



**WALI KOTA PALU
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

**PERATURAN WALI KOTA PALU
NOMOR 46 TAHUN 2017
TENTANG**

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM ANUTAPURA PALU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA PALU,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan kinerja Rumah Sakit Umum Anutapura Palu agar dapat berjalan secara selaras, seimbang, efektif dan efisien antara pemilik, pejabat pengelola dan komite medis serta komite lainnya maka perlu adanya Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Anutapura Palu;
 - b. bahwa Rumah Sakit harus dikelola dengan menggunakan prinsip-prinsip tata kelola yang baik dan tata kelola klinis yang baik sehingga jelas peran, fungsi, tugas, tanggung jawab dan kewenangannya;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Anutapura Palu;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1994 tentang Pembentukan Kotamadya Daerah Tingkat II Palu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1994 Nomor 38, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3555);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340) ;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Tehnis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/ Per/ III/ 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/ Per/ IV/ 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/ Menkes/ Per/ X/ 2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 095/ PMK/ 02/ 2016 tentang Dewan Pengawas Pada Badan Layanan Umum;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM ANUTAPURA PALU.

**BAB I
KETENTUAN UMUM**

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Kota Palu.
2. Wali Kota adalah Wali Kota Palu.
3. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Anutapura yaitu Pemerintah Daerah Kota Palu.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kota Palu
5. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Anutapura Palu yang selanjutnya disebut RSU Anutapura Palu.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Anutapura Palu.

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

15. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
16. Satuan Pemeriksaan Internal adalah organ di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
17. Instalasi adalah unit kerja penyelenggara pelayanan fungsional dan /atau pendukung pelayanan di rumah sakit dengan mengelola sumber daya di bawah tanggung jawabnya untuk mencapai tujuan dan target kinerja yang ditetapkan direktur.
18. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
19. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
20. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
21. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
22. Tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
24. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

BAB II

IDENTITAS

Bagian Kesatu

Nama dan Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Anutapura Palu yang selanjutnya disebut RSUD Anutapura Palu.
- (2) RSUD Anutapura Palu terletak di Jalan Kangkung No.1 Kelurahan Donggala Kodi Kecamatan Ulujadi Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah.

Pasal 3

RSUD Anutapura Palu adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Kota Palu yang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah dengan menerapkan PPK-BLUD.

Pasal 4

RSUD Anutapura Palu merupakan Rumah Sakit Kelas B Pendidikan, milik Pemerintah Kota Palu yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan rumah sakit.

Bagian Kedua

Visi dan Misi

Pasal 5

- (1) Visi RSUD Anutapura Palu menjadi Rumah Sakit Pendidikan dengan pelayanan berkualitas dan terjangkau dikawasan Indonesia Timur tahun 2021”.
- (2) Misi RSUD Anutapura Palu:

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara professional, mermutu dan terjangkau yang berorientasi pada ketepatan, keselamatan serta kenyamanan berlandaskan etika dan budaya.
 - b. melaksanakan fungsi pendidikan dan penelitian multi disiplin serta pengembangan SDM.
 - c. meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana melalui perencanaan program yang baik.
 - d. meningkatkan kemandirian rumah sakit dan kesejahteraan pegawai.
- (3) Visi dan Misi ditetapkan oleh pemilik dan dilakukan evaluasi berkala setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (4) Visi dan Misi disosialisasikan melalui media cetak maupun media elektronik oleh pengelola kepada seluruh pegawai dan masyarakat.

Bagian Ketiga

Falsafah, Nilai dan Tujuan Rumah Sakit

Pasal 6

- (1) Dalam menyelenggarakan kegiatan RSUD Anutapura Palu memiliki falsafah “melayani dengan hati, sepenuh hati, dengan hati-hati dan tidak sesuka hati”.
- (2) Nilai dasar pelayanan RSUD Anutapura Palu adalah:
- a. *profesional* = bekerja sesuai tugas dan fungsi;
 - b. *accountabel* = bertanggung jawab;
 - c. *legitimate* = berlandaskan hukum; dan
 - d. *understand* = pengertian.
- (3) Tujuan Rumah Sakit:
- a. terwujudnya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang berkualitas;
 - b. mewujudkan rumah sakit pendidikan yang terakreditasi;
 - c. meningkatkan sarana dan prasarana RSUD Anutapura Palu; dan
 - d. meningkatkan kemandirian rumah sakit dan kesejahteraan.

