BUPATI MAMUJU TENGAH
PROVINSI SULAWESI BARAT

KEPUTUSAN BUPATI MAMUJU TENGAH
NOMOR 1515 TAHUN 2026

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN MAMUJU TENGAH

BUPATI MAMUJU TENGAH,

Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur dari kesejahteraan, sehingga pembangunan kesehatan masyarakat memerlukan upaya kesehatan, sumber daya kesehatan, dan pengelolaan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya berdasarkan prinsip kesejahteraan, pemerataan, nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan;

b. bahwa dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di Kabupaten Mamuju Tengah, diperlukan peningkatan kualitas pelayanan serta pengaturan organisasi dan tata laksana rumah sakit sesuai tata kelola rumah sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mamuju Tengah.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2013 tentang Pembentukan Kabupaten Mamuju Tengah di Provinsi Sulawesi Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5397);

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Repulik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2026 tentang Penyesuaian Pidana (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2026 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 7153);

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
5. Peraturan Bupati Mamuju Tengah Nomor 21 Tahun 2024 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah Kabupaten Mamuju Tengah.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN MAMUJU TENGAH.

KESATU : Menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sebagaimana tercantum dalam lampiran sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari keputusan ini.

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal 5 Januari 2026, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan didalamnya maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Tobadak
pada tanggal 16 Oktober 2026
BUPATI MAMUJU TENGAH,

ARSAL ARAS

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

LAMPIRAN KEPUTUSAN BUPATI MAMUJU TENGAH

NOMOR : 1515 TAHUN 2026

TANGGAL : 16 Oktober 2026

TENTANG : PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN MAMUJU TENGAH.

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN MAMUJU TENGAH

A. PENDAHULUAN

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan melalui kerja bersama tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga administratif, dan unsur pendukung lainnya. Keragaman fungsi tersebut memerlukan pembagian tugas, kewenangan, serta tanggung jawab yang jelas agar pelayanan dapat berlangsung secara terpadu dan berorientasi pada keselamatan pasien. Tata kelola internal menjadi pedoman untuk menghubungkan pengelolaan organisasi dengan pelaksanaan pelayanan sehari-hari.

Sebagai rumah sakit milik pemerintah daerah, Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mamuju Tengah memiliki tanggung jawab pelayanan kepada masyarakat sekaligus tanggung jawab pengelolaan sumber daya secara transparan dan akuntabel. Hubungan antara pemerintah daerah selaku pemegang kuasa pemilik, representasi pemilik, Dewan Pengawas, Direktur, dan unsur pelaksana perlu dijelaskan agar setiap pihak memahami perannya.

Dokumen peraturan internal yang menjadi sumber lampiran ini memuat pengaturan kelembagaan, pengelolaan staf medis, sumber daya manusia, keuangan, perencanaan, dan evaluasi kinerja. Materi tersebut disajikan kembali dalam bentuk tulisan untuk menjelaskan hubungan antarkomponen secara runtut. Pembahasan diarahkan pada isi dokumen dan tidak dimaksudkan sebagai penilaian atas efektivitas penerapannya di lapangan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

B.ATURAN INTERNAL

Pembahasan Aturan Internal berikut disusun berdasarkan dokumen internal RSUD Kabupaten Mamuju Tengah. Uraian dikelompokkan menjadi enam bidang agar hubungan antara arah kelembagaan, pengelolaan sumber daya, tata kelola staf medis, dan evaluasi kinerja dapat dibaca secara berurutan.

