SALINAN

BUPATI DAIRI

PROVINSI SUMATERA UTARA

PERATURAN BUPATI DAIRI

NOMOR 45 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDIKALANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI DAIRI,

Menimbang : bahwa dalam rangka peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan ketentuan Pasal 27 ayat (1) huruf r Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 1964 tentang penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1964 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Dairi dengan mengubah Undang-Undang Nomor 7 Drt. Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonomi Kabupaten di Provinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1964 Nomor 9) menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1964 Nomor 96, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2689);

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik 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), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
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), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
6. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);

7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
8. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1994 tentang Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1994 Nomor 22, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3547), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1994 tentang Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5121);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601);
11. 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);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6629);

13. Peraturan Presiden 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 nomor 1213);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/ PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1389);
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES /SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hosptal By Laws*);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDIKALANG.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Dairi.
2. Bupati adalah Bupati Dairi.
3. Direktur adalah seseorang yang ditunjuk untuk memimpin sekaligus pemegang kuasa manajemen tertinggi yang berada dibawah dan bertanggung-jawab Kepada Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan yang karena jabatannya mempunyai tugas mengelola serta memimpin Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang.
4. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, prevenif, kuratif dan rehabilitatif.
5. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
7. Pemilik Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Kabupaten Dairi.

8. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
9. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.
10. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah.
11. Dewan Pengawas BLUD yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
12. Tarif Layanan adalah imbalan atas barang dan/atau jasa yang diberikan oleh BLUD termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana, dapat bertujuan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
13. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah merupakan anggaran rumah tangga rumah sakit yang ditetapkan oleh Bupati, disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).
14. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui

pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

15. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah satuan kerja fungsional yang melaksanakan tugas dan menganalisa sistem organisasi dan melakukan audit kinerja internal rumah sakit baik audit keuangan, audit pelayanan, dan audit manfaat bagi masyarakat.
16. Unit kerja adalah tempat staf administrasi, staf medik, profesi kesehatan dan profesi lainnya yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, bangsal, unit dan lain-lain.
17. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis *(clinical govemance)* agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
18. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
19. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keteknisan kesehatan agar staf tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keteknisan kesehatan, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi masing-masing.
20. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan karyawan rumah sakit dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja,

pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi.

21. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah organisasi nonstruktural dan independen dibawah koordinasi Direktur Rumah Sakit yang bertujuan untuk mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu upaya kegiatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit.
22. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
23. Komite Farmasi adalah unit kerja yang membantu Direktur dalam menyusun, menetapkan, mengoordinasikan, dan mengevaluasi kebijakan dan pelaksanaan kegiatan farmasi.
24. Komite Etik adalah wadah non struktural yang keanggotannya dipilih dan diangkat oleh Direktur yang mempunyai tugas dalam hal menyusun dan merumuskan moral, etika, dan hukum mengenai perumahsakitan bagi insan-insan rumah sakit.
25. Satuan Pemeriksa Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
26. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan rumah sakit.
27. Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat KSMF adalah kelompok dokter yang bekerja di

rumah sakit baik dokter purna waktu maupun dokter paruh waktu (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan sub spesialis serta dokter gigi spesialis).

28. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
29. Kewenangan Klinis *(Clinical Previlege)* adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
30. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif dan rehabilitatif.
31. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
32. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.
33. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*Clinical Previlege*).
34. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Previlege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
35. Kejadian Sentinel adalah suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

36. *Green Hospital adalah* rumah sakit yang didesain, dibangun/direnovasi dan dioperasikan serta dipelihara dengan mempertimbangkan prinsip kesehatan dan lingkungan berkelanjutan.
37. *Peer review* (telaahan sejawat) adalah suatu kegiatan pengujian dan *review* yang dilaksanakan oleh rekan sejawat yang setara guna mendapatkan keyakinan yang memadai bahwa organisasi audit yang direviu telah patuh terhadap sistem pengendalian mutu dan pelaksanaan kegiatan audit telah sesuai dengan standar audit yang berlaku.
38. *Re-appoinment* adalah pengangkatan kembali.
39. *Privilege* adalah keuntungan yang bisa didapatkan melalui aspek identitas sosial seseorang seperti, ras, kelas sosial, jenis kelamin, pendidikan, kemampuan fisik, usia, dan lain-lain.