Bagian Keempat
Logo Rumah Sakit

Pasal 7

Makna simbol logo dan warna RSUD Anutapura Palu sebagai berikut:

- a. makna Simbol:
 1. lengkungan : elips, melambangkan sifat dinamis;
 2. palang: hijau, sebagai lambang atau simbol kesehatan;
 3. lingkaran bulat hijau: menunjukkan pelayanan yang berkesinambungan; dan
 4. RSAP : singkatan dari Rumah Sakit Anutapura Palu.
- b. makna warna :
 1. warna biru: melambangkan komunikasi, bermakna rumah sakit dalam memberikan pelayanan selalu mengedepankan komunikasi yang baik kepada masyarakat;
 2. warna putih: melambangkan kedamaian dan kesucian, bermakna pelayanan rumah sakit memberi rasa damai kepada masyarakat;
 3. warna merah: melambangkan semangat, keberanian, bermakna rumah sakit memiliki semangat yang kuat dan keberanian dalam memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat;
 4. warna hijau: melambangkan pertumbuhan, harapan, bermakna rumah sakit dalam pelayanan selalu memberikan harapan yang baik kepada masyarakat); dan
 5. warna hitam: melambangkan sikap yang elegan, bermakna rumah sakit bersikap luwes dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat).

BAB III

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 8

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.

- (2) Dewan pengawas dibentuk dengan Keputusan Wali Kota atas usulan Direktur.

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas berjumlah 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
- a. pejabat perangkat daerah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
 - b. pejabat di lingkungan perangkat daerah yang membidangi pengelola keuangan daerah;
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;
 - d. organisasi profesi; dan
 - e. tokoh masyarakat.
- (3) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya dapat membentuk komite audit atau tim ad-hoc.
- (4) Pembentukan komite audit atau tim ad-hoc sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilakukan untuk keperluan investigasi.

Pasal 10

Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota dewan pengawas sebagai berikut:

- a. memiliki dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi direktur atau komisaris, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;
- c. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- d. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
- e. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit.

Bagian Kedua
Fungsi, Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakititan secara internal di rumah sakit.
- (2) Dewan Pengawas dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. melakukan pengawasan pengelolaan keuangan;
 - b. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
 - c. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis bisnis;
 - d. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis dan anggaran;
 - e. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit; dan
 - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (3) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas juga menyetujui program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) kepada pemilik rumah sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik rumah sakit.

Pasal 12

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, Dewan Pengawas mempunyai kewajiban:

- a. memberikan pendapat, saran, nasihat dan arahan kepada direktur dalam penyelenggaraan rumah sakit;
- b. memberikan pendapat dan saran kepada pemilik rumah sakit mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh direktur;

- c. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada pemilik mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit;
- d. melaporkan dengan segera kepada pemilik apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit;
- e. melakukan tugas pengawasan lain yang ditetapkan dalam Peraturan Internal rumah sakit; dan
- f. melakukan hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan dan Peraturan Internal Rumah Sakit.

Pasal 13

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur serta memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan dirumah sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola;
- d. meminta penjelasan dari Komite atau unit non struktural di rumah sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola;
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit atau Dokumen Pola Tata Kelola, untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.

Pasal 14

- (1) Wali Kota melakukan penilaian Kinerja Dewan Pengawas setiap 6 bulan sekali (persemester).

- (2) Penilaian Kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dalam bentuk laporan Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga

Pengangkatan, Pemberhentian dan Penggantian Antar Waktu

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Wali Kota atas usulan Direktur.
- (2) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direktur.
- (3) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pasal 16

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

Pasal 17

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15.
- (2) Sebelum dilakukan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wali Kota secara tertulis memberitahukan kepada anggota dewan pengawas yang bersangkutan tentang rencana pemberhentian yang disertai alasan pemberhentian dan jenis kesalahan yang dilakukan.
- (3) Anggota dewan pengawas yang akan diberhentikan diberi kesempatan untuk melakukan pembelaan diri sebelum keputusan pemberhentian diterbitkan.
- (4) Pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan secara tertulis kepada Wali Kota dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sejak anggota dewan pengawas yang bersangkutan diberitahukan secara tertulis.
- (5) Apabila dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yang bersangkutan tidak memberikan pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka Wali Kota dapat langsung menerbitkan keputusan tentang pemberhentian dewan pengawas.
- (6) Sebelum keputusan tentang pemberhentian dewan pengawas diterbitkan, anggota dewan pengawas yang bersangkutan tetap melaksanakan tugas sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (7) Apabila dalam jangka waktu dua (2) bulan terhitung sejak tanggal penyampaian surat pembelaan diri sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) Wali Kota tidak menerbitkan keputusan tentang pemberhentian dewan petugas, maka rencana pemberhentian dewan pengawas dianggap batal.
- (8) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pasal 18

- (1) Dewan Pengawas diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.