1. Landasan dan Arah Tata Kelola

a. Ruang Lingkup dan Istilah

1. Dokumen ini menjelaskan tata kelola internal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mamuju Tengah, termasuk organisasi, pelayanan, pengelolaan sumber daya, tata kelola staf medis, serta perencanaan dan evaluasi kinerja. Dalam uraian ini, daerah merujuk pada Kabupaten Mamuju Tengah. Pemerintah daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom. Bupati yang dimaksud adalah Bupati Mamuju Tengah.
2. Rumah Sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mamuju Tengah. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mamuju Tengah. Dewan Pengawas adalah suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit. Representasi Pemilik Rumah Sakit adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Tengah. Pejabat Pengelola adalah pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis.
3. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
4. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, dan Dokter Gigi yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit Pelayanan Rumah Sakit. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, perinatologi, anestesi dan reanimasi, radiologi, rehabilitasi medis, laboratorium, haemodialisa, bank darah, farmasi, gizi, Alat kesehatan, sterilisasi, linen, sanitasi, dan pemulasaran jenazah.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

5. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah nonstruktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan/audit internal di Perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan Pengawasan dan pengendalian Internal dalam rangka membantu Direktur. Rencana Strategis yang selanjutnya disebut Renstra adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.

b. Maksud dan Tujuan

1. Aturan internal dimaksudkan sebagai pedoman mengenai organisasi dan tata laksana serta akuntabilitas dan transparansi dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola Rumah Sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
2. Penyelenggaraan tata kelola ini bertujuan memberikan layanan umum yang lebih efektif, efisien, ekonomis, transparan, dan bertanggung jawab. Pelaksanaannya memperhatikan asas keadilan, kepatutan, dan manfaat serta praktik bisnis yang sehat untuk mendukung pencapaian tujuan pemerintah daerah berdasarkan kewenangan yang didelegasikan oleh Bupati.
3. Tujuan lainnya adalah meningkatkan profesionalisme dan kualitas pelayanan kesehatan, fleksibilitas serta akuntabilitas pengelolaan dana, dan optimalisasi pemanfaatan teknologi. Tata kelola ini juga diarahkan untuk meningkatkan harmonisasi tata kerja, prosedur kerja, tugas, fungsi, dan sumber daya manusia, sekaligus mendorong pengelolaan yang profesional, transparan, efisien, serta kemandirian organ rumah sakit.

c. Dasar dan Prinsip Tata Kelola

1. Peraturan Internal Rumah Sakit atau *Hospital ByLaws* merupakan peraturan dasar yang memuat struktur organisasi, prosedur kerja, pengelompokan fungsi logis, dan pengelolaan sumber daya manusia.
   a. Struktur organisasi menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

organisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Prosedur kerja menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antarposisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.

c. Pengelompokan fungsi logis menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektivitas pencapaian organisasi.

d. Pengelolaan sumber daya manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/ kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

2. Pengelolaan rumah sakit berlandaskan prinsip tata kelola yaitu, transparansi, akuntabilitas, responsibilitas, dan independensi.

   a. Transparansi merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan serta dapat menumbuhkan kepercayaan.

   b. Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.

   c. Responsibilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dan peraturan perundang-undangan.

   d. Independensi merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

3. Akuntabilitas sebagaimana yang dibahas pada poin 2 huruf b diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

d. Identitas Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mamuju Tengah merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah yang beralamat di Jalan Tammauni Pue Ballung, Kecamatan Tobadak. Dalam dokumen sumber, jenis rumah sakit tercantum sebagai Rumah Sakit Umum Non Pendidikan, sedangkan kelas rumah sakit tercantum sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D.

e. Visi dan Misi

Visi RSUD Mamuju Tengah adalah "Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Paripurna, Berkualitas, Berkeadilan dan Terjangkau dalam Mendukung Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat Mamuju Tengah yang Maju, Sejahtera dan Berkelanjutan".

Untuk mewujudkan visi tersebut, rumah sakit menjalankan misi :

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rujukan yang profesional, paripurna, aman, bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien;
2. Meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat;
3. Mengembangkan Sumber Daya Manusia Kesehatan yang kompeten, berintegrasi, inovatif dan berdaya saing;
4. Mewujudkan tata kelola rumah sakit yang efektif, transparan, akuntabel dan berbasis digital;
5. Mengembangkan sistem rujukan, sarana prasarana dan teknologi kesehatan yang berkelanjutan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat.