BAB II
TUJUAN DAN MANFAAT

Bagian Kesatu
Tujuan

Pasal 2

Adapun tujuan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini adalah:

a. sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit dan tenaga medis sehingga penyelenggaran rumah sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas;
b. dimilikinya pedoman aspek hukum oleh rumah sakit dalam hubungannya dengan Pemilik atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit dan staf medis;

c. dimilikinya pedoman aspek hukum dalam pembuatan kebijakan teknis operasional rumah sakit;
d. dimilikinya pedoman aspek hukum dalam pengaturan staf medis.

Bagian Kedua

Manfaat

Pasal 3

Manfaat ditetapkannya Peraturan Internal Rumah Sakit:

a. untuk Rumah Sakit:
    1. memiliki acuan aspek hukum dalam bentuk konstitusi;
    2. memiliki kepastian hukum baik eksternal maupun internal yang dapat menjadi alat/sarana perlindungan hukum bagi rumah sakit atas tuntutan/gugatan;
    3. menunjang persyaratan akreditasi rumah sakit;
    4. memiliki alat/sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit; dan
    5. memiliki kejelasan arah dan tujuan dalam melaksanakan kegiatannya.
b. untuk Pengelola Rumah Sakit:
    1. memiliki acuan tentang kewenangan, hak, kewajiban dan tanggung jawab yang jelas sehingga memudahkan dalam menyelesaikan masalah yang timbul serta dapat menjaga hubungan serasi dan selaras; dan
    2. mempunyai pedoman resmi untuk menyusun kebijakan teknis operasional.
c. untuk Pemerintah:
    1. mengetahui arah dan tujuan rumah sakit didirikan;
    2. acuan dalam penyelesaian konflik rumah sakit.
d. untuk Pemilik:
    1. mengetahui tugas dan tanggung jawabnya;
    2. acuan dalam menyelesaikan konflik internal; dan

3. acuan dalam menilai kinerja direktur rumah sakit.

e. untuk masyarakat:
   1. mengetahui visi, misi, dan tujuan rumah sakit; dan
   2. mengetahui hak dan kewajiban pasien.

BAB III
PERATURAN INTERNAL KORPORATE
(*CORPORATE BYLAWS*)

Bagian Kesatu
Identitas Rumah Sakit

Pasal 4

(1) Nama Rumah Sakit adalah: "Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang"
(2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum.
(3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.
(4) Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang berkedudukan di Jalan Rumah Sakit Nomor 19 Kelurahan Batang Beruh Kecamatan Sidikalang Kabupaten Dairi Provinsi Sumatera Utara Kode Pos 22212 Email: rsud.sidikalang@gmail.com
(5) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan organisasi bersifat khusus yang menerapkan PPK-BLUD.

Bagian Kedua
Tujuan

Pasal 5

Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang mempunyai tujuan sebagai berikut:

a. terwujudnya pelayanan Kesehatan yang bermutu dan terjangkau;
b. meningkatnya pelayanan yang berorientasi pada pasien dan mengutamakan keselamatan pasien;
c. tersedianya sarana dan prasarana rumah sakit yang standar;
d. meningkatnya profesionalisme Sumber Daya Manusia; dan
e. terwujudnya tata kelola rumah sakit yang akuntabel dan transparan serta terselenggaranya konsep *Green Hospital*.

Bagian Ketiga
Sasaran

Pasal 6

Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang mempunyai sasaran sebagai berikut:
a. terselenggaranya pelayanan Kesehatan sesuai standar akreditasi rumah sakit;
b. standarisasi sarana dan prasarana;
c. standarisasi sumber daya manusia kesehatan rumah sakit;
d. peningkatan disiplin pegawai dalam penerapan budaya kerja;
e. terselenggaranya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit; dan
f. peningkatan akses informasi masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit.