- (2) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada rumah sakit dan dimuat dalam Rencana Strategi Bisnis serta Rencana Bisnis dan Anggaran.

Bagian Keempat

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan antara lain:
 - a. mengatur dan menyiapkan rapat;
 - b. membuat risalah rapat;
 - c. menyebarkan risalah rapat kepada peserta rapat; dan
 - d. menyiapkan bahan laporan kegiatan.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Kelima

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasihat kepada Direktur.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari rapat rutin, rapat khusus dan rapat tahunan.

Pasal 21

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2), merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas, Direktur, Komite Medik, Komite Keperawatan dan/atau pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi terhadap berbagai masalah rumah sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat rutin kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Penyampaian undangan rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 22

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2), merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dalam hal:
 - a. adanya permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan
 - b. adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal rapat khusus diselenggarakan karena adanya permintaan yang harus ditandatangani oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, rapat khusus harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

- (4) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat khusus kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus diselenggarakan.
- (5) Peserta rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari Ketua, Sekretaris, Anggota Dewan Pengawas, Direktur, dan/atau pihak lain terkait baik berasal dari dalam maupun dari luar rumah sakit.
- (6) Undangan rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 23

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2) merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1(satu) tahun kalender.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas wajib menyampaikan undangan rapat tahunan kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.
- (4) Dalam rapat tahunan Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan rumah sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 24

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

Pasal 25

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

Pasal 26

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

Pasal 27

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

Pasal 28

- (1) Pengambilan keputusan rapat dilakukan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (4) Tata cara pemungutan suara sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan Direktur.

BAB IV

PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 29

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direktur.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh Wakil Direktur.
- (3) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari :
 - a. wakil direktur umum dan keuangan;
 - b. wakil direktur pelayanan; dan
 - c. wakil direktur penunjang.
- (4) Penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Wali Kota Palu.

Bagian Kedua

Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 30

Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Pengelola Rumah Sakit ditentukan oleh Wali Kota dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam struktur organisasi dan tata laksana rumah sakit.

Bagian Ketiga

Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 31

- (1) Direktur dan Wakil Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota .
- (2) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. berkewarganegaraan Indonesia;
 - b. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
 - c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan rumah sakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau menjadi anggota direktur atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit;

- e. berstatus pegawai negeri sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. minimal seorang tenaga medis umum yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi dilingkup pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. berstatus pegawai negeri sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Penunjang wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. seorang tenaga medis atau sarjana kesehatan lainnya yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman di lingkup pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
 - c. mampu memimpin, mengarahkan dan melaksanakan koordinasi dilingkup pendidikan kesehatan, penelitian kesehatan dan pengembangan pengetahuan dan kemampuan pegawai;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. berstatus pegawai negeri sipil;

- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (5) Untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. seorang dengan latar belakang yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan diutamakan yang berpengalaman dilingkup administrasi rumah sakit, keuangan dan/atau akuntansi;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - c. mampu memimpin, mengarahkan melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan keuangan rumah sakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - e. berstatus pegawai negeri sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 32

- (1) Direktur dapat diberhentikan karena:
- a. meninggal dunia;
 - b. memasuki usia pensiun bagi pegawai negeri sipil;
 - c. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
 - d. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
 - e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan lain yang telah digariskan;
 - f. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
 - g. promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
 - h. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.
- (2) Apabila salah satu atau beberapa Direktur berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan

tersebut dilaksanakan oleh Anggota Direktur lainnya yang ditunjuk sementara oleh Wali Kota.

- (3) Apabila semua Anggota Direktur berhalangan tetap melakukan pekerjaannya atau jabatan Direktur terluang seluruhnya dan belum diangkat, maka sementara pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh pejabat yang ditunjuk oleh Wali Kota.