Misi Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan dalam surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan. Misi Rumah Sakit dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi. Perubahan misi Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan dalam Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan. Rumah Sakit wajib menyosialisasikan visi, misi dan tujuan strategis kepada staf internal, pengunjung Rumah Sakit dan masyarakat luas.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

f. **Nilai Dasar dan Motto**

1. Dalam memberikan pelayanan, rumah sakit menerapkan nilai dasar berupa keramahan, kecepatan layanan, kerja keras, kebersamaan, dan optimis.
2. Dalam rangka memberikan kepuasan pelayanan kepada masyarakat Rumah Sakit mempunyai motto "Kesembuhan dan Kepuasan Anda adalah Kebahagiaan Kami".

g. **Kedudukan Tugas dan Fungsi Rumah Sakit**

1. Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang Pelayanan Kesehatan. Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perorangan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
2. Fungsi rumah sakit mencakup :
   a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit
   b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
   c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
   d. Penyelenggaraan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan dengan tetap memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2. **Kelembagaan dan Kepemimpinan**

a. **Kedudukan dan Tanggung Jawab Pemilik**

1. Pemilik Rumah Sakit yaitu masyarakat Daerah yang dikuasakan kepada Pemerintah Daerah dalam hal ini adalah Bupati.
2. Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

3. Untuk menjalankan tanggung jawab tersebut, pemerintah daerah berwenang :
   a. menyediakan modal, dana operasional, dan sumber daya lain yang diperlukan untuk memenuhi visi, misi, serta rencana strategis rumah sakit
   b. menunjuk atau menetapkan direksi dan mengevaluasi kinerja setiap individu direksi secara tahunan dengan proses dan kriteria yang baku
   c. menunjuk dan menetapkan representasi pemilik beserta tanggung jawab dan kewenangannya, serta menilai kinerjanya secara berkala paling sedikit sekali setahun
   d. penetapan struktur organisasi, regulasi pengelolaan keuangan, dan pengelolaan sumber daya rumah sakit
   e. memberikan arahan kebijakan
   f. menetapkan visi dan misi, memastikan masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta meninjau misi secara berkala
   g. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola, Pejabat Struktural, dan Dewan Pengawas
   h. mengevaluasi dan/atau meminta laporan kinerja keuangan maupun non keuangan rumah sakit.
4. Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit, yang disebabkan bukan karena kesalahan dalam pengelolaan setelah dilakukan audit secara independen
5. Pemerintah Daerah bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas terjadinya kerugian akibat kelalaian atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit
6. Pemerintah Daerah mendelegasikan sebagian kewenangannya kepada Representasi pemilik Rumah Sakit.
7. Representasi pemilik Rumah Sakit dilaksanakan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju Tengah.

b. Representasi Pemilik atau Dewan Pengawas

1) Representasi Pemilik atau Dewan Pengawas bertanggung jawab dan berwenang :
   a. Menentukan arah kebijakan rumah sakit
   b. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis
   c. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran
   d. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya dalam penyelenggaraan pelayanan.
   e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien
   f. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit, dan
   g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

2) Syarat Dewan Pengawas :

Dewan Pengawas dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh pejabat pengelola. Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang, meliputi :

a. Realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau
b. Nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp.500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah).

Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah pejabat pengelola diangkat.

Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat :

1) Sehat jasmani dan rohani
2) Memiliki keahlian integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
3) Memahami penyelenggaraan pemerintah daerah;
4) Memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
5) Menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
6) Berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu)
7) Berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur
8) Tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
9) Tidak sedang menjalani sanksi pidana;
10) Tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah dan/atau calon anggota

c. Struktur Organisasi dan Kepemimpinan

1. Struktur organisasi rumah sakit paling sedikit mencakup:
   a. Unsur pimpinan
   b. Unsur pelayanan medis
   c. Unsur keperawatan
   d. Unsur penunjang medis dan nonmedis
   e. Unsur pelaksana administratif, dan
   f. Unsur operasional.
2. Pemimpin rumah sakit adalah direktur, sedangkan unsur pimpinan di bawah direktur dijabat oleh :
   a. Tenaga medis
   b. Tenaga kesehatan, atau
   c. Tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

