



**WALIKOTA PALOPO**  
**PROVINSI SULAWESI SELATAN**  
**PERATURAN WALIKOTA PALOPO**  
**NOMOR : 20 TAHUN 2020**

**TENTANG**

**INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BY LAWS)**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. PALEMMAI TANDI**  
**KOTA PALOPO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**WALIKOTA PALOPO,**

- Menimbang :
- a. bahwa untuk mengadakan rumah sakit diperlukan suatu acuan dalam bentuk peraturan internal rumah sakit bagi pimpinan rumah sakit untuk Menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional dan mengetahui peran dan fungsi pemilik, perlindungan hukum dan persyaratan akreditasi rumah sakit,
  - b. bahwa untuk melaksanakan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit,
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf a, dan b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Palopo tentang Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*).
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Mamasa dan Kota Palopo di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 24, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4186);
  2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang 15 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah; (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Indonesia Nomor 5887)
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2009 tentang Tata Naskah Dinas di lingkup Pemerintah Daerah;

12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 755/Per/IV/2011 tentang penyelenggaraan Komite medik di rumah sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 2052/Menkes/Per/X/2011;
16. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 56 tahun 2014 tentang Klarifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
17. Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Palopo Tahun 2016 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kota Palopo Nomor 8);
18. Peraturan Walikota Palopo Nomor 49 Tahun 2018 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja RSUD dr. Palemmi Tandi Kota Palopo (Berita Daerah Kota Palopo Tahun 2018 Nomor 49, Tambahan Lembaran Daerah Kota Palopo Nomor 49);
19. Keputusan Menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);

## **MEMUTUSKAN**

Menetapkan: **PERATURAN WALIKOTA TENTANG INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. PALEMMI TANDI KOTA PALOPO**

### **BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1**

Dalam Peraturan ini yang dimaksud :

1. Daerah adalah Kota Palopo.

2. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonomi.
3. Walikota adalah Walikota Palopo.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Pemerintah Kota Palopo.
5. Pemilik adalah pemilik RSUD dr.Palemmmai Tandi yaitu Pemerintah Daerah Kota Palopo.
6. Rumah Sakit Umum Daerah dr.Palemmmai Tandi Kota Palopo yang selanjutnya disingkat RSUD dr.Palemmmai Tandi Kota Palopo adalah Rumah Sakit Type C yang mampu memberikan pelayanan kedokteran subspesialis terbatas.
7. Direktur adalah Direktur RSUD dr.Palemmmai Tandi
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis
9. Peraturan internal staf medis (*medical staf by laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit
10. Komite-komite rumah sakit adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan tugas-tugas di rumah sakit.
11. 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.
12. Kelompok Staf Medik selanjutnya disingkat KSM adalah tenaga medik yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya.
13. Komite Keperawatan adalah kelompok profesi perawat yang anggotanya terdiri dari para perawat, mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyusun standar keperawatan dan pembinaan etika profesi dan keperawatan.
14. Staf medik adalah dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit.
15. Purna waktu adalah sepenuh waktu yang ditetapkan atau full time
16. Paruh waktu adalah seperdua waktu atau sebagian waktu
17. Satuan pemeriksaan internal adalah orang di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
18. Tenaga kesehatan lainnya adalah bidan, Analis kesehatan, radiographer, fisioterapis, nutrisisionis, apoteker, asisten apoteker, epidemiolog, sanitarian, elektromedik.
19. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.

20. Mitra bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis .
21. 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*).
22. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medik untuk melakukan sekelompok pelayanan medik di rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis (RKK) yang telah ditetapkan baginya,
23. Tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
24. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM rumah sakit adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan, baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.
25. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
26. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
27. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah berurutan yang dibakukan untuk menyatakan suatu proses kerja tertentu.
28. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah suatu upaya yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan lain yang ditujukan untuk mencegah transmisi penyakit menular di semua tempat Pelayanan Kesehatan.
29. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di RSUD dr.Palemmai Tandi.
30. Rapat rutin adalah setiap rapat yang terjadwal yang diselenggarakan, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.

**BAB II**  
**IDENTITAS**  
**Bagian Kesatu**  
**Nama, Alamat dan Kedudukan Rumah Sakit**

**Pasal 2**

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr.Palemmai Tandi Kota Palopo.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beralamat di Jln.Samiun Nomor 2 kelurahan amassangan, kecamatan wara,Kota Palopo.
- (3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Unit Pelayanan Tekhnis pada Dinas Kesehatan dengan klasifikasi C.
- (4) Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Palemmai Tandi dibentuk berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 49 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tatakerja Unit Pelaksanaan Teknis Rumah Sakit Umum Daerah dr. Palemmai Tandi Kota Palopo.

**Bagian kedua**  
**Visi, Misi dan Tujuan**

**Pasal 3**

Visi RSUD dr. Palemmai Tandi yaitu "Rumah Sakit dengan Pelayanan Terbaik di Kota Palopo Tahun 2024"

**Pasal 4**

Misi SRUD dr. Palemmai Tandi Tahun 2018-2024 yaitu :

- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau dan berkeadilan yang berorientasi pada keselamatan pasien
- b. menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang inovatif, efektif, efisien dan akuntabel
- c. meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang humanis dan berdaya saing.
- d. meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana prasarana dan alat kesehatan rumah sakit sesuai standar Rumah Sakit kelas C

**Pasal 5**

Tujuan RSUD dr. Palemmai Tandi Tahun 2018-2024 yaitu :

- a. terselenggaranya pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien.

- b. terselenggaranya tata kelola rumah sakit yang inovatif, efektif, efisien dan akuntabel.
- c. terpenuhinya sumber daya manusia yang berkualitas, humanis dan berdaya saing.
- d. terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar rumah sakit kelas C.

#### **Pasal 6**

- (1) Visi, Misi serta Tujuan RSUD dr. Pallemai Tandi disetujui oleh Walikota Palopo sebagai pemilik yang dituangkan dalam Rencana Strategis Rumah sakit Tahun 2018-2024.
- (2) Visi, Misi dan Tujuan RSUD dr. Pallemai Tandi yang telah disetujui oleh Walikota disosialisasikan kepada seluruh elemen yang ada di rumah sakit.
- (3) Publikasi Visi, Misi dan Tujuan RSUD dr. Pallemai Tandi diumumkan melalui *website* Rumah Sakit, dengan alamat website sebagai berikut : ***rsudpalamaitandi.blogspot.com***
- (4) Review berkala terhadap visi, misi dan tujuan Rumah Sakit dilakukan oleh pihak RSUD dr. Pallemai Tandi dan hasilnya dilaporkan kepada Walikota Palopo sebagai pemilik rumah sakit.
- (5) Pelaksanaan review berkala terhadap visi, misi dan tujuan RSUD dr. Pallemai Tandi dilakukan sekali dalam 5 tahun.

#### **Bagian Ketiga Motto dan Lambang**

#### **Pasal 7**

- (1) RSUD dr. Pallemai Tandi memiliki motto "Melayani dengan Sepenuh Hati"
- (2) Lambang RSUD dr. Pallemai Tandi yaitu lambang Pemerintah Daerah Kota Palopo.

#### **Bagian keempat Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

#### **Pasal 8**

RSUD dr. Pallemai Tandi mempunyai tugas pokok membantu Walikota dalam menyelenggarakan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **Pasal 9**

Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 , RSUD dr. Palemmmai Tandi mempunyai fungsi :

- a. perencanaan kegiatan di bidang pengelolaan rumah sakit dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. pelaksanaan kegiatan di bidang pengelolaan rumah sakit dan penyelenggaraan pelayanan kepada masyarakat;
- c. pembagian tugas dan mengontrol pelaksanaan kegiatan pengelolaan rumah sakit dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat; dan
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Walikota;

## **BAB III PEMILIK**

### **Pasal 10**

Pemilik RSUD dr. Palemmmai Tandi yaitu Pemerintah Daerah Kota Palopo, dalam hal ini yaitu Walikota Palopo, yang di representasikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Palopo

### **Pasal 11**

- (1) Walikota atau representasi pemilik bertanggung jawab atas tata kelola, kelangsungan, kemajuan dan perkembangan rumah sakit.
- (2) Kewenangan pemilik atau representasi pemilik meliputi :
  - a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
  - b. menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
  - c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
  - d. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
  - e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
  - f. tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan rumah sakit;

- g. tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi, misi rumah sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereviu secara berkala misi rumah sakit;
- h. tanggung jawab dan kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- i. tanggung jawab dan kewenangan menilai dan menyetujui rencana strategi rumah sakit;
- j. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategi;
- k. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
- l. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- m. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- n. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit;
- o. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan rumah sakit; dan
- p. tanggung jawab dan kewenangan mengawasikepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

## **BAB IV DIREKTUR**

### **Pasal 12**

RSUD dr. Pallemai Tandi dipimpin oleh seorang direktur yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota.

### **Pasal 13**

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 mempunyai tugas pokok membantu Walikota dalam pengelolaan rumah sakit dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur mempunyai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang:
  - a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundangan terkait dengan rumah sakit;
  - b. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundangan-undangan;
  - c. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundangan-undangan;
  - d. menetapkan regulasi rumah sakit;

- e. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
  - f. menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit eksternal;
  - g. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur mempunyai rincian tugas sebagai berikut :
- a. menyusun rencana operasional RSUD dr. Pallemai Tandi berdasarkan program kerja dinas sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
  - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan agar tugas yang diberikan dapat berjalan efektif dan efisien;
  - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sesuai dengan Peraturan dan prosedur yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugas;
  - d. mengawasi pelaksanaan tugas bawahan secara berkala sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku untuk mencapai target kinerja yang diharapkan;
  - e. melaksanakan pelayanan medik penunjang pelayanan serta keperawatan;
  - f. melaksanakan pembinaan pelayanan medik penunjang pelayanan serta keperawatan;
  - g. menyiapkan bahan penyusunan program pelayanan masyarakat serta sistem informasi;
  - h. melaksanakan pembinaan dalam bimbingan teknis dan profesi;
  - i. menetapkan program pengendalian standar mutu pelayanan;
  - j. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
  - k. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
  - l. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
  - m. menetapkan regulasi rumah sakit;
  - n. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
  - o. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
  - p. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
  - q. melaksanakan urusan ketatausahaan rumah sakit;

- r. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dan menginventarisasi permasalahan dilingkup tugasnya dengan mencari alternatif pemecahannya dalam rangka perbaikan kinerja dimasa mendatang;
- s. memberikan saran dan pertimbangan teknis kepada atasan;
- t. menyampaikan laporan pelaksanaan tugas dan atau kegiatan kepada atasan;
- u. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan;
- v. Mengusulkan visi, misi dan tujuan rumah sakit yang dituangkan ke dalam rencana strategis (renstra) untuk mendapatkan persetujuan Walikota;
- w. melakukan review berkala atas visi, misi dan tujuan rumah sakit yang dilakukan sekali dalam setahun;
- x. mengusulkan rencana anggaran rumah sakit kepada Walikota;
- y. menyampaikan laporan penyelenggaraan kinerja, administrasi dan keuangan rumah sakit kepada inspektorat dan instansi terkait lainnya.

#### **Pasal 14**

Syarat untuk menduduki jabatan direktur :

- a. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- b. paling rendah menduduki pangkat 1 (satu) tingkat di bawah jenjang pangkat yang ditentukan;
- c. semua unsur penilaian prestasi kerja paling kurang bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
- d. seorang tenaga medik yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian;
- e. telah mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola rumah sakit, Standar Pelayanan Minimal, sistim akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia;
- f. pelatihan sebagaimana dimaksud pada huruf e harus dipenuhi sebelum atau paling lama satu tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural;
- g. diutamakan memiliki pengalaman memimpin rumah sakit kelas C dan/atau pernah menjabat sebagai wakil direktur rumah sakit kelas B paling singkat selama 3 (tiga) tahun; dan
- h. sehat jasmani dan rohani;

**BAB V**  
**PERSYARATAN DAN URAIAN TUGAS**  
**KEPALA BAGIAN,BIDANG/DIVISI**  
**Bagian kesatu**  
**Persyaratan**  
**Pasal 15**

- (1) Persyaratan untuk menduduki jabatan kepala bagian :
- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata Tk.I-III d
  - b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas), atau yang sesuai dengan bidang kesehatan lainnya
  - c. Kursus/Diklat
    1. Diklat penjenjangan :
      - a) Diklat Pim III
      - b) Diklat Pim IV
    2. Diklat Teknis :
      - a) Diklat teknis kesehatan
      - b) Diklat teknis pengelolaan keuangan daerah
      - c) Diklat teknis manajemen sumber daya manusia
      - d) Diklat teknis sistim akuntansi
      - e) Diklat perencanaan dan pembangunan
      - f) Diklat pengembangan kepegawaian
      - g) Diklat penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD)
  - d. Pengalaman kerja :
    1. pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan kepala bidang.
    2. pernah menduduki jabatan kepala sub bagian/kepala seksi
    3. pernah menjadi kepala ruangan/kepala instalasi
  - e. Pengetahuan kerja :
    1. Peraturan tentang kepegawaian dan disiplin Pegawai;
    2. Peraturan Walikota tentang tugas pokok, fungsi dan rincian tugas jabatan struktural pada dinas;
    3. Konsep tentang administrasi, manajemen organisasi, kepemimpinan dan pelayanan;
    4. Peraturan tentang perencanaan dan pelaporan;
    5. Peraturan tentang keuangan dan pelaporan keuangan;
    6. Peraturan tentang pengelolaan naskah dinas;
    7. Pedoman *standar operating procedure* (SOP).
  - f. Keterampilan kerja :
    1. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan operasional;
    2. Kemampuan memecahkan masalah;
    3. Kemampuan berkomunikasi efektif;
    4. Kemampuan melaksanakan tugas teknis pelayanan dan administratif.

(2) Persyaratan untuk menduduki jabatan kepala bidang pelayanan medik dan asuhan keperawatan

- a. Pangkat/Gol. Ruang : Penata Tk.I-III/d
- b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas), Kedokteran, Keperawatan atau yang sesuai dengan bidang kesehatan lainnya
- c. Kursus/Diklat
  1. Diklat penjenjangan :
    1. Diklat Pim III
    2. Diklat Pim IV
  2. Diklat Teknis :
    - a) Diklat tekhnis kesehatan
    - b) Diklat tekhnis pelayanan medik dan asuhan keperawatan
- d. Pengalaman kerja :
  1. pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan kepala bidang.
  2. pernah menduduki jabatan kepala sub bagian/kepala seksi dibagian pelayanan
  3. pernah menjadi kepala ruangan/kepala instalasi
- e. Pengetahuan kerja :
  1. peraturan tentang Standar Pelayanan Medik
  2. peraturan tentang Standar pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM)
  3. peraturan tentang standar asuhan keperawatan
  4. Konsep tentang administrasi, manajemen, organisasi, kepemimpinan dan pelayanan \
  5. Pedoman *Standar Operating Procedure* (SOP)
- f. Keterampilan Kerja :
  - a) Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan operasioanal
  - b) Kemampuan memecahkan masalah
  - c) Kemampuan berkomunikasi efektif
  - d) Kemampuan melaksanakan tugas teknis , administratif dan pelayanan

(3) Persyaratan untuk menduduki jabatan kepala bidang perencanaan, pengembangan dan pemeliharaan

- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata Tk.I-IIIId
- b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas), atau yang sesuai dengan bidang kesehatan lainnya
- c. Kursus/Diklat :
  1. Diklat penjenjangan
    - a) Diklat Pim Tk. III
    - b) Diklat Pim Tk. IV
  2. Diklat Teknis
    - a) Diklat teknis kesehatan

- b) Diklat perencanaan pembangunan
  - c) Diklat penyusunan renstra
  - d) Diklat penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD)
  - e) Diklat penyusunan renja
  - f) Diklat teknis pengelolaan keuangan daerah
  - g) Diklat teknis saki
  - h) Diklat tentang penyusunan laporan akuntabilitas kinerja pemerintah (Lakip)
- d. Pengalaman kerja :
1. pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan kepala bidang.
  2. pernah menduduki jabatan kepala sub bagian/kepala seksi
- e. Pengetahuan kinerja :
1. peraturan tentang penyusunan rencana strategis.
  2. peraturan tentang penyusunan renja
  3. peraturan tentang laporan akuntabilitas kinerja pemerintah (lakip)
  4. peraturan tentang standar biaya umum
  5. peraturan tentang pengelolaan naskah dinas
- f. Keterampilan kerja :
1. Mampu mengoperasikan komputer
  2. Memiliki Ketelitian
  3. Mampu mengoperasionalkan aplikasi tertentu
- (4) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Bidang Rekam Medik, Pengendalian dan Penunjang Medik
- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata Muda Tk.I-III/d
  - b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas),Rekam Medik atau yang sesuai dengan bidang kesehatan lainnya
- c. Kursus/Diklat
1. Diklat penjenjangan :
    - a) Diklat Pim Tk. III
    - b) Diklat Pim IV
  2. Diklat Teknis :
    - a). Diklat teknis kesehatan
    - b) Diklat teknis rekam medik
- d. Pengalaman kerja :
1. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan kepala bidang.
  2. Pernah menduduki jabatan kepala sub bagian/kepala seksi
  3. Pernah menjadi kepala ruangan/kepala instalasi
- e. Pengetahuan kerja :
1. Peraturan tentang pelayanan
  2. Peraturan tentang rekam medik

3. Konsep tentang administrasi, manajemen, organisasi, kepemimpinan dan pelayanan
4. Pedoman *Standar Operating Procedure* (SOP)

f. Keterampilan kerja :

1. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan operasioanal
2. Kemampuan memecahkan masalah
3. Kemampuan berkomunikasi efektif
4. Kemampuan melaksanakan tugas teknis dan administratif

(5) Persyaratan untuk menduduki jabatan Kepala Sub Bagian Keuangan

- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk.I, III/b
- b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas), ekonomi, akuntansi atau bidang ilmu lainnya yang sesuai

c. Kursus/Diklat

1. Diklat penjenjangan :
  - a) Diklat Pim IV
2. Diklat Teknis :
  - a) Diklat perencanaan, pelaporan dan keuangan
  - b) Diklat Teknis Evaluasi dan Monitoring
  - c) Diklat teknis pengelolaan keuangan daerah
  - d) Diklat teknis sistim akuntansi
  - e) Diklat penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD)

d. Pengalaman kerja :

- a. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV
- b. Staf sub bagian keuangan atau perencanaan

e. Pengetahuan kinerja :

1. Pengetahuan tentang keuangan dan pembuatan laporan bulanan
2. Peraturan tentang Sistim Akuntansi
3. Peraturan tentang pengelolaan keuangan BLUD rumah sakit
4. Konsep tentang administrasi, manajemen, organisasi, kepemimpinan dan pelayanan
5. Pedoman *Standar Operating Procedure* (SOP)

f. Keterampilan kerja :

1. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan operasioanal
2. Kemampuan memecahkan masalah
3. Kemampuan berkomunikasi efektif
4. Kemampuan melaksanakan tugas teknis dan administratif

(6) Persyaratan untuk menduduki jabatan kepala Sub Bagian Administrasi dan Kepegawaian

- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk. I-III/b

- b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas), ekonomi, manajemen atau bidang ilmu lainnya yang sesuai
  - c. Kursus/Diklat
    - 1. Diklat penjurangan :
      - a. Diklat Pim IV
    - 2. Diklat Teknis :
      - 1. Diklat teknis manajemen dan kepegawaian
      - 2. Diklat teknis manajemen sumber daya manusia
      - 3. Diklat pengembangan kepegawaian
  - d. Pengalaman kerja :
    - 1. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV
    - 2. Pernah menjadi staf pada sub bagian administrasi dan kepegawaian, atau staf pada RSUD
    - 3. Pernah menjadi kepala ruangan/instalasi
  - e. Pengetahuan kinerja :
    - 1. Peraturan tentang kepegawaian dan disiplin pegawai
    - 2. Konsep tentang administrasi, manajemen, organisasi, kepemimpinan dan pelayanan
    - 3. Pedoman *Standar Operating Procedure* (SOP)
  - f. Keterampilan kerja :
    - 1. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan operasional
    - 2. Kemampuan memecahkan masalah
    - 3. Kemampuan berkomunikasi efektif
    - 4. Kemampuan melaksanakan tugas teknis dan administratif
- (7) Persyaratan untuk menduduki jabatan kepala Seksi rekam medik
- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk.I-III/b
  - b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas), rekam medik atau bidang ilmu lainnya yang sesuai
  - c. Kursus/Diklat
    - 1. Diklat penjurangan :
      - a) Diklat Pim IV
    - 2. Diklat Teknis :
      - a) Diklat terkait rekam medik
  - d. Pengalaman kerja :
    - a. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV
    - b. Pernah menjadi staf pada sub bagian rekam medik atau staf di RSUD
    - c. Pernah menjadi kepala ruangan/instalasi
  - e. Pengetahuan kinerja :
    - 1. Pengetahuan tentang rekam medik
    - 2. Pedoman tentang acuan kerja dan *Standar Operating Procedure* (SOP)

- f. Keterampilan kerja :
1. Kemampuan mengoperasikan komputer
  2. Kemampuan berkomunikasi efektif
  3. Kemampuan pelaksanaan tugas teknis dan administratif
- (8) Persyaratan untuk menduduki Kepala Seksi Pengendalian dan Penunjang Medik
- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk.I-III/b
  - b. Pendidikan : S1- kesehatan masyarakat (kesmas), keperawatan, kedokteran atau bidang ilmu lainnya yang sesuai
  - c. Kursus/Diklat
    1. Diklat penjenjangan:
      - a. Diklat Pim IV
    2. Diklat Teknis :
      1. Diklat pengendalian dan penunjang medik
      2. Diklat kesehatan lainnya
    3. Pengalaman kerja :
      - a) Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV
      - b) Pernah menjadi staf pada sub bagian pengendalian dan penunjang medik atau staf di RSUD dr. Pallemai Tandi
      - c) Pernah menjadi kepala ruangan/instalasi
  - d. Pengetahuan kinerja :
    1. Pengetahuan tentang pengendalian dan penunjang medik
    2. Pengetahuan tentang administrasi, manajemen, organisasi, kepemimpinan dan pelayanan.
    3. Pedoman tentang acuan kerja dan SOP
  - e. Keterampilan kerja :
    1. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan
    2. Kemampuan memecahkan masalah
    3. Kemampuan berkomunikasi efektif
    4. Kemampuan melaksanakan tugas teknis dan administratif
- (9) Persyaratan untuk menduduki Kepala Seksi Pelayanan Medik
- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk.I-III/b
  - b. Pendidikan : S1- Ilmu kesehatan, keperawatan, kedokteran atau bidang ilmu lainnya yang sesuai
  - c. Kursus/Diklat
    1. Diklat penjenjangan :
      - a) Diklat Pim IV
    2. Diklat Teknis
      - a) Diklat pelayanan medik
  - d. Pengalaman kerja :
    1. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV

2. Pernah menjadi staf pada sub bagian pelayanan medik atau staf di RSUD
3. Pernah menjadi kepala ruangan/instalasi
- e. Pengetahuan kinerja :
  1. Pengetahuan tentang pelayanan medik
  2. Peraturan tentang pelayanan medik
  3. Pengetahuan tentang administrasi, manajemen, organisasi, Kepemimpinan dan pelayanan
  4. Pedoman tentang acuan kerja dan SOP
- f. Keterampilan kerja :
  1. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan
  2. Kemampuan memecahkan masalah
  3. Kemampuan berkomunikasi efektif
  4. Kemampuan melaksanakan tugas teknis dan administratif

(10) Persyaratan untuk menduduki Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan

- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk.I-III/b
- b. Pendidikan : S1- Ilmu keperawatan, kesehatan masyarakat atau bidang ilmu lainnya yang sesuai
- c. Kursus/Diklat :
  1. Diklat penjenjangan
    - a) Diklat Pim IV
  2. Diklat Teknis
    - a) Diklat pelayanan medik
    - b) Diklat kesehatan lainnya
- d. Pengalaman kerja :
  1. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV
  2. Pernah menjadi staf pada sub bagian pelayanan keperawatan atau staf di RSUD
  3. Pernah menjadi kepala ruangan/instalasi
- e. Pengetahuan kinerja :
  1. Pengetahuan tentang keperawatan
  2. Pengetahuan tentang administrasi, manajemen, organisasi, Kepemimpinan dan pelayanan
  3. Pedoman tentang acuan kerja dan SOP
- f. Keterampilan kerja :
  1. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan
  2. Kemampuan memecahkan masalah
  3. Kemampuan berkomunikasi efektif
  4. Kemampuan melaksanakan tugas teknis dan administratif

(11) Persyaratan untuk menduduki Kepala Seksi Penyusunan program, evaluasi, dan tindak lanjut

- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk.I-III/b
- b. Pendidikan : S1 Kesehatan masyarakat (Kesmas), atau yang sesuai dengan bidang kesehatan lainnya
- c. Kursus/Diklat
  - 1. Diklat penjenjangan :
    - a) Diklat Pim IV
  - 2. Diklat Teknis :
    - a) Diklat teknis kesehatan
    - b) Diklat perencanaan pembangunan
    - c) Diklat penyusunan renstra
    - d) Diklat penyusunan anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD)
    - e) Diklat penyusunan renja
    - f) Diklat teknis pengelolaan keuangan daerah
    - g) Diklat teknis saking
    - h) Diklat tentang penyusunan laporan akuntabilitas kinerja pemerintah (Lakip)
- d. Pengalaman kerja :
  - 1. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV
  - 2. Pernah menjadi staf pada sub bagian penyusunan program atau staf di RSUD
- e. Pengetahuan kinerja :
  - 1. peraturan tentang penyusunan rencana strategis.
  - 2. peraturan tentang penyusunan rencana strategis (renja)
  - 3. peraturan tentang laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah (lakip)
  - 4. peraturan tentang standar biaya umum
  - 5. Peraturan tentang pengelolaan naskah dinas
  - 6. Pengetahuan tentang penyusunan program Rumah Sakit
  - 7. Pengetahuan tentang evaluasi dan tindak lanjut
- f. Keterampilan kerja :
  - 8. Kemampuan memimpin dan mengambil keputusan
  - 9. Kemampuan memecahkan masalah
  - 10. Kemampuan berkomunikasi efektif
  - 11. Kemampuan melaksanakan tugas teknis dan administratif

(12) Persyaratan untuk menduduki Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan dan Prasarana

- a. Pangkat/Gol.ruang : Penata muda Tk.I-III/b
- b. Pendidikan : SI Kesehatan lingkungan, kesehatan masyarakat (kesmas), atau yang sesuai dengan bidang kesehatan lainnya.
- c. Kursus/Diklat

1. Diklat penjenjangan
  - a) Diklat Pim IV
2. Diklat Teknis
  - a) Diklat terkait kesehatan lingkungan
  - b) Diklat terkait pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit.
- d. Pengalaman kerja :
  1. Pernah menduduki atau sedang menduduki jabatan eselon IV
  2. Pernah menjadi staf pada sub bagian penyusunan program atau staf di RSUD atau Dinas Kesehatan
  3. Pernah menjadi kepala ruangan/instalasi
- e. Pengetahuan kinerja:
  1. Peraturan terkait kesehatan lingkungan
  2. Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan
  3. Pengetahuan tentang pemeliharaan sarana dan prasarana
  4. Peraturan tentang pemeliharaan sarana dan prasarana
  5. Pedoman tentang acuan kerja dan SOP
- f. Keterampilan kerja :
  1. Mampu mengoperasikan mesin tertentu
  2. Kemampuan mengoperasikan komputer
  3. Kemampuan pelaksanaan tugas teknis dan administratif

**Bagian Kedua**  
**URAIAN TUGAS**  
**Pasal 16**

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas :
  - a. menyusun rencana operasional Bagian Tata Usaha berdasarkan program kerja rumah sakit sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
  - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan agar tugas yang diberikan dapat berjalan efektif dan efisien.
  - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugas.
  - d. mengawasi pelaksanaan tugas bawahan secara berkala sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku untuk mencapai target kinerja yang diharapkan.
  - e. melaksanakan pengelolaan ketatausahaan, kearsipan, urusan rumah tangga, kepegawaian dan pengembangan sumber daya manusia.
  - f. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dan menginventarisasi permasalahan di lingkungan tugasnya dengan mencari alternatif pemecahannya dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang.
  - g. memberikan saran dan pertimbangan teknis kepada atasan.

- h. menyampaikan laporan pelaksanaan tugas dan/atau kegiatan kepada atasan dan
  - i. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan.
- (2) Kepala Sub Bagian Administrasi Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas :
- a. menyusun rencana operasional sub bagian administrasi umum dan kepegawaian berdasarkan program kerja RSUD sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
  - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan agar tugas yang diberikan dapat berjalan efektif dan efisien.
  - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugas.
  - d. mengawasi pelaksanaan tugas dan bawahan secara berkala sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku untuk mencapai target kinerja yang diharapkan.
  - e. melakukan urusan kerumahtanggaan RSUD meliputi kendaraan dinas. Akomodasi, serta memelihara kebersihan lingkungan.
  - f. melakukan koordinasi penyelenggaraan urusan rumah tangga dalam lingkungan RSUD.
  - g. memelihara dan mengawasi penggunaan telpon, listrik, air, gas serta kebersihan lingkungan.
  - h. menyiapkan bahan kenaikan pangkat, mutasi dan pensiun.
  - i. menyiapkan bahan dan menyusun usul kenaikan gaji berkala dan izin tugas belajar.
  - j. menyiapkan bahan penerapan disiplin dan kesejahteraan pegawai.
  - k. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dan menginventarisasikan permasalahan di lingkup tugasnya dengan mencari alternatif pemecahannya dalam rangka perbaikan kinerja di masa mendatang.
  - l. memberikan saran dan pertimbangan teknis kepada atasan.
  - m. menyampaikan laporan pelaksanaan dan/ atau kegitan kepada atasan.
  - n. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan dan
  - o. melakukan pengarsipan dokumen kepegawaian.
- (3) Kepala Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas :
- a. menyusun program dan rencana kerja sub bagian keuangan berdasarkan program kerja RSUD sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
  - b. mendistribusikan tugas kepada bawahan sesuai tugas dan tanggung jawab yang ditetapkan agar tugas yang diberikan dapat berjalan efektif dan efisien.
  - c. memberi petunjuk pelaksanaan tugas kepada bawahan sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugas.

- d. mengawasi pelaksanaan tugas dan bawahan secara berkala sesuai dengan peraturan dan prosedur yang berlaku untuk mencapai target kinerja yang diharapkan.
  - e. melaksanakan pengelolaan keuangan dan akuntansi.
  - f. menyiapkan bahan penyusunan rencana dan program pengelolaan administrasi keuangan daerah.
  - g. menyiapkan bahan bimbingan dan pengendalian keuangan dan perbendaharaan.
  - h. menyiapkan bahan bimbingan pengumpulan dan penyusunan pedoman dan petunjuk teknis pembinaan administrasi keuangan.
  - i. menyiapkan bahan bimbingan pengumpulan dan pengembalian keuangan dan perbendaharaan.
  - j. menyiapkan bahan bimbingan pengumpulan dan penyusunan pedoman dan petunjuk teknis pembinaan administrasi keuangan.
  - k. menyiapkan sistem kontrol dalam melakukan kegiatan keuangan.
  - l. menyusun akuntansi dan alaisa biaya pelaksanaan pemgoperasian dan pengembangan sistem informasi RSUD.
  - m. mengevaluasi pelaksanaan tugas bawahan dan menginterventasi permasalahan di lingkup tugasnya dengan mencari alternatif pemecahannya dalam rangka perubahan kinerja di masa mendatang.
  - n. memberikan saran dan pertimbangan teknis kepada atasan.
  - o. menyampaikan laporan pelaksanaan tugas dan/ atau kegiatan kepada atasan dan
  - p. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan.
- (4) Kepala Bidang Perencanaan, Pengembangan dan Pemeliharaan mempunyai tugas :
- a. menyusun program dan rencana kerja di biang perencanaan, pengembangandan pemeliharaan sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
  - b. merumuskan kebijakan teknis dibidang perencanaan, pengembangan dan pemeliharaan RSUD.
  - c. memberikan dukungan atas penyelenggaraan pemerintah daerah di bidang perencanaan, pengembangan dan pemeliharaan RSUD.
  - d. membina dan merencanakan pengembangan RSUD.
  - e. menyusun perencanaan pengadaan sarana dan prasarana kesehatan RSUD.
  - f. menyelenggarakan koordinasi dengan unit-unit lain dalam lingkup RSUD.
  - g. menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan lingkungan.
  - h. melaksanakan tindak lanjut dan evaluasi pelaksanaan program.
  - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur RSUD dan
  - j. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur RSUD.

- (5) Kepala Seksi Penyusunan Program, Evaluasi, dan Tindak Lanjut mempunyai tugas :
- a. menyiapkan bahan perumusan kebijaksanaan teknis dibidang penyusunan program, evaluasi dan tindak lanjut.
  - b. pemberian dukungan atas pelaksanaan tugas dibidang penyusunan program, evaluasi dan tindak lanjut sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas.
  - c. menyusun program pengembangan RSUD.
  - d. menyusun laporan dan evaluasi terhadap pengembangan RSUD.
  - e. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan hasil pelaksanaan kegiatan seksi penyusunan program, evaluasi dan tindak lanjut.
  - f. mendistribusikan tugas dan memberikan petunjuk pelaksanaan kegiatan bawahan serta mengevaluasi hasil kerjanya.
  - g. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Perencanaan, Pengembangan dan Pemeliharaan dan
  - j. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Perencanaan, Pengembangan dan Pemeliharaan.
- (6) Kepala Seksi Kesehatan Lingkungan dan Prasarana mempunyai tugas :
- a. menyusun rencana teknis di bidang kesehatan lingkungan dan prasarana.
  - b. menyusun program dan kegiatan seksi kesehatan lingkungan dan prasarana sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas.
  - c. menyelenggarakan kegiatan pemeliharaan kesehatan lingkungan.
  - d. menyusun perencanaan pengembangan RSUD.
  - f. menyelenggarakan pemeliharaan prasarana RSUD.
  - g. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan hasil pelaksanaan kegiatan seksi kesehatan lingkungan dan prasarana.
  - h. pendistribusian tugas dan pemberian petunjuk pelaksanaan kegiatan kepada bawahan serta mengevaluasi hasil kerjanya.
  - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Perencanaan, Pengembangan dan Pemeliharaan, dan
  - j. Dalam melaksanakan tugasnya yang bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Perencanaan, Pengembangan dan Pemeliharaan.
- (7) Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Asuhan Keperawatan mempunyai tugas :
- a. menyusun program dan rencana kerja di bidang pelayanan medik dan asuhan keperawatan sebagai pedoman pelaksanaan tugas.
  - b. membina dan merencanakan pelayanan medik dan asuhan keperawatan.
  - c. membina dan mengkoordinasikan pelaksanaan pelayanan medik dan asuhan keperawatan.
  - d. membina etika dan mutu pelayanan medik dan asuhan keperawatan.

- e. menyelenggarakan koordinasi dengan unit-unit lain dalam lingkup RSUD.
  - f. melaksanakan evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan medik dan asuhan keperawatan.
  - g. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur dan
  - h. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
- (8) Kepala Seksi Pelayanan Medik mempunyai tugas :
- a. menyusun petunjuk teknis penyelenggaraan pelayanan medik.
  - b. menyusun program dan kegiatan seksi pelayanan medik sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas.
  - c. menyelenggarakan bimbingan pelaksanaan pelayanan medik.
  - d. menjaga etika dan mutu pelayanan medik.
  - f. menyelenggarakan pengumpulan dan pengolahan data serta fasilitas pelayanan.
  - g. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan hasil pelaksanaan kegiatan seksi pelayanan medik.
  - h. pendistribusian tugas dan pemberian petunjuk pelaksanaan kegiatan kepada bawahan serta mengevaluasi hasil kerjanya.
  - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Asuhan Keperawatan dan
  - h. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Asuhan Keperawatan.
- (9) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas :
- a. menyusun petunjuk teknis penyelenggaraan keperawatan.
  - b. menyusun program dan kegiatan seksi keperawatan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas.
  - c. menyelenggarakan bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan.
  - d. menjaga etika dan mutu pelayanan keperawatan.
  - f. menyelenggarakan pengumpulan dan pengolahan data serta fasilitas keperawatan.
  - g. melaksanakan evaluasi dan menyusun laporan hasil pelaksanaan kegiatan seksi pelayanan keperawatan.
  - h. pendistribusian tugas dan pemberian petunjuk pelaksanaan kegiatan kepada bawahan serta mengevaluasi hasil kerjanya.
  - i. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Asuhan Keperawatan dan
  - h. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Asuhan Keperawatan.
- (10) Kepala Bidang Rekam Medik, Pengendalian dan Penunjang Medik mempunyai tugas :
- a. menyusun program dan rencana kerja bidang rekam medik, pengendalian dan penunjang medik sebagai pedoman pelaksanaan tugas

- b. merumuskan kebijakan teknis dibidang reksm medik, pengendalian dan penunjang medik
  - c. memberikan dukungan penyelenggaraan pemerintahan daerah di bidang rekam medik, pengendalian dan penunjang medik.
  - d. membina dan mengkoordinasikan kegiatan rekam medik.
  - e. melaksanakan pengawasan dan pengendalian sarana dan prasarana penunjang medik.
  - f. menyelenggarakan koordinasi dengan unit-unit lain dalam lingkup RSUD.
  - g. melaksanakan evaluasi dan pelaporan rekam medik, pengendalian dan penunjang medik.
  - h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur dan
  - i. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
- (11) Kepala Seksi Rekam Medik mempunyai tugas :
- a. menyusun petunjuk teknis rekam medik.
  - b. menyusun program dan kegiatan seksi rekam medik sebagai pedoman pelaksanaan tugas
  - c. menyelenggarakan kegiatan rekam medik
  - d. menyusun hasil evaluasi kegiatan dalam bentuk profil RSUD.
  - e. melaksanakan pengumpulan, analisa dan informasi data rekam medik
  - f. melaksanakan evaluasi dan menyusun hasil pelaksanaan kegiatan seksi rekam medik
  - g. pendistribusian tugas dan pemberian petunjuk pelaksanaan kegiatan kepada bawahan serta mengevaluasi hasil kerjanya.
  - h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Rekam Medik, Pengendalian, dan Penunjang Medik dan
  - i. dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Rekam Medik, Pengendalian, dan Penunjang Medik.

**BAB VI**  
**RAPAT-RAPAT**  
**Pasal 17**

- (1) Rapat pada RSUD dr. Pallemai Tandi terdiri dari :
  - a. rapat rutin;
  - b. rapat khusus
- (2) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Direktur dapat mengundang SPI yang disampaikan secara tertulis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelum rapat diselenggarakan.
- (3) Untuk setiap rapat Direktur dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Bagian Umum selaku Notulis.

### **Pasal 18**

- (1) Rapat Rutin diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan
- (2) Dalam rapat rutin sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan RSUD dr. Pallemai Tandi sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

### **Pasal 19**

- (1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan/atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.
- (2) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera di putuskan.

### **Pasal 20**

- (1) Keputusan rapat diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

### **Pasal 21**

- (1) Komite-komite rumah sakit merupakan suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan tugas-tugas di rumah sakit :
  - a. Komite merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit
  - b. Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh direktur setelah pengkajian menurut kebutuhan rumah sakit.
  - c. Komite berada dibawah dan bertanggung jawab kepada direktur
  - d. Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh direktur untuk jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Ketentuan lebih lanjut tentang Komite-Komite akan diatur dalam Peraturan Internal disetiap masing-masing komite yang ditetapkan oleh Direktur.

### **Pasal 22**

- (1) Komite pada RSUD dr. Pallemai Tandi terdiri dari:
  - a. komite medik;
  - b. komite keperawatan;
  - c. komite tenaga kesehatan lainnya;

- d. komite etik dan hukum;
  - e. komite farmasi dan terapi;
  - f. komite pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI);
  - g. komite peningkatan mutu & keselamatan Pasien (PMKP);
  - h. komite rekam medik; dan
  - i. komite lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit.
- (2) Tiap-tiap Komite pada RSUD dr. Pallemai Tandi mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh direktur.
- (3) Ketua dan anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatan apabila terbukti:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundangan-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD dr. Pallemai Tandi; dan
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh direktur kepada yang bersangkutan;

### **Pasal 23**

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

### **Bagian Kedua**

### **Komite Medik**

### **Pasal 24**

Komite Medik merupakan suatu perangkat organisasi non-struktural rumah sakit yang merupakan kelompok profesi yang anggotanya terdiri dari dokter umum dan dokter spesialis yang mempunyai fungsi menjaga dan meningkatkan profesionalisme tenaga medik yang bekerja di rumah sakit.

### **Pasal 25**

- (1) Struktur komite medik terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota;
- (2) Anggota komite medik terdiri dari : sub komite kredensial, sub komite mutu profesi dan sub komite etika dan disiplin profesi;
- (3) Komite medik diangkat dan diberhentikan oleh direktur;
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite medik bertanggung jawab langsung kepada direktur;
- (5) Masa kerja keanggotaan komite medik selama 3 (tiga) tahun;

- (6) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medik yang akan melakukan pelayanan medik di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medik dan ; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (7) Personalia Komite medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah sakit;
- (8) Pelaksanaan Kegiatan Komite Medik dibebankan pada Anggaran Rumah sakit.

### **Pasal 26** **Kelompok Staf Medik**

- (1) Kelompok Staf Medik dikelompokkan sesuai dengan keahliannya dan setiap kelompok Staf Medik dipimpin oleh seorang ketua yang bertanggung jawab kepada direktur , melalui ketua Medik;
- (2) Kelompok Staf Medik mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, kelompok Staf Medik menggunakan pendekatan tim dengan tenaga medik profesional;
- (4) Kelompok Staf Medik dengan jumlah kurang dari 2 orang, maka dimasukkan dalam Kelompok Staf Medik Spesialis terkait.

### **Bagian Ketiga** **Komite Keperawatan** **Pasal 27**

Komite keperawatan merupakan suatu perangkat non-struktural rumah sakit yang merupakan kelompok profesi yang anggotanya terdiri dari perawat yang mempunyai fungsi menjaga dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.

### **Pasal 28**

- (1) Struktur komite keperawatan terdiri atas : ketua, sekretaris dan anggota;
- (2) Anggota komite keperawatan terdiri dari : sub komite etik dan praktek keperawatan, sub komite pengembangan profesi dan sub komite mutu keperawatan;
- (3) Komite keperawatan diangkat oleh direktur;
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite keperawatan bertanggung jawab langsung kepada direktur;

- (5) Masa kerja keanggotaan komite keperawatan selama 3 (tiga) tahun;
- (6) Komite keperawatan mempunyai tugas sebagai berikut :
- a. memberi jaminan kepada direktur rumah sakit bahwa tenaga keperawatan memiliki kompetensi kerja yang tinggi sesuai standar pelayanan dan berperilaku baik sesuai etika profesinya;
  - b. membantu direktur melakukan kredensial pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesional berkelanjutan;
  - c. bekerjasama dan melakukan kooedinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan serta kebidanan di rumah sakit; dan
  - d. membantu direktur rumah sakit dalam menyusun standar pelayanan dan memantau pelaksanaannya.

**Bagian Keempat**  
**Komite Tenaga Kesehatan Lainnya**  
**Pasal 29**

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan suatu perangkat non-struktural rumah sakit yang merupakan kelompok profesi yang anggotanya terdiri dari : Bidan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik (Fisioterapi), tenaga keteknisan medik, tenaga radiografi, tenaga analisis kesehatan, yang mempunyai fungsi menjaga dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit.

**Pasal 30**

- (1) Struktur komite tenaga kesehatan lainnya terdiri atas : ketua, sekretaris dan anggota;
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya diangkat oleh direktur;
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya , komite tenaga kesehatan lainnya bertanggungjawab langsung kepada direktur;
- (4) Masa kerja keanggotaan komite tenaga kesehatan lainnya selama 3 (tiga) tahun;
- (5) Komite tenaga kesehatan lainnya mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. mengidentifikasi staf berdasarkan pendidikan
  - b. memberikan penilaian kredensialing
  - c. menyusun uraian KK staf sesuai kompetensi dan pendidikan yang dimiliki
  - d. mengevaluasi ketenagaan berdasarkan kompetensi yang ada; dan
  - e. menginformasikan perkembangan teknologi yang berkaitan dengan profesi.

**Bagian Kelima**  
**Komite Etik dan Hukum**  
**Pasal 31**

- (1) Struktur Komite Etik dan Hukum terdiri atas Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Komite Etik dan Hukum diangkat oleh Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (4) Masa kerja keanggotaan Komite Etik dan Hukum selama 3 (tiga) Tahun.
- (5) Tugas Pokok Komite Etik dan Hukum :
  - a. melakukan pembinaan insan dalam secara konprehensif dan berkesinambungan agar setiap individu menghayati dan mengamalkan etiksesuai dengan peran dan masing-masing di RSUD dr. Pallemai Tandi Kota Palopo.
  - b. melaksanakan pembinaan dapat dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, diskusi kasus dan seminar.
  - c. memberi saran dan pertimbangan setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat Direktur.
  - d. membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan yang terkait dengan etika rumah sakit.
  - e. membantu menyelesaikan perselisihan atau sengketa medik yang terjadi di lingkungan RSUD dr. Pallemai Tandi Kota Palopo.

**Bagian Keenam**  
**Komite Farmasi dan Terapi**

**Pasal 32**

Dalam pengorganisasian rumah sakit dibentuk Komite/Tim Farmasi dan Terapi yang merupakan unit kerja dalam memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit mengenai kebijakan penggunaan Obat di rumah sakit yang anggotanya terdiri dari yang mewakili semua spesialisasi yang ada di rumah sakit, apoteker dan farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila diperlukan . Komite/Tim Farmasi dan Terapi harus dapat membina hubungan kerja dengan komite lain di dalam rumah sakit yang berhubungan /berkaitan dengan penggunaan Obat. Komite/Tim Farmasi dan Terapi dapat diketuai oleh seorang dokter atau Apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah Apoteker,dan apabila diketuai oleh Apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter. Komite /Tim Farmasi dan Terapi harus mengadakan rapat secara teratur, dalam 2 (dua) bulan sekali.

**Pasal 33**

- (1) Komite Farmasi dan Terapi terdiri atas ketua, sekretaris dan 3 (tiga) orang anggota.

- (2) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diangkat dan diberhentikan oleh direktur dengan masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Farmasi dan Terapi bertanggung jawab langsung kepada direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi berfungsi melaksanakan pengawasan mutu penggunaan obat dan alat kesehatan habis pakai dan menetapkan indikator pencapaian kinerja dan pelaksanaan evaluasi serta tindak lanjut terkait dengan penggunaan obat rasional.
- (5) Hasil pelaksanaan fungsi Komite Farmasi dan Terapi disampaikan secara tertulis kepada direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.

#### **Pasal 34**

Tugas dari Komite Farmasi dan Terapi yaitu :

- a. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di rumah sakit;
- b. melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium rumah sakit;
- c. mengembangkan standar terapi;
- d. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
- e. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional;
- f. mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang tidak dikendaki;
- g. mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*, dan
- h. menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di rumah sakit.

#### **Bagian Ketujuh Komite Pencegahan dan PPI Pasal 35**

- (1) Struktur Komite Pencegahan dan PPI terdiri atas : ketua, sekretaris dan anggota;
- (2) Komite Pencegahan dan PPI diangkat oleh direktur;
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, pencegahan dan PPI selama 3 (tiga) tahun;
- (4) Komite pencegahan dan PPI mempunyai tugas sebagai berikut :
  - a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
  - b. melaksanakan sosialisasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
  - c. membuat SPO PPI;
  - d. menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaannya;
  - e. bekerjasama dengan IPCN, IPCLN & Tim lainnya dalam melakukan investigasi masalah KLB infeksi nosocomial;

- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
- h. merekomendasikan sarana, prasarana dan fasilitas terkait pencegahan dan pengendalian infeksi sesuai perkembangan iptek terkini;
- i. mengusulkan upaya peningkatan kompetensi dan pemberdayaan SDM di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi;
- j. melakukan pertemuan berkala termasuk evaluasi kebijakan;
- k. menerima laporan dari IPCN dan membuat laporan kepada direktur;
- l. berkoordinasi dengan unit terkait lainnya;
- m. memberikan usulan kepada direktur tentang pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pemantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarkan data resistensi antibiotika;
- n. turut menyusun kebijakan Clinical Governance dan Patient Safety;
- o. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja dan
- p. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali.

**Bagian Kedelapan**  
**Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**  
**Pasal 36**

- (1) Struktur komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota.
- (2) Anggota komite mutu dan keselamatan pasien terdiri dari sub komite peningkatan mutu, sub komite keselamatan pasien dan sub komite manajemen resiko.
- (3) Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien diangkat oleh Direktur.
- (4) Masa kerja keanggotaan komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien selama 3 (tiga) tahun;
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien bertanggung jawab langsung kepada direktur.
- (6) Tugas pokok komite peningkatan mutu dan keselamatan adalah melaksanakan kegiatan penjaminan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.

**Bagian Kesembilan**  
**Komite Rekam Medik**  
**Pasal 37**

Rekam Medik yaitu unit kerja yang ditunjuk dan yang serupa dan bertanggung jawab langsung kepada pimpinan rumah sakit.

### **Pasal 38**

Komite Rekam Medik terdiri atas ketua, sekretaris dan anggota.

Komite Rekam Medik diangkat oleh direktur.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, komite rekam medik bertanggung jawab langsung kepada direktur;

Jumlah keanggotaan komite rekam medik yaitu 3 (tiga) tahun.

Komite Rekam Medik mempunyai tugas :

- a. menjamin semua informasi tercatat sebaik-baiknya sehingga tersedia data yang diperlukan untuk menilai pelayanan yang diberikan kepada seorang pasien.
- b. membuat dan memperbaharui kebijakan, peraturan. Prosedur yang berhubungan dengan rekam medik; dan
- c. mengajukan usul kepada direktur tentang perubahan dalam isi ukuran rekam medik.

## **BAB VII**

### **SATUAN PENGAWAS INTERNAL**

#### **Pasal 39**

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah wadah non-struktural pada RSUD dr. Pallemai Tandi yang bertugas melakukan audit kinerja internal RSUD dr. Pallemai Tandi.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur.
- (3) Audit kinerja internal RSUD dr, Pallemai Tandi dilakukan untuk menilai efisiensi, efektifitas, keekonomian, dan kepatutan serta kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan dalam penyelenggaraan RSUD dr. Pallemai Tandi.
- (4) Audit kinerja internal RSUD dr. Pallemai Tandi meliputi :
  - a. Audit kinerja pelayanan/operasioal; dan
  - b. Audit kinerja keuangan.
- (5) Audit kinerja pelayanan/operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, pelayanan penunjang, dan pengelolaan sarana prasarana, sumber daya manusia, penelitian dan pengembangan serta pelayanan umum lainnya.
- (6) Audit kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi, keuangan dan sistem pengamanan aset RSUD dr. Pallemai Tandi.
- (7) Selain bertugas melaksanakan audit kinerja RSUD dr. Pallemai Tandi Satuan Pengawas Internal dapat melakukan Audit dengan tujuan tertentu atas permintaan direktur.

- (8) Audit dengan tujuan tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilakukan untuk menindaklanjuti hasil audit oleh Instansi pemeriksa internal lainnya, serta pendalaman hasil audit sebelumnya serta menindaklanjuti pengaduan masyarakat.

#### **Pasal 40**

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksa Internal berwenang:

- a. membuat dan menyusun rencana kegiatan dan standar prosedur kerja pengawasan internal rumah sakit;
- b. menyusun, mengubah dan melaksanakan kebijakan pemeriksaan internal;
- c. mendapatkan akses terhadap semua dokumen sarana dan prasarana, informasi atas obyek audit yang dilaksanakan berkaitan dengan pelaksanaan tugas;
- d. mendapatkan keterangan atau informasi dari semua pihak yang terkait dengan obyek audit yang dilaksanakan;
- e. melakukan verifikasi terhadap informasi yang diperoleh;
- f. melakukan pengawasan dan penilaian kegiatan internal rumah sakit, meliputi pengelolaan administrasi keuangan, administrasi pelayanan medik, dan keperawatan, administrasi umum, administrasi pepegawaian, informasi hambatan, penyimpangan dan penyalahgunaan wewenang;
- g. menyampaikan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dan memberikan rekomendasi atas hasil pengawasan kepada direktur rumah sakit;
- h. memberikan alternatif pemecahan masalah dan saran kepada direktur berkaitan dengan pelaksanaan pengawasan dan penilaian;
- i. melakukan pemantauan terhadap tindak lanjut hasil pengawasan serta penilaian; dan
- j. melakukan pertemuan dan hasilnya disampaikan ke manajemen rumah sakit.

### **BAB VIII**

#### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

##### **Pasal 41**

- (1) Untuk menjamin ketersediaan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh RSUD dr. Palemmi Tandi, Walikota menetapkan Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Palemmi Tandi dengan peraturan Walikota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh pimpinan RSUD dr. Palemmi Tandi.
- (3) Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

#### **Pasal 42**

- (1) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 memenuhi persyaratan sebagaimana berikut :
  - a. fokus pada jenis pelayanan
  - b. terukur
  - c. dapat dicapai
  - d. relevan dan dapat diandalkan
  - e. tepat waktu
- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD dr. Pallemai Tandi.
- (3) Terukur sebagaimana pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

#### **BAB IX**

#### **TARIF PELAYANAN**

#### **Pasal 43**

- (1) Tarif layanan RSUD dr. Pallemai Tandi diusulkan oleh direktur RSUD Pallemai Tandi kepada Walikota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetensi yang sehat.
- (3) Dalam menetapkan tarif, dapat dibantu oleh Tim Teknis yang ditunjuk oleh Walikota.
- (4) Tarif layanan RSUD dr. Pallemai Tandi dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (5) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (6) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5), berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Ketentuan lebih lanjut mengenai tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan peraturan Walikota.

**BAB X**  
**KERJASAMA**

**Pasal 44**

- (1) Untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan RSUD dr. Pallemai tandi dapat melakukan kerjasama dengan pihak lain.
- (2) Kerjasama sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan berdasarkan prinsip efisiensi, efektivitas, ekonomis dan saling menguntungkan.
- (3) Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain:
  - a. sewa menyewa; dan
  - b. usaha lain yang menunjang tugas dan fungsi RSUD dr. Pallemai Tandi

**BAB XI**

**MITRA BESTARI DAN DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN**

**Bagian kesatu**

**Mitra Bestari**

**Pasal 45**

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf medis yang ada di RSUD dr. Pallemai Tandi tetapi dapat juga berasal dari rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis dan /atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.
- (3) Mitra Bestari yang berasal dari luar RSUD dr. Pallemai Tandi dapat ditunjuk sebagai panitia Adhoc untuk membantu Komite Medik melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di RSUD dr. Pallemai Tandi.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia Adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan keputusan direktur atas usulan Ketua Medik.

**Bagian Kedua**

**Dokter Penanggung Jawab Pelayanan**

**Pasal 46**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di RSUD dr. Pallemai Tandi.
- (2) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (3) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada instalasi gawat darurat.

- (4) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan.
- (5) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan.
- (6) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

#### **Pasal 47**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bertugas:
  - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
  - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan;
  - c. melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medis apabila diperlukan;
  - d. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di RSUD dr. Palemmai Tandi dan/atau
  - e. menjalankan tugas sebagai koordinator Medis.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi Dokter Penanggung Jawab pelayanan, maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pertama dapat mengalihkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan kepada Staf Medik lain yang berkompeten melalui mekanisme konsul.
- (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawat bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan tetap menjadi penanggung jawab pasien.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab pelayanan ditetapkan oleh Direktur

## **BAB XII**

### **TUJUAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS**

#### **Pasal 48**

Tujuan dari Peraturan Internal staf Medis (*medical staf by laws*) yaitu :

- a. memberikan landasan hukum bagi Komite dan Staf Medis guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di RSUD dr. Palemmai Tandi dan
- b. pengorganisasian Kelompok Staf Medik agar Staf Medis di RSUD dr. Palemmai Tandi dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap

kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

**BAB XIII**  
**PENGORGANISASIAN STAF MEDIK**  
**Bagian Kesatu**  
**Umum**  
**Pasal 49**

- (1) Staf Medik dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan RSUD dr. Pallemai Tandi bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung jawab secara proporsional.
- (2) Persyaratan menjadi Staf Medik :
  - a. mempunyai Ijasah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi yang diakui pemerintah;
  - b. mempunyai surat tanda registrasi (STR)
  - c. mempunyai surat penugasan bagi pegawai negeri sipil;
  - d. memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD dr. Pallemai Tandi
  - e. telah melalui proses yang dilakukan oleh Komite Medik;
  
  - f. memiliki Surat Penugasan klinis dari Direktur;
  - g. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medik fungsional baru; dan
  - h. sesuai dengan ketentuan kepegawaian

**Bagian Kedua**  
**Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab**  
**Pasal 50**

- (1) Staf Medik pada RSUD dr. Pallemai Tandi mempunyai tugas :
  - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
  - b. memberikan pelayanan medik yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RSUD dr. Pallemai Tandi;
  - c. meningkatkan kemampuannya profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
  - d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medik dan etika kedokteran yang ditetapkan; dan
  - e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.

- (2) Dalam melaksanakan tugas, staf Medik pada RSUD dr. Pallemai Tandi menjalankan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medik, pendidikan dan pelatihan serta pelatihan dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang staf pada RSUD dr. Pallemai Tandi disusun oleh Ketua Kelompok Staf Medik dan dibuatkan rekomendasi untuk diajukan kepada Direktur Untuk ditetapkan dalam Surat Penugasan Klinis (Clinical Appointment)
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, staf medik pada RSUD dr. Pallemai Tandi bertanggung jawab untuk :
  - a. mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian;
  - b. komitmen untuk mewujudkan visi dan misi RSUD dr, Pallemai Tandi;
  - c. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 2 x 24 jam;
  - d. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan;
  - e. memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya; dan
  - f. berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan RSUD dr. Pallemai Tandi.

**Bagian Ketiga**  
**Kelompok Staf Medik**  
**Pasal 51**

- (1) Staf Medik pada RSUD dr. Pallemai Tandi terdiri dari dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
- (2) Setiap staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelompokkan ke dalam kelompok staf medik sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (3) Secara administrasi manajerial, kelompok staf medik berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Kelompok staf medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang staf medis.
- (5) Dalam hal tidak terdapat staf medik dengan profesi dan keahlian yang sama pada RSUD dr, Pallemai Tandi dapat dilakukan penggabungan staf medik dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu kelompok staf medik
- (6) Kelompok Staf Medik terdiri dari :
  - a. KSM Penyakit Dalam
  - b. KSM Anak
  - c. KSM Obstetri dan Ginekologi
  - d. KSM Bedah
  - e. KSM THT
  - f. KSM Mata

- g. KSM Anastesi
- h. KSM Kulit dan Kelamin
- i. KSM Dokter Umum
- j. KSM Dokter Gigi
- k. KSM lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit

#### **Pasal 52**

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh Ketua KSM
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Staf Medis.
- (3) Ketua KSM bertanggung jawab kepada Direktur .
- (4) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan anggota kelompok staf medik menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medik.

#### **Pasal 53**

- (1) Kelompok Staf Medik RSUD dr. Pallemai Tandi mempunyai kewajiban :
  - a. menyusun Standar Prosedur Operasioanal Pelayanan Medik bidang keilmua di bawah koordinasi Komite Medik;
  - b. menyusun pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan rawat inap, tugas jaga, rawat intersif, tugas dikamar operasi, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain dibawah koordinasi Direktur.
  - c. menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medik yang meliputi indikator output atau outcome; dan
  - d. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan.

#### **Pasal 54**

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, kelompok Staf Medik RSUD dr. Pallemai Tandi berwenagn untuk :

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medik baru dan penempatan ulang anggota Staf Medik kepada Direktur setelah anggota Staf Medik tersebut melauai proses kredensial/rekredensial oleh Komite Medik;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medik di dalam kelompoknya; dan
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan SPO.

**BAB XIV**  
**KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGE)**  
**Pasal 55**

- (1) Kewenangan Klinis merupakan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa kewenangan Klinis maka seorang dokter/dokter gigi/ dokter spesialis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis.
- (3) Dalam hal terdapat kewenangan klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medik, maka keputusan penentuan kewenangan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi melalui Sub Komite Kredensial.
- (5) Rekomendasi Kewenangan Klinis akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

**Pasal 56**

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

**Pasal 57**

- (1) Untuk mewujudkan tatakelola klinis (clinical governance) yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan Kewenangan Klinis Staf Medik.
- (2) Pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dilakukan apabila Staf Medik dalam pelaksanaan tugasnya di nilai tidak sesuai dengan standar Pelayanan Medik yang berlaku dan/atau tidak sesuai dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesional dan sudut hukum.

- (3) Untuk melakukan mutu pelayanan rumah sakit, Direktur dapat melakukan pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan kewenangan klinis seorang Staf Medik tanpa adanya rekomendasi Komite Medik.

#### **Pasal 58**

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

#### **Pasal 59**

Kewengan klinis akan berakhir apabila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur.

#### **Pasal 60**

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

### **BAB XV**

#### **PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)**

##### **Pasal 61**

- (1) Setelah melalui proses kredensial Direktur akan menerbitkan Surat Perintah Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Surat Penugasan Klinis pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan apabila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :
  - a. memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal;
  - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit;

- c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan;
  - d. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dari diri sendiri; dan
  - e. memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di RSUD dr. Pallemai Tandi Kota Palopo.
- (3) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di RSUD dr. Pallemai Tandi dapat bestatus sebagai dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
  - (4) Dokter tamu/Dokter Konsultan dapat memberikan pelayanan dalam rangka alih keterampilan dan keilmuan (*transfer of knowledge/skill*) tanpa dilakukan kredensial.
  - (5) Surat penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama (tiga) tahun.
  - (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun apabila :
    - a. ijin praktek yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan; atau
    - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap; atau
    - c. staf Medis telah berusia 60 tahun namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/pertimbangan Direktur; atau
    - d. staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilage*) atau kontrak; atau
    - e. staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
    - f. staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian; dan
    - g. staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan RSUD dr. Pallemai Tandi setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
  - (7) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku bagi tenaga kontrak.

**BAB XVI**  
**PENGORGANISASIAN SUB KOMITE MEDIK**  
**Bagian Kesatu**  
**Pasal 62**

- (1) Sub Komite Kredensial terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*) pada RSUD dr. Pallemai Tandi dan berasal dari ilmu yang berbeda;

- (2) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

### **Pasal 63**

Tugas dan wewenang Sub Komite Kredensial antara lain:

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

### **Pasal 64**

- (1) Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen:
- a. kompetensi:
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif; dan
    3. psikomotor.
  - b. kompetensi fisik:
    1. kompetensi mental/perilaku; dan
    2. perilaku etis (*ethical standing*).
- (2) Proses Kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif. Sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Proses Kredensial dilakukan oleh TIM Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub Komite Kredensial dengan persetujuan Direktur.
- (4) Setelah dilakukannya proses kredensial, Komite Medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medis.
- (5) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktek

## **Pasal 65**

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

## **Bagian Kedua Sub Komite Mutu Profesi**

### **Pasal 66**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi terdiri atas 3 orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) pada RSUD Sawerigading dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda;
- (2) Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana maksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite Medik.

### **Pasal 67**

- (1) Tugas dan wewenang Sub Komite Mutu Profesi antara lain;
  - a. menjaga Mutu Profesi medis dengan memastikan kualitas pelayanan medik yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluational*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*facused professional practice evaluation*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).
  - b. melakukan audit medis;

- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal program pendidikan kedokteran berkelanjutan / program pendidikan kedokteran gigi berkelanjutan (p2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan sksternal program pendidikan kedokteran berkelanjutan / Program pendidikan kedokteran gigi berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan; dan
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang di butuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medik

Pasal 50

- (2) Sub Komite Mutu profesi dalam menjaga mutu profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
  - a. memantau kualitas, melalui morning report, kasusu sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death mcase*), *audit medis*, *jurnal reading*; dan
  - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- (3) Audit medis yang dilakukan oleh subkomite mutu profesi pada RSUD dr. Palammai Tandi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistematis yang melibatkan mitra bestari (*pear group*) yang terdiri dari kegiatan peer-review, *survailens* dan *assessment* terhadap pelayanan medis.
- (4) Hasil dari audit medis dapat digunakan sebagai :
  - a. sarana untuk melakukan penilaian lterhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberian pelayanan;
  - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilage*) sesuai kompetensi yang di miliki;
  - c. dasar bagi komite dalam merekomendasikan pencabutan atau penagguhan kewenangan klinis (*clinical privilage*);
  - d. dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

**Bagian Ketiga**

**Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**

**Pasal 68**

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appoinment*) pada RSUD dr. Palemmai Tandi dan berasal dari disiplin yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik,

## **Pasal 69**

Sub komite Etika dan Disiplin Profesi mempunyai tugas antara lain :

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan profesi kedokteran; dan
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medik pasien.

## **BAB XVII PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (CLINICAL GOVERNANCE)**

### **Pasal 70**

Dalam melaksanakan tata kelola klinis (clinical governance) di RSUD dr. Pallemai Tandi maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :

- a. melakukan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis masing-masing dalam Tata Kelola Klinis (*clinical governance*) rumah sakit dan Kelompok Staf Medis (KSM);
- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang disesuaikan dengan kebutuhan medis pasien;
- c. melakukan konsultasi kepada dokter umum, dokter gigi, dokter gigi spesialis dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
- d. merujuk pasien apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana pada RSUD dr. Pallemai Tandi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

## **BAB XIX KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS**

### **Pasal 71**

- (1) Setiap staf medis fungsional wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur.

### **Pasal 72**

- (1) Pengawasan terhadap pelanggaran etika profesi menjadi tanggung jawab Komite Medis, pengawasan terhadap pelanggaran etika non profesi diawasi oleh Direktur

- (2) Pengawasan mutu pelayanan medis menjadi tanggung jawab bersama Komite Medis dan Direktur.

### **Pasal 73**

- (1) Pengawasan terhadap pelanggaran etika profesi menjadi tanggung jawab Komite Medis, pengawasan terhadap pelanggaran etika non profesi diawasi oleh Direktur
- (2) Pengawasan mutu pelayanan medis menjadi tanggung jawab bersama Komite Medis dan Direktur.

### **Pasal 74**

- (1) Komite medis wajib membuat laporan pengawasan etika dan mutu pelayanan secara berkala kepada Direktur.
- (2) Direktur bertanggung jawab menindaklanjuti laporan yang terkait dengan fasilitas dan tenaga yang bukan staf medis.
- (3) Direktur memerintahkan Komite Medis untuk menindaklanjuti laporan yang terkait dengan profesi.

## **BAB XX KETENTUAN PERALIHAN**

### **Pasal 75**

Semua Peraturan Rumah Sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Walikota ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Walikota ini.

**BAB XXI**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 76**

Peraturan ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Palopo.

PEMERIKSA DAN PENANGGUNG JAWAB	PARAF
1. Sekretaris Daerah	
2. Asisten 1	
3. Kabag Hukum	
4. Kasubag PHD	

Ditetapkan di Palopo  
pada tanggal 15 September 2020  
**WALIKOTA PALOPO,**

  
**M. JUDAS AMIR**

Diundangkan di Palopo

pada tanggal 15 September 2020

**SEKRETARIS DAERAH KOTA PALOPO,**



**FIRMANZA DP**

BERITA DAERAH KOTA PALOPO PROVINSI SULAWESI SELATAN  
TAHUN 2020      NOMOR 20