BAB V

KOMITE, SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL DAN INSTALASI

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 33

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

Pasal 34

- (1) Komite di RSUD Anutapura Palu terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik Hukum dan Medicolegal, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Komite Mutu dan Komite Farmasi dan Terapi serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (2) Setiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

- (3) Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila terbukti:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan RSUD Anutapura Palu; atau
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Rumah Sakit kepada yang bersangkutan.

Pasal 35

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

Bagian Kedua

Komite Etik Hukum dan *Medicolegal*

Pasal 36

- (1) Komite Etik Hukum dan *Medicolegal* terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (2) Tugas Komite Etik Hukum dan *Medicolegal* adalah:
 - a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek etika hukum dan *Medicolegal* pelayanan dan penyelenggaraan organisasi;

- b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan dan penyelenggaraan organisasi;
 - c. membantu Direktur melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan dan penyelenggaraan fungsi organisasi rumah sakit yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit; dan
 - d. mendukung bagian hukum dalam melakukan penyelesaian sengketa dan/atau advokasi hukum kasus penyelesaian.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Etik Hukum dan *Medicolegal* berfungsi:
- a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi baik internal maupun eksternal;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi bagi petugas;
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi terhadap masalah etika dan hukum;
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 37

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi bertugas membuat dan melaksanakan rencana kerja serta membuat laporan berkala kegiatan kepada Direktur.

- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berfungsi melaksanakan kegiatan lintas sektoral dan lintas fungsi di lingkungan RSUD Anutapura Palu.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

Bagian Keempat

Komite Mutu

Pasal 38

- (1) Komite Mutu terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.
- (2) Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas membantu Direktur Utama dalam merencanakan, mengarahkan, mengkoordinasikan, mengendalikan, serta mengevaluasi pelaksanaan program Komite Mutu di Rumah Sakit.

Bagian Kelima

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 39

- (1) Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - a. memberikan rekomendasi pada Direktur rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat serta alat kesehatan habis pakai secara rasional;
 - b. mengkoordinir pembuatan pedoman terapi, formularium obat dan alat kesehatan habis pakai di rumah sakit, pedoman penggunaan anti biotika dan pedoman terkait lainnya;
 - c. mengembangkan formularium dan merevisinya;
 - d. pemilihan obat untuk dimasukkan dalam formularium berdasarkan evaluasi secara subjektif terhadap efek terapi, keamanan serta harga obat dan meminimalkan duplikasi dalam tipe obat,

- kelompok dan produk obat yang sama;
- e. melaksanakan evaluasi formularium rumah sakit dengan menyetujui atau menolak produk obat baru yang diusulkan oleh anggota staf medis berdasarkan *evidence base* yang ada;
 - f. menetapkan pengelolaan obat dan alat kesehatan habis pakai yang digunakan dan yang termasuk dalam kategori khusus untuk disahkan oleh Direktur;
 - g. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas pengkajian tersebut;
 - h. melakukan tinjauan kasus terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji *medical record* dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi, hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan secara terus menerus penggunaan obat secara rasional; dan
 - i. melaksanakan monitoring efek samping obat dan *Medication Error* dan bekerja sama dengan komite lain dalam melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap laporan kejadian yang ditemukan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Farmasi dan Terapi berfungsi melaksanakan pengawasan mutu penggunaan obat dan alat kesehatan habis pakai dan menetapkan indikator pencapaian kinerja dan pelaksanaan evaluasi serta tindak lanjut terkait dengan penggunaan obat rasional.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berdasarkan penugasan dari Direktur Utama.

Bagian Keenam

Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 40

- (1) Susunan Organisasi Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari Kepala dan beberapa bidang pemeriksaan sesuai kebutuhan.
- (2) Bidang Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit meliputi kegiatan pengelolaan keuangan, pelayanan medis,

pelayanan penunjang medis dan pengelolaan administrasi umum lainnya.