Bagian Keempat
Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi

Paragraf 1
Kedudukan

Pasal 7

RSUD merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan yang berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum milik

Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung tugas Pemerintah Daerah yang bersifat spesifik di bidang pelayanan kesehatan yang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Paragraf 2
Tugas Pokok

Pasal 8

Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang mempunyai tugas pokok:

a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan rujukan; dan
b. melaksanakan pelayanan rumah sakit yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit

Paragraf 3
Fungsi

Pasal 9

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang mempunyai fungsi sebagai:

a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintah daerah di bidang pelayanan;
c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
d. pelayanan medis;
e. pelayanan penunjang medis dan non medis;

f. pelayanan keperawatan;
g. pelayanan rujukan;
h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
i. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
j. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
k. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tata laksana, rumah tangga, perlengkapan dan lain-lain yang bersifat umum.

Bagian Kelima
Visi, Misi, Nilai dan Motto

Paragraf 1
Visi

Pasal 10

Dalam rangka menghadapi persaingan global, Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang menetapkan Visi yaitu “Menjadi Rumah Sakit yang Unggul dalam Pelayanan, Mudah dan Terjangkau.”

Paragraf 2
Misi

Pasal 11

Sebagai upaya mewujudkan Visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang mempunyai Misi sebagai berikut:

a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna, terpadu dan bermutu sesuai atandar pelayanan yang berorientasi pada pasien dengan mengutamakan keselamatan pasien;

b. menyediakan dan mengembangkan sarana dan prasarana rumah sakit dengan fasilitas berstandar nasional dan berteknologi tinggi;
c. mengembangkan dan meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia (SDM) melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk memperoleh SDM profesional yang memiliki pengetahuan dan keterampilan yang handal serta berdaya saing;
d. menerapkan tata kelola klinis dan manajemen rumah sakit yang profesional, akuntabel, dan transparan yang berbasis teknologi informasi; dan
e. mewujudkan rumah sakit yang ramah lingkungan, aman dan nyaman.

Paragraf 3
Nilai

Pasal 12

Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang memiliki nilai-nilai yang dianut dalam melayani masyarakat yakni:
a. kemanusiaan;
b. ketulusan;
c. kejujuran;
d. keterampilan; dan
e. ketelitian.

Paragraf 4
Motto

Pasal 13

Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang mempunyai motto "M A L U M" dengan penjelasan sebagai berikut:
M : Memberi Pelayanan yang Terbaik
A : Atas Dorongan Hati Nurani

L : Lewat Ilmu yang Digapai

U : Untuk Menyembuhkan Penyakit

M : Membuat Hidup Penuh Arti.

Bagian Kelima

Pemilik

Pasal 14

(1) Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang adalah Pemerintah Kabupaten Dairi.

(2) Kewenangan Pemilik terhadap rumah sakit adalah sebagai berikut:

a. menetapkan peraturan tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*), Standar Pelayanan Minimal, Pengelolaan Keuangan, Tarif Layanan, Remunerasi (Jasa Pelayanan), Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit;

b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;

d. meminta kepada Pengelola Rumah Sakit untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan dan keamanan pasien;

e. mengesahkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) yang telah disetujui oleh Dewan Pengawas; dan

f. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 15

Tanggung jawab Pemilik terhadap rumah sakit adalah sebagai berikut:

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

Bagian Keenam
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Pembentukan

Pasal 16

(1) Dewan Pengawas dibentuk oleh Bupati sebagai representasi Pemilik.
(2) Dewan Pengawas merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawan kepada Bupati.
(3) Dewan Pengawas merupakan *governing body* rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di rumah sakit.
(4) Anggota Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
    a. 1 (satu) orang pejabat Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dan tugas pembantuan di bidang kesehatan;
    b. 1 (satu) orang Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dan tugas pembantuan di bidang keuangan Daerah; dan
    c. 1 (satu) orang tenaga ahli di bidang kesehatan.
(5) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.

(6) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati selaku Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang.

(7) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (6), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.

(8) Sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Paragraf 2

Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 17

Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut:

a. memantau perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD);
b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan Audit Pemeriksa Eksternal Pemerintah;
d. memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya;
e. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai:
    1. Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
    2. Permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
    3. Kinerja BLUD.