d. Persyaratan Direktur

Persyaratan untuk diangkat menjadi direktur adalah:

a. Merupakan tenaga medis, tenaga kesehatan, atau tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit.
b. Berkelakuan baik, berdedikasi untuk mengembangkan usaha guna mendukung kemandirian rumah sakit
c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum
d. Tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit
e. Berstatus aparatur sipil negara atau nonaparatur sipil negara
f. Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit
g. direktur yang berstatus aparatur sipil negara juga harus memenuhi persyaratan administrasi kepegawaian.

e. Tugas Direktur

Direktur bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan rujukan dengan menyusun rumusan kebijakan, memimpin, membina, membimbing, mengoordinasikan, dan mengawasi pelaksanaan tugas pelayanan RSUD sesuai peraturan perundang-undangan.

f. Fungsi Direktur

Dalam melaksanakan tugasnya, Direktur RSUD Mamuju Tengah menyelenggarakan fungsi :

a. Pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
b. Penetapan kebijakan penyelenggaraan rumah sakit sesuai dengan kewenangannya;
c. Penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit;
d. Pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
e. Pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan; dan
f. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

g. Subbagian Tata Usaha

1. Tugas Subbagian Tata Usaha adalah merencanakan, mengoordinasikan, mengawasi dan mengendalikan pemberian pelayanan administrasi dan pemenuhan pelaksanaan kegiatan ketatausahaan dan rumah tangga, manajeman sumber daya manusia dan kepegawaian, program RSUD serta keperluan lain

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

kepada semua unsur yang ada di lingkungan RSUD.

2. Subbagian tata usaha dalam melaksanakan tugasnya menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

   a. Penyusuna rencana kegiatan bagian tata usaha :
   b. Pengelolaan ketatausahaan rumah sakit;
   c. Pengelolaan kepegawaian, surat menyurat, kearsipan, administrasi umum, perpustakaan, kerumahtanggaan, prasarana dan sarana serta hubungan masyarakat;
   d. Peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pelayanan;
   e. Pengkoordinasian, penerapan dan pengembangan sistem informasi di bidang manajemen dan pelayanan kesehatan rumah sakit;
   f. Pelaksanaan pengendalian internal rumah sakit;
   g. Melaksanakan pengelolaan rekam medis;
   h. Pengendalian dan pelaksanaan norma, standar, pedoman dan petunjuk operasional bidang umum;
   i. Pelaksanaan pelayanan teknis administratif dan fungsional kepada setiap unit organisasi di lingkungan RSUD;
   j. Pengendalian dan pelaksanaan norma, standar, pedoman dan petunjuk operasional ketatausahaan;
   k. Pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan pelaporan kegiatan subbagian tata usaha; dan
   l. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan yang berkaitan dengan tugasnya.

h. Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

Seksi pelayanan medik dan keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis dan keperawatan di lingkungan RSUD.

Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan dalam menjalankan tugasnya menyelenggarakan fungsi :

a. Penyusunan rencana pemberian pelayanan medis;
b. Pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan medis
c. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis;
d. Pemantauan dan evaluasi pelayanan medis;
e. Penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan;
f. Pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan keperawatan;
g. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pasien di bidang keperawatan; dan
h. Pemantauan dan evaluasi pelayanan keperawatan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

i. Seksi Penunjang Medis dan medis

Seksi penunjang medis dan non medis mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan penunjang medis dan non medis di lingkungan RSUD.

Seksi penunjang medis dan non medis dalam melaksanakan tugas menyelenggarakan fungsi :

a. Penyusunan rencana pemberian penunjang medis dan non medis;
b. Pengoordinasian dan pelayanan penunjang medis dan non medis;
c. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis dan non medis;
d. Pengelolaan rekam medis; dan
e. Pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang medis dan medis.