Pasal 41

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi:
 - a. memantau dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. memantau pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh direktur rumah sakit;
 - d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

Pasal 42

- (1) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan di rumah sakit.
- (2) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketujuh
INSTALASI

Pasal 43

- (1) Pembentukan Instalasi ditetapkan oleh Direktur yang jumlahnya dapat dikembangkan sesuai kebutuhan rumah sakit.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah maupun jenis instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan serta dilaporkan secara tertulis kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada direktur.
- (5) Dalam melaksanakan kegiatan operasional, pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang, seksi dan instalasi terkait lainnya.
- (6) Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

BAB VI

PENGGORGANISASIAN STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 44

- (1) Tujuan pengorganisasian staf medis adalah agar staf medis dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang professional, berkualitas dan bertanggung jawab.
- (2) Staf Medis dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung jawab secara proporsional.
- (3) Untuk menjadi Staf Medis harus memenuhi persyaratan:
 - a. mempunyai ijazah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi yang diakui pemerintah;

- b. mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR);
- c. memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Anutapura Palu;
- d. memiliki Surat Penugasan Klinis dari Direktur RSUD Anutapura Palu;
- e. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medis fungsional baru; dan
- f. mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

Bagian Kedua

Penerimaan, Penerimaan Kembali dan Pemberhentian Anggota Staf Medis

Pasal 45

- (1) Penerimaan, penerimaan kembali dan pemberhentian Staf Medis dilakukan sesuai dengan Stándar Operasional Prosedur yang berlaku di Rumah Sakit Anutapura Palu.
- (2) Penerimaan dan penempatan Staf Medis ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.
- (3) Staf Medis dinyatakan berhenti baik secara tetap atau sementara apabila:
 - a. meninggal dunia;
 - b. pensiun;
 - c. mengundurkan diri;
 - d. pindah tugas dari lingkungan RSUD Anutapura Palu; dan
 - e. tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di RSUD Anutapura Palu.
- (4) Tata cara pemberhentian anggota staf medis ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketiga

Tugas, Fungsi dan Tanggung Jawab

Pasal 46

- (1) Tugas Staf Medis pada RSUD Anutapura Palu sebagai berikut:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan dan pemulihan penyakit yang diderita pasien;

- b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan / pelatihan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis serta standar etika dan disiplin kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
 - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas, Staf Medik melaksanakan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Staf Medik bertanggung jawab untuk:
- a. mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian;
 - b. komitmen untuk mewujudkan visi dan misi rumah sakit;
 - c. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 1 x 24 jam;
 - d. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan;
 - e. memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya;
 - f. berpartisipasi dalam setiap pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan RSUD Anutapura Palu.

Bagian Keempat

Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 47

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

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

Pasal 48

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

Bagian Kelima

Kelompok Staf Medis (KSM)

Pasal 49

- (1) Staf Medis yang berwenang memberikan pelayanan medis dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Secara administratif manajerial, Kelompok Staf Medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (4) Dalam hal tidak terdapat Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang sama maka dapat dilakukan penggabungan Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu Kelompok Staf Medis.
- (5) Kelompok Staf Medis terdiri dari:
- a. KSM Anak (4);
 - b. KSM Obstetri dan Ginekologi (3);
 - c. KSM Penyakit Dalam (4), KSM Jantung (1), KSM Gizi Klinik (1);
 - d. KSM Bedah(3),KSM Anastesi (1), KSM Ortopedi (1);
 - e. KSM Saraf (4), KSM Jiwa (1), KSM Rehab Medik (1);
 - f. KSM Kulit (4);
 - g. KSM Mata (3);
 - h. KSM THT (2);
 - i. KSM Radiologi (2);
 - j. KSM Patologi Klinik (2);
 - k. KSM Patologi Anatomi (1), KSM Forensik (1);
 - l. KSM Dokter Umum (34); dan
 - m. KSM Dokter Gigi Spesialis (2), Gigi Umum (6).

- (6) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Medis dapat dilakukan sesuai peraturan yang berlaku.
- (7) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 50

- (1) Kelompok Staf Medik dipimpin oleh Ketua Kelompok Staf Medik.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Staf Medik.
- (3) Ketua KSM bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.
- (4) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medis.
- (5) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM; dan
- (6) Pemilihan Calon Ketua KSM dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (7) Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.
- (8) Anggota KSM yang mendapat tugas dalam jabatan struktural atau non struktural dalam Rumah Sakit tetap menjadi anggota KSM dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut.