Pasal 18

Dewan Pengawas memiliki fungsi melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap pengelolaan rumah sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 19

(1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:
    a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari Direktur Rumah Sakit;
    b. menerima laporan basil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
    c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit;
    d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di rumah sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
    e. berkoordinasi dengan dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*) untuk ditetapkan oleh Pemilik;
    f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.
(2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dilakukan secara berkala paling sedikit setiap semester atau sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 20

Dewan Pengawas mempunyai tanggungjawab mencakup namun tidak terbatas pada:

a. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;

b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari;
c. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program tersebut;
d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
e. melakukan evaluasi tahunan kinerja pengelola rumah sakit dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
h. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Paragraf 3
Pengangkatan

Pasal 21

(1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
(2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pengelola.

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

a. memiliki integritas, dedikasi dan memahami masalah-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 anggota Pengelola atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;
c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik;
d. sehat jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugasnya; dan
e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit.

Pasal 22

(1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
(2) Batas usia anggota paling tinggi 60 (enam puluh) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dikecualikan bagi Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dalam pengangkatan kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Paragraf 4

Pemberhentian

Pasal 23

Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:

a. meninggal dunia;
b. masa jabatan berakhir; atau
c. diberhentikan sewaktu-waktu.

Pasal 24

Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati atas usulan dari Direktur apabila:

a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
e. mengundurkan diri; dan
f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau Daerah.

Pasal 25

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Bupati sebagai Pemilik Rumah Sakit.

Paragraf 5

Rapat-Rapat

Pasal 26

(1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Pengelola.

(2) Peserta rapat Dewan Pengawas terdiri dari anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Pengelola dan dapat juga dihadiri pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.

(3) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.

(4) Dalam hal tidak tercapai mufakat maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

Pasal 27

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:

a. Rapat Rutin;
b. Rapat Tahunan; dan
c. Rapat Khusus.

Pasal 28

(1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.

(2) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam setahun.

(3) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh rumah sakit.

(4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pengelola, Komite dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

(5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:

a. 1 (satu) salinan agenda;
b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya;
c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 29

(1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf b 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) dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
(3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 30

(1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada Pasal 27 huruf c diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
(2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
    a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
    b. terdapat permintaan yang ditandatangani anggota Dewan Pengawas.
(3) Undangan Rapat Khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum Rapat Khusus tersebut diselenggarakan.
(4) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
(5) Rapat Khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 31

(1) Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) Rapat Rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Pengelola, Komite dan dapat dihadiri pihak lain di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang atau di luar lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang apabila diperlukan.

Pasal 32

(1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
(2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
(3) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
(4) Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga) anggota Dewan Pengawas.
(5) Bila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
(6) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 33

(1) Setiap rapat Dewan Pengawas harus dibuat risalah rapat.
(2) Risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

(3) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanaan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 34

(1) Setiap permasalahan yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau dapat dilakukan dengan tertulis dan dimasukkan dalam amplop tertutup.
(2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Pasal 35

(1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
(2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut maka usulan ini dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Paragraf 6
Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf

Pasal 36

(1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan sebagai upaya memberdayakan staf, untuk mencapai tujuan rumah sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang.
(2) Peran terhadap staf sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara

berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam organisasi Komite Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang.

Pasal 37

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada Anggaran BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit

Bagian Ketujuh
Pengelola

Paragraf 1
Pengelolaan, Pengangkatan dan Pemberhentian
Pasal 38

(1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur dan 1 (satu) orang Kepala Bagian Tata Usaha, 3 (tiga) orang Kepala Bidang, 3 (tiga) orang Kepala Sub Bagian dan 6 (enam) orang Kepala Seksi disebut Pengelola Rumah Sakit.
(2) Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah
    a. Direktur;
    b. Kepala Bagian Tata Usaha yang dibantu dengan 3 (tiga) orang Kepala Sub Bagian;
    c. Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik yang dibantu dengan 2 (dua) orang Kepala Seksi;
    d. Kepala Bidang Sarana Prasarana yang dibantu dengan 2 (dua) orang kepala Seksi; dan
    e. Kepala Bidang Pengendali Informasi Rumah Sakit yang dibantu dengan 2 (dua) orang Kepala Seksi.
(3) Pengelola Rumah Sakit bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.
(4) Direktur bertanggungjawab kepada Bupati.

(5) Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.

(6) Pengangkatan dan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 2

Tugas. Fungsi, dan Wewenang

Pasal 39

(1) Pengelola mempunyai tugas pokok memimpin dan mengelola pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit.