3. Organisasi Pelaksana dan Tata Kerja

a. Organisasi Pelaksana dan Pendukung

Pelaksanaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan nonmedis, administrasi, serta kegiatan operasional rumah sakit didukung oleh instalasi, komite, dan Satuan Pengawas Internal atau SPI.

b. Instalasi Pelayanan

1. Instalasi merupakan unit pelayanan nonstruktural yang berada di bawah tanggung jawab Direktur untuk menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan. Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
2. Instalasi rumah sakit terdiri atas:
    a. Instalasi Rawat Darurat
    b. Instalasi Bedah Sentral
    c. Instalasi Intensive Care Unit
    d. Instalasi Rawat Jalan
    e. Instalasi Rawat Inap
    f. Instalasi Farmasi
    g. Instalasi Gizi
    h. Instalasi Laboratorium
    i. Instalasi Radiologi
    j. Instalasi Rekam Medik, dan
    k. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

3. Instalasi dipimpin oleh kepala instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
4. Instalasi mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya. Kepala instalasi bertanggung jawab kepada Direktur.
5. Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan, kepala instalasi berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
6. Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga nonfungsional.
7. Kepala instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur.

c. Komite Rumah Sakit

1. Komite dibentuk untuk membantu Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien. Komite merupakan badan nonstruktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
2. Komite Rumah Sakit merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi, farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
3. Komite yang dibentuk meliputi:
   a. komite medik
   b. komite keperawatan
   c. komite tenaga kesehatan lain
   d. komite mutu Rumah Sakit
   e. komite etik dan hukum
   f. komite pencegahan dan pengendalian infeksi, komite farmasi dan terapi
   g. komite pengendalian resistensi antimikroba, dan
   h. komite lain sesuai kebutuhan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

d. Satuan Pengawas Internal (SPI)

1. SPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur
2. SPI merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit berupa pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit
3. Pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit dilakukan untuk mengawasi apakah kebijakan pimpinan telah dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh bawahannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan untuk mencapai tujuan organisasi
4. SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
5. SPI bertanggung jawab memberikan penilaian secara independen kepada manajemen mengenai kecukupan maupun implementasi pengendalian internal pada semua aktivitas di Rumah Sakit.

e. Kelompok Jabatan Fungsional

1. Kelompok Jabatan Fungsional terdiri atas sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok Jabatan Fungsional sesuai bidang keahliannya.
2. Jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
3. Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan Jabatan Fungsional masing-masing. Jenis dan jenjang Jabatan Fungsional diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

f. Kelompok Staf Medis

1. KSM mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
2. Dalam melaksanakan tugasnya, KSM menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

g. Staf Keperawatan Fungsional

1. Staf Keperawatan Fungsional merupakan kelompok profesi keperawatan yang bekerja di bidang perawatan dalam Jabatan Fungsional.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

2. Staf Keperawatan Fungsional mempunyai tugas melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di Instalasi dalam Jabatan Fungsional.

h. Staf Fungsional Lainnya

Staf fungsional lainnya merupakan tenaga fungsional di luar kelompok jabatan fungsional dan staf keperawatan fungsional yang telah dijelaskan sebelumnya. Pelaksanaannya mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan.

i. Tata Kerja

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

4. Pengelolaan Sumber Daya dan Keuangan

a. Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitas dan kualitas untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.

b. Remunerasi

Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, dan pegawai rumah sakit memperoleh remunerasi sesuai sistem yang ditetapkan. Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun.

c. Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

d. Pengelolaan Keuangan

1. Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektivitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
2. Untuk menerapkan prinsip efektivitas, efisiensi, produktivitas, akuntabilitas, dan transparansi, penatausahaan keuangan menggunakan sistem akuntansi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

e. **Tarif Pelayanan**

1. Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan. Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
2. Tarif termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan. Tarif layanan dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit. Penetapan tarif layanan mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

f. **Sumber Pendapatan**

1. Pendapatan rumah sakit dapat bersumber dari jasa layanan, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, dan lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah dan tidak mengikat yang tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
2. Pendapatan Rumah Sakit diatur dengan Peraturan Bupati
3. Rumah Sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan, proses pengelolaan keuangan diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

g. **Belanja dan Pembiayaan**

1. Biaya Rumah Sakit merupakan biaya operasional dan biaya nonoperasional. Biaya Operasional mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi. Biaya nonoperasional mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
2. Biaya Rumah Sakit dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan. Pembiayaan program dan kegiatan dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

h. **Pengelolaan Sarana dan Sumber Daya Lain**

Pengelolaan Sumber Daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung dan jalan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sumber daya tersebut dimanfaatkan seoptimal

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit.

i. **Pengelolaan Lingkungan dan Limbah**

Rumah Sakit harus menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal. Pengelolaan lingkungan dilakukan untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

5. **Tata Kelola Staf Medis**

a. **Arah Tata Kelola Staf Medis**

1. Tata kelola Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja agar Staf Medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis sebagaimana yang diharapkan
2. Tata kelola staf medis bertujuan untuk mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien, memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi Staf Medis guna menjamin mutu profesional, menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut Staf Medis, dan mengontrol dan menjamin agar berbagai peraturan mengenai Staf Medis sesuai dengan kebijakan Pemilik serta peraturan perundang-undangan.

b. **Organisasi dan Tanggung Jawab Staf Medis**

Organisasi Staf Medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit. Organisasi Staf Medis Rumah Sakit bertanggung jawab dan berwenang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

c. **Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis**

1. Keanggotaan Staf Medis merupakan privilege yang dapat diberikan kepada Dokter dan Dokter gigi yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
2. Keanggotaan diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.
3. Untuk dapat bergabung sebagai staf medis rumah sakit, dokter harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikasi elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

4. Ketentuan mengenai Tata laksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit diatur dalam Peraturan Direktur.

d. Kategori Staf Medis

1. Staf medis yang bergabung dengan rumah sakit mencakup staf medis organik, mitra, relawan, tamu, pengganti, dan konsultan.
2. Staf medis organik merupakan Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai subordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada lembaga tersebut.
3. Staf medis mitra merupakan Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggunggugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
4. Staf medis relawan merupakan Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdi secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggunggugat sesuai ketentuan di Rumah Sakit.
5. Staf medis tamu merupakan Dokter yang tidak tercatat sebagai Staf Medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh Staf Medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.
6. Staf medis pengganti merupakan Dokter ahli yang didatangkan dari Rumah Sakit lain untuk membantu pelayanan spesialistik sesuai dengan keahliannya oleh karena Dokter ahli yang bersangkutan menjalankan tugas luar.
7. Staf medis konsultan merupakan Dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada KSM yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

e. Pemberian dan Evaluasi Kewenangan Klinik

1. Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik. Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari Staf Medis yang bersangkutan.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

2. Dalam hal terdapat kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik, melalui Direktur dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait. Kewenangan klinik akan dievaluasi secara terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

f. **Perluasan Kewenangan Klinik**

1. Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
2. Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik. Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

g. **Kewenangan Klinik Sementara dan Emergensi**

1. Dokter tamu atau dokter pengganti dapat diberikan kewenangan klinik sementara dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.
2. Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka setiap Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik emergensi guna memungkinkan setiap Staf Medis dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan.

h. **Pembinaan dan Audit Profesi**

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar prosedur operasional pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan, kematian, atau kerugian pada pasien maka Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi dapat melakukan audit. Ketentuan lebih lanjut mengenai Audit diatur dalam Peraturan Direktur.

i. **Pengorganisasian Kelompok Staf Medis**

1. Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di Unit Pelayanan Rumah Sakit, termasuk Unit Pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan Rumah Sakit, harus menjadi anggota KSM.
2. Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi / keahliannya atau menurut cara lain

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

berdasarkan pertimbangan khusus. Setiap KSM paling sedikit terdiri atas 2 (dua) orang Dokter dengan bidang keahlian yang sama.

3. Apabila jumlah paling sedikit dua dokter dengan bidang keahlian yang sama tidak dapat dipenuhi, KSM dapat dibentuk dari dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

j. Fungsi dan Tugas Staf Medis

1. Staf medis rumah sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.
2. Dalam menjalankan fungsi tersebut, staf medis bertugas melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu, dan akurat, meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/atau pelatihan berkelanjutan, menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran, dan menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

k. Tanggung Jawab dan Kewajiban Kelompok Staf Medis

1. KSM bertanggung jawab untuk memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan surat Keputusan, melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif, dan memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan surat keputusan Direktur.
2. KSM memberikan kesempatan kepada dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan dan menyampaikan masukan mengenai praktik kedokteran kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik. KSM menyampaikan laporan secara teratur paling sedikit sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur dan/atau Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang. Laporan tersebut mencakup hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan hal lain yang dianggap perlu. KSM juga melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen terkait.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

3. KSM berkewajiban menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis, menyusun indikator mutu klinis, dan menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

l. **Penilaian dan Pembinaan Keprofesian**

Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Staf Medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medis, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

m. **Pemberhentian Staf Medis**

Staf medis organik dapat diberhentikan dengan hormat atau dengan tidak hormat. Pemberhentian dengan hormat dilakukan apabila staf medis telah memasuki masa pensiun, mengajukan permintaan sendiri, tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai staf medis, atau berhalangan tetap selama tiga bulan berturut-turut. Pemberhentian dengan tidak hormat dilakukan apabila staf medis organik melakukan perbuatan melawan hukum.

n. **Penanganan Pelanggaran dan Sanksi**

1. Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus sebagai organik maupun mitra, yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan Rumah Sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
2. Sanksi diberikan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dan mempertimbangkan kadar kesalahan. Bentuk sanksi dapat berupa teguran lisan atau tertulis, penghentian praktik untuk sementara waktu, pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis organik, atau pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

6. **Perencanaan dan Evaluasi Kinerja**

a. **Perencanaan Strategis**

1. Rumah Sakit menyusun Renstra sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan sebagai bagian dari Renstra Perangkat Daerah.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

2. Rencana strategi bisnis Rumah Sakit mendapat persetujuan Representasi Pemilik / Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan rencana bisnis dan anggaran serta evaluasi kinerja.

b. Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran

1. Rumah Sakit menyusun rencana bisnis dan anggaran tahunan yang berpedoman kepada rencana strategi bisnis Rumah Sakit. Rencana bisnis dan anggaran disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, anggaran pendapatan dan belanja negara dan sumber-sumber pendapatan Rumah Sakit lainnya.
2. Rencana bisnis dan anggaran memuat kinerja tahunan berjalan, asumsi makro dan mikro, target kinerja, analisis dan perkiraan biaya satuan, perkiraan harga, anggaran pendapatan dan biaya, besaran persentase ambang batas, prognosa laporan keuangan, perkiraan maju, rencana pengeluaran investasi/modal, dan ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan rencana kerja dan anggaran satuan kerja perangkat daerah/anggaran pendapatan dan belanja Daerah.
3. Rencana bisnis dan anggaran disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan. Rencana bisnis dan anggaran mendapat persetujuan Representasi Pemilik / Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan Rumah Sakit.

c. Pembinaan Pengawasan dan Evaluasi Kinerja

1. Pembinaan teknis Rumah Sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
2. Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan. Evaluasi dan penilaian kinerja bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

3. Dokumen sumber mencantumkan pemberlakuan sejak keputusan ditetapkan serta kemungkinan perubahan apabila terdapat kekeliruan. Keterangan ini disajikan sebagai bagian dari isi dokumen sumber, bukan sebagai pengesahan atau penetapan baru melalui keputusan ini.

BUPATI MAMUJU TENGAH,



ARSAL ARAS

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).