Pasal 51

- (1) Kelompok Staf Medik bertugas:
 - a. menyusun Standar Operasional Prosedur yang berhubungan dengan bidang keilmuan keprofesian dibawah koordinasi Komite Medik untuk ditetapkan direktur;
 - b. menyusun Standar Operasional Prosedur bidang administrasi/ manajerial yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, pengaturan tugas jaga, rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin, dan lain sebagainya, pengaturan visite/ ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian,

- kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Wakil Direktur Pelayanan;
- c. menyusun indikator kinerja mutu klinis/ mutu pelayanan medis yang meliputi indikator output dan atau *outcome*;
 - d. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan; dan
 - e. membuat penilaian kinerja anggota Staf Medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kelompok Staf Medis berwenang untuk:
- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medis baru dan penempatan ulang anggota Staf Medis kepada Direktur setelah anggota Staf Medis tersebut melalui proses kredensial/ rekredensial oleh Komite Medik;
 - b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medis di dalam kelompoknya;
 - c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Operasional Prosedur.

Bagian Keenam

Mitra Bestari

Pasal 52

- (1) Mitra Bestari merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/ atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.
- (3) Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit dapat ditunjuk sebagai Panitia *Ad hoc* untuk membantu Komite Medik melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.

- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Ad hoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Medik.

Bagian Ketujuh
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 53

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis spesialis sesuai bidang keahlian yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan pasien.
- (2) DPJP terdiri dari DPJP utama, DPJP 1, DPJP 2, dan seterusnya.
- (3) DPJP utama merupakan staf medis sebagai penanggung jawab utama dalam pelayanan kepada pasien.
- (4) DPJP diusulkan oleh Ketua Kelompok Staf Medik dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 54

- (1) Untuk pasien yang masuk melalui Instalasi Gawat Darurat, DPJP ditentukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan Instalasi Gawat Darurat.
- (2) Untuk pasien yang masuk melalui Rawat Jalan, maka DPJP ditentukan oleh dokter yang melayani di Rawat Jalan.
- (3) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

Pasal 55

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 1 kali 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan mempunyai tugas:

- a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi, evaluasi keberhasilan terapi dan mendokumentasikannya ke dalam rekam medik;
 - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
 - c. memberikan edukasi kepada pasien;
 - d. bila diperlukan DPJP melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya dihadapan Komite Medik; dan
 - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di Rumah Sakit.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi DPJP utama, Direktur dapat mengalih rawat kepada dokter yang mempunyai kompeten sesuai dengan kondisi pasien.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur.

BAB VII

KEWENANGAN KLINIS

Pasal 56

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter/ dokter gigi tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medik.
- (3) Kewenangan klinis setiap staf medik fungsional dapat berbeda walaupun memiliki spesialisasi/keahlian yang sama.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Medik melalui penerbitan Penugasan Klinis oleh Direktur yang berisikan daftar kewenangan klinis yang dimiliki oleh staf medik.
- (5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial.
- (6) Dalam hal terdapat kewenangan klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medik, maka keputusan penentuan kewenangan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.

- (7) Pemberian Kewenangan Klinis tersebut diatas dapat ditinjau ulang dengan melakukan Rekredensial untuk menentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

Pasal 57

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

Pasal 58

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis Staf Medik.
- (2) Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dilakukan apabila Staf Medik dalam pelaksanaan tugasnya di rumah sakit dianggap tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur/ Standar Pelayanan Medik yang berlaku dan/ atau tidak sesuai bila dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesi dan sudut hukum.
- (3) Untuk menjaga mutu pelayanan rumah sakit, Direktur dapat melakukan Pencabutan, Pencabutan Sementara atau Pembatasan Kewenangan Klinis seorang Staf Medik tanpa adanya rekomendasi Komite Medik.

Pasal 59

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

Pasal 60

Kewenangan klinis berakhir bila surat penugasan klinis masa berlakunya habis bersamaan dengan berakhirnya masa berlaku surat tanda registrasi atau dicabut oleh Direktur.

Pasal 61

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

BAB VIII

PENUGASAN KLINIS

Pasal 62

- (1) Setelah melalui proses Kredensial atau Rekredensial, Direktur akan menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.

- (3) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun.
- (4) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:
- a. Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap;
 - c. Staf Medis telah berusia 60 tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 tahun namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur;
 - d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis;
 - e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik;
 - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku;atau
 - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (5) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan).

BAB IX

KOMITE MEDIK

Bagian Pertama

Umum

Pasal 63

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur.