(2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pengelola Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi menyusun kebijakan operasional, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum dan keuangan, serta sumber daya manusia dan pendidikan.

(3) Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Pengelola mempunyai wewenang dan tanggungjawab:

a. menyusun dan menetapkan kebijakan operasional rumah sakit meliputi bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum dan keuangan, serta sumber daya manusia dan pendidikan;
b. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemilik Rumah Sakit;
c. menyusun Rencana Strategis dan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit;
d. menyusun dan menetapkan organisasi dan tata laksana setiap satuan kerja di lingkungan rumah sakit lengkap dengan susunan jabatan, rincian tugas dan tata hubungan kerja;

e. mewakili rumah sakit, baik di dalam maupun di luar pengadilan;
f. mengusulkan perencanaan dan penempatan Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
g. melakukan pembinaan dan mengusulkan pemberhentian Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
h. mengadakan, mengangkat, menempatkan, menugaskan atau memberhentikan pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
i. menetapkan praturan kepegawaian bagi pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
j. mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
k. bertanggungjawab terhadap pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku; dan
l. menetapkan laporan berkala dan tahunan tentang kinerja rumah sakit.

Paragraf 3
Direktur

Pasal 40

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah:
a. tenaga medis yang mempunyai kemampuan, keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitan serta memiliki latar belakang pendidikan dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter umum dan atau dokter gigi;
b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
c. tidak pemah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;

d. bersedia membuat Surat Pemyataan Kesanggupan (*contractual agreement*);
e. untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit dengan meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan;
f. berstatus Aparatur Sipil Negara; dan
g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.

Paragraf 4
Tugas, Fungsi, Wewenang dan
Tanggung jawab Direktur

Pasal 41

Direktur mempunyai tugas melaksanakan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan kebijakan daerah yang bersifat spesifik dalam bidang kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat pada rumah sakit.

Pasal 42

Sesuai dengan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 Direktur memiliki fungsi sebagai berikut:
a. menetapkan program, rencana kegiatan dan anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang;
b. mengoordinasikan dan mengawasi pelaksanaan tugas Bagian Tata Usaha dan Bidang;
c. menetapkan kebijakan teknis dan operasional dalam rangka penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan;
d. menetapkan pedoman dan petunjuk teknis pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan;
e. mengoordinasikan tugas pembinaan dengan instansi terkait di bidang penyelenggaran kegiatan pelayanan kesehatan;
f. menyampaikan usul, pertimbangan, saran kepada Kepala Dinas Kesehatan menyangkut kebutuhan personil, anggaran dan aset;

g. melaksanakan pembinaan atas pengelolaan urusan ketatausahaan;
h. memberikan petunjuk kepada bawahan baik secara lisan maupun tertulis;
i. melakukan penilaian dan penetapan terhadap sasaran kinerja pegawai untuk kelancaran dan disiplin kerja bawahan.
j. melaporkan seluruh pelaksanaan tugas kepada Kepala Dinas Kesehatan; dan
k. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 43

Direktur mempunyai wewenang sebagai berikut:
a. memberi perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang;
b. menetapkan peraturan, pedoman, panduan, petunjuk teknis, standar prosedur operasional;
c. mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
d. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
e. memberikan penghargaan bagi pegawai yang berprestasi;
f. memberikan sanksi dan/atau hukuman disiplin kepada pegawai sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
g. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional rumah sakit;
h. mendelegasikan sebagian wewenangnya kepada jajaran di bawahnya.

Pasal 44

Dalam menjalankan rumah sakit, Direktur mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:
a. memenuhi perundang-undangan yang berlaku;

b. menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan;
c. menetapkan kebijakan rumah sakit;
d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Representasi Pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit;
h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi Pemilik/Dewan Pengawas;
i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi Pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

Paragraf 5
Rapat-Rapat

Pasal 45

(1) Rapat Pengelola merupakan rapat yang diselenggarakan antara Direktur, Kepala Bidang/Kepala Bagian beserta Kepala Sub Bagian/Kepala Seksi untuk membahas hal- hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan rumah sakit.
(2) Rapat Pengelola terdiri dari:
    a. Rapat Rutin;
    b. Rapat Tahunan; dan
    c. Rapat Khusus.

