



**BERITA DAERAH KABUPATEN BANTAENG  
TAHUN 2017 NOMOR 39**

---

**PERATURAN BUPATI BANTAENG**

**NOMOR 39 TAHUN 2017**

**TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH PROF.Dr.H.M.ANWAR MAKKATUTU BANTAENG**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI BANTAENG**

- Menimbang :**
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanyaantisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
  - b. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan medis maka perlu dibuatkan Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng;
- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);
  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 53, 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);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Rumah sakit Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Rumah sakit Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159.b/1988 tentang Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) di Rumah Sakit);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Bantaeng Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bantaeng Tahun 2016 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bantaeng Nomor 6)

#### **MEMUTUSKAN**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. Dr.H.M.ANWAR MAKKATUTU BANTAENG.**

## **BAB I KETENTUAN UMUM**

### **Pasal 1 Pengertian**

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bantaeng.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah dan unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Bantaeng.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Milik Pemerintah Daerah /RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng yang selanjutnya disebut RSUD.
5. Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan internal korporasi (*corporate By Laws*) 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.
7. Peraturan internal staf medis (*medical staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur Rumah Sakit Bantaeng oleh Bupati;
9. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
10. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit Bantaeng;
11. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Makkatutu Bantaeng;
12. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Bantaeng
13. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Bantaeng;
14. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Bantaeng, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Bantaeng untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu;
15. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Bantaeng, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu;
16. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Bantaeng;
17. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Bantaeng atas usul Komite Medik;
18. 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*).
19. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit Bantaeng berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
  20. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
  21. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
  22. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
  29. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
  30. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Bantaeng dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, di mana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.

## **BAB II NAMA, VISI DAN MISI, MOTTO**

### **Pasal 2**

- (1) Nama rumah sakit ini adalah RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng, milik Pemerintah Daerah Bantaeng.
- (2) Visi Dan Misi RSUD adalah
  - a. Visi RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng adalah “Terwujudnya RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng sebagai Primadona di Selatan Sulawesi Selatan”.
  - b. Misi RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng adalah:
    1. Menciptakan pelayanan kesehatan mandiri dan proaktif;
    2. Menciptakan pelayanan kesehatan berorientasi kendali mutu dan kendali biaya;
    3. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia;
- (3) Motto RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu Bantaeng adalah “Menjaga mutu pelayanan dengan spirit kompetensi dan integritas moral”.
- (4) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2), direview secara berkala oleh Tim yang dibentuk berdasarkan Keputusan Direktur.
- (5) Visi Misi akan diumumkan ke publik oleh ...
- (6) Review berkala dilakukan 2 (dua) tahun sekali
- (7) Visi misi ditetapkan oleh Bupati

## **BAB III KEDUDUKAN RUMAH SAKIT**

### **Pasal 3**

RSUD berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

#### **Pasal 4**

RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

### **BAB IV TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT**

#### **Pasal 5**

- (1). Tugas pokok dari Rumah Sakit Umum Daerah adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan melakukan :
  - a. Perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan ;
  - b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah bidang pelayanan kesehatan ;
  - c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan;
  - d. Pelaksanaan lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.
  
- (2). Fungsi RSUD adalah :
  - a. Penyelenggaraan pelayanan medik
  - b. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik medik dan non medik
  - c. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan
  - d. Penyelenggaraan pelayanan rujukan
  - e. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan
  - f. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan
  - g. Penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan

### **BAB V KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH**

#### **Bagian Kesatu Kewenangan Pemerintah Daerah**

#### **Pasal 6**

- (1) Membuat peraturan tentang Pola Tata Kelola, Hospital By Laws dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya.
- (2) Mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- (3) Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- (4) Mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
- (5) Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

**Bagian Kedua**  
**Tanggung Jawab Pemerintah Daerah**

**Pasal 7**

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen;
- (2) Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit; dan  
Pemerintah Daerah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan pengelolaan Rumah Sakit.

**BAB VI**  
**STRUKTUR ORGANISASI**

**Pasal 8**

- (1) Struktur organisasi RSUD, terdiri dari :
  - a. Direktur;
  - b. Bagian Tata Usaha, terdiri dari :
    1. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
    2. Sub Bagian Program dan Pelaporan
    3. Sub Bagian Keuangan
  - c. Bidang Pelayanan Medis;
  - d. Bidang Keperawatan;
  - e. Bidang Penunjang Pelayanan;
  - f. Kelompok Jabatan Fungsional;

**BAB VII**  
**PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT**

**Pasal 9**

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit Bantaeng.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati.

**BAB VIII**  
**TUGAS POKOK PEJABAT PENGELOLA**

**Bagian Kesatu**  
**Direktur**

**Pasal 10**

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam membina, mengkoordinasikan dan melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan teknis daerah di Bidang Pengelolaan RSUD sesuai dengan kewenangannya berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur mempunyai fungsi :
  - a. Perumusan kebijakan teknis di Bidang Pengelolaan RSUD;
  - b. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah di Bidang Pengelolaan RSUD;
  - c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di Bidang Pengelolaan RSUD;
  - d. Penyelenggaraan monitoring dan evaluasi;
  - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- (3) Rincian tugas Direktur adalah sebagai berikut :
  - a. Merencanakan, mengorganisasikan, menggerakkan dan mengendalikan penyelenggaraan kebijakan teknis serta menyusun Renstra RSUD Rumah sakit sesuai dengan visi dan misi Daerah;
  - b. Melaksanakan pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintah Daerah di Bidang Pengelolaan RSUD;
  - c. Membina, mengkoordinasikan dan melaksanakan tugas di Bidang Pengelolaan RSUD;
  - d. Membina, mengkoordinasikan dan melaksanakan tugas Bidang Pengelolaan RSUD;
  - e. Membina, mengkoordinasikan dan melaksanakan tugas Bidang Pengelolaan RSUD;
  - f. Membina dan mengarahkan Kepala Sekretariat dan para Kepala Bidang dalam melaksanakan tugasnya;
  - g. Menyelenggarakan koordinasi dengan instansi atau unit kerja terkait dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas;
  - h. Membina, mengarahkan, mengawasi, memberikan sanksi dan menilai prestasi kerja serta mengembangkan karier Kepala Bagian, Kepala Bidang, dan pegawai RSUD;
  - i. Melakukan monitoring, pengendalian dan evaluasi terhadap pelaksanaan tugas serta melaporkan hasilnya kepada Bupati;
  - j. Memberikan saran dan pertimbangan teknis, serta melaksanakan tugas lain yang diberikan Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya;
  - k. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Direktur bertanggung jawab kepada Bupati.

**Bagian Kedua**  
**Bagian Tata Usaha**

**Pasal 11**

- 1) Bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Bagian, yang mempunyai tugas mengkoordinasikan penyiapan bahan kebijakan penyusunan teknis dan pelaksanaan tugas Bagian Tata Usaha meliputi umum dan

- kepegawaian, program dan pelaporan, keuangan, serta pemberian pelayanan administrasi dan fungsional kepada semua unsur dalam Lingkup Rumah Sakit;
- 2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi :
    - a. Penyusunan kebijakan teknis Bagian administrasi umum dan kepegawaian, program dan pelaporan serta keuangan;
    - b. Pembinaan dan pelaksanaan tugas Bagian umum dan kepegawaian, program dan pelaporan serta keuangan;
    - c. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pelayanan administrasi dan fungsional kepada seluruh satuan organisasi dalam Lingkup Rumah Sakit;
    - d. Pengkoordinasian, pengawasan, pengendalian, dan evaluasi program dan kegiatan Lingkup Rumah Sakit;
    - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.
  - 3) Rincian tugas Kepala Bagian Tata Usaha sebagai berikut :
    - a. Merencanakan, mengorganisasikan, menggerakkan dan mengendalikan serta menetapkan kebijakan Bagian Umum dan kepegawaian, program dan pelaporan, serta keuangan;
    - b. Mengkoordinasikan dan menyusun rencana kegiatan tahunan sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
    - c. Mengelola dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas umum dan kepegawaian;
    - d. Mengelola dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas program dan pelaporan;
    - e. Mengelola dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas keuangan;
    - f. Mengelola dan mengkoordinasikan pelaksanaan urusan perlengkapan dan aset;
    - g. Melakukan pengawasan, pengendalian dan evaluasi terhadap penyelenggaraan tugas administrasi umum dan kepegawaian, program dan pelaporan, keuangan, perlengkapan dan aset;
    - h. Mengkoordinasikan dan mengelola pelaksanaan pelayanan teknis dan administratif kepada seluruh satuan organisasi dalam Lingkup Rumah Sakit;
    - i. Mengkoordinasikan dan mengelola penyusunan laporan pelaksanaan program dan kegiatan dalam Lingkup Rumah Sakit;
    - j. Menilai prestasi kerja para Kepala Sub Bagian dalam rangka pembinaan dan pengembangan karier;
    - k. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya;
    - l. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Bagian Tata Usaha bertanggungjawab kepada Direktur.

**Bagian Ketiga**  
**Sub Bagian Umum dan Kepegawaian**

**Pasal 12**

- 1) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian yang mempunyai tugas menyiapkan bahan penyusunan kebijakan teknis, pembinaan dan pelaksanaan tugas umum dan kepegawaian meliputi pengelolaan tugas rumah tangga, surat menyurat, kearsipan, protokol, perjalanan dinas, tatalaksana, perlengkapan dan aset, kepegawaian dan tugas umum lainnya, serta mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan tugas Bagian Administrasi Umum dan Kepegawaian;

- 2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai fungsi :
  - a. Penyiapan bahan penyusunan kebijakan teknis Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
  - b. Pembinaan dan pelaksanaan tugas umum dan kepegawaian meliputi pengelolaan urusan rumah tangga, surat menyurat, kearsipan, protokol, perjalanan dinas, tata laksana, perlengkapan dan aset, kepegawaian dan tugas umum lainnya;
  - c. Pengkoordinasian, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
  - d. Pelaporan dan evaluasi pelaksanaan tugas Umum dan Kepegawaian;
  - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya;
- 3) Rincian tugas Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian sebagai berikut:
  - a. Menghimpun dan menyiapkan bahan penyusunan kebijakan teknis Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
  - b. Menyusun rencana operasional program kerja Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
  - c. Membina dan mengelola pelaksanaan urusan rumah tangga dan keamanan lingkungan rumah sakit;
  - d. Membina dan mengelola pelaksanaan surat menyurat meliputi surat masuk dan surat keluar serta kearsipan;
  - e. Membina dan mengelola pelaksanaan tugas kehumasan, keprotokoleran, perjalanan dinas dan tatalaksana rumah sakit;
  - f. Membina dan mengelola administrasi penyimpanan, pendistribusian, dan penginventarisasian barang, perlengkapan dan aset rumah sakit;
  - g. Membina dan mengelola pelaksanaan administrasi kepegawaian meliputi penyiapan rencana kebutuhan pegawai, penempatan pegawai, bahan usulan kenaikan pangkat dan gaji berkala, daftar urut kepangkatan (DUK), dan DP3 pegawai, serta administrasi kepegawaian lainnya;
  - h. Membina dan mengelola pelaksanaan cuti, teguran pelanggaran disiplin, pemberhentian dan pensiun pegawai;
  - i. Membina dan mengelola pengembangan, karier, dan kesejahteraan pegawai;
  - j. Melaksanakan pemantauan, pengendalian dan evaluasi serta menyusun laporan hasil pelaksanaan program dan kegiatan Sub Bagian Umum dan Kepegawaian;
  - k. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya;
  - l. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha.

**Bagian Keempat**  
**Sub Bagian Program dan Pelaporan**

**Pasal 13**

- 1) Sub Bagian Program dan Pelaporan dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian yang mempunyai tugas menyiapkan bahan penyusunan kebijakan teknis, pembinaan dan pelaksanaan tugas program dan pelaporan meliputi penyusunan program/kegiatan, penyusunan laporan, dan tugas program dan pelaporan lainnya, serta melaporkan
- 2) dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan administrasi program dan pelaporan;
- 3) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Sub Bagian Program dan Pelaporan mempunyai fungsi :

- a. Penyiapan bahan penyusunan kebijakan teknis Sub Bagian Program dan Pelaporan;
  - b. Pembinaan dan pelaksanaan tugas Bagian Program dan Pelaporan meliputi pengelolaan urusan penyusunan program/kegiatan, jadwal pelaksanaan program/kegiatan, dan penyusunan laporan;
  - c. Pengkoordinasian, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas Sub Bagian Program dan Pelaporan;
  - d. Pelaporan dan evaluasi pelaksanaan tugas Sub Bagian Program dan Pelaporan;
  - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 4) Rincian tugas Kepala Sub Bagian Program dan Pelaporan sebagai berikut:
- a. Menghimpun dan menyiapkan bahan penyusunan kebijakan teknis Sub Bagian Program dan Pelaporan;
  - b. Menyusun rencana operasional program kerja Sub Bagian Program dan Pelaporan;
  - c. Membina dan mengelola penyusunan rencana tahunan dan pelaksanaan program/kegiatan rumah sakit;
  - d. Merencanakan kebutuhan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana meliputi barang, perlengkapan dan aset rumah sakit;
  - e. Melaksanakan penyiapan bahan dan penyusunan DAKS, DPA, LAKIP, Renstra dan Renja rumah sakit;
  - f. Mengumpulkan, mengelola, menganalisa dan menyusun bahan laporan bulanan, triwulan dan tahunan;
  - g. Melaksanakan pengumpulan, pengolahan, penganalisaan dan penyajian data statistik serta informasi rumah sakit;
  - h. Melaksanakan pemantauan, pengendalian dan evaluasi serta menyusun laporan hasil pelaksanaan program dan kegiatan Sub Bagian Program dan Pelaporan;
  - i. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya;
  - j. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Sub Bagian Program dan Pelaporan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian tata Usaha.

## **Bagian Kelima Sub Bagian Keuangan**

### **Pasal 14**

- 1) Sub Bagian Keuangan dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian yang mempunyai tugas menyiapkan bahan penyusunan kebijakan teknis, pembinaan dan pelaksanaan tugas keuangan meliputi penyusunan anggaran, verifikasi, perbendaharaan, pembukuan dan pelaporan anggaran, dan tugas keuangan lainnya dalam rangka pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), serta mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan tugas Bagian administrasi keuangan;
- 2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Sub Bagian Keuangan mempunyai fungsi :
  - a. Penyiapan bahan penyusunan kebijakan teknis Sub Bagian Keuangan;
  - b. Pembinaan dan pelaksanaan tugas Bagian Keuangan meliputi penyusunan anggaran;
  - c. Pengkoordinasian, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas Sub bagian Keuangan;
  - d. Pelaporan dan evaluasi pelaksanaan tugas Bagian Keuangan;

- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala bagian tata Usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya;
- 3) Rincian tugas Kepala Sub Bagian Keuangan sebagai berikut :
- a. Menghimpun dan menyiapkan bahan penyusunan kebijakan teknis Sub Bagian Keuangan;
  - b. Menyusun rencana operasional program kerja Sub Bagian Keuangan;
  - c. Membina dan mengelola penyusunan rencana tahunan dan pelaksanaan program/kegiatan rumah sakit;
  - d. Menyiapkan proses administrasi terkait dengan penatausahaan keuangan daerah sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
  - e. Melakukan pembukuan setiap transaksi keuangan pada buku kas umum;
  - f. Melaksanakan perbendaharaan keuangan rumah sakit;
  - g. Melaksanakan pengendalian atas pelaksanaan tugas pembantu bendahara pengeluaran;
  - h. Mengajukan SPP untuk pengisian kas, SPP beban tetap dan SPP gaji atas persetujuan pengguna anggaran (kepala satuan kerja perangkat daerah/lembaga teknis daerah) yang ditetapkan sebagai pengguna anggaran dengan keputusan Bupati;
  - i. Memeriksa pembayaran gaji SKPP pegawai yang mutasi;
  - j. Mendistribusikan uang kerja kegiatan kepada bendahara kegiatan sesuai dengan jadwal kegiatan atas persetujuan pengguna anggaran;
  - k. Memeriksa, mengoreksi dan menandatangani Surat Pertanggungjawaban (SPJ) atas penerimaan dan pengeluaran kas beserta lampirannya;
  - l. Melaksanakan pemantauan, pengendalian dan evaluasi serta menyusun laporan hasil pelaksanaan program dan kegiatan Sub Bagian Program dan Pelaporan;
  - m. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya;
  - n. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Sub Bagian Keuangan bertanggungjawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha;

**Bagian Keenam**  
**Bidang Pelayanan Medis**

**Pasal 15**

- 1) Bidang Pelayanan Medis dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang mempunyai tugas memimpin, membina, mengelola dan mengkoordinasikan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Medis serta mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan program kegiatan;
- 2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang mempunyai fungsi :
  - a. Penyusunan kebijakan teknis Bidang Pelayanan Medis;
  - b. Pembinaan dan pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Medis;
  - c. Pengkoordinasian, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Medis;
  - d. Pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Medis;
  - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 3) Rincian tugas Kepala Bidang Pelayanan Medis sebagai berikut :
  - a. Menyusun kebijakan teknis Bidang Pelayanan Medis;

- b. Membina dan mengkoordinasikan penyusunan rencana operasional program kerja dan kegiatan tahunan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya;
- c. Membina, mengkoordinasikan dan menyelenggarakan rencana kerja sesuai tugas pokok dan fungsinya;
- d. Menyenggarakan urusan pelayanan umum di Bidang Pelayanan Medis;
- e. Membina dan melaksanakan program dan kegiatan di Bidang Pelayanan Medis;
- f. Melakukan koordinasi, pemantauan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program dan kegiatan di Bidang Pelayanan Medis;
- g. Menginventarisir permasalahan-permasalahan yang berhubungan dengan bidang tugasnya dan menyiapkan bahan pemecahan masalah;
- h. Membina, mengarahkan, mengawasi, memberikan sanksi dan menilai prestasi kerja para bawahan dalam rangka pembinaan dan pengembangan karier;
- i. Melakukan monitoring, pengendalian dan evaluasi terhadap pelaksanaan tugas serta melaporkan hasilnya kepada Direktur RSUD;
- j. Memberikan saran dan pertimbangan teknis, serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya;
- k. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Bidang Pelayanan Medis bertanggungjawab kepada Direktur RSUD.

**Bagian Ketujuh**  
**Bidang Keperawatan**

**Pasal 16**

- 1) Bidang Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang mempunyai tugas memimpin, membina, mengelola dan mengkoordinasikan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan tugas Bidang Keperawatan serta mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan program dan kegiatan;
- 2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Keperawatan mempunyai fungsi :
  - a. Penyusunan kebijakan teknis Bidang Keperawatan;
  - b. Pembinaan dan pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Keperawatan;
  - c. Pengkoordinasian, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas Bidang Keperawatan;
  - d. Pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan tugas Bidang Keperawatan;
  - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 3) Rincian tugas Kepala Bidang Keperawatan sebagai berikut:
  - a. Menyusun kebijakan teknis Bidang Keperawatan;
  - b. Membina dan mengkoordinasikan penyusunan rencana operasional program kerja dan kegiatan tahunan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya;
  - c. Membina, mengkoordinasikan dan menyelenggarakan rencana kerja sesuai tugas pokok dan fungsinya;
  - d. Menyenggarakan urusan pelayanan umum di Bidang Keperawatan;
  - e. Membina dan melaksanakan program dan kegiatan di Bidang Keperawatan;
  - f. Melakukan koordinasi, pemantauan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program dan kegiatan di Bidang Keperawatan;
  - g. Menginventarisir permasalahan-permasalahan yang berhubungan dengan bidang tugasnya dan menyiapkan bahan pemecahan masalah;

- h. Membina, mengarahkan, mengawasi, memberikan sanksi dan menilai prestasi kerja para bawahan dalam rangka pembinaan dan pengembangan karier;
- i. Melakukan monitoring, pengendalian dan evaluasi terhadap pelaksanaan tugas serta melaporkan hasilnya kepada Direktur RSUD;
- j. Memberikan saran dan pertimbangan teknis, serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya;
- k. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Bidang Keperawatan bertanggungjawab kepada Direktur RSUD.

## **Bagian Kedelapan** **Bidang Penunjang Pelayanan**

### **Pasal 17**

- 1) Bidang Penunjang Pelayanan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang mempunyai tugas memimpin, membina, mengelola dan mengkoordinasikan penyusunan kebijakan teknis dan pelaksanaan tugas Bidang Penunjang Pelayanan serta mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan program dan kegiatan.
- 2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Bidang Penunjang Pelayanan mempunyai fungsi :
  - a. Penyusunan kebijakan teknis Bidang Penunjang Pelayanan;
  - b. Pembinaan dan pelaksanaan tugas Bidang Penunjang Pelayanan;
  - c. Pengkoordinasian, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas Bidang Penunjang Pelayanan;
  - d. Pelaksanaan evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan tugas Bidang Penunjang Pelayanan;
  - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- 3) Rincian tugas Kepala Bidang Penunjang Pelayanan sebagai berikut :
  - a. Menyusun kebijakan teknis Bidang Penunjang Pelayanan;
  - b. Membina dan mengkoordinasikan penyusunan rencana operasional program kerja dan kegiatan tahunan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya;
  - c. Membina, mengkoordinasikan dan menyelenggarakan rencana kerja sesuai tugas pokok dan fungsinya;
  - d. Menyelenggarakan urusan pelayanan umum di Bidang Penunjang Pelayanan;
  - e. Membina dan melaksanakan program dan kegiatan di Bidang Penunjang Pelayanan;
  - f. Melakukan koordinasi, pemantauan dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program dan kegiatan di Bidang Penunjang Pelayanan;
  - g. Menginventarisir permasalahan-permasalahan yang berhubungan dengan bidang tugasnya dan menyiapkan bahan pemecahan masalah;
  - h. Membina, mengarahkan, mengawasi, memberikan sanksi dan menilai prestasi kerja para bawahan dalam rangka pembinaan dan pengembangan karier;
  - i. Melakukan monitoring, pengendalian dan evaluasi terhadap pelaksanaan tugas serta melaporkan hasilnya kepada Direktur RSUD;
  - j. Memberikan saran dan pertimbangan teknis, serta melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya;
  - k. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Bidang Penunjang Pelayanan bertanggungjawab kepada Direktur RSUD.

**Bagian Kesembilan**  
**Kelompok Jabatan Fungsional**

**Pasal 18**

- 1) Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Direktur RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu sesuai dengan keahlian yang melekat padanya dan kebutuhan RSUD;
- 2) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri dari sejumlah tenaga ahli dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam kelompok sesuai dengan keahliannya;
- 3) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dipimpin seorang tenaga fungsional senior selaku ketua kelompok yang berada dibawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu;
- 4) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang dibebankan kepadanya.

**Bagian Kesepuluh**  
**Tata Kerja**

**Pasal 19**

- 1) Dalam melaksanakan tugas setiap pimpinan unit organisasi dn kelompok tenaga fungsional wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan masing-masing maupun antar satuan organisasi di lingkungan Pemerintah Daerah serta dengan instansi lain sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing;
- 2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan bila terjadi penyimpangan agar mengambil langkah yang diperlukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- 3) Setiap pimpinan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya masing-masing dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya;
- 4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan masing-masing serta menyiapkan laporan berkala tepat pada waktunya;
- 5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahannya wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan untuk penyusunan laporan hasil lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya;
- 6) Dalam penyampaian laporan masing-masing kepada atasan, tembusan laporan wajib disampaikan kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja;
- 7) Dalam melaksanakan tugas, setiap pimpinan satuan organisasi/instalasi bertanggung jawab masing-masing dalam rangka pemberian bimbingan kepada bawahan, diharapkan mengadakan rapat-rapat berkala.

**Bagian Kesebelas**  
**Persyaratan Direktur**

**Pasal 20**

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang Dokter yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahnyasakit;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

## **BAB IX**

### **SATUAN PEMERIKSA INTERNAL (SPI)**

#### **Pasal 21**

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu;
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah :
  - a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
    1. Informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya;
    2. fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
    3. penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
  - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur;
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi:
  - a. Unit monitoring yang bersifat independen untuk :
    1. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
    2. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
    3. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit;
  - b. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dan (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

## **BAB X KOMITE-KOMITE**

### **Pasal 22**

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Pembentukan komite-komite yaitu:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - d. Komite Farmasi dan Terapi; dan
  - e. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan rumah sakit non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

### **Bagian Kesatu Komite Medik**

#### **Pasal 23**

#### **Pengorganisasian Komite Medik**

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit; dan
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.
- (3) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit; dan

#### **Pasal 24**

#### **Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik**

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu;
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku;
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit;
- (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite

#### **Pasal 25**

#### **Wewenang Komite Medik**

- (1) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*.

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

## **Pasal 26 Sub Komite**

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu terdiri dari :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

## **Paragraf 1 SUB KOMITE KREDENSIAL**

### **Pasal 27**

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

## **Pasal 28 Pengorganisasian Sub Komite Kredensial**

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi;
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medik dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit.
- (4) Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan;
- (5) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medik;
- (6) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medik yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

**Pasal 29**  
**Tata Kerja Sub Komite Kredensial**

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik;
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon;
- (4) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
  - a. kompetensi:
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif;
    3. afektif;
    4. psikomotor;
  - b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis;
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
  - a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik;
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial;
- (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa :
  - 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;
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur Rumah Sakit. Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

**Paragraf 2**  
**SUB KOMITE MUTU PROFESI**

**Pasal 30**

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

**Pasal 31**  
**Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi**

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

**Pasal 32**  
**Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi**

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu:
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/ *Clinical Privilege* sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/ *Clinical Privilege*;
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis :
  - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan;
  - g. rencana reaudit.
- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis :
  - a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. sub Komite Mutu Profesi bersama-sama 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;
  - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
  - g. sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.

- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan :
  - a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

### **Paragraf 3** **Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi**

#### **Pasal 33**

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### **Pasal 34** **Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- (1) Ketua;
- (2) Sekretaris; dan
- (3) Anggota.

#### **Pasal 35** **Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit;
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran Indonesia;
  - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik;
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Panel terdiri dari 3 orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur RSUD atau Direktur Rumah Sakit terlapor.

- (5) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
- a. Sumber laporan:
    1. Perorangan:
      - 1) Manajemen rumah sakit;
      - 2) Staf medis lain;
      - 3) Tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
      - 4) Pasien atau keluarga pasien;
    2. Non perorangan:
      - 1) Hasil konferensi kematian;
  - 2) Hasil konferensi klinis.
  - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
    1. Kompetensi klinis;
    2. Penatalaksanaan kasus medis;
    3. Pelanggaran disiplin profesi;
    4. Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
    5. Ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien;
  - c. Pemeriksaan:
    1. Dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
    2. Melalui proses pembuktian;
    3. Dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
    4. Terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
    5. Panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
    6. Seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;
  - d. Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit.
  - e. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru.
  - f. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD melalui Komite Medik.
  - g. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:
    1. Peringatan tertulis;
    2. Limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
    3. Bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
    4. Pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.
  - f. Pelaksanaan Keputusan:
 

keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
- (7) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

### **Pasal 36** **Rapat Komite Medik**

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari:
  - a. Rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. Rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. Rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*; dan
  - d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir.
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum;
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik;
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak;
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang;
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir;
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat;
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolakny usulan tersebut.

### **Pasal 37** **Rapat Khusus**

- (1) Rapat khusus diadakan apabila :
  - a. Ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
  - b. Ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
  - c. Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut;
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a harus dilakukan 7(tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

### **Pasal 38** **Rapat Tahunan**

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun;

- (2) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

## **Bagian Kedua Komite Keperawatan**

### **Pasal 39 Pengorganisasian Komite Keperawatan**

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

### **Pasal 40 Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan**

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD Prof.Dr.H.M.Anwar Makkatutu
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite
- (3) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri dari Ketua dan Sekretaris merangkap Sub Komite.

### **Pasal 41 Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan**

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit;
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

### **Pasal 42 Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan**

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. Melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
  - b. Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

**Pasal 43**  
**Wewenang Komite Keperawatan**

- (1) Memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- (2) Memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- (3) Memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- (4) Memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- (5) Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- (6) Memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- (7) memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

**Pasal 44**  
**Sub Komite**

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD terdiri atas :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

**Paragraf 1**  
**Sub Komite Kredensial**

**Pasal 45**

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas ;
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc*, kepada komite keperawatan.

**Paragraf 2**  
**Sub Komite Mutu Profesi**

**Pasal 46**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas:
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.

- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam Pasal 47 ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

**Paragraf 3**  
**Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi**

**Pasal 47**

Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam pasal 71 ayat (1), komite keperawatan membentuk *team ad hoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team ad hoc* sebagaimana dalam pasal 71 ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

**Pasal 48**  
**Rapat**

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari: Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja :
  - a. Rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
  - b. Rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
  - c. Sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
  - d. Agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin
  - a. Rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
  - b. Agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan;
  - c. Rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat Pleno
  - a. Rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;

- b. Rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, dan Sub Komite dan;
  - c. Agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan
- a. Sidang tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;
  - b. Sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
  - c. Agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
  - d. Keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

### **Bagian Ketiga** **Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI)**

#### **Pasal 49**

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ( PPI ) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
  - a. Memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. Menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. Melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. Merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. Membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi
  - f. Melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. Memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit;
  - h. Menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur;
- (3) Komite PPI merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang/Bagian.

### **Bagian Keempat** **Komite Farmasi Dan Terapi**

#### **Pasal 50**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;

- b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang/Bagian.

## **Bagian Kelima**

### **Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien**

#### **Pasal 51**

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dengan berpedoman pada keselamatan pasien.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas:
- a. Menyusun kebijakan dan strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit (termasuk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Resiko, Akreditasi, serta Fasilitas dan K3);
  - b. Membuat usulan rencana kerja pengembangan mutu mengacu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (termasuk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Resiko, Akreditasi, serta Fasilitas dan K3);
  - c. Membuat usulan RKA/RBA pengembangan mutu mengacu program
  - d. peningkatan mutu dan keselamatan pasien ( termasuk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Resiko, Akreditasi, serta Fasilitas dan K3);
  - e. Membuat Pedoman, SPO pengembangan mutu RS (termasuk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Resiko, Akreditasi, serta Fasilitas dan K3);
  - f. Membuat laporan analisis operasional kegiatan pengembangan mutu (termasuk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Resiko, Akreditasi, serta Fasilitas dan K3);
  - g. Melakukan monitoring dan evaluasi implementasi kebijakan dan strategi mutu serta SPO pengembangan mutu RS (termasuk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Resiko, Akreditasi, serta Fasilitas dan K3);
  - h. Melakukan feedback temuan hasil implementasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien ke instalasi terkait (termasuk Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Resiko, Akreditasi, serta Fasilitas dan K3);
  - i. Membuat identifikasi risiko di seluruh rumah sakit dan menyusun prioritas risiko;

- j. Membuat analisis Laporan Insiden, laporan kecelakaan kerja, kajian risiko secara reaktif (RCA) dan proaktif (FMEA);
  - k. Membuat tindak lanjut hasil analisis laporan insiden, RCA ke seluruh unit/instalasi terkait;
  - l. Membuat rekomendasi dari hasil analisis kajian resiko kepada Pimpinan RS;
  - m. Menyusun indikator mutu RS;
  - n. Membuat rekapitulasi dan analisis serta rekomendasi data indikator mutu;
  - o. Menyusun pedoman dan perencanaan pengukuran lingkungan kerja RS serta pengukuran angka kuman ruang perawatan;
  - p. Menyusun denah pemetaan tempat beresiko tinggi;
  - q. Menyusun Hazard Vulnerability Assesment (HVA) rumah sakit untuk dijadikan sebagai dasar program pemeliharaan fasilitas dan K3;
  - r. Menyusun rencana sarana tanggap darurat rumah sakit;
  - s. Membuat rencana pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi berkala bagi pegawai rumah sakit;
  - t. Membuat rencana kegiatan persiapan akreditasi rumah sakit;
  - u. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan rencana kegiatan akreditasi rumah sakit;
  - v. Memfasilitasi pertemuan, pembimbingan internal dan eksternal terkait pelaksanaan akreditasi rumah sakit;
  - w. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan implementasi akreditasi rumah sakit;
  - x. Mendokumentasikan seluruh proses kegiatan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
- 3) Tanggung Jawab Komite Mutu dan Keselamatan Pasien :
- a. Bertanggungjawab terhadap pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - b. Bertanggungjawab terhadap pelaksanaan akreditasi rumah sakit;
  - c. Bertanggungjawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi peningkatan mutu;
  - d. Bertanggungjawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada Direktur;
  - e. Bertanggungjawab terhadap disiplin dan performa staf di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.
- 4) Wewenang Komite Mutu dan Keselamatan Pasien :
- a. Menugaskan staf dalam pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - b. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu rumah sakit dari unit-unit terkait di lingkungan RSUD;
  - c. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD terkait pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit;
  - d. Memberikan rekomendasi kepada Direktur terkait evaluasi dan tindak lanjut dari setiap program dalam rangka perbaikan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.
- (5) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (6) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang/Bagian.

**BAB XI**  
**STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)**

**Pasal 52**

- (1) Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

**BAB XII**  
**INSTALASI**

**Pasal 53**

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Instalasi RSUD terdiri dari :
  1. Instalasi Rawat Darurat;
  2. Instalasi Kebidanan;
  3. Instalasi Rawat Jalan;
  4. Instalasi Rawat Inap;
  5. Instalasi Farmasi;
  6. Instalasi Laboratorium;
  7. Instalasi Radiologi;
  8. Instalasi Kardiologi;
  9. Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit;
  10. Instalasi Kesehatan Lingkungan;
  11. Instalasi Rekam Medis;
  12. Instalasi Gizi;
  13. Instalasi Fisioterapi;
  14. Instalasi Unit Transfusi Darah Rumah Sakit;
  15. Instalasi Gas Medis;
  16. Instalasi Laundry;
  17. Instalasi Kamar Bedah;
  18. Instalasi Intensif Care Unit;
  19. Instalasi Central Sterile Supply Department;
  20. Instalasi Pengamanan;
  21. Instalasi Pemulasaran Jenazah;
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang/Kepala Bagian.

- (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

### **BAB XIII PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA**

#### **Pasal 54 Tujuan Pengelolaan**

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

#### **Pasal 55 Pengangkatan Pegawai**

- (1) Pegawai RSUD dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai RSUD yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai RSUD yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### **Pasal 56 Perpindahan Pegawai**

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
  - b. masa kerja diunit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
  - d. kegunaannya dalam menunjang karir;
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

#### **Pasal 57 Pemberhentian Pegawai**

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian pegawai negeri sipil.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. meninggal dunia;
  - b. atas permintaan sendiri;
  - c. mencapai batas usia 58 tahun;
  - d. perampangan organisasi Rumah Sakit;

- e. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non PNS;
- f. tidak tersedia anggaran untuk memberi nafkah kepada pegawai Non PNS.

## **BAB XIV PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK**

### **Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan**

#### **Pasal 58**

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi:
  - a. Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
  - b. Tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. Terciptanya tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit;
  - d. Untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

### **Paragraf 1 Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)**

#### **Pasal 59**

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur RSUD.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur RSUD atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur RSUD berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit. asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSUD kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

**Paragraf 2**  
**Proses Penilaian Kewenangan Klinis**

**Pasal 60**

- 1) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis:
  - a. Pendidikan:
    1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
    2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
  - b. Perizinan (lisensi):
    1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
    2. memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
  - c. Kegiatan penjagaan mutu profesi:
    1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
    2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
  - d. Kualifikasi personal:
    1. riwayat disiplin dan etik profesi;
    2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
    3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
    4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
    5. memiliki asuransi proteksi profesi.
  - e. Pengalaman di bidang keprofesian:
    1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
    2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

**Paragraf 3**  
**Pembatasan Kewenangan Klinis**

**Pasal 61**

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial;
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSUD dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum;
- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu :
  - a. ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
  - c. subkomite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya

- diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran / penyimpangan yang telah dilakukan;
- d. subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

**Paragraf 4**  
**Pencabutan Kewenangan Klinis**

**Pasal 62**

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis oleh Direktur RSUD atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi;
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik

**Paragraf 5**  
**Pengakhiran Kewenangan Klinis**

**Pasal 63**

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur RSUD atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
  - a. habis masa berlakunya;
  - b. dicabut sesuai pasal 65 ayat (2).

**Bagian Kedua**  
**Penugasan klinis (*clinical appointment*)**

**Pasal 64**

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur RSUD Prof. dr. H. M. Anwar Makkatutu berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSUD.

**Bagian Ketiga**  
**Peraturan pelaksanaan tata kelola klinis**

**Pasal 65**

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*). Aturan profesi tersebut antara lain:

- a. Pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai;
- c. Kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

**BAB XV**  
**TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN**  
**INTERNAL STAF MEDIS**

**Pasal 66**

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya;
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun;
- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik RSUD;
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur RSUD.

**BAB XVI**  
**KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS**

**Pasal 67**  
**Kerahasiaan Pasien**

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien;
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan direktur/kepala bidang pelayanan medis.

**Pasal 68**  
**Informasi Medis**

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat dalam Peraturan Perundang-undangan;
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
  - a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis; dan
  - e. kemungkinan Komplikasi.

**Pasal 69**  
**Hak dan Kewajiban Pasien**

- (1) Hak pasien meliputi :

- a) memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSUD;
  - b) memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c) memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d) memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e) memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f) mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g) memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h) meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i) mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
  - j) mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
  - k) memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
  - l) didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
  - m) menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
  - n) memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
  - o) mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
  - p) menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
  - q) menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
  - r) mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Pasien meliputi :
- a) mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
  - b) memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
  - c) mengikuti rencana pengobatan yang diadvikan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
  - d) memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
  - e) menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
  - f) tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
  - g) menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
  - h) mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
  - i) meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
  - j) memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit ;

- k) melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
- l) bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- l) memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

**Pasal 70**  
**Hak dan Kewajiban Dokter**

- (1) Hak dokter meliputi :
  - a) hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - b) hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
  - c) hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
  - d) hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di RSUD.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi :
  - a) memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
  - b) merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
  - c) merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d) melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e) menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

**Pasal 71**  
**Hak dan Kewajiban Rumah Sakit**

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi :
  - a) menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b) menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c) melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d) menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e) menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f) mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
  - g) mempromosikan layanan kesehatan yang ada di RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - h) mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:
  - a) memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit Indera kepada masyarakat;
  - b) memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c) memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d) berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;

- e) menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f) melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g) membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di RSUD sebagai acuan dalam melayani pasien
- h) menyelenggarakan rekam medis;
- i) menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j) melaksanakan sistem rujukan;
- k) menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l) memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m) menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n) melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o) memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p) melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q) membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r) menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- s) melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t) memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

## **BAB XVII**

### **KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR**

#### **Pasal 72**

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan;
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO);
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha RSUD;
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha RSUD;
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang

- dikelola oleh Sub Bagian Umum dan Kepegawaian, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali;
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural;
  - (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana;
  - (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal;
  - (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur RSUD tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis;
  - (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum dan Kepegawaian.

## **BAB XVIII KERJASAMA / KONTRAK**

### **Pasal 73**

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak;
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerja sama/kontrak.
  - b. objek kerja sama/kontrak.
  - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak.
  - d. hak dan kewajiban para pihak.
  - e. jangka waktu kerja sama/kontrak.
  - f. pengakhiran kerja sama/kontrak.
  - g. keadaan memaksa.
  - h. penyelesaian perselisihan
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
  - a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan.
  - b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.

- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

## **BAB XIX**

### **PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN**

#### **Bagian kesatu**

#### **Perencanaan**

#### **Pasal 74**

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis rumah sakit;
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit;
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan;
- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik;
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul;
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja;
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun;
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

#### **Bagian Kedua**

#### **Pasal 77**

#### **Penganggaran**

- (1) Rumah Sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang

- berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit;
- (2) Penyusunan Renstra Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, rumah sakit lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

### **Pasal 78**

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77, memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (forward estimate);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

### **Pasal 79 Persetujuan**

- (1) Renstra bisnis rumah sakit mendapat persetujuan Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (DPPKAD) dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran mendapat persetujuan DPPKAD dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

## **BAB XX AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN**

### **Bagian kesatu Akuntansi**

### **Pasal 80**

- (1) RSUD menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan RSUD harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.

- (3) RSUD menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) RSUD mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi RSUD digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

## **Bagian Kedua**

### **Pasal 81**

#### **Pelaporan dan Pertanggungjawaban**

- (1) Laporan keuangan RSUD terdiri dari :
  - a. laporan neraca;
  - b. laporan operasional;
  - c. laporan arus kas;
  - d. laporan realisasi anggaran; dan
  - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap tri wulan RSUD menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada DPPKAD, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (5) Setiap semesteran dan tahunan RSUD wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada DPPKAD melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

## **BAB XXI**

### **PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA**

#### **Pasal 82**

##### **Pembinaan dan Pengawasan**

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.

- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.

### **Pasal 83** **Evaluasi dan Penilaian Kinerja**

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi RSUD.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi RSUD diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi RSUD.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Bagian Tata Usaha RSUD.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur RSUD dilaksanakan berdasarkan Peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit.
- (7) Hasil pengukuran kinerja RSUD disusun dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.
- (8) LAKIP RSUD berpedoman kepada Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

## **BAB XXII** **TUNTUTAN UMUM**

### **Pasal 84**

- (1) Dalam hal pegawai RSUD dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka RSUD tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

## **BAB XXIII** **KETENTUAN LAIN-LAIN**

### **Pasal 85**

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Hospital By Laws ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-Undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSUD ditetapkan Direktur sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan.

**BAB XXIV**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 86**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

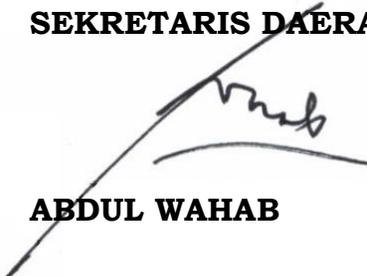
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Bantaeng.

Ditetapkan di Bantaeng  
Pada Tanggal 5 Januari 2017

**BUPATI BANTAENG**  
**Cap/ttd.**  
**H. M. NURDIN ABDULLAH**

Diundangkan di Bantaeng  
Pada Tanggal 5 Januari 2017

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BANTAENG**



**ABDUL WAHAB**

**BERITA DAERAH KABUPATEN BANTAENG**  
**TAHUN 2017 NOMOR 39**

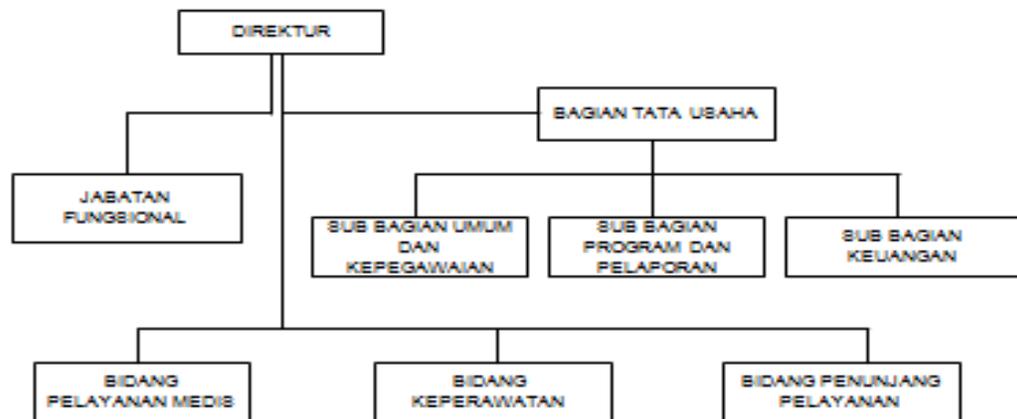
**LAMPIRAN PERATURAN BUPATI BANTAENG**

**NOMOR : 39 TAHUN 2017**

**TANGGAL : 5 JANUARI 2017**

**TENTANG : PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH PROF.DR.ANWAR MAKKATUTU BANTAENG**

**STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PROF.DR.ANWAR MAKKATUTU BANTAENG**



**BUPATI BANTAENG**

**H. M. NURDIN ABDULLAH**