- (2) Pembentukan Komite Medik bertujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien dapat lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris;
 - c. anggota yang terbagi dalam sub komite:
 - 1) sub komite kredensial;
 - 2) sub komite mutu profesi; dan
 - 3) sub komite etika dan disiplin profesi.
- (4) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (5) Masa bakti kepengurusan Komite Medik selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (7) Pengangkatan dan pemberhentian seluruh personalia Komite Medik oleh Direktur.
- (8) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Pasal 64

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari para Staf Medik.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Medik, Direktur dapat meminta pendapat dari Dewan Pengawas.
- (3) Persyaratan Ketua Komite Medik:
 - a. berstatus sebagai staf medis purnawaktu;
 - b. mempunyai kemampuan memimpin dan kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - c. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - d. peka terhadap perkembangan perumahsakititan;

- e. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - f. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - g. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - h. tidak memegang jabatan struktural di rumah sakit.
- (4) Pengunduran diri:
- a. pengurus Komite Medik dapat mengundurkan diri dengan alasan yang kuat dan membuat permintaan tertulis kepada Direktur rumah sakit untuk Ketua Komite Medik, atau kepada Ketua Komite Medik untuk Sekretaris dan Sub Komite.
 - b. usulan penggantian Ketua Komite Medik dapat dilakukan atas permintaan paling sedikit 2/3 dari suara anggota Staf Medik kepada Direktur.
- (5) Pengunduran diri sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a dimulai pada saat surat permohonan disetujui.

Bagian Kedua

Tugas, Fungsi dan Kewenangan

Pasal 65

- (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 medik di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf a, 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 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 sebagaimana dimaksud ayat 1 huruf b, 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) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi sebagaimana dimaksud ayat 1 huruf c, staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) 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;

- 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.

Bagian Keempat

Rapat Komite Medik

Pasal 66

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

BAB X

PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 67

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi; dan
 - c. Sub Komite Mutu Profesi.
- (2) Pembentukan sub komite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
- (3) Setiap sub komite bertanggung jawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang diberikan kepadanya.

- (4) Pertemuan rutin Sub Komite diadakan minimal 6 (enam) kali dalam setahun.
- (5) Susunan organisasi sub komite terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Anggota.

Bagian Kedua

Sub Komite Kredensial

Pasal 68

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staff Medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku; dan
 - 4. etika profesi;
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik; dan
- f. melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 69

- (1) Proses kredensial yang dilakukan oleh Sub komite Kredensial meliputi elemen:
 - a. kompetensi:
 - 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang;
 - 2. kognitif;
 - 3. afektif; dan
 - 4. psikomotor;

- b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
 - (3) Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub komite Kredensial.
 - (4) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada kepala/direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
 - (5) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 70

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

Bagian Ketiga
Sub komite Mutu Profesi

Pasal 71

Tugas dan wewenang sub komite mutu profesi adalah:

- a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis rumah sakit;
- e. memfasilitasi proses pendampingan bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 72

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari yang terdiri dari kegiatan, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Hasil dari Audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai:
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis; dan

- d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 73

- (1) Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh kelompok staf medis.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sub komite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian, kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Sub komite mutu profesi bersama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (4) Sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Sub komite mutu profesi menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Pasal 74

- (1) Komite Medik berkoordinasi dengan Direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan tersebut.
- (2) Sub komite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/ mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

Bagian Keempat
Sub komite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 75

Tugas Sub komite etika dan disiplin profesi :

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

Pasal 76

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

- 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 medis (*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 yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 77

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Sub komite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari Sub komite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan

- b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

Pasal 78

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

Pasal 79

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

BAB XI

PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 80

- (1) Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit Anutapura Palu dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan atas permohonan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait

dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Pemilik, Direktur Rumah Sakit, Staf Medis, dan Komite Medik.

BAB XII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 81

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Palu.

Ditetapkan di Palu
pada tanggal 22 September 2017
WALI KOTA PALU,

ttd

HIDAYAT

Diundangkan di Palu
pada tanggal 22 September 2017
SEKRETARIS DAERAH KOTA PALU,

ttd

A S R I

BERITA DAERAH KOTA PALU TAHUN 2017 NOMOR 46

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum,



Trisno Yuniyanto D.P.
NIP. 19740630 200212 1 006