



**PERATURAN GUBERNUR SULAWESI SELATAN**

**NOMOR : 116 TAHUN 2017**

**TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR**

**PROVINSI SULAWESI SELATAN**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**GUBERNUR SULAWESI SELATAN,**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, perlu menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit yang mengatur tentang hubungan antara pemilik, direksi, komite medik dan staf medis, sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat dilakukan secara efektif, efisien dan berkualitas;
- b. bahwa Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 40 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar tidak sesuai dengan tata kelola dan tuntutan penyelenggaraan pelayanan kesehatan rumah sakit sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan dengan Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi- Selatan;
- Mengingat : 1. Undang - Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang - Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);

5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
6. Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 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);
7. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5268);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 971 Tahun 2009 tentang Standar Kompetensi Pejabat Struktural Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 971);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/ PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 255);
12. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 9 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah Dan Lembaga Lain Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2008 Nomor 9) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 6 Tahun 2013 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 9 Tahun 2008 tentang

Organisasi Dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah Dan Lembaga Lain Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2013 Nomor 6);

13. Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 7 Tahun 2012 tentang Pedoman Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Pada Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan (Berita Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2011 Nomor 7, Tambahan Berita Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 10) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Gubernur Sulawesi selatan Nomor 7 Tahun 2012 tentang Pedoman Penarapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2015 Nomor 8)

### **MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR SULAWESI SELATAN TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR PROVINSI SULAWESI SELATAN.

### **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Haji ini yang dimaksud dengan:

1. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah aturan dasar yang mengatur tatacara penyelenggaraan rumah sakit yang meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis yang disusun dan ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan dan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan dalam rangka menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
2. Peraturan Internal Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medik di Rumah Sakit.
3. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis rumah sakit.
4. Rumah Sakit Umum Dacrah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan selanjutnya disingkat RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan adalah salah satu rumah

sakit milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.

5. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, yaitu Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan yang diwakili oleh Gubernur Sulawesi Selatan.
6. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas Rumah Sakit yang merupakan organ rumah sakit yang terdiri dari sekelompok orang mewakili pemilik (pemerintah) yang bertugas melakukan pengawasan dan memberikan nasehat kepada direksi dalam penyelenggaraan rumah sakit, pemeliharaan kesehatan dan pengelolaan organisasi serta keuangan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
7. Direktur adalah seseorang yang ditunjuk oleh Gubernur Sulawesi Selatan untuk menjabat posisi tersebut sebagaimana ditetapkan dalam statuta ini dan dalam hal yang bersangkutan berhalangan tetap, maka pelaksana tugas Direktur adalah orang yang ditunjuk oleh Gubernur Sulawesi Selatan untuk bertindak dalam jabatan tersebut untuk sementara waktu.
8. Wakil Direktur adalah seseorang yang diangkat oleh Gubernur Sulawesi Selatan untuk menjadi Wakil Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing.
9. Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah instansi dilingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melaksanakan kegiatan didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas.
10. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
11. Satuan Pemeriksaan Internal adalah organ di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
12. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
13. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal terkait dengan profesi medis.
14. Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit (MAKERSI) adalah majelis yang dibentuk untuk mengawasi dan membina persoalan etik di Rumah Sakit.
15. 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*).

16. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewcnangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
17. Tata Kelola Klinis Yang Baik (*good Clinical Govement*) adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinis, data klinis, rcsiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan pengembangan professional dan akreditasi rumah sakit.
18. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewcnangan klinis (*clinical privilege*).
19. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukankelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
20. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
21. Komite Penunjang Medik adalah organ *non structural* yang anggotanya terdiri dari tenaga penunjang medik yang bertugas di rumah sakit dengan tugas membantu direktur dalam mengelola tugas dan fungsi tenaga penunjang medik.
22. Komite Kcpcrawatan adalah wadah *non structural* rumah sakit yang merupakan perwakilan kelompok profesi perawat yang bctugas membantu direksi untuk menerapkan tata kelola asuhan keperawatan.
23. Komite Etik Rumah Sakit adalah suatu perangkat organisasi *non structural* yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan kode etik rumah sakit.
24. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah komite yang bertugas dalam pengorganisasian, pengembangan dan penerapan sistem manajemen mutu yang terpadu dan berkelanjutan dalam upaya melakukan pengendalian mutu dan keselamatan pasien terpadu di rumah sakit sehingga mutu pelayanan bejalan secara efektif dan efisien.
25. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah organ *non structural* rumah sakit yang bertugas membantu direktur dalam menentukan kebijakan-kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
26. Komite Kesehatan dan Keselamatan Keija Rumah Sakit (K3RS) adalah komite yang bertugas dalam pelaksanaan pembinaan, pengawasan serta pelatihan K3 di rumah sakit.
27. Dokter adalah seorang tenaga medis yang memiliki ijin praktek dibidang kedokteran sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan dan telah terikat dengan rumah sakit dan oleh

karenanya diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit, yang terdiri dari, Residen, Dokter Paruh Waktu, Dokter Tamu dan Dokter Kontrak.

28. Dokter Gigi adalah seorang tenaga medis yang memiliki ijin praktek dibidang kedokteran gigi sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan dan telah terikat dengan rumah sakit dan oleh karenanya diberi kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit.
29. Dokter Puma Waktu adalah dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan medis rawat jalan atau rawat inap secara puma waktu dirumah sakit setiap jam keaja.
30. Dokter Paruh Waktu adalah dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan medis rawat jalan atau rawat inap pada waktu tertentu yang disepakati bersama oleh dokter.
31. Dokter Tamu adalah dokter atau dokter gigi yang telah memberikan pelayanan medis rawat inap dan tindakan medis dirumah sakit yang tidak terikat dengan ketentuan jam keaja.
32. Dokter Kontrak adalah dokter atau dokter gigi yang diangkat dengan status kontrak di Rumah Sakit yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.
33. Residen adalah Staf medik yang sementara melaksanakan pendidikan spesialis sesuai dengan keahlian/bagian masing-masing.
34. Dokter Kerja Sama adalah dokter yang bertugas pada unit/instalasi tertentu dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit.
35. Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil /PNS) adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan Unit Pelaksana Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (UPT PPK-BLUD) yang tidak terpenuhi oleh PNS.
36. Kontrak Kerja adalah Pejianjian keaja antara tenaga medis dengan pihak rumah sakit yang memuat syarat-syarat kerja, hak, dan kewajiban para pihak, yang ditanda tangani oleh pihak pekeaja dengan pihak rumah sakit berupa akta dibawah tangan yang diberi materai cukup.
37. Pendidikan adalah pendidikan yang diperuntukkan bagi Institusi negeri maupun swasta yang bekerjasama dengan Rumah Sakit.

**BAB II**  
**PERATURAN INTERNAL KORPORASI**  
**Bagian Kesatu**  
**VISI, MISI, TUJUAN, FUNGSI DAN TUGAS**

**Pasal 2**  
**Visi dan Misi**

- (1) Visi  
Menjadi Rumah Sakit Pendidikan Islami, terpercaya, terbaik dan pilihan utama di Sulawesi Selatan Tahun 2020.
- (2) Misi  
Misi RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan adalah :
  - a. menyelenggarakan layanan kesehatan paripurna dan rujukan berkualitas yang terjangkau oleh masyarakat;
  - b. menyelenggarakan pendidikan dan riset tenaga kesehatan berkarakter islami;
  - c. menyelenggarakan pola tata kelola layanan kesehatan yang baik, akuntabel, berbasis *the ten golden habits*;
  - d. meningkatkan kualitas pelayanan melalui pengembangan sumber daya manusia serta mengembangkan dan meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit; dan
  - e. meningkatkan kesejahteraan karyawannya sebagai aset berharga rumah sakit.
- (3) Visi dan Misi Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (4) Visi dan Misi Rumah Sakit direview secara berkala oleh Tim yang dibentuk berdasarkan Keputusan Direktur.
- (5) Visi dan Misi Rumah Sakit diumumkan ke publik oleh Pimpinan Rumah Sakit melalui Kepala Sub Bagian Hukum, Humas dan Pemasaran dengan menggunakan media informasi dan komunikasi.

**Pasal 3**  
**Tujuan**

Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan adalah:

- (1) Membantu pemerintah daerah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan peningkatan Pendapatan Asli Daerah (PAD) melalui peningkatan Sumber Daya manusia (SDM), efisiensi dan kualitas pelayanan serta pelayanan kesehatan Gratis;
- (2) Terciptanya sumberdaya manusia handai yang tulus dalam mengintegrasikan pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan;
- (3) Terwujudnya upaya pemeliharaan kesehatan paripurna yang menyeluruh terintegrasi dan berkesinambungan;
- (4) Terciptanya suasana akademik yang mendukung pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang bermutu dan aman;
- (5) Terbinanya tim kerjasama profesional yang solid dengan perbaikan mutu kinerja

berkesinambungan;

- (6) Terselenggaranya jejaring rumah sakit yang mengemban tugas pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.

#### **Pasal 4**

##### **Fungsi**

RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan mempunyai fungsi:

- (1) Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan medik, pelayanan keperawatan, penunjang medik, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, perencanaan, etika, umum, serta keuangan dan akuntansi;
- (2) Penyelenggaraan urusan pelayanan medik, pelayanan keperawatan, penunjang medik, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, perencanaan, etika, umum, serta keuangan dan akuntansi;
- (3) Pembinaan dan penyelenggaraan di bidang pelayanan medik, pelayanan keperawatan, penunjang medik, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, perencanaan, etika, umum, serta keuangan dan akuntansi;
- (4) Penyelenggaraan tugas lain yang diberikan Gubernur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

#### **Pasal 5**

##### **Tugas**

Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, mempunyai tugas menyelenggarakan urusan di bidang upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan, serta melaksanakan upaya rujukan dan fasilitasi penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, dan penelitian berdasarkan asas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

#### **Bagian kedua**

##### **Identitas**

#### **Pasal 6**

##### **Nama Dan Kedudukan**

Nama rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan yang didirikan berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 06 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah dan Lembaga lain Provinsi Sulawesi Selatan milik Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan, berkedudukan di jalan Dg. Ngeppe 14 Kelurahan Parangtambung, Kecamatan Tamalate Kota Makassar.



## **Pasal 7**

### **Falsafah**

Sebagai rumah sakit Penyelenggara pelayanan kesehatan paripurna yang professional berlandaskan perikemanusiaan, adil dan merata serta dijiwai oleh keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

## **Pasal 8**

### **Motto**

Kesembuhan anda adalah kebahagiaan kami, kebahagiaan anda adalah kebanggan kami.

## **Pasal 9**

### **Logo**

(1) Logo resmi RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan merupakan huruf Nun, bulan sabit, lingkaran kecil dan palang hijau yang di topang dengan dua tangan, dengan bentuk sebagai berikut:



**RSU HAJI MAKASSAR**

(2) Makna dari logo RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan adalah :

- a. Lengkungan bulan sabit diartikan sebagai :
  1. terciptanya kehidupan alam semesta; dan
  2. pelayanan dengan karakter islami.
- b. lingkaran kecil dengan simbol arah gerak PDSA / PDCA dan palang hijau bermakna RSUD Haji menerapkan Sistem Pelayanan Kesehatan Berkualitas dan Berkesinambungan;
- c. dua tangan menopang bulan sabit adalah pelayanan yang diberikan penuh tanggung jawab, kerja keras dan ikhlas;
- d. huruf Nun adalah cahaya Arsy Allah yang turun sebagai manifestasi kecintaan kepada hamba-Nya, hal ini mendorong terciptanya kainya sebagai ibadah dan ibadah dalam karya.
- e. ada 4 (empat) warna yang menyusun logo :
  1. warna kuning melambangkan misi kesejahteraan;
  2. warna biru melambangkan pelayanan yang cepat dan tanggap;
  3. warna hijau melambangkan semangat yang tulus tanpa adanya diskriminasi terhadap suku, agama, ras dan golongan; dan
  4. warna hitam melambangkan ketegasan melaksanakan kebijakan.

## **Pasal 10**

### **Budaya Kerja**

Budaya kerja Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan adalah

MADANI:

M = Mutu Tujuanku

A = Amanah Tanggungjawab Kerjaku

D = Disiplin Spirit kerjaku

A = Amanah janji transaksiku

N = Nyaman Suasana Kerjaku

I = Ikhlas mengawali baktiku

## **Pasal 11**

### **Hymne**

Kubersyukur padamu Ya Rabbi

RS tempatku mengabdikan

Menabur kasih

Meraih RidhoNya

Dari yang butuhkan pertolongan

Melayani dengan tulus hati

Agar karya tidak ternodai

Hati berkarat

Tak bermanfaat

Kejamu hanya sia-sia

Ref : Tak ada pelaut ulung

Lahir dari ombak kecil

Rintangan membesarkanmu

Jadi manusia unggul dan tegar

Meski tinggi gunung cita

Jurang dalam nan membentang

Yakin Visi RS akan kuraih

Karya bersama

## **Pasal 12**

### **Mars**

Bangkitlah, bangkitlah, bangkitlah

Rumah Sakit Umum Daerah Haji

Dayunglah perahu menuju

Citra layanan prima

Ref : Rakyat Menanti

Sentuhan Bakti  
 Pancaran tulus hati  
 Tak membedakan  
 Kaya dan miskin  
 Janji layananmu

Komitmen jangkarmu di dada  
 Telah terhunjam dalam jiwa  
 Meski barubu datang menderu  
 Pantang biduk berbalik

Ref : Rakyat Menanti  
 Sentuhan Bakti  
 Lentera kasih saying  
 Tak membedakan  
 Miskin dan Kaya  
 Jayalah Rumah Sakitku

### **Bagian Ketiga**

## **STRUKTUR ORGANISASI DAN PEMILIK**

### **Pasal 13**

#### **Struktur Organisasi Rumah Sakit**

- (1) Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan merujuk pada Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 6 Tahun 2011 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 9 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah Dan Lembaga Lain Provinsi Sulawesi Selatan.
- (2) Struktur Organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dengan susunan sebagai berikut:
  - a. Direktur;
  - b. Wakil Direktur;
  - c. Bidang;
  - d. Bagian;
  - e. Seksi;
  - f. Sub Bagian; dan
  - g. Jabatan Fungsional.
- (3) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) huruf b, terdiri atas:
  - a. Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan;
  - b. Wakil Direktur Penunjang Medik, Diklat, Litbang dan Etika; dan
  - c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

- (4) Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf a, terdiri atas:
- a. Bidang Pelayanan Medik, terdiri atas:
    1. Seksi Pengembangan Medik;
    2. Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medik.
  - b. Bidang Keperawatan, terdiri atas:
    1. Seksi Pengembangan Pelayanan Keperawatan;
    2. Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.
- Wakil Direktur Penunjang Medik, Pendidikan dan Pelatihan (Diklat), Penelitian dan Pengembangan (Litbang) dan Etika sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf b, terdiri atas:
- a. Bidang Penunjang Medik, terdiri atas:
    1. Seksi Pengembangan Fasilitas Medik dan Keperawatan;
    2. Seksi Rekam Medik; dan
    3. Seksi Asuhan Pelayanan Penunjang Medik.
  - b. Bidang Diklat, Litbang dan Etika, terdiri atas:
    1. Seksi Pendidikan dan Pelatihan;
    2. Seksi Penelitian dan Pengembangan; dan
    3. Seksi Etika dan Mutu Pelayanan.
- (5) Wakil Direktur Umum dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf c, terdiri atas:
- a. Bagian Umum, terdiri atas:
    1. Sub Bagian Tata Usaha dan Rumah Tangga;
    2. Sub Bagian Kepegawaian; dan
    3. Sub Bagian Perlengkapan dan Aset.
  - b. Bagian Perencanaan Program, Evaluasi, Hukum dan Humas terdiri atas:
    1. Sub Bagian Penyusunan Program dan Anggaran Medik;
    2. Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan; dan
    3. Sub Bagian Hukum, Humas dan Pemasaran.
  - c. Bagian Keuangan dan Akuntansi, terdiri atas:
    1. Sub Bagian Penerimaan Pendapatan;
    2. Sub Bagian Perbendaharaan; dan
    3. Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi.

#### **Pasal 14**

#### **Pemilik**

Pemilik RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan adalah Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan dalam hal ini diwakili oleh Gubernur Sulawesi Selatan.

**Bagian Keempat****DEWAN PENGAWAS****Pasal 15****Komposisi dan Keanggotaan**

- (1) Dewan Pengawas adalah sekelompok orang mewakili pemilik yang bertugas melakukan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Direksi dalam penyelenggaraan rumah sakit, pemeliharaan kesehatan dan pengelolaan organisasi serta keuangan rumah sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Komposisi Dewan Pengawas terdiri dari:
  - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
  - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.

**Pasal 16****Organisasi Dewan Pengawas**

- (1) Organisasi Dewan Pengawas diatur dalam Pedoman Pelaksanaan Dewan Pengawas.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas disesuaikan dengan kebutuhan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) maksimal 5 (lima) orang, salah satu diantaranya diangkat menjadi Ketua.
- (3) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan ketua dalam suatu kepengurusan maka dewan pengawas mengangkat seorang ketua untuk sisa masa jabatannya.
- (4) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan Tugas Dewan Pengawas, Gubernur Sulawesi Selatan selaku pemilik dapat mengangkat seorang sekretaris Dewan Pengawas atas beban BLUD.
- (5) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada huruf (d) di atas bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

**Pasal 17****Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas**

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, yaitu:
  - a. menentukan arah kebijakan BLUD;
  - 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. melakukan pengawasan pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan pengawas dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban:
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai RBA yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat serta saran kepada Gubernur mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
  - c. melaporkan kepada Gubernur tentang kinerja BLUD;
  - d. memberi nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
  - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD; dan
  - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilaporkan kepada Gubernur, baik secara berkala maupun sewaktu-waktu apabila diperlukan.

## **Pasal 18**

### **Wewenang**

- (1) Wewenang dan Tanggungjawab Dewan Pengawas adalah menetapkan visi dan misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.
- (2) Selain itu Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
  - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan BLUD;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal BLUD dengan sepengetahuan pemimpin BLUD serta memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
  - d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);

- e. berkoordinasi dengan pemimpin BLUD dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*) untuk ditetapkan oleh Gubernur;
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan pelayanan BLUD;

### **Pasal 19**

#### **Syarat Menjadi Dewan Pengawas**

Persyaratan menjadi anggota Dewan Pengawas adalah yaitu:

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

### **Pasal 20**

#### **Tata Cara Pemilihan, Pengangkatan dan Pemberhentian**

- (1) Anggota Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur Sulawesi Selatan selaku pemilik.
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan anggota Direksi.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diangkat untuk jabatan yang sama dengan anggota Direksi dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (4) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota tersebut:
  - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan dan atau ketentuan peraturan Pemerintah tentang kelembagaan RSUD Makassar Haji Provinsi Sulawesi Selatan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan di Rumah Sakit; dan
  - e. prosedur pemberhentian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **Pasal 21**

#### **Pembagian Tugas Dewan Pengawas**

Dewan Pengawas terdiri dari satu orang ketua dan beberapa anggota Tugas Ketua

Dewan Pengawas adalah:

- a. memimpin semua pertemuan/rapat Dewan Pengawas;
- b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara rapat Dewan Pengawas yang tidak diatur dalam Statuta Rumah Sakit;
- c. bekerjasama dengan Direktur menangani berbagai hal yang mendesak yang seharusnya diputuskan dan ditetapkan dalam rapat Dewan Pengawas; dan
- d. memberikan wewenang kepada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang dipandang perlu sesuai dengan situasi saat itu jika dalam hal rapat Dewan Pengawas belum sempat diselenggarakan.

## **Bagian Kelima**

### **Direksi**

#### **Pasal 22**

##### **Kedudukan dan Keanggotaan**

- (1) Direksi terdiri dari:
  - a. Direktur;
  - b. Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan;
  - c. Wakil Direktur Penunjang Medik, Diklat, Litbang dan Etika; dan
  - d. Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Keanggotaan Direksi RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan berjumlah 4 (empat) orang dan seorang diantaranya menjadi Direktur, serta 3 (tiga) orang lainnya menjadi Wakil Direktur.
- (3) Kedudukan Direksi RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan sebagai Pimpinan Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan sederajat dengan Lembaga yang pengelolaannya sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

#### **Pasal 23**

##### **Komposisi Pengelola Rumah Sakit**

- (1) Pejabat pengelola rumah sakit adalah pemimpin rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum Daerah yang terdiri atas :
  - a. pemimpin;
  - b. pejabat keuangan; dan
  - c. pejabat teknis
- (2) Pemimpin rumah sakit adalah Direktur, yang bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan rumah sakit secara umum dan keseluruhan.
- (3) Pejabat keuangan rumah sakit adalah Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut pengelolaan keuangan rumah sakit.



- (4) Pejabat teknis rumah sakit adalah Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Wakil Direktur Penunjang Medik yang bertanggung jawab kepada Direktur atas semua kegiatan pelayanan kesehatan, yang meliputi mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.
- (5) Komposisi pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (6) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Gubernur.

#### **Pasal 24**

##### **Pengangkatan dan Pemberhentian**

- (1) Direktur RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur Sulawesi Selatan selaku pemilik.
- (2) Pengangkatan wakil direktur dilaksanakan berdasarkan usulan Dewan Pengawas setelah mendengarkan pertimbangan dari pihak-pihak yang terkait.
- (3) Pemberhentian Jabatan Direksi dilaksanakan oleh Gubernur Sulawesi Selatan selaku pemilik, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### **Pasal 25**

##### **Masa Kerja Direksi**

- (1) Direktur RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.

Masa Kerja Pejabat Pengelola ditetapkan 1 (Satu) Tahun dan dapat diangkat kembali untuk masa jabatan tahun berikutnya.

#### **Pasal 26**

##### **Tugas dan Wewenang Direktur**

- (1) Direktur bertugas untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan RS yang ditetapkan oleh Gubernur Sulawesi Selatan selaku pemilik sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan Peraturan Internal Rumah Sakit serta memperhatikan hasil pelaksanaan tindakan/audit yang dilaksanakan oleh Komite-Komite dan Satuan Pemeriksa Intern (SPI) rumah sakit.
- (2) Direktur mengemban tugas pokok dan fungsi keuangan, kepegawaian, perlengkapan dan administrasi umum atas terselenggaranya kegiatan pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan serta kejasama kemitraan dengan pihak luar.

## **Pasal 27**

### **Kewajiban Direktur**

Direktur mempunyai kewajiban untuk:

- a. memimpin dan mengelola rumah sakit sesuai dengan tujuan RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menjaga, memelihara dan mengelola kekayaan RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan;
- c. mewakili RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan di dalam dan di luar pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah ditetapkan oleh Gubernur Sulawesi Selatan selaku pemilik;
- e. menetapkan kebijakan operasional RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan;
- f. menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan ketentuan dan peraturan keuangan yang berlaku;
- h. menerapkan tata hubungan kerja rumah sakit berdasarkan peraturan internal Rumah Sakit;
- i. mengangkat dan memberhentikan pegawai *Non Pegawai Negeri Sipil (Non- PNS)*;
- j. menetapkan hal-hai yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga nonorer sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. menyetujui pelaksanaan pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program;
- l. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
- m. melaksanakan seluruh kebijakan, ketentuan dan peraturan yang ditetapkan oleh pemerintah baik pusat maupun daerah Provinsi Sulawesi Selatan yang Derhubungan dengan rumah sakit.

## **Pasal 28**

### **Tugas dan Kewenangan Wakil Direktur**

Wakil Direktur dapat bertindak atas nama Direksi masing-masing untuk I t\*iang yang menjadi tugas dan wewenangny.

## **Pasal 29**

### **Persyaratan Menjadi Direksi**

Syarat-syarat diangkat menjadi anggota Direksi adalah:

- a. bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- b. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pengelolaan rumah sakit dan berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemajuan rumah sakit;

- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan bersalah oleh pengadilan;
- d. berkewarganegaraan Indonesia;
- e. sehat Jasmani dan Rohani; dan
- f. pendidikan minimal Strata Dua (S2) atau yang sederajat.

### **Pasal 30**

#### **Tata Cara Pemberhentian Direktur dan Wakil Direktur**

- (1) Direktur diberhentikan oleh Gubernur Sulawesi Selatan.
- (2) Wakil Direktur diberhentikan oleh Gubernur Sulawesi Selatan, berdasarkan usulan Direktur dan melalui pertimbangan dewan pengawas.
- (3) Direksi dapat diberhentikan sebelum habis jabatannya apabila anggota Direksi melakukan tindakan ;
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; dan
  - d. menjadi terpidana karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan yang bersangkutan dengan kepengurusan rumah sakit dan tindak pidana yang diancam dengan hukuman penjara lebih dari 5 tahun.
- (4) Rencana pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) di atas maka diberitahukan secara tertulis oleh Gubernur Sulawesi Selatan kepada Direksi yang bersangkutan.
- (5) Keputusan pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf a, huruf b dan huruf c ditetapkan setelah yang bersangkutan diberi kesempatan membela diri.
- (6) Pembelaan diri sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) Pasal ini, dilakukan secara tertulis kepada Gubernur Sulawesi Selatan dalam jangka waktu 1 (satu) bulan terhitung sejak anggota Direksi yang bersangkutan diberitahu secara tertulis sebagaimana dimaksud dalam ayat (4).
- (7) Selama rencana pemberhentian sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) Pasal ini masih dalam proses maka anggota Direksi yang bersangkutan dapat melanjutkan tugasnya.
- (8) Jika dalam waktu 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggai penyampaian pembelaan diri sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) pasal ini, Gubernur Sulawesi Selatan tidak memberi keputusan pemberhentian anggota Direksi tersebut, maka rencana pemberhentian tersebut batal.
- (9) Kedudukan sebagai Direksi berakhir dengan dikeluarkannya keputusan pemberhentian oleh Gubernur Sulawesi Selatan.

### **Pasal 31**

#### **Hubungan Direksi Dengan Dewan Pengawas**

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit ditentukan oleh Direksi dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Direksi bertanggung jawab kepada Dewan Pengawas.
- (3) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan teknis dalam pengelolaan Rumah Sakit dengan menetapkan kebijakan pelaksanaan integrasi pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit serta dengan menetapkan kebijakan pengembangan usaha.
- (4) Keberhasilan rumah sakit tergantung dari kepengurusan Direksi dan pengawasan dari Dewan Pengawas.

### **Pasal 32**

#### **Koordinasi Antar Direksi**

Dalam menjalankan tugas, kewenangan dan kewajiban Direksi, maka:

- (1) Direktur dapat bertindak atas nama Direksi berdasarkan persetujuan para anggota Direksi lainnya;
- (2) Apabila salah satu atau beberapa anggota Direksi berhalangan tetap menjalankan pekeijaannya atau apabila jabatan itu terulang dan penggantinya belum memangku jabatan maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh anggota Direksi lainnya yang ditunjuk sementara oleh Dewan Pengawas;
- (3) Dalam jangka waktu paling lambat 2 (dua) bulan terhitung sejak teijadinya keadaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal ini, Gubernur Sulawesi Selatan selaku pemilik dapat menunjuk anggota Direksi yang baru untuk memangku jabatan;
- (4) Apabila semua anggota Direksi berhalangan tetap melakukan pekeijaan atau jabatan Direksi dan belum diangkat maka sementara waktu pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Dewan pengawas; dan © Dalam menjalankan tugas dan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 31, Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:
  - a. seorang atau beberapa orang anggota Direksi;
  - b. seorang atau beberapa orang pegawai Rumah Sakit baik sendiri maupun bersama-sama;
  - c. orang atau badan lain yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

### **Pasal 33**

#### **Hubungan Direksi dengan Staf Medis**

- (1) Sebagai pengelola, Direksi mempunyai tugas dan wewenang untuk menetapkan strategi organisasi dan tata keija lengkap dengan rincian tugasnya mengangkat dan menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan yang berlaku.

- (2) Dalam pengelolaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direksi berkewajiban menjamin staf medis melaksanakan tugas dan kewajiban dengan nyaman dan aman.
- (3) Staf medis dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bertanggung jawab kepada Direksi.
- (4) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dapat bersifat pertanggungjawaban profesional administratif antara Direksi dengan staf medis atau bersifat pertanggungjawaban secara mandiri oleh staf medis.

### **Bagian Keenam**

#### **Remunerasi, Honorarium dan Jasa Pelayanan**

##### **Pasal 34**

##### **Remunerasi**

- (1) Prinsip remunerasi diberikan sebagai bentuk penghargaan kepada seluruh karyawan atas prestasi, dedikasi, loyalitas dan terpuji dalam aktifitas sesuai dengan tingkat profesionalisme dan resiko yang harus diemban dalam rangka menjamin keselamatan pemberi pelayanan pasien dan lingkungan kerja.
- (2) Pemerian remunerasi sebagaimana dimaksud ayat (1) diberikan berdasarkan nilai kumulatif kerja dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:
  - a. aspek efisiensi dan efektifitas;
  - b. aspek kinerja pejabat pengelola dan pegawai;
  - c. aspek proporsional;
  - d. aspek kemampuan keuangan BLUD RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan;
  - e. aspek peningkatan kualitas pelayanan; dan
  - f. aspek pengembangan investasi layanan.

##### **Pasal 35**

##### **Honorarium dan Jasa Pelayanan**

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai RSUD mendapatkan honorarium berdasarkan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Pejabat pengelola dan pegawai yang melaksanakan tugas-tugas manajemen atau non medik dapat diberikan honorarium.
- (3) Pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (2), yaitu pegawai atau tenaga yang memiliki tugas dan fungsi memberikan pelayanan administrasi dan umum, sebagai bagian dari satu penyelenggaraan pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.
- (4) Porsi pemberian honorarium sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebesar paling banyak 5 % (lima perseratus) dari pendapatan jasa layanan dan ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

- (5) Pegawai yang secara langsung melakukan pelayanan kepada pasien, diberikan jasa pelayanan.
- (6) Porsi pemberian Jasa Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar sebesar paling banyak 35% (tiga puluh lima perseratus) dari pendapatan jasa layanan.
- (7) Pegawai yang memiliki tugas dan fungsi pelayanan langsung kepada pasien pada RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), terdiri atas :
  - a. tenaga medis;
  - b. tenaga keperawatan;
  - c. penunjang medis; dan
  - d. penunjang non medis.
- (8) Pemberian Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan berdasarkan indikator penilaian sebagai berikut :
  - a. Pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
  - b. Keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*)]
  - c. Risiko kerja (*risk index*);
  - d. Tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
  - e. Jabatan yang disandang (*position index*); dan
  - f. Hasil / capaian kinerja (*performance index*).
- (9) Perhitungan dan penetapan Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hingga ayat (8), diatur dan ditetapkan lebih lanjut oleh Direktur.

## **Bagian Ketujuh**

### **Komite**

#### **Pasal 36**

#### **Umum**

- (1) Komite adalah organ rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari komite medik, komite farmasi dan terapi, komite keperawatan serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (3) Komite berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur rumah sakit.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari dewan pengawas.
- (6) Setiap komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi berbeda i<-suai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit.

**Pasal 37****Komite Medik**

- (1) Ketua dan anggota Komite Medik diangkat dan diberhentikan oleh direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik bertanggungjawab langsung kepada direktur rumah sakit.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Medik dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - d. menjadi terpidana dalam kasus tindak pidana kesehatan atau yang berkaitan dengan rumah sakit; dan
  - e. adanya kebijakan dari pemilik rumah sakit.
- (4) Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) di atas diberitahukan secara tertulis oleh direktur kepada yang bersangkutan.

**Pasal 38**

- (1) Pengaturan mengenai susunan organisasi, keanggotaan, tugas dan fungsi serta rapat-rapat Komite Medik akan diatur secara khusus dalam buku kedua tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff ByLaws*).
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) Ketua dan Anggota Komite Medik dapat melakukan koordinasi dengan Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- (3) Pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Medik dimaksud dalam ayat (2) disampaikan secara tertulis oleh Ketua Komite Medik kepada Direktur Rumah Sakit dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur rumah sakit.

**Bagian Kedelapan****Komite Penunjang Medik****Pasal 39**

- (1) Ketua dan anggota komite penunjang medik diangkat dan diberhentikan oleh direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite penunjang medik bertanggungjawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua dan anggota komite penunjang medik dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;

- b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - d. menjadi terpidana dalam kasus tindak pidana Kesehatan atau yang berkaitan dengan rumah sakit; dan
  - e. adanya kebijakan dari pemilik rumah sakit.
- (4) Pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) di atas diberitahukan secara tertulis oleh direktur kepada yang bersangkutan.

#### **Pasal 40**

- (1) Tugas dan fungsi komite penunjang medik adalah :
- a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga penunjang medik;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga penunjang medik;
  - c. menjaga disiplin etika dan perilaku profesi penunjang medik;
  - d. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
  - e. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga penunjang medik;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
  - g. melakukan seluruh proses kredensial kepada Direktur RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan;
  - h. melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa tenaga penunjang medis adalah tenaga kredibel yang akan melaksanakan pelayanan di rumah sakit;
  - i. mendapatkan dan memastikan penunjang medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
  - j. bersama kepala unit terkait dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
  - k. melaksanakan pendidikan dan pelatihan dalam rangka meningkatkan kemampuan tenaga penunjang medik;
  - k. menyusun jenis kewenangan kega klinis bagi setiap penunjang medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu yang ditetapkan kolegium penunjang medis di Indonesia m. menetapkan dasar untuk menerbitkan penugasan keaja klinis bagi setiap penunjang medik untuk melakukan pelayanan di rumah sakit; n. menjaga reputasi dan kredibilitas para penunjang medik dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, masyarakat dan pemangku kepentingan rumah sakit lainnya.
  - o. mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme pelayanan yang diberikan oleh tenaga yang kompeten sesuai kewenangannya; p. menjaga disiplin, etika dan perilaku tenaga penunjang medik; q. menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian terhadap kompetensi, perilaku dan etika profesi; r. bekerjasama dengan unit yang lain dalam merencanakan program untuk mengatur pelaksanaan tugas dari tenaga penunjan medik; dan s. melakukan pembinaan tenaga penunjang medik secara komprehensif dan berkesinambungan agar melaksanakan tuga



sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud Pada ayat (1) komite penunjang medik dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dimaksud Pada ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud Pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari direktur.

### **Bagian Kesembilan Komite Keperawatan**

#### **Pasal 41**

- (1) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
  - a. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; dan
  - e. adanya kebijakan dari pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

#### **Pasal 42**

- (1) Tugas pokok dan fungsi komite keperawatan adalah:
  - a. menyusun dan menetapkan standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit;
  - b. memantau pelaksanaan asuhan keperawatan;
  - c. menyusun model praktek keperawatan profesional;
  - d. memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan;
  - e. meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi dengan perilaku yang baik;
  - f. bekerja sama dengan Direktur/Bidang Keperawatan dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan sejalan dengan rencana strategis Rumah Sakit;
  - g. memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga keperawatan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan;
  - h. mengkoordinir kegiatan-kegiatan tenaga keperawatan, menyampaikan laporan

kegiatan Komite Keperawatan secara berkala (setahun sekali) kepada seluruh tenaga keperawatan rumah sakit.

- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite Keperawatan dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

## **Bagian Kesepuluh**

### **Komite Etik Rumah Sakit**

#### **Pasal 43**

- (1) Tugas umum Komite Etik Rumah Sakit adalah membantu pimpinan rumah sakit dalam menerapkan kode etik rumah sakit baik diminta, maupun tidak diminta.
- (2) Tugas khusus Komite etik Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
  - a. melakukan pembinaan insan rumah sakit secara komprehensif dan berkesinambungan agar setiap orang menghayati dan mengamalkan kode etik rumah sakit sesuai dengan peran dan tanggung jawab masing-masing. Pembinaan ini merupakan upaya preventive, edukatif dan korektif, terhadap kemungkinan terjadinya penyimpangan atau pelanggaran kode etik rumah sakit;
  - b. memberi nasihat, saran, dan pertimbangan terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat oleh pimpinan atau pemilik rumah sakit;
  - c. menangani masalah-masalah etik yang muncul di dalam rumah sakit;
  - d. membuat pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit, yang terkait dengan etika rumah sakit;
  - e. memberi nasihat, saran, dan pertimbangan etik kepada pihak-pihak yang membutuhkan; dan
  - f. membantu menyelesaikan perselisihan/sengketa medik yang terjadi dilingkungan rumah sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya komite etik rumah sakit wajib menerapkan prinsip kejasama, koordinasi, dan sinkronisasi, dengan komite medik serta struktur lain di rumah sakit sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pimpinan dan anggota komite etik rumah sakit wajib mematuhi peraturan rumah sakit dan bertanggung jawab dengan pimpinan rumah sakit serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.
- (5) Komite etik rumah sakit dapat meminta saran, pendapat atau nasihat dari MAKERSI (Majelis Kehormatan Etik Rumah Sakit Indonesia) daerah bila menghadapi kesulitan.
- (6) Komite etik rumah sakit wajib memberi laporan mengenai pelaksanaan kode etik rumah sakit minimal sekali setahun.
- (7) Komite etik rumah sakit wajib melaporkan masalah etik yang serius atau tidak mampu

ditangani sendiri ke MAKERSI daerah.

#### **Pasal 44**

- (1) Dalam melaksanakan tugas menangani masalah-masalah etika yang dilakukan oleh Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Non Pegawai Negeri Sipil (PNS) dalam lingkup rumah sakit, ketua komite etika rumah sakit wajib menerapkan prinsip kejasama dan sinkronisasi, dengan komite medik, komite keperawatan dan Komite lainnya sesuai bidang tugas masing- masing serta melakukan koordinasi kepada Wakil Direktur Penunjang Medik dan Bidang Pendidikan dan Pelatihan (Diklat), Penelitian dan Pengembangan (Litbang), dan Etika.
- (2) Pelaksanaan pembinaan pelanggaran etika Rumah Sakit terhadap pelanggaran etika yang dilakukan oleh pegawai negeri sipil (PNS) dan Non Pegawai Negeri Sipil (PNS) meliputi Staf Medik dan tenaga keperawatan serta non keperawatan dilaksanakan berdasarkan petunjuk teknis pelaksanaan pembinaan pelanggaran etika Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan.
- (3) Petunjuk teknis pelaksanaan pembinaan pelanggaran etika Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) ditetapkan melalui keputusan Direktur Rumah Sakit.

#### **Bagian Kesebelas**

#### **Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

#### **Pasal 45**

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar ditetapkan dengan Keputusan Direktur untuk menjalankan tugas, fungsi dan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).
- (2) Tugas Pokok dan Fungsi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yang dibentuk oleh Direktur sebagaimana pasal 47 ayat (1) adalah :
  - a. menyusun kebijakan dan strategi peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
  - b. menyusun program mutu dan indikator mutu;
  - c. melakukan koordinasi dengan sub komite yang berada di bawah Komite Mutu dan keselamatan pasien;
  - d. memantau pelaksanaan seluruh program komite mutu dan keselamatan pasien;
  - e. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan seluruh program komite mutu dan keselamatan pasien;
  - f. menyusun laporan hasil kegiatan monitoring dan evaluasi;
  - g. berkoordinasi dengan unit terkait dalam rangka perbaikan hasil evaluasi program mutu;
  - h. memfasilitasi tindak lanjut hasil evaluasi untuk dijadikan sebagai rekomendasi;

- i. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan rencana kegiatan akreditasi nasional dan internasional; j. memfasilitasi pertemuan, pembimbingan internal dan eksternal terkait pelaksanaan akreditasi nasional dan internasional; k. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
  - j. melakukan tugas-tugas lain dalam rangka mewakili direktur untuk mengikuti pertemuan dalam hubungannya dengan perbaikan mutu dan keselamatan pasien; dan m. melakukan evaluasi tahunan program perbaikan mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Tanggung jawab Komite PMKP:
- a. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - b. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan akreditasi nasional dan internasional;
  - c. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi peningkatan mutu;
  - d. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan pasien kepada Direktur; dan
  - e. bertanggung jawab terhadap disiplin dan performa kerja staf di Komite Mutu dan Keselamatan pasien.
- (4) Wewenang Komite PMKP:
- a. merekomendasikan staf dalam pelaksanaan program Komite Mutu dan keselamatan Pasien;
  - b. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu rumah sakit dari unit-unit terkait dilingkungan Rumah Sakit;
  - c. Melakukan koordinasi dengan unit-unit di lingkungan Rumah sakit terkait pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit;
  - d. Memberikan masukan kepada unit terkait dalam hal evaluasi dan tindak lanjut serta dapat memberi rekomendasi setiap program dalam rangka perbaikan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan.

## **Bagian Kedua Belas**

### **Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

#### **Pasal 46**

Tugas Pokok Komite PPI:

- (1) Membuat kebijakan yang terkait dengan program PPI;
- (2) Melaksanakan sosialisasi kebijakan pencegahan dan pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS) agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan Rumah Sakit;
- (3) Membuat pedoman, Standar Operating Prosedur yang terkait dengan program PPI;

- (4) Menyusun dan mengevaluasi pelaksanaan program PPI dan program pelatihan dan pendidikan PPI;
- (5) Bekejasama dengan koordinator pasien safety, keselamatan kesehatan kerja dalam melakukan investigasi masalah kejadian luar biasa atau KLB infeksi nosokomial;
- (6) Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- (7) Mengusulkan dan merencanakan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
- (8) Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan peningkatan wawasan SDM (Sumber Daya Manusia);
- (9) Memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap penggunaan antibiotik;
- (10) Menyusun kebijakan dan pedoman kesehatan dan keselamatan kerja (K3);
- (11) Melakukan investigasi penanggulangan infeksi bila terjadi kejadian luar biasa di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya;
- (12) Merekomendasikan kepada manajemen rumah sakit terkait dengan konstruksi, renovasi bangunan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat linen;
- (13) Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari ; dan
- (14) Melakukan monitoring proses surveilans rumah sakit.

### **Bagian Ketiga Belas**

#### **Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS)**

##### **Pasal 47**

Tugas Pokok Komite K3 RS:

- (1) Memberikan rekomendasi kebijakan kepada Direktur terkait permasalahan K3 di RS;
- (2) Mengumpulkan dan mengolah data dan informasi K3 di tiap unit/ instalasi/ bagian di RS;
- (3) Melaksanakan penyuluhan dan pembinaan, pengawasan serta pelatihan K3 di RS;
- (4) Merencanakan dan melaksanakan program K3 di RS;
- (5) Melakukan monitoring dan evaluasi program K3 di RS.

### **Bagian Keempat Belas**

#### **Pasal 48**

##### **Rapat Kerja, Rapat Direksi dan Rapat Rutin**

- (1) Rapat kerja tahunan membicarakan pelaksanaan program kerja dan masalah-masalah yang timbul serta evaluasi hambatan dan kendala yang terjadi pada masa lalu.
- (2) Rapat Direksi terbatas yaitu rapat yang dilakukan dimana pertemuan tersebut hanya dihadiri oleh Dewan Pengawas dan Direksi.

- (3) Rapat rutin direksi dilakukan setiap hari Jumat.
- (4) Rapat Koordinasi yaitu rapat yang melibatkan semua elemen Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan yang meliputi seluruh pejabat Direktur, Wakil Direktur, Bidang, Bagian, Seksi, Sub Bagian dan seluruh jabatan fungsional serta yang terkait, yang diadakan setiap minggu pada hari Senin.

#### **Pasal 49**

##### **Rapat Direksi**

- (1) Rapat Direksi diselenggarakan paling 1 (satu) minggu sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) pasal ini dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai dengan tugas kewenangan dan kewajiban masing-masing.
- (3) Keputusan rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (5) Dalam rapat-rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang rapat Dewan Pengawas.
- (6) Rapat koordinasi dengan pejabat struktural dan fungsional lainnya diselenggarakan pada tanggal 17 setiap bulan.
- (7) Untuk setiap rapat harus dibuat notulen rapat oleh Sekretaris Administrasi Umum Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan.

#### **Bagian Kelimabelas**

##### **Pasal 50**

##### **Sumber Dana, Sarana dan Prasarana**

- (1) Dalam penyelenggaraan pendidikan, penelitian dan pelayanan, sumber dana rumah sakit diperoleh dari subsidi pemerintah melalui APBD Provinsi Sulawesi Selatan, penerimaan rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), bantuan dan hibah dari dalam maupun luar negeri.
- (2) Pembiayaan yang berasal dari Pemerintah terdiri atas subsidi operasional dan Anggaran Pembangunan.
- (3) Penerimaan Rumah Sakit berasal dari:
  - a. penerimaan dari pasien/pelayanan kesehatan;
  - b. penerimaan dari pendidikan dan pelatihan;
  - c. penerimaan dari penelitian; dan
  - d. penerimaan lain-lain yang tidak mengikat.
- (4) Penerimaan lain-lain yang tidak mengikat diatur melalui Keputusan Direktur setelah melalui persetujuan Dewan Pengawas Rumah Sakit. Bantuan, Sumbangan dan hibah dari perorangan, lembaga pemerintah dari dalam dan luar negeri.
- (5) Penggunaan dana yang berasal dari pemerintah baik dalam bentuk subsidi operasional

maupun anggaran pembangunan diatur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (6) Penerimaan dan Penggunaan dana yang diperoleh dari bantuan, sumbangan dan hibah dan dana dari luar negeri diatur sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

## **Bagian Keenambelas**

### **Pasal 51**

#### **Kerja Sama**

- (1) Kerja sama antara Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan dengan pihak luar dilaksanakan dengan tujuan untuk menjamin relevansi pelaksanaan pendidikan, penelitian dan pelayanan, dengan pembangunan bidang kesehatan.
- (2) Semua bentuk kejasama kemitraan dengan pihak luar difasilitasi oleh Bagian Pemasaran dan Kerjasama serta Bagian Hukum kemudian dikonsultasikan ke instansi yang terkait.
- (3) Pihak ketiga yang bekerjasama dengan Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan dapat berupa badan usaha, badan hukum/yayasan baik profit maupun non profit, yang menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pelayanan. baik pemerintah maupun swasta, baik dalam negeri maupun luar negeri.
- (4) Kerjasama dengan pihak ketiga dapat berupa:
  - a. pemanfaatan asset Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan untuk pendidikan /penelitian/pelayanan dan upaya lain-lain;
  - b. pemanfaatan asset pihak ketiga untuk pendidikan/penelitian/pelayanan dan upaya lain-lain, oleh pihak Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan secara sendiri atau kejasama dengan pihak ketiga; dan
  - c. pembangunan atau pengadaan barang modal (bergerak atau tidak bergerak) untuk pendidikan / penelitian /pelayanan dan upaya lain-lain.
- (5) Pola kerjasama yang dapat dilaksanakan adalah:
  - a. kejasama pemberian sumbangan atau hibah;
  - b. kejasama penyewaan lahan/ alat/ atau pemanfaatan SDM;
  - c. kerjasama pembangunan/pengadaan(oleh pihak ketiga), pengoperasian (oleh pihak ketiga atau pihak Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan atau dilakukan secara bersama-sama) dan penyerahan (oleh pihak ketiga kepada Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan);
  - d. kejasama pembangunan /pengadaan oleh pihak ketiga dan diserahkan kepada Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan untuk dioperasikan bersama (*Build-Transfer-Operate*),
  - e. kejasama pembangunan/ pengadaan (oleh pihak ketiga), penyewaan (oleh Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan kepada pihak ketiga), penyerahan (oleh pihak ketiga kepada Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan) atau *Build-Lease-Transfer*,

- f. kejasama pembangunan/ pengadaan (oleh pihak ketiga), pengoperasian bersama dan bagi hasil (Kejasama Operasional/ KSO atau *Joint Venture*; dan
  - g. kejasama jejaring dalam bidang pendidikan, penelitian dan pelayanan.
- (6) kejasama dalam bentuk KSO (Kerjasama Operasional), Kontrak Services kala besar harus mendapat persetujuan Dewan Pengawas.

**Bagian Ketujuhbelas**  
**Kebijakan Teknis Operasional**

**Pasal 52**

Kebijakan teknis operasional Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan tidak boleh bertentangan dengan peraturan internal rumah sakit.

**Bagian Kedelapan Belas**  
**Satuan Pemeriksa Internal (SPI)**

**Pasal 53**

**Umum**

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksa Internal (SPI) bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang ketua dan anggota satuan pemeriksa internal yang diangkat dan diberhentikan oleh direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

Ketua dan anggota Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dapat diberhentikan sebelum habis jabatannya apabila berdasarkan kenyataan Ketua dan anggota Satuan Pemeriksa Internal (SPI):

- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; dan
  - d. menjadi terpidana karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan yang bersangkutan dengan kepengurusan rumah sakit dan tindak pidana yang diancam dengan hukuman penjara lebih dari 5 tahun.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) di atas diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
  - (5) Keputusan pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) huruf a, huruf b dan huruf c ditetapkan setelah yang bersangkutan diberi kesempatan membela diri.

**Pasal 54**

**Tugas dan Pungsi**

- (1) Tugas pokok Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah melaksanakan pemeriksaan dan



penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan di rumah sakit agar bejalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.

- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana yang dimaksud ayat (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi:
- a. merancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian internal;
  - b. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan audit manajemen dan operasional;
  - c. memberikan pembinaan dan konsultasi tentang manajemen resiko terkait dengan pengendalian internal;
  - d. melakukan evaluasi kegiatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. melakukan pemantauan tindak lanjut hasil temuan Laporan Pengawasan Harian/Bulanan (LHP).
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) di sampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada direktur.

### **Bagian Kesembilan belas**

#### **Pengelolaan Sumber Daya Manusia**

##### **Pasal 55**

##### **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 56**

##### **Pengangkatan Pegawai**

- (1) Pegawai Rumah Sakit Haji Makassar dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan Pegawai Rumah Sakit Haji Makassar 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 Haji Makassar yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

##### **Pasal 57**

##### **Perpindahan Pegawai**

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
  - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan

- keterampilannya;
- b. masa kerja diunit tertentu;
  - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu; d kegunaannya dalam menunjang karir; dan
  - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

## **Pasal 58**

### **Pemberhentian Pegawai**

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang pemberhentian pegawai negeri sipil.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. meninggal dunia;
  - b. atas permintaan sendiri;
  - c. mencapai batas usia 58 tahun;
  - d. perampangan organisasi Rumah Sakit;
  - e. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non PNS; dan
  - f. tidak tersedia anggaran untuk memberi nafkah kepada pegawai Non PNS.

## **Bagian Kedua Puluh**

### **Penyelenggaraan PPK BLUD**

## **Pasal 59**

### **Otonomi Pengelolaan**

- (1) RSUD mempunyai kewenangan di bidang pengelolaan SDM, keuangan dan pengelolaan aset, serta kerjasama dengan pihak ketiga sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Otonomi pengelolaan keuangan meliputi fleksibilitas dalam hal pengelolaan praktek bisnis rumah sakit yang sehat dan produktif.
- (3) Otonomi pengadaan dan pengelolaan aset yang bersumber dari pendapatan dibentuk unit layanan pengadaan
- (4) Otonomi kejasama dengan pihak ketiga dilakukan berdasarkan praktek bisnis yang sehat dengan prinsip efisiensi dan efektifitas dan saling menguntungkan

## **Pasal 60**

### **Penyelenggaraan Kegiatan**

- (1) Penyelenggaraan kegiatan rumah sakit terdiri dari kegiatan administrasi dan manajemen serta kegiatan pelayanan kesehatan
- (2) Kegiatan pelayanan administrasi dan manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :

- a. dalam hal BLUD yang memberi pelayanan yang bersifat wajib kepada masyarakat dapat melaksanakan pengeluaran sebelum penetapan RBA definitif;
  - b. RBA definitif sebagaimana dimaksud pada huruf a digunakan sebagai acuan dalam menyusun Dokumen Pelaksana Anggaran (DPA) RSUD untuk diajukan kepada Pejabat Penatausahaan Keuangan Daerah (PPKD);
  - c. DPA RSUD sebagaimana dimaksud pada huruf b paling sedikit mencakup seluruh pendapatan dan belanja, proyeksi arus kas, serta jumlah dan kualitas jasa dan/atau barang yang akan dihasilkan oleh RSUD
  - d. PPKD mengesahkan dokumen pelaksanaan anggaran RSUD paling lama tanggal 31 Desember menjelang awal tahun anggaran
  - e. DPA yang telah disahkan oleh PPKD, sesuai dengan kewenangannya sebagaimana dimaksud pada huruf d menjadi dasar penarikan dana yang bersumber dari APBD oleh RSUD.
- (3) Kegiatan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
- a. kegiatan pelayanan medis;
  - b. pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - c. pelayanan asuhan keperawatan;
  - d. pelayanan rujukan;
  - e. pelayanan pendidikan dan pelatihan;
  - f. promosi kesehatan;
  - g. rehabilitasi medis;
  - h. penelitian dan pengembangan;
  - i. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan; dan j.  
pelayanan keluarga miskin.

### **Pasal 61**

#### **Pengelolaan Keuangan**

Prinsip pengelolaan keuangan yang berasal dari fungsional rumah sakit mengacu kepada Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) dan akan dilakukan perubahan secara bertahap mengacu kepada pola standar Akuntansi Akuntan -conesia (SAK) dengan prinsip efisiensi dan efektifitas guna memperoleh kecepatan, ketersediaan dan akses layanan yang tepat. Sedangkan untuk SLjr.ber penerimaan yang berasal dari pemerintah daerah (DAU) akan mengacu kepada standar yang ditetapkan Peraturan Gubernur mengacu kepada ketentuan Peraturan Menteri Dalam Negeri.

### **Pasal 62**

#### **Tarif Layanan**

Kebijakan yang berkaitan dengan penetapan tarif layanan mengacu kepada Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur atau Keputusan Direktur yang ditetapkan yang senantiasa akan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan «kalasi dan perubahan nilai indeks

komoditas yang berlaku di pasar dan -perhitungkan dalam perhitungan berbasis unit cost. Untuk layanan kelas III pemerintah mengