BUPATI BENER MERIAH
بوفاتي بنرمريه

PERATURAN BUPATI BENER MERIAH

NOMOR : 42 TAHUN 2016

TENTANG

PERATURAN INTERNAL *(HOSPITAL BY LAWS)*
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNYANG KUTE REDELONG

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM
DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI BENER MERIAH,

Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;

b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibuatkan Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf (a) dan huruf (b), perlu menetapkan Peraturan Bupati Bener Meriah tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 41 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bener Meriah di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 156, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4351);

2. Undang – undang RI nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;

3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);

4. Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104);

Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

5. Undang-Undang RI Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005 - 2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
7. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. Undang-Undang RI Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
10. Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerinthan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang - Undang Nomor 9 tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159/MENKES /PER/II/1988 Tentang Tata Laksana Akreditasi Rumah Sakit;
12. Peraturan Pemerintah RI Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 512/MENKES /PER/2007 tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktek Kedokteran;
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 755/MENKES /PER/IV/2011 tentang Komite Medik;

16. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 49/MENKES/PER/tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 10 tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
20. Keputusan Presiden RI Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
21. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Hospital By Laws;
23. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 270/MENKES/SK /III/2007 tentang pedoman manajerial PPI di Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya;
24. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 382/MENKES/SK /III/2007 tentang Pedoman PPI DI Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya;
25. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 22 Tahun 1994 tentang Pedoman Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit;
26. Keputusan Bupati Bener Meriah Nomor 188.45/266 /SK/2009 tentang Pengoperasionalan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bener Meriah Kabupaten Bener Meriah.
27. Qanun Kabupaten Bener Meriah Nomor 9 tahun 2012 tentang Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bener Meriah;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI BENER MERIAH TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNYANG KUTE REDELONG.**

BAB I
Ketentuan Umum

Pasal 1

Dalam Peraturan Internal (*Hospital By Laws)* ini, yang dimaksud dengan:
(1) Daerah adalah Kabupaten Bener Meriah;
(2) Pemerintahan Daerah adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Bener Meriah;

(3) Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah;

(4) Bupati adalah Bupati Kabupaten Bener Meriah;

(5) Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bener Meriah;

(6) Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Bener Meriah yang selanjutnya disebut Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(7) Peraturan Internal (*Hospital By Laws)* adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi Peraturan Internal Korporasi dan Peraturan Internal Staf Medis;

(8) Peraturan internal korporasi (*Corporate By Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*Corporate Governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di Rumah Sakit;

(9) Peraturan internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit;

(10) Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong adalah Pemerintah Kabupaten Bener Meriah;

(11) Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit Munyang Kute Redelong Bener Meriah yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit;

(12) Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;

(13) Komite Rumah Sakit adalah Komite yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit meliputi Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Komite Farmasi dan Terapi, Komite Mutu, Komite Keselamatan Pasien, dan Komite Kesehatan Lain.

(14) Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*Clinical Governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;

(15) Komite keperawatan merupakan perwakilan kelompok profesi perawat, bertugas membantu direksi Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi keperawatan serta pengembangan professional berkelanjutan *Continuing Professional Development (CPD)* termasuk didalamnya menentukan standar asuhan keperawatan.

(16) Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medic etiko legal* dan etika pelayanan Rumah Sakit,penyelesaian masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan *"Hospital By Laws"* dan *"Medical Staff by Laws"*, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(17) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit merupakan salah satu bentuk upaya Rumah Sakit dalam melaksanakan program

pencegahan dan pengendalian infeksi. Sebagaimana yang diputuskan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 270/MENKES/2007 yang mengharuskan setiap Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Agar terlaksana dengan optimal, maka perlu sebuah Organisasi Struktural yang bertanggung jawab mengawal program tersebut.

(18) Komite Farmasi dan Terapi adalah sekelompok penasehat dari staf medik dan bertindak sebagai garis komunikasi organisasi antara staf medik dan Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS). Pembentukan suatu PFT yang efektif akan memberi kemudahan dalam pengadaan sistem formularium yang membawa perhatian staf medik pada obat yang terbaik dan membantu mereka dalam menyeleksi obat terapi yang tepat bagi pengobatan penderita tertentu.

(19) Komite mutu merupakan Instrumen penting dalam menjalankan roda Organisasi Rumah Sakit untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam rangka meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong, diperlukan pembangunan dan pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap sehingga Rumah Sakit Munyang Kute Redelong Bener Meriah dapat mengikuti perkembangan serta perubahan yang ada.

(20) Komite Keselamatan Pasien merupakan Instrumen penting dalam menjalankan roda Organisasi Rumah Sakit untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam rangka meningkatkan Keselamatan pasien di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong, diperlukan pembangunan dan pengembangan yang dilaksanakan tahap demi tahap sehingga Rumah Sakit Munyang Kute Redelong Bener Meriah dapat mengikuti perkembangan serta perubahan yang ada.

(21) Komite Kesehatan Lain merupakan perwakilan kelompok profesi yang selain dari Tim Medis dan bertugas membantu direksi Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi serta pengembangan professional berkelanjutan *Continuing Professional Development (CPD).*

(22) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah wadah Non Struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(23) Staf Medis Fungsional (SMF) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(24) Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus;

(25) Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali;

(26) Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus;

(27) Dokter adalah dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis, sub spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(28) Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(29) Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu;

(30) Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong, yang ditetapkan dengan Keputusan Bupat dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu;

(31) Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong atas usul Komite Medik;

(32) Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

(33) Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*Clinical Privilege)*;

(34) Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberiankewenangan klinis tersebut;

(35) 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*);

(36) Penugasan klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya;

BAB II

Pasal 2

Nama, Visi Dan Misi, Nilai, Motto, Tujuan dan Strategi

(1) Nama
Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong.

(2) Visi dan Misi
a. Visi
"Terwujudnya Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Menjadi Rumah Sakit Kepercayaan Masyarakat"

b. Misi
1. Memberikan pelayanan bermutu dan bernuansa Islami;
2. Meningkatkan sarana dan prasarana;
3. Meningkatkan kwalitas sumber daya manusia;

4. Mengembangkan pelayanan unggulan;
5. Meningkatkan kesejahteraan pegawai.

c. Visi dan Misi Rumah Sakit mendapat persetujuan melalui Keputusan Bupati;

d. Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana pada ayat (2), di Review 5 (lima) tahun sekali atau sesuai kebutuhan;

e. Visi dan Misi Rumah Sakit diumumkan ke publik oleh Direktur.

(3) Nilai

Nilai Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong adalah "RIJKI".

R : Ramah
I : Ikhlas
J : Jujur
K : Kerja Sama
I : Inovasi

(4) Motto

Motto Rumah Sakit yaitu "Keselamatan dan Kesehatan Pasien Prioritas Kami"

(5) Tujuan

Tujuan Rumah Sakit adalah Terwujudnya Kesehatan Yang Setinggi-tingginya.

(6) Strategi

Strategi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong adalah:

a. Kendali mutu dan biaya,
b. Pemenuhan dan pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit yang terstandar,
c. Pemantapan pelayanan berbasis spesialis,
d. Memberikan pendidikan dan pelatihan formal maupun informal,
e. Penerapan remunerasi.

(7) Program

Adapun Program-program indikatif sebagai berikut :

a. Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit,
b. Pengembangan layanan kesehatan umum, gigi, penyakit dalam, syaraf, bedah, kebidanan (KIA/KB), THT, Mata dan Anak;
c. Mengoptimalkan standar sarana dan prasarana Rumah Sakit,
d. Mengoptimalkan pemasaran Rumah Sakit,
e. Meningkatkan mutu pengelolaan keuangan,
f. Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM Rumah Sakit, dan
g. Menyelenggarakan penelitian kesehatan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan umum, gigi, penyakit dalam, syaraf, bedah, kebidanan (KIA/KB), THT, Mata dan Anak.

Pasal 3

Sejarah Pendirian, Kelas, Alamat dan Logo

(1) Sejarah Pendirian

Adapun Sejarah singkat RSUD Munyang Kute Redelong adalah:

a. Pada Tahun 2006 Penunjukan Tanah Lokasi Pembangunan RSUD Kabupaten Bener Meriah;
b. Pada tahun 2007 mulai didirikan gedung RSUD Kabupaten Bener Meriah;

c. Pada tahun 2008 pihak BRR telah menyelesaikan 5 (lima) gedung diantaranya gedung UGD, poliklinik rawat jalan, ruang perawatan penyakit dalam, ruang perawatan kebidanan dan ruang perawatan anak;
d. Pada tahun 2009 telah diterbitkan SK pengoperasionalan RSUD Bener Meriah Kabupaten Bener Meriah,
e. Pada tahun 2009 telah menyelesaikan gedung instalasi medik dan instalasi gizi;
f. Pada tahun 2009 Bupati Bener Meriah menerbitkan Surat Keputusan tentang Penunjukan Plh.Direktur Rumah Sakit Umum Daerah telah berjalan secara Administrasi;
g. Tahun 2009 telah menerima Pasien Rawat Jalan dan Pada Tahun 2010 Rumah Sakit Umum ini juga telah menerima pasien rawat inap;
h. Pada tahun 2010 telah Menyelesaikan Gedung Instalasi Bedah Central (OK) dari dana APBN Perubahan;
i. Pada tahun 2011 telah menyelesaikan Gedung Instalasi Farmasi, Instalasi Radiologi, ICU, IGD, UTDRS, Ruang perawatan bedah, Lampu taman, Travo 13 VAS, dan Gedung genset dari Dana OTSUS MIGAS dan DAK;
j. Pada tahun 2012 telah diterbitkan SK nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bener Meriah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupeten Bener Meriah;
k. Pada tahun 2012 bulan Juni telah diterbitkan Sertifikat akreditasi versi 2007 Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupeten Bener Meriah.

(2) Kelas
Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong adalah Rumah Sakit tipe C.

(3) Alamat
Alamat Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong yaitu "jln. Sp. Teritit-Pondok Baru Simpang Empat Kute Kering Redelong" Tlp (0643) 7426525, 7426262.

(4) Logo

BAB III

Paragraf I

Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bener Meriah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati Bener Meriah di bidang pelayanan kesehatan.

Pasal 5

(1) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Paragraf II
Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 6

(1) Tugas
Tugas pokok Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

(2) Fungsi
Fungsi Rumah Sakit dalam menunaikan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas yaitu:
a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
b. Pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintah daerah dibidang pelayanan kesehatan;
c. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
d. Pelayanan medis;
e. Pelayanan penunjang medis dan non medis;
f. Pelayanan keperawatan;
g. Pelayanan rujukan;
h. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
i. Pengelolaan keuangan dan akutansi; dan
j. Pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

Paragraf III
Kewenangan dan Tanggung Jawab
Pemerintah Daerah

Pasal 7

Kewenangan Pemerintah Daerah

(1) Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Hospital By Laws dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya;

(2) Mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;

(3) Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;

(4) Mengesahkan Rencana Kerja Anggaran (RKA) dan Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten (DPRK);

(5) Memberikan Sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 8

Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

(1) Pemerintah bertanggung jawab menutup Defisit Anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen;

(2) Pemerintah bertanggung jawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan

(3) Pemerintah bertanggung jawab atas terjadinya kerugian pihak lain termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan pengelolaan Rumah Sakit.

BAB IV

Pengorganisasian Rumah Sakit dan
Struktur Organisasi

Pasal 9

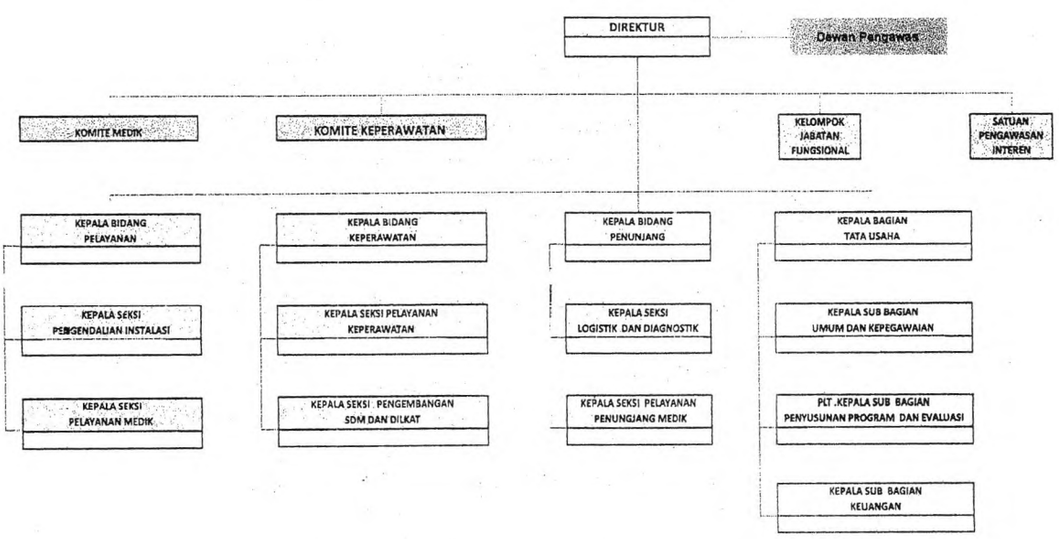
Pengorganisasian

(1) Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri dari:
a. Direktur;
b. Bagian Tata Usaha;
c. Bidang Pelayanan;
d. Bidang Keperawatan;
e. Bidang Penunjang; dan
f. Kelompok Jabatan Fungsional.

Pasal 10

Struktur Organisasi

STRUKTUR ORGANISASI RSUD MUNYANG KUTE REDELONG



BAB V
DEWAN PENGAWAS

Pasal 11
Organisasi

(1) Dewan Pengawas pada Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong selanjutnya akan ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

(2) Jumlah Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebelum statusnya Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sebanyak 1 (satu) orang yaitu Asisten Ekonomi Pembangunan Sekdakab. Bener Meriah.

Pasal 12

(1) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang setelah status Rumah Sakit Munyang Kute Redelong berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan seorang diantaranya Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua;

(2) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
a. Pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
b. Pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.

(3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
a. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola Rumah Sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Pasal 13
Pengangkatan dan Pemberhentian

(1) Masa jabatan Anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

(2) Pengangkatan Anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola Rumah Sakit.

(3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati Bener Meriah.

(4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila :
a. Tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
b. Tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit atau; dan

d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Pasal 14
Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

(1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati Bener Meriah atas usul Direktur Rumah Sakit;

(2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati Bener Meriah mengangkat seorang ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit;

(3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
a. Memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
b. Memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Munyang Kute Redelong melalui Rapat Dewan Pengawas;
c. Bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Apabila rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
d. Melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf (c) di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

(4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial;

(5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati Bener Meriah dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.

(6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

TUGAS, KEWAJIBAN DAN WEWENANG
Pasal 15
Tugas Dewan Pengawas

(1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis peRumah Sakitan secara internal di Rumah Sakit.

(2) Dalam melaksanakan fungsi tersebut di atas, maka Dewan Pengawas bertugas:
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;
e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit

g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit munyang kute Redelong sesuai ketentuan perundang-undangan.

Pasal 16

Kewajiban Dewan Pengawas

(1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :
   a. Memberikan pendapat dan saran kepada Bupati Bener Meriah mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit Munyang Kute Redelong ;
   b. Mengikuti perkembangan kegiatan Badan Rumah Sakit Munyang Kute Redelong, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati Bener Meriah mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit Munyang Kute Redelong
   c. Memberikan Nasehat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit Munyang Kute Redelong dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah;
   d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Rumah Sakit Munyang Kute Redelong kepada Pejabat Pengelola; dan
   e. Melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati Bener Meriah secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

(2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf (e), disampaikan sebagai berikut :
   a. Laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir;
   b. Laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.

(3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada (2) sekurang-kurangnya memuat:
   a. penilaian terhadap Renstra, RKA dan DPA serta pelaksanaannya;
   b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan lainnya:
   c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
   d. permasalahan-permasalahan pengelolaan RSUD dan solusinya; dan
   e. saran dan rekomendasinya.

(4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan Rumah Sakit, antara lain terkait dengan:
   a. Penurunan kinerja Rumah Sakit;
   b. Pemberhentian pimpinan Rumah Sakit sebelum berakhirnya masa jabatan;
   c. Pergantian lebih dari satu Anggota Dewan Pengawas; dan
   d. Berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.

(5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf (e), dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan Anggota Dewan Pengawas.

Pasal 17

Wewenang Dewan Pengawas

(1) Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:
   a. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.
   b. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit Munyang Kute Redelongdengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelongdan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
   c. Meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital By Laws)* atau Dokumen Pola Tata Kelola *(Corporate Governance)*.
   d. Memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
   e. Meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit munyang kute terkait pelaksanaan Tugas dan Fungsi Dewan Pengawas sesuai denganPeraturan Internal Rumah Sakit Munyang Kute *(Hospital By Laws)* atau Dokumen Pola Tata Kelola *(corporate governance);*
   f. Berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit Munyang Kute *(Hospital By Laws)* atau Dokumen Pola TataKelola *(corporate governance)* untuk ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Bener Meriah; dan
   g. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit munyang kute.

TATA KERJA DEWAN PENGAWAS

Pasal 18

Rapat Rutin

(1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.

(2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.

(3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.

(4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

(5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
   a. 1 (satu) salinan agenda;
   b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
   c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 19

Rapat khusus

(1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.

(2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
   a. Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
   b. Ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.

(3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) huruf (b) di atas, harus diselenggarakan paling lambat 7 (Tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

(4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (Dua Puluh Empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan. Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 20

Rapat Tahunan

(1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.

(2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun.

(3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit Munyang Kute Redelong, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 21

Undangan Rapat

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

Pasal 22
Peserta Rapat

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekertaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit Munyang Kute Redelong atau dari luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 23
Pejabat Ketua

(1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

(2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 24
Kuorum

(1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.

(2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.

(3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.

(4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 25

Risalah Rapat

(1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

(2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditanda tangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu maksimal empat belas hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh Rumah Sakit munyang kute Redelong.

Pasal 26
Pemungutan Suara

(1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para Anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.

(2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Pasal 27
Pembatalan Putusan Rapat

(1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal (*Hospital By laws* /Statuta) ini.

(2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Pasal 28
Cap

(1) Cap Direktur Rumah Sakit berbentuk bulat, seperti gambar berikut :



BAB VI

Pejabat Pengelola Rumah Sakit

Pasal 29

Pejabat Pengelola

(1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat Struktural baik Direktur, Kabag TU, Kepala Bidang, Kepala Seksi maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong.

(2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati Bener Meriah.

(3) Direktur bertanggung jawab terhadap operasional Rumah Sakit kepada Bupati Bener Meriah melalui Sekretaris Daerah.

(4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati Bener Meriah melalui Sekretaris Daerah.

(5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati Bener Meriah.

Tugas Pokok Pejabat Pengelola
Pasal 30
Direktur

(1) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab Kepada Bupati melalui Sekda Kabupaten Bener Meriah;

(2) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah mempunyai tugas melaksanakan tugas Umum Pemerintahan dan Pembangunan di bidang pelayanan kesehatan, medis dan asuhan keperawatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;

(3) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Kabupaten Bener Meriah mempunyai fungsi:
   a) Pembinaan dan pengendalian urusan ketatausahaan Rumah Sakit;
   b) Pembinaan dan pengendalian penyediaan sarana & prasarana;
   c) Pembinaan dan pengendalian penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang,

d) Pembinaan dan pengendalian penetapan kebijakan teknis di bidang pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan Non Medis lainnya;
e) Pembinaan dan pengendalian penyelenggaraan di bidang pelayanan medis, paramedis, penunjang medis, logistik dan diagnostik serta non medis;
f) Pembinaan dan pengendalian pendidikan dan pelatihan;
g) Pembinaan dan pengendalian penyelenggaraan asuhan keperawatan;
h) Pembinaan dan pengendalian penyelenggaraan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan serta teknologi kedokteran;
i) Pembinaan dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan rujukan;
j) Pembinaan dan pengendalian penyelenggaraan pelayanan administrasi umum dan keuangan;
k) Pembinaan dan pengendalian tugas dan fungsi unsur organisasi;
l) Pembinaan dan pengendalian pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan;
m) Pelaksanaan koordinasi dengan instansi dan/ atau lembaga terkait lainnya; dan
n) Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 31
Kabag TU

(1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas melakukan pengelolaan urusan administrasi, umum, perlengkapan, peralatan, kerumah tanggaan, perpustakaan, keuangan, kepegawaian, ketatalaksanaan, hukum, perundang-undangan, pelayanan administrasi, penyusunan program, pengolahan data, pelaporan dan publikasi.

(2) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai fungsi:
a. Pembinaan dan pengendalian teknis pengelolaan serta pelayanan administrasi, kepegawaian, organisasi dan ketatalaksanaan;
b. Pembinaan dan pengendalian teknis penyediaan sarana dan prasarana;
c. Pembinaan dan pengendalian teknis penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang;
d. Pembinaan dan pengendalian teknis penyiapan bahan penyusunan produk hukum dan perundang-undangan;
e. Pembinaan dan pengendalian teknis ketatausahaan, rumah tangga, barang inventaris, aset, perlengkapan, peralatan, pemeliharaan dan perpustakaan;
f. Pembinaan dan pengkoordinasikan teknis hubungan masyarakat, publikasi dan kemitraan;
g. Membina dan pengendalian teknis pengelolaan administrasi keuangan, verifikasi, perbendaharaan, penyusunan laporan realisasi fisik dan keuangan serta pembayaran gaji pegawai;
h. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis penyusunan rencana anggaran yang bersumber dari APBK, APBA, APBN dan sumber lainnya yang sah;
i. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis penyusunan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit;
j. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis pelaksanaan pemasaran/bisnis Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

k. Pembinaan dan pengendalian teknis monitoring, evaluasi dan pelaporan;
l. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 32

Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

(1) Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian adalah unsur Kepala Bagian Tata Usaha di bidang pelayanan administrasi umum dan kepegawaian.

(2) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian yang berada di bawah dan bertanggung jawab Kepala Bagian Tata Usaha.

(3) Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai tugas melakukan pengelolaan urusan administrasi, umum, perlengkapan, peralatan, aset, kerumah tanggaan, perpustakaan, kepegawaian, ketatalaksanaan, hukum, perundang-undangan, pelayanan administrasi, pemasaran, publikasi, hubungan masyarakat dan kemitraan.

(4) Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian mempunyai fungsi :
a. Pelaksanaan pengelolaan administrasi, umum dan kepegawaian;
b. Pelaksanaan penyiapan bahan pengadaan sarana dan prasarana;
c. Pelaksanaan urusan ketatausahaan, rumah tangga, barang inventaris, aset, perlengkapan, peralatan, pemeliharaan dan perpustakaan;
d. Pelaksanaan pengelolaan organisasi dan ketatalaksanaan;
e. Pelaksanaan penyiapan bahan penyusunan produk hukum dan perundang-undangan;
f. Pelaksanaan hubungan masyarakat, publikasi dan kemitraan;
g. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
h. Pelaksanaan tugas–tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh kepala bagian tata usaha daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 33

Sub Bagian Penyusunan Program dan Evaluasi

(1) Sub Bagian Penyusunan Program dan Evaluasi mempunyai tugas melaksanakan pengumpulan dan pengelolaan data, penyusunan program, monitoring, evaluasidanpelaporan.

(2) Sub Bagian Penyusunan Program dan Evaluasi mempunyai fungsi:
a. Pelaksanaan pengumpulan data dan informasi;
b. Pelaksanaan penyusunan perencanaan dan program yang bersumber dari APBK, APBA, APBN dan sumber-sumber lain yang sah;
c. Pelaksanaan penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang;
d. Pelaksanaan penyusunan laporan akuntabilitas kinerja;
e. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
f. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Kepala Bagian Tata Usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 34

Sub Bagian Keuangan

(1) Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi keuangan, verifikasi, pembendaharaan, pembukuan dan pelaporan keuangan.

(2) Sub Bagian Keuangan mempunyai fungsi:
   a. Pelaksanaan urusan pengelolaan gaji pegawai dan administrasi keuangan;
   b. Pelaksanaan verifikasi, pembendaharaan dan pembukuan;
   c. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan;
   d. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh kepala bagian tata usaha sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 35

Bidang Pelayanan

(1) Kepala Bidang Pelayanan mempunyai tugas melakukan pengkoordinasian teknis semua kebutuhan dan kegiatan pelayanan medik, peningkatan mutu dan etika medik, pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien serta pengkoordinasian teknis semua kebutuhan pelayanan medik dan logistik yang meliputi instalasi pemulasaran jenazah, rawat jalan, perawatan intensif, rawat inap, rawat darurat, bedah sentral, rehab medik, instalasi penunjang, rekam medik, sistem informasi manajemen Rumah Sakit, pelaksanaan kendali biaya dan keselamatan pasien dibidang pelayanan medis serta pelayanan jaminan kesehatan dan non jaminan kesehatan.

(2) Kepala Bidang Pelayanan mempunyai fungsi:
   a. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis penyusunan perencanaan pemberian pelayanan medis;
   b. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian penyusunan petunjuk teknis di bidang pelayanan medis;
   c. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis penyiapan kebutuhan sarana dan prasarana di bidang pelayanan medis;
   d. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis penyiapan administrasi pelayanan upaya rujukan;
   e. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis peningkatan mutu dan etika medik;
   f. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis penyiapan kebutuhan tenaga medis;
   g. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis kebutuhan pelayanan medik dan logistik yang meliputi instalasi pemulasaran jenazah, rawat jalan, perawatan intensif, rawat inap, rawat darurat, bedah sentral, rehab medik, rekam medik, sistem informasi manajemen Rumah Sakit serta instalasi penunjang lainnya;
   h. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis pelaksanaan kendali mutu dan biaya serta keselamatan pasien dibidang pelayanan medik;
   i. Pengendalian dan pengkoordinasian teknis pelayanan jaminan kesehatan dan non jaminan kesehatan;
   j. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
   k. Pelaksanaan tugas–tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh direktur Rumah Sakit umum daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 36

Seksi Pengendalian Instalasi

(1) Kepala Seksi Pengendalian Instalasi mempunyai tugas melakukan pelaksanaan medik, pengkoordinasian teknis semua kebutuhan pelayanan medik yang meliputi instalasi, perawatan intensif, rawat darurat, bedah sentral, rehab medik dan instalasi penunjang.

(2) Kepala Seksi Pengendalian Instalasi mempunyai fungsi:
   a. Pelaksanaan penyiapan bahan petunjuk teknis seksi pengendalian instalasi;
   b. Pelaksanaan penyiapan bahan pengadaan sarana dan prasarana dibidang pengendalian instalasi meliputi radiologi, laboratorium dan rehab medik;
   c. Pelaksanaan kebutuhan pelayanan medik yang meliputi instalasi radiologi, laboratorium dan rehab medik;
   d. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
   e. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh kepala bidang pelayanan Rumah Sakit umum daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 37

Seksi Pelayanan Medik

(1) Seksi Pelayanan Medik mempunyai tugas melaksanakan kebutuhan dan kegiatan pelayanan medik, peningkatan mutu dan etika medik, pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien, instalasi rawat jalan, rawat inap perawatan intensif, rawat darurat, bedah sentral, instalasi penunjang serta pelayanan jaminan kesehatan dan non jaminan kesehatan.

(2) Seksi Pelayanan Medik mempunyai fungsi:
   a. Pelaksanaan penyiapan bahan petunjuk teknis seksi pelayanan Medik;
   b. Pelaksanaan penyiapan administrasi pelayanan upaya rujukan;
   c. Pelaksanaan peningkatan kendali mutu dan biaya serta etika medik;
   d. Pelaksanaan sistem rekam medik;
   e. Pelaksanaan kebutuhan pelayanan medik yang meliputi instalasi rawat jalan, rawat inap, perawatan intensif, rawat darurat, bedah sentral rehab medik dan instalasi penunjang;
   f. Pelaksanaan pelayanan jaminan kesehatan dan non jaminan kesehatan;
   g. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan;
   h. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh kepala bidang pelayanan Rumah Sakit umum daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 38

Seksi Keperawatan

(1) Kepala Bidang Keperawatan mempunyai tugas merencanakan, melakukan koordinasi, mengatur, mengendalikan asuhan keperawatan, kebutuhan tenaga dan pendidikan keperawatan, perlengkapan dan fasilitas keperawatan serta melaksanakan pembinaan dan bimbingan asuhan keperawatan, etika dan mutu keperawatan, pelaksanaan kendali biaya dan keselamatan pasien dibidang keperawatan.

(2) Kepala Bidang Keperawatan mempunyai fungsi:
a. Pembinaan dan pengendalian teknis penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan;
b. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis penyiapan sarana dan prasarana;
c. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis perencanaan dan penetapan kebijakan/tata tertib pelayanan keperawatan sesuai dengan kebijakan direktur;
d. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis penyusunan falsafah keperawatan yang disesuaikan dengan falsafah Rumah Sakit;
e. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis perencanaan usulan kebutuhan tenaga keperawatan dan pembinaan serta pengembangan karir tenaga keperawatan melalui pendidikan/pelatihan berjenjang dengan institusi lainnya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta mutu asuhan keperawatan;
f. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis penyusunan usulan kebutuhan sarana, prasarana dan logistik pelayanan keperawatan;
g. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis bimbingan tenaga keperawatan;
h. Pengkoordinasian, pembinaan dan pengendalian teknis kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan untuk menunjang kelancaran bidang pendidikan di Rumah Sakit sebagai tempat pendidikan tenaga kesehatan;
i. Pengkoordinasian dan pengendalian teknis penyiapan bahan kebijakan Standar Asuhan Keperawatan (SAK), Standar Operasional Prosedur (SOP), pendayagunaan tenaga dan peralatan keperawatan secara berkala;
j. Pembinaan dan pengkoordinasian teknis kendali mutu dan biaya serta keselamatan pasien;
k. Pengendalian dan pembina teknis pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
l. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 39

Seksi Pelayanan Keperawatan

(1) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas melakukan pelaksanaan bimbingan asuhan keperawatan, etika dan mutu pelayanan keperawatan serta sarana dan prasarana peralatan keperawatan.

(2) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai fungsi:
a. Pelaksanaan penyiapan bahan petunjuk teknis;
b. Pelaksanaan kegiatan pembinaan etik dan mutu asuhan keperawatan;
c. Pelaksanaan penerapan metode asuhan keperawatan sesuai dengan pola dan jenis pelayanan;
d. Pelaksanaan peningkatan, penilaian mutu dan Standar Asuhan Keperwatan (SAK);
e. Pelaksanaan penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan keperawatan;
f. Pelaksanaan sosialisasi asuhan keperawatan;
g. Pelaksanaan penggunaan sarana peralatan keperawatan;
h. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan

i. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 40
Seksi Pengembangan SDM dan Diklat

(1) Kepala Seksi Pengembangan SDM dan Diklat mempunyai tugas melaksanakan peningkatan sumber daya tenaga keperawatan, menyelenggarakan kegiatan pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan.
(2) Seksi Pengembangan SDM dan Diklat mempunyai fungsi:
a) Pelaksanaan penyiapan bahan petunjuk teknis pengembangan SDM dan diklat;
b) Pelaksanaan penyiapan sarana dan prasarana pengembangan SDM dan diklat;
c) Pelaksanaan pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan, sosialisasi dan bimbingan tenaga kesehatan;
d) Pelaksanaan penyiapan kebutuhan tenaga kesehatan;
e) Pelaksanaan koordinasi dan penyiapan usulan penempatan/distribusi tenaga kesehatan;
f) Pelaksanaan kerjasama dengan institusi pendidikan kesehatan untuk menunjang kelancaran program pendidikan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagai tempat praktek;
g) Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
h) Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh kepala bidang keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 41
Bidang Penunjang

(1) Kepala Bidang Penunjang mempunyai tugas melakukan, perencanaan sarana dan prasarana, menyiapkan petunjuk teknis, meliputi kesehatan lingkungan, Instalasi farmasi, *Central Supply Sterilization Departemen* (CSSD), Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS) dan Instalasi Gizi.

(2) Kepala Bidang Penunjang mempunyai fungsi:
a. Pengendalian dan pengkoordinasian teknis penyusunan bahan kebijakan penunjang;
b. Pengendalian teknis penyiapan kebutuhan sarana dan sarana penunjang;
c. Pembinaan dan pengendalian teknis penilaian kinerja bawahan;
d. Pembinaan teknis kendali mutu dan biaya dibidang penunjang;
e. Pembinaan, pengendalian dan pengkoordinasian teknis kebutuhan kesehatan lingkungan (Kesling), Instalasi farmasi, *Central Supply Sterilization Departemen* (CSSD), Instalasi Perawatan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), dan Instalasi Gizi;
f. Pengendalian dan pembinaan teknis pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
g. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas pokok dan fungsi bidang penunjang medik.

Pasal 42

Seksi Logistik dan Diagnostik

(1) Kepala seksi Logistik dan Diagnostik mempunyai tugas menyiapkan bahan perumusan dan fasilitas perlengkapan logiostik dan diagnostik.
(2) Kepala Seksi Logistik dan Diagnostik mempunyai fungsi:
   a. Pelaksanaan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis;
   b. Pelaksanaan penyiapanbahan usulan pengadaan sarana dan prasarana bidang logistik dan diagnostik;
   c. Pelaksanaan penyiapan bahan penyusunan program kerja dan rencana kegiatan;
   d. Pelaksanaan koordinasi teknis kebutuhan logistic dan diagnostik;
   e. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan;
   f. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 43

Seksi Pelayanan Penunjang Medik

(1) Kepala Bidang Penunjang mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan koordinasi, petunjuk teknis meliputi Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, IPSRS, CSSD dan Kesling.

(2) Seksipelayanan penunjang medik mempunyai fungsi:
   a. Pelaksanaan penyiapan bahan dan perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan penunjang medik;
   b. Pelaksanaan penyusunan program dan kegiatan pelayanan penunjang medik;
   c. Pelaksanaan program dan kegiatan pengendalian penunjang non medik meliputi instalasi gizi, instalasi farmasi, IPSRS, Central Supply Sterilization Departemen (CSSD) dan Kesling;
   d. Pelaksanaan penyiapan bahan sarana dan prasarana penunjang medik dan non medik;
   e. Pelaksanaan pemeliharaan perawatan kalibrasi peralatan medik;
   f. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan; dan
   g. Pelaksanaan tugas-tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Kepala Bidang Penunjang sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 44

Wewenang Direktur

(1) Direktur mempunyai wewenang untuk :
   a. Memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
   b. Menggunakan, memelihara dan mengelola aset Rumah Sakit;
   c. Mewakili Rumah Sakit baik di dalam dan di luar Pengadilan;
   d. Menetapkan kebijakan anggaran modal dan operasional Rumah Sakit;
   e. Menetapkan Kebijakan, Standar Operasional Prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional dibidang kesehatan;
   f. Pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah Kabupaten Bener Meriah;

g. Menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
h. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit.
i. Mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugasnya untuk disetujui oleh Bupati Bener Meriah;
j. Menyetujui Kebijakan dan Prosedur serta menyetujui pendidikan para Profesional Kesehatan dan Penelitian.
k. Mengangkat dan memberhentikan Tenaga Honorer dan/atau Kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
l. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan Hak dan Kewajiban Tenaga Honorer dan Kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
m. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

Pasal 45

Persyaratan Direktur, Kabag TU,
Kabid Pelayanan, Kabid Keperawatan dan Kabid Penunjang

(1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur RSUD Munyang Kute Redelong adalah :
a. Seorang Dokter yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang Instansi Rumah Sakit;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
d. Bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
e. Memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

(2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kabag TU di RSUD Munyang Kute Redelong adalah:
a. Memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di Bagian keuangan, umum, administrasi, dan sumber daya;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum, administrasi beserta sumber daya dan usaha guna kemandirian keuangan;
c. Mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum, keuangan, administrasi, dan sumber daya di Instansi Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;
d. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
e. Berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

(3) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kabid Pelayanan di RSUD Munyang Kute Redelong adalah:
a. Seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;

b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
c. Mampu melaksanakan koordinasi dilingkup Pelayanan Rumah Sakit;
d. Berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

(4) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kabid Keperawatan di RSUD Munyang Kute Redelong adalah :
a. Seorang perawat yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang keperawatan;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk pengembangan keperawatan;
c. Mampu melaksanakan koordinasi dilingkup Pelayanan Rumah Sakit;
d. Berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

(5) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kabid Penunjang di RSUD Munyang Kute Redelong adalah :
a. Memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang penunjang;
b. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk pengembangan penunjang yang profesional;
c. Mampu melaksanakan koordinasi dilingkup pelayanan Rumah Sakit;
d. Berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

BAB VII
Satuan Pemeriksa Internal (SPI)
Pasal 46

(1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah Direktur Rumah Sakit dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.

(3) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah:
a. Melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi Rumah Sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
b. Melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas, efisiensi sistem, dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasional, pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia, dan pengembangan Rumah Sakit;
c. Melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi:
1) Informasi penting Rumah Sakit terjamin keamanannnya;
2) Fungsi Sekretariat Rumah Sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
3) Penyajian laporan-laporan Rumah Sakit memenuhi Peraturan dan Perundang-Undangan;
d. Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup Pengendalian Internal yang ditugaskan Direktur;

(4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi sebagai:

a. Unit monitoring yang bersifat independen untuk membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan Investasi dan Aset Rumah Sakit;
b. Melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
c. Melakukan analisa dan evaluasi efektif sesuai proses dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan Rumah Sakit;

(5) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur;

(6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dan (4) disampaikan dalam bentuk Rekomendasi kepada Direktur;

(7) Bahan pertimbangan berupa Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB VIII

Komite-Komite

Pasal 47

Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas di dalam organisasi staf komite medik, komite keperawatan, komite etik dan hukum, komite pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), Komite Mutu, Komite Keselamatan Pasien, Komite Kesehatan Lain, komite farmasi dan terapi, serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

(1) Pembentukan Komite-Komite yaitu:
a. Komite Medik;
b. Komite Keperawatan;
c. Komite Etik dan Hukum;
d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
e. Komite Mutu;
f. Komite Keselamatan Pasien;
g. Komite Kesehatan Lain; dan
h. Komite Farmasi dan Terapi;

(2) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Badan Non Struktural yang berada di bawah Direktur, serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kesatu

Komite Medik

Pasal 48

Pengorganisasian Komite Medik

(1) Komite Medik merupakan Organisasi Non Struktural yang dibentuk di Rumah Sakit; dan

(2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

Pasal 49

Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

(1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
a. Ketua;
b. Wakil Ketua;
c. Sekretaris;
d. Subkomite dan Anggota.

(3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku;

(4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di Rumah Sakit;

(5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Sub Komite.

Pasal 50

Pemilihan Komite Medik

(1) Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di Rumah Sakit;

(2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua-ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan Rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 51

Tugas dan Fungsi Komite Medik

(1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
a. Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
b. Memelihara mutu profesi staf medis; dan
c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.

(2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
1) Kompetensi;
2) Kesehatan fisik dan mental;
3) Perilaku;
4) Etika profesi.
c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
d. Wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
e. Penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
f. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;

g. Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik;
h. Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis;
i. Memberikan rekomendasi pendampingan/*proctoring*;
j. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 52

Sub Komite

(1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di Rumah Sakit.

(2) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong terdiri dari :
a. Sub Komite Kredensial;
b. Sub Komite Mutu Profesi;
c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Sub Komite Kredensial

Pasal 53

(1) Untuk memproteksi masyarakat, Komite Kredensial memiliki peran melakukan penapisan (Kredensial/Rekredensial) bagi seluruh staf medik di Rumah Sakit melalui Sub Komite Kredensial.

Pasal 54

Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

(1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
a. Ketua;
b. Anggota.

(2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi;

(3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan Rumah Sakit tentang kredensial dan kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan;

(4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis;

(5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

Pasal 55

Tata Kerja Sub Komite Kredensial

(1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan Rumah Sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;

(2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik;

(3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon;

(4) Pengkajian oleh 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;
      3) Afektif;
      4) Psikomotor;
   b. Kompetensi fisik;
   c. Kompetensi mental/perilaku; dan
   d. Perilaku etis;

(5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;

(6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara:
   a. Menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
   b. Mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
   c. Mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik;

(7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial;

(8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa:
   a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
   b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
   c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
   d. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditunda untuk waktu tertentu;
   e. Kewenangan klinis yang bersangkutan dirubah atau dirotasi; dan
   f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

(9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur Rumah Sakit. Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 56

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan, dan

memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

Pasal 57

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:
1. Ketua;
2. Anggota.

Pasal 58

Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

(1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu:
   a. Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di Rumah Sakit;
   b. Sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege* sesuai kompetensi yang dimiliki;
   c. Sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasi pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege;*
   d. Sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasi perubahan /modifikasi rincian kewenangan Klinis seorang staf medis.

(2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis :
   a. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
   b. Penetapan standar dan kriteria;
   c. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
   d. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
   e. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
   f. Menerapkan perbaikan;
   g. Rencana reaudit.

(3) Sub Komite Mutu Profesi dapat merekomendasi pendidikan berkelanjutan bagi staf medis :
   a. Menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
   b. Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*Deathcase*), kasus sulit maupun kasus langka;
   c. Setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
   d. Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
   e. Sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis Rumah Sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
   f. Setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan sub komite mutu profesi pertahun;

g. Sub komite mutu profesi bersama dengan Seksi Pengembangan SDM dan Diklat Rumah Sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
h. Menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
i. Memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai masukan kepada managemen.

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

Sub Komite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 59

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

Pasal 60
Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Displin Profesi terdiri dari:
1. Ketua;
2. Anggota.

Pasal 61
Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

(1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Displin Profesi memiliki dasar yang berlandaskan :
a. Peraturan internal Rumah Sakit;
b. Peraturan internal staf medis;
c. Etika Rumah Sakit;
d. Norma etika medis dan Norma-norma bioetika.

(2) Tolak ukur dalam upaya Meningkatkan kedisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
a. Pedoman pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
b. Prosedur kinerja pelayanan di Rumah Sakit;
c. Daftar kewenangan klinis di Rumah Sakit;
d. Kode etik Kedokteran Indonesia;
e. Pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
f. Pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di indonesia;
g. Pedoman pelayanan medik/klinik;
h. Standar prosedur operasional asuhan medis.

(3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel ini terdiri dari 3 (Tiga) Orang Staf Medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :

a. 1 (Satu) Orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
b. 2 (Dua) Orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam Rumah Sakit atau luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong atau Direktur Rumah Sakit terlapor.

(4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:
a. Sumber laporan:
   1. Perorangan:
      a) Manajemen Rumah Sakit;
      b) Staf medis lain;
      c) Tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
      d) Pasien atau keluarga pasien;
   2. Non perorangan:
      a) Hasil konferensi kematian;
      b) Hasil konferensi klinis;

b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
   1. Kompetensi klinis;
   2. Penatalaksanaan kasus medis;
   3. Pelanggaran disiplin profesi;
   4. Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
   5. Ketidakmampuan bekerja sama dengan staf lain dan dapat membahayakan pasien di Rumah Sakit.

c. Pemeriksaan:
   1. Dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
   2. Melalui proses pembuktian;
   3. Dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
   4. Terlapor dapat didampingi oleh personil dari Rumah Sakit tersebut;
   5. Panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
   6. Seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. Keputusan:
   Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di Rumah Sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat Final dan dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong melalui Komite Medik.

e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan pendisiplinan Profesi di Rumah Sakit berupa:
   1. Peringatan tertulis;
   2. Limitasi (Reduksi) kewenangan klinis;
   3. Bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
   4. Pencabutan kewenangan klinis sementara atau selamanya.

f. Pelaksanaan Keputusan:
keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.

(5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit seperti unit pendidikan, penelitian, atau Komite Medik.

(6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Pasal 62

Rapat Komite Medik

(1) Rapat Komite Medik terdiri dari:
a. Rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1 (satu) bulan sekali;
b. Rapat koordinasi dengan pejabat Pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
c. Rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*; dan
d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.

(2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir;

(3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum;

(4) Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik;

(5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak;

(6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang;

(7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir;

(8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat;

(9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 63

Rapat Khusus

(1) Rapat khusus diadakan apabila:
   a. Ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
   b. Ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
   c. Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota komite medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.

(2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan;

(3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut;

(4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf (a) harus dilakukan7 (Tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 64

Rapat Tahunan

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

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

Bagian Kedua

Komite Etik dan Hukum

Pasal 65

(1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban Rumah Sakit kepada semua unsur yang ada di Rumah Sakit meliputi kewajiban umum Rumah Sakit, kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat, kewajiban Rumah Sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah Medikolegal dan Etika Rumah Sakit serta melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Bener Meriah dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjukPemerintah Daerah Kabupaten Bener Meriah dalam menyelesaikan masalah Medikolegal;

(2) Komite Etik dan Hukum merupakan Badan Non Struktural yang berada di bawah Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;

(3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kabag TU.

(4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi :
   a. Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi *medikoetikolegal*, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;

b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;
c. Menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;

(5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi;

(6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga

KOMITE KEPERAWATAN

Pasal 66

Pengorganisasian Komite Keperawatan

(1) Komite Keperawatan merupakan Organisasi Non Struktural yang berada dibawah Drektur, serta bertanggung jawab kepada Direktur.

(2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan;

Pasal 67

Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

(1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:
a. Ketua;
b. Wakil Ketua;
c. Sekretaris; dan
d. Sub Komite.

Pasal 68

Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan

(1) Ketua dan Wakil Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari Tenaga Keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong.

Pasal 69

Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan

(1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin, dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;

(2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
   a. Penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
   b. Penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
   c. Pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
   d. Penggalian inovasi serta ide-ide yang membangun, dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
   e. Memberikan rekomendasi penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
   f. Penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 70

Wewenang Komite Keperawatan

(1) Membuat dan membubarkan Panitia Kegiatan Keperawatan (*Team Ad Hoc*) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;

(2) Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;

(3) Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;

(4) Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;

(5) Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 71

Sub Komite

(1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

(2) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong terdiri atas:
   a. Sub Komite Kredensial;
   b. Sub Komite Mutu Profesi;
   c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

Pasal 72

Sub Komite Kredensial

(1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas;
   a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
   b. Menyusun buku putih;
   c. Menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
   d. Merekomendasikan tahapan proses kredensial;

e. Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
f. Melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 3 (Tiga) tahun;
g. Membuat laporan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada direktur Rumah Sakit.

(2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc*, kepada semua komite keperawatan.

Pasal 73

Sub Komite Mutu Profesi

(1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas :
a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan;
c. Melakukan audit asuhan keperawatan;
d. Memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.

(2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 70 ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *Team Add Hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik sementara atau permanen.

Pasal 74

Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

(1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :
a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
c. Melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
d. Merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
e. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis;
f. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.

(2) Guna menindak lanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam pasal 69 ayat (1), komite keperawatan membentuk *Team Ad Hoc* baik sementara atau permanen.

(3) Hasil kerja *Team Ad Hoc* sebagaimana dalam pasal 69 ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Pasal 75

Rapat

(1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja serta koordinasi secara berkala, dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.

(2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno, dan sidang tahunan.

(3) Rapat Kerja:
   a. Rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
   b. Rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
   c. Sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
   d. Agenda Rapat Kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan selama 5 (lima) tahun.

(4) Rapat Rutin
   a. Rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (Tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
   b. Agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan;
   c. Rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.

(5) Rapat Pleno
   a. Rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
   b. Rapat pleno dipimpin oleh ketua komite keperawatan atau kepala bidang keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan;
   c. Agenda Rapat Pleno adalah membahas persoalan Etik dan Disiplin Staf Keperawatan.

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

Bagian Keempat

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 76

(1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.

(2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
   a. Memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
   b. Menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan Pencegah dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit;
   c. Melaksanakan investigasi dan penaggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi di Rumah Sakit;

d. Merencanakan, mengusulkan pengadaaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Aman bagi yang menggunakan;
e. Membuat pedoman tata laksana Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
f. Melaksanakan pemantauan terhadap upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
g. Memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit;
h. Menerima laporan atas kegiatan Tim PPI, dan membuat laporan berkala kepada Direktur;

(3) Komite PPI merupakan Badan Non Struktural yang berada dibawah Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur.

(4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kabag di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.

Bagian Kelima

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 77

(1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.

(2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
a. Membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, dan pedoman penggunaan antibiotika;
b. Melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
c. Melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
d. Membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam Rumah Sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
e. Mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
f. Mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
g. Membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

(3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan Badan Non Struktural yang berada dibawah Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

(4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong Bener Meriah.

BAB IX

Staf Medis Fungsional (SMF)

Pasal 78

(1) Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang Medis dalam Jabatan Fungsional.

(2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

(3) Dalam melaksanakan tugasnya staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

BAB X

Instalasi

Pasal 79

(1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.

(2) Rumah SakitUmum Daerah Munyang Kute Redelongmembentuk Instalasi yang terdiri dari:
   a. Instalasi Rawat Jalan;
   b. Instalasi Rawat Inap;
   c. Instalasi Gawat Darurat;
   d. Instalasi Farmasi;

(3) Setiap penyusunan dan tata kerja Intalasi Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *Cross Functional Approach* (CFA) secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.

(4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

(5) Installasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.

(6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.

(7) Kepala Instalasi mempunyai Tugas dan Kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kabid Pelayanan.

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

BAB XI

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 80

(1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.

(2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.

(3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(5) Masing-masing tenaga fungsional dimaksud berada dilingkungan Unit Kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

BAB XII

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP)

Pasal 81

Organisasi dan Keanggotaan

(1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;

(2) Susunan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) terdiri dari:
   a. Ketua KMKP
   b. Koordinator :
      1) Koordinator mutu klinik;
      2) Koordinator mutu manajemen;
      3) Koordinator keselamatan pasien.

(3) Masa tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) pada Rumah Sakit Munyang Kute Redelong selama 3 (tiga) tahun.

(4) Dalam pelaksanaan tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) pada Rumah Sakit Munyang Kute Redelong bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 82

Tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP)

(1) Ketua Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) mempunyai tugas:
   a. Menyusun kebijakan dan strategi dan membuat Program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
   b. Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
   c. Mengevaluasi terhadap implementasi SPO Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien Rumah Sakit;
   d. Menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
   e. Menyusun jadwal besar kegiatan Akreditasi Nasional dan Internasional;
   f. Memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
   g. Melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi Standar Pelayanan yang berfokus pada Pasien dan Manajemen;
   h. Bersama-sama dengan bagian diklat Rumah Sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit;

i. Menghadiri rapat, pertemuan, *workshop* dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
j. Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA (*Root Cause Analysis)* dan FMEA (*Failure Mode Effect Analysis)*;
k. Memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI;
l. Mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
   1) Kondisi Potensial Cedera (KPC).
   2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC),
   3) Kejadian Tidak Cedera (KTC),
   4) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan
   5) Kejadian Sentinel;

(2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas :
a. Membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Klinik;
b. Mengevaluasi implementasi SPO Pelayanan;
c. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu klinik;
d. Menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu klinik;
e. Menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
f. Menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
g. Menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
h. Menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
i. Mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
j. Membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.

(3) Koordinator Mutu Manajemen mempunyai tugas :
a. Membuat rencana stategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
b. Mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
c. Berkoordinasi dengan unit terkait dakam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
d. Menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
e. Menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal Rumah Sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
f. Menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
g. Menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal Rumah Sakit;
h. Menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
i. Mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali;

j. Membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.

(4) Koordinator Keselamatan Pasien mempunyai tugas :
a. Membuat Rencana Strategis dan menyusun Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
b. Melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
c. Memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKKRS PERSI;
d. Mengkoordinir investigasi dan masalah yang menyangkut kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
e. Secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan Rumah Sakit.

BAB XIII

Tata Kerja

Pasal 83

(1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*Cross Fungtional Approach*) secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing;

(2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

(3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan;

(4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala;

(5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan;

(6) Kepala Bidang, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

BAB XIV

Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 84

Tujuan Pengelolaan

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

Pasal 85

Pengangkatan Pegawai

(1) Pegawai Rumah Sakit munyang kute dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.

(2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit Munyang Kute Redelong yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip Efisiensi, Ekonomis dan Produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.

(3) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit Munyang Kute Redelong yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 86

Perpindahan Pegawai

(1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan Rumah Sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.

(2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
   a. Penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
   b. Masa kerja di Unit tertentu;
   c. Pengalaman pada bidang tugas tertentu;
   d. Kegunaannya dalam menunjang karir;
   e. Kondisi Fisik dan Psikis pegawai.

Pasal 87

Pemberhentian Pegawai

(1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan Peraturan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.

(2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
   a. Meninggal dunia;
   b. Atas permintaan sendiri;
   c. Mencapai batas usia 58 tahun;
   d. Perampingan organisasi Rumah Sakit;
   e. Tidak Sehat Jasmani atau Rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban Pegawai Non Pns;
   f. Tidak tersedia anggaran untuk memberi nafkah kepada Pegawai Non PNS.

BAB XV

Maksud dan Tujuan Peraturan Internal

Staf Medik (Medical Staff By Laws)

Pasal 88

(1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan Tata Kelola Klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.

(2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi:
   a. Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
   b. Tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
   c. Terciptanya hak dan tanggung jawab Staf Medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit;
   d. Untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya Staf Medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

BAB XVI

Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 89

(1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.

(2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).

(3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur Rumah Sakit Munyang Kute atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.

(4) Kewenangan Klinis diberikan kepada Seorang Anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.

(5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit, serta dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.

(6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial dan Komite Medik.

Pasal 90

Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis:

(1) Pendidikan:
   a) Lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
   b) Menyelesaikan program pendidikan kedokteran.

(2) Perizinan (lisensi):
   a. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang sesuai dengan bidang profesi;
   b. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.

(3) Kegiatan penjagaan mutu profesi:
   a. Menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
   b. Berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.

(4) Kualifikasi personal:
   a. Riwayat disiplin dan etik profesi;
   b. Keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
   c. Keadaan sehat Jasmani dan Mental, termasuk tidak terlibat penggunaan Obat Terlarang dan Alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
   d. Riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
   e. Memiliki asuransi proteksi profesi.

(5) Pengalaman di bidang keprofesian:
   a. Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
   b. Riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Pasal 91

Pembatasan Kewenangan Klinis

(1) Bila memandang perlu Komite Medik dapat merekomendasikan kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas Keputusan dari Sub Komite Kredensial;

(2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dianggap tidak sesuai dengan Standar Pelayanan Medis dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum;

(3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu:
   a. Ketua SMF mengajukan Surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
   b. Komite Medik meneruskan permohonanan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
   c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari

bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan;

d. Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Pasal 92

Pencabutan Kewenangan Klinis

(1) Pencabutan kewenangan klinis dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.

(2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
   a. Adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
   b. Adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi;
   c. Mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Pasal 93

Pengakhiran Kewenangan Klinis

(1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Kredensial, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

(2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
   a. Habis masa berlakunya;
   b. Dicabut sesuai pasal 89 ayat (2).

BAB XVII

Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 94

(1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.

(2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang Staf Medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) Staf Medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.

BAB XVIII

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 95

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

a) Pemberian pelayanan medis dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan, dan Standar Prosedur Operasional, serta kebutuhan medis pasien;
b) Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai;

c) Kewajiban melakukan pemeriksaan Patologi Anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

BAB XIX

Tata Cara Review dan Perbaikan
Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 96

(1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya;

(2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun;

(3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;

(4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.

BAB XX

Kerahasian Informasi Medis

Pasal 97

Kerahasiaan Pasien

(1) Setiap Pegawai Rumah Sakit wajib menjaga Kerahasiaan Informasi tentang pasien;

(2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/Kepala Bidang Pelayanan Medis.

Pasal 98

Informasi Medis

(1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia;

(2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan Jujur dan Benar adalah mengenai:
   a. Keadaan kesehatan pasien;
   b. Rencana terapi dan alternatifnya;
   c. Manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
   d. Prognosis; dan
   e. Kemungkinan komplikasi.

Pasal 99

Hak dan Kewajiban Pasien

(1) Hak pasien meliputi :
   a) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;
   b) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
   c) Memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa dikriminasi;
   d) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
   e) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
   f) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
   g) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
   h) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dari dalam maupun dari luar Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
   i) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
   j) Mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
   k) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
   l) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
   m) Menjalankan ibadah sesuai Agama atau Kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
   n) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
   o) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
   p) Menolak pelayanan bimbingan Rohani yang tidak sesuai dengan Agama dan Kepercayaan yang dianutnya;
   q) Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
   r) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :
   a) Mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit;
   b) Memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
   c) Mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
   d) Memberlakukan Staf Rumah Sakit dan Pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
   e) Menghormati privasi orang lain dan barang milik Rumah Sakit;

f) Tidak membawa Alkohol dan Obat-Obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
g) Menghormati bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong adalah area bebas Rokok;
h) Mematuhi jam kunjungan dari Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
i) Meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
j) Memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
k) Melunasi/memberikan imbalan jasa atas Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
l) Bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
l) Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Pasal 100

Hak dan Kewajiban Dokter

(1) Hak Dokter meliputi :
a) Hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
b) Hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
c) Hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
d) Hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong.

(2) Kewajiban Dokter meliputi :
a) Memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
b) Merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
c) Merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
d) Melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
e) Menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Pasal 101

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

(1) Hak Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong meliputi :
a) Menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
b) Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
c) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
d) Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

e) Menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
f) Mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
g) Mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Munyang Kute Redelong sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
h) Mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

(2) Kewajiban Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong meliputi :
a) Memberikan informasi yang benar tentang Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong kepada masyarakat;
b) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
c) Memberikan pelayanan Gawat Darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
d) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
e) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
f) Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa Uang muka, Ambulan gratis, pelayanan Korban Bencana dan Kejadian Luar Biasa (KLB), atau bakti sosial bagi misi kemanusian;
g) Membuat, melaksanakan, dan menjaga Standar Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagai acuan dalam melayani pasien;
h) Menyelenggarakan Rekam Medis;
i) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
j) Melaksanakan sistem rujukan;
k) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan Standar Profesi dan Etika serta peraturan Perundang-Undangan;
l) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
m) Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
n) Melaksanakan Etika Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;
o) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
p) Melaksanakan program pemerintah dibidang Kesehatan baik secara Regional maupun Nasional;
q) Membuat daftar Tenaga Medis yang melakukan Praktik Kedokteran dan Tenaga Kesehatan lainnya;
r) Menyusun dan melaksanakan peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital By Laws);*
s) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
t) Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagai Kawasan Tanpa Rokok.

BAB XXI

Kebijakan, Pedoman Dan Prosedur

Pasal 102

(1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen Regulasi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan;

(2) Kebijakan merupakan Regulasi tertinggi di Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO);

(3) Review dan persetujuan atas Kebijakan Tertulis, Pedoman/Panduan dan Prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kabag TU, Administrasi dan Sumber Daya Rumah Sakit Munyang Kute Redelong;

(4) Review dan persetujuan atas Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kabid Pelayanan Rumah Sakit Munyang Kute;

(5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku;

(6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya Kebijakan, Pedoman /Panduan dan Prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum dan Bagian Tata Usaha. Salinan yang berada di Unit Pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali;

(7) Identifikasi perubahan dalam Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai Hirarkhi Struktural;

(8) Pemeliharaan Identitas dan Dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil, dan mudah dibaca oleh pelaksana;

(9) Pengelolaan Kebijakan, Pedoman/Panduan dan Prosedur yang berasal dari luar Rumah Sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan dokumen melalui Catatan Formulir Master List Dokumen Eksternal;

(10) Retensi dari Kebijakan, Pedoman/Penduan dan Prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis;

(11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh Kebijakan, dan Prosedur mempergunakan Buku Registrasi dan *Master List* yang dikelola oleh Sub Bagian Umum dan Bagian Tata Usaha.

BAB XXII

Kerjasama/Kontrak

Pasal 103

(1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalanmelalui perjanjian kerjasama/kontrak;

(2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu;

(3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
   a. Subjek kerja sama/kontrak;
   b. Objek kerja sama/kontrak;
   c. Ruang lingkup kerja sama kontrak;
   d. Hak dan kewajiban para pihak;
   e. Jangka waktu kerja sama/kontrak;
   f. Pengakhiran kerja sama/kontrak;
   g. Keadaan memaksa;
   h. Penyelesaian perselisihan.

(4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan Paraf para pejabat yang berwenang yaitu:
   a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarki pelayanan melalui Kabag TU Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis.
   b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi Administrasi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.

(5) Setelah dibubuhi paraf pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.

(6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian Materai yang cukup.

(7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan/atau Non Material berupa keuntungan.

(8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa Uang harus menjadi pendapatan Rumah Sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai Aset Rumah Sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.

(11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarki pejabat yang berwenang.

(12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB XXIII

Perencanaan dan Penganggaran

Bagian kesatu

Pasal 104

Perencanaan

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong menyusun Rencana Strategis Rumah Sakit;

(2) Renstra Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan Visi Misi program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian, dan proyeksi keuangan 5 (Lima) tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong;

(3) Visi Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan;

(4) Visi Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai Visi Misi yang ditetapkan, agar tujuan Rumah Sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik;

(5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu selama 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul;

(6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa, faktor-faktor internal, dan faktor-faktor eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja;

(7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun;

(8) Proyeksi keuangan 5 (Lima) tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (Lima) tahun.

Bagian Kedua

Pasal 105

Penganggaran

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong menyusun Rencana Kerja dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada Rencana Strategi Rumah Sakit;

(2) Penyusunan Rencana Stategis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan Rumah Sakit lainnya.

Pasal 106

(1) Rencana Strategis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100, memuat:
   a. Kinerja tahunan berjalan;
   b. Asumsi makro dan mikro;
   c. Target kinerja;
   d. Analisis dan perkiraan biaya satuan
   e. Perkiraan harga;
   f. Anggaran pendapatan dan biaya;
   e. Besaran persentase ambang batas;
   f. Prognosa laporan keuangan;
   g. Perkiraan maju (forward astimate);
   h. Rencana pengeluaran investasi/modal; dan
   i. Ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan belanjadaerah.

(2) Rencana Strategis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Pasal 107

Persetujuan

(1) Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana dimaksud Pasal 101 ayat (1), mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.

(2) Rencana strategis dan Anggaran Pasal 103 ayat (1), mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan Keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong.

BAB XXIV

Bagian kesatu

Akuntansi, Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 108

Akuntansi

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek yang sehat.

(2) Setiap transaksi keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong harus dicatat dalam Dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.

(3) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan Standar Akuntansi Keuangan yang diterbitkan oleh Asosiasi Profesi Akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.

(4) Penyelengaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.

(5) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.

(6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun Kebijakan Akuntansi yang berpedoman pada Standar Akuntansi sesuai jenis layanannya.

(7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua
Pasal 109
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

(1) Laporan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong terdiri dari :
   a. Laporan neraca;
   b. Laporan operasional;
   c. Laporan arus kas;
   d. Laporan realisasi anggaran; dan
   e. Catatan atas laporan keuangan.

(2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran Rumah Sakit.

(3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

(4) Setiap triwulan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (Lima Belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.

(5) Setiap semesteran dan tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur Rumah Sakit untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan Keuangan Pemerintah Daerah Kabupaten Bener Meriah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB XXV
Pembinaan, Pengawasan, Evaluasi
dan Penilaian Kinerja
Pasal 110
Pembinaan dan Pengawasan

(1) Pembinaan teknis Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dilakukan oleh Bupati Bener Meriah melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).

(2) Pengawasan Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong.

(3) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit dilakukan oleh Bupati Bener Meriah, PPKD, Internal Auditor.

Pasal 111

Evaluasi dan Penilaian Kinerja

(1) Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dipergunakan sebagai Pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong. Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.

(2) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong diajukan oleh Direktur kepada Bupati Bener Meriah setiap 5 tahun sekali atau sesuai kebutuhan.

(3) Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong disahkan melalui Keputusan Bupati Bener Meriah dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian Umum Rumah Sakit Munyang Kute Redelong.

(4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) yang mulai diterapkan pada tahun 2014.

(5) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dilakukan setiap tahun oleh Bupati Bener Meriah dan/atau Dewan Pengawas terhadap Aspek Keuangan dan Non Keuangan.

(6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana ditetapkan dalam Renstra dan Rencana Kerja Anggaran (RKA). Sesuai pula yang tercantum dalam BAB IV Laporan Akuntabilitas Kinerja Pasal (12) Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, menyebutkan bahwa laporan Akuntabilitas Kinerja adalah laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggung jawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/Sasaran Strategis Instansi.

(7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati Bener Meriah.

(8) LAKIP Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

BAB XXVI

Pengelolaan Keuangan dan Tarif Layanan,

Bagian Kesatu

Pasal 112

Pengelolaan Keuangan

Pengelolaan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong berdasarkan pada prinsip Akrual dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.

Pasal 113

Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud Pasal 81, maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan Sistem Akuntansi Berbasis Akrual (SAK) dan/ atau Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Pasal 114

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Bagian Kedua

Pasal 115

Tarif Layanan

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan / atau jasa layanan yang diberikan.

(2) Imbalan atas barang dan/ atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.

(3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.

(4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/ atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong.

Pasal 116

(1) Tarif layanan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong diusulkan oleh Pimpinan Rumah Sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

(2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan peraturan Bupati.

(3) Penetapan Tarif Layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

(4) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat membentuk Tim.

(5) Pembentukan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari:
a. Pembina Teknis;

b. Pembina Keuangan; dan
c. Organisasi Profesi.

Pasal 117

(1) Peraturan Bupati mengenai Tarif Layanan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.

(2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.

(3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2) berpedoman pada ketentuan yang berlaku.

BAB XXVII

Pendapatan dan Biaya

Bagian Kesatu

Pasal 118

Pendapatan

Pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dapat bersumber dari :

a. Jasa Layanan;
b. Hibah;
c. Hasil kerjasama dengan pihak lain;
d. APBD;
e. APBN; dan
f. Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang Sah.

Pasal 119

(1) Pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong yang bersumber dari jasa layanan dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.

(2) Pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong yang bersumber dari hibah dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.

(3) Hasil kerjasama dengan pihak lain dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.

(4) Pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong yang bersumber dari pendapatan yang berasal dan otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dari kegiatan pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Kabupaten (APBK).

(5) Pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentasi dan / atau tugas pembantuan dan lain – lain.

Pasal 120

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan, proses pengelolaan

keuangan diselenggarakan secara terpisah berdasarkan ketentuan yang berlaku dalam pelaksanaan APBN.

(2) Lain – lain pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 huruf (f), antara lain:
   a. Hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
   b. Hasil pemanfaatan kekayaan;
   c. Jasa giro;
   d. Pendapatan bunga;
   e. Keuntungan selisih nilai tukar Rupiah terhadap Mata Uang Asing;
   f. Komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit;
   g. Hasil investasi.

Pasal 121

(1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran Rumah Sakit sesuai RKA.

(2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.

(3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana dimaksud dalam Pasal 87 (a), huruf (b), huruf (c), dan huruf (f), dilaksanakan melalui Rekening Kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan Asli Daerah pada jenis lain – lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan Rumah Sakit.

(4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada pejabat pengelola keuangan daerah setiap triwulan.

(5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Kesatu

Pasal 122

Biaya

(1) Biaya Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong merupakan biaya Operasional dan biaya Non Operasional.

(2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.

(3) Biaya Non Operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.

(4) Biaya Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.

(5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

Pasal 123

(1) Biaya Operasional sebagaimana dimaksud dalam pasal 91 ayat (2), terdiri dari :
   a. Biaya Pelayanan; dan
   b. Biaya Umum dan Administrasi.

(2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf (a), mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.

(3) Biaya Umum dan Administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf (b), mencakup seluruh Biaya Operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.

(4) Biaya Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
   a. Biaya pegawai;
   b. Biaya bahan;
   c. Biaya jasa pelayanan;
   d. Biaya pemeliharaan;
   e. Biaya barang dan jasa; dan
   f. Biaya pelayanan lain – lain.

(5) Biaya Umum dan Administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari:
   a. Biaya pegawai;
   b. Biaya administrasi kantor;
   c. Biaya pemeliharaan;
   d. Biaya barang dan jasa;
   e. Biaya promosi; dan
   f. Biaya umum dan administrasi lain – lain.

Pasal 124

Biaya Non Operasional sebagaimana dimaksud dalam pasal 91 ayat (3) terdiri dari:
a. Biaya bunga;
b. Biaya administrasi Bank;
c. Biaya Kerugian penjualan aset tetap;
d. Biaya Kerugian penurunan nilai; dan
e. Biaya Non Operasional lain – lain.

Pasal 125

(1) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 91 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap Triwulan.

(2) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan menerbitkan SPM pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab (SPTJ).

(3) Format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai peraturan yang berlaku.

Pasal 126

(1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.

(2) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.

(3) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit yang berasal dari pendapatan selain dari APBN/APBA dan hibah terikat.

(4) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak berlaku untuk Rumah Sakit BLUD bertahap.

(5) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBA kepada DPKAD melalui Sekretariat Daerah.

Pasal 127

(1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.

(2) Besaran presentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.

(3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan Daftar Pelaksananaan Anggaran (DPA) Rumah Sakit oleh DPKAD.

(4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggung jawabkan.

BAB XXVIII

Tuntutan Umum

Pasal 128

(1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.

(2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).

(3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XXIX

Ketentuan Lain-Lain

Pasal 129

(1) Struktur, Nama, Jumlah, dan Fungsi Satuan Organisasi Fungsional lain yang tidak tercantum di dalam *Hospital By Laws* ini ditetapkan dengan Keputusan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Perubahan terhadap Struktur, Nama, Jumlah dan Fungsi Satuan Organisasi Fungsional di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Munyang Kute Redelong ditetapkan Direktur Rumah Sakit Munyang Kute Redelong sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

BAB XXX

Ketentuan Penutup

Pasal 130

Peraturan Bupati Kabupaten Bener Meriah ini mulai berlaku pada Tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati Bener Meriah ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Bener Meriah.

Ditetapkan di : Redelong,
Pada Tanggal : 27 November 2016 M
Shafar 1438H

Plt. BUPATI BENER MERIAH,

Drs. HASANUDDIN DARJO, MM

Ditetapkan di : Redelong,
Pada Tanggal : 27 November 2016 M
Shafar 1438H

SEKERTARIS DAERAH
KABUPATENBENER MERIAH,

Drs. ISMARISSISKA, MM

BERITA DAERAH KABUPATEN BENER MERIAH TAHUN 2016 NOMOR : 42