(3) Keputusan Rapat Pengelola diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.

(4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat diserahkan kepada Direktur.

(5) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Kepala Sub Bagian Umum Kepegawaian dan Aset.

Pasal 46

(1) Rapat rutin diselenggarakan 1 (satu) bulan sekali.

(2) Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Pasal 47

(1) Rapat tahunan diselenggarakan 1 (satu) tahun sekali.

(2) Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan satu tahun.

Pasal 48

(1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan /atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.

(2) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
   a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
   b. ada permintaan yang disetujui paling sedikit 2 (dua) kepala bidang/bagian.

(3) Setiap rapat Pengelola selain dihadiri oleh para Direktur juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang atau dari luar lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang apabila diperlukan.

Paragraf 6

Satuan Pengawas Internal

Pasal 49

(1) Ketua dan anggota SPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya SPI bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
(3) Ketua dan anggota SPI dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
    a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
    b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
    c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
    d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit;
    e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
    f. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
(4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 50

(1) SPI merupakan kelompok fungsional yang mempunyai fungsi membantu Direktur dalam pengawasan dan pengendalian internal terhadap pendayagunaan pengelolaan sumber daya rumah sakit.
(2) Dalam menyelenggarakan fungsinya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) SPI mempunyai tugas:
    a. menyusun pedoman pemeriksaan internal;
    b. menyusun petunjuk pelaksanaan kerja dan/atau tata kerja pemeriksaan internal;

c. menyusun rencana dan program pelaksanan SPI yang meliputi pemeriksaan administrasi keuangan, pemeriksaan administrasi umum dan kepegawaiaan, pemeriksaan administrasi pelayanan terhadap seluruh unsur di lingkungan rumah sakit yang menggunakan sumber daya rumah sakit;
d. melaksanakan pemeriksaan pengelolaan operasional terhadap aspek efektivitas pencapaian tujuan setiap kegiatan, efisiensi penggunaan sumber daya, keandalan data/informasi dan ketaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
e. menyusun dan membuat dokumentasi kegiatan pemeriksaan/audit internal kinerja rumah sakit;
f. melaporkan hasil pemeriksaan (LHP) kinerja rumah sakit yang mencakup hasil pemeriksaan serta saran/rekomendasi tindakan pemecahan yang bersifat pencegahan dan penyelesaian masalah;
g. melaksanakan evaluasi terhadap tindak lanjut hasil temuan SPI maupun lembaga pemeriksaan eksternal pada objek pemeriksaan;
h. melaporkan hasil kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal;
i. melaksanakan koordinasi pengawasan internal dengan sub unit kerja lain di lingkungan rumah sakit; dan
j. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan bidang tugas.

(3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur secara berkala sekurang-kurangnya satu kali dalam 6 (enam) bulan dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Paragraf 7

Komite

Pasal 51

(1) Pembentukan Komite disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
(2) Komite di rumah sakit sekurang-kurangnya terdiri dari:
    a. Komite Medik;
    b. Komite Keperawatan;
    c. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
    d. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS);
    e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
    f. Komite Mutu;
    g. Komite Farmasi;
    h. Komite Etik Rumah Sakit.
(3) Komite berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
(4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit.
(5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
(6) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 52

(1) Ketua dan anggota Komite diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
(3) Ketua dan anggota Komite dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
    a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;

b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit;
e. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit

(4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 53

(1) Tiap-tiap Komite yang dibentuk mempunyai tugas, fungsi dan wewenang yang berbeda sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
(2) Pengaturan mengenai Tata Kelola Komite diatur dalam Peraturan Direktur.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu
Tujuan dan Fungsi Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 54

(1) Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff by laws*) bertujuan:
a. agar ada kerjasama yang baik antara staf medis, pemilik atau yang mewakili dan pimpinan administrasi rumah sakit;
b. agar tejadi adaptasi kepentingan dokter dan kepentingan rumah sakit; dan
c. agar staf medis bertanggung jawab atas mutu pelayanan medik rumah sakit.

(2) Peraturan Internal Staf Medis berfungsi sebagai berikut:
   a. menggambarkan struktur organisasi staf medis;
   b. Prosedur persyaratan penerimaan dokter;
   c. mekanisme peer review, re-appointment, privileges, dan lain-lain;
   d. prosedur pengajuan permohonan menjadi staf medis.

Bagian Kedua
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 55

(1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
(2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
(3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.
(4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Direktur/Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis.
(5) Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketiga
Kelompok Staf Medis Fungsional

Pasal 56

(1) KSMF dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
(2) KSMF terdiri dari minimal 2 (dua) dokter dengan Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) yang sama.

(3) KSMF yang kurang dari 2 (dua) dokter, maka dapat bergabung dengan Kelompok Staf Medis Fungsional lainnya.
(4) Kelompok Staf Medis Fungsional dipimpin oleh Ketua KSMF.
(5) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSMF dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan atau usulan dari anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
(6) Ketua KSMF bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis.

Bagian Keempat
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 57

(1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
(2) Syarat DPJP adalah dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang diusulkan oleh KSMF terkait dan ditetapkan oleh Direktur.
(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan Staf medis yang dapat menjadi DPJP ditetapkan oleh Direktur.
(4) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
(5) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
(6) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
(7) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.

(8) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kelima

Kewenangan Klinis (Clinical Previlage)

Pasal 58

(1) Kewenangan Klinis *(Clinical Previlege)* merupakan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
(2) Kewenangan Klinis *(Clinical Previlege)* seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
(3) Penetapan kewenangan klinis *(clinical previlege)* oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
(4) Tanpa penugasan klinis (*clinical appointment*) maka seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis tidak dapat melakukan tindakan medis.
(5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan *Clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses kredensial dan atau rekredensial) berupa surat rekomendasi dari Komite Medik, dengan mengacu pada:
    a. standar profesi dari organisasi profesi;
    b. standar pendidikan; dan
    c. standar kompetensi dari Kolegium.
(6) Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis *(clinical privilege)* setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik, terkait dengan:
    a. penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing-masing organisasi profesi;

b. berdasarkan hasil kredensial sub komite kredensial di rumah sakit; dan
c. dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.

(7) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa ijazah/sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.

Bagian Keenam
Mitra Bestari

Pasal 59

(1) Mitra Bestari *(Peer Group)* merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.

(2) Staf medis dalam mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau dari fakultas kedokteran.

(3) Direktur dapat membentuk panitia ad hoc yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit berdasarkan permohonan Komite Medik.

Bagian Ketujuh

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 60

(1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
(2) Syarat DPJP adalah dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang diusulkan oleh KSMF terkait dan ditetapkan oleh Direktur.
(3) Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan Staf medis yang dapat menjadi DPJP ditetapkan oleh Direktur.
(4) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
(5) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Dewan Pengawas Gawat Darurat saat itu dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
(6) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
(7) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
(8) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketujuh

Komite Medik

Pasal 61

(1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
(2) Komite Medik bertugas untuk meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:

a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
b. memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat; dan
c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.

(3) 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 professional 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 Direktur;
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.

(4) 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 *(proctoring)* bagi staf medis yang membutuhkan

(5) 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 nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

(6) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:
a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;

g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin profesi.

(7) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc* dari Mitra Bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

(8) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
a. Ketua Komite Medik;
b. Wakil Ketua Komite Medik;
c. Sekretaris Komite Medik; dan
d. Anggota terdiri dari:
1. Sub Komite Kredensial;
2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

(9) Pengangkatan dan pemberhentian seluruh personalia Komite Medik oleh Direktur.

(10) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diatas Komite Medik menyusun Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Pasal 62

(1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti *(evidence-based)*.

(2) Keputusan sebagaimana pada ayat (1) diputuskan melalui Rapat Komite Medik dan Sub Komite.

(3) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

BAB V

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 63

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sidikalang
pada tanggal 30 Desember 2022

BUPATI DAIRI,

ttd.

EDDY KELENG ATE BERUTU

Diundangkan di Sidikalang
pada tanggal 30 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN DAIRI,

ttd.

BUDIANTA PINEM

BERITA DAERAH KABUPATEN DAIRI TAHUN 2022 NOMOR 45

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,

ARJUN NAINGGOLAN, S.H., M.H.
NIP. 19820909 200903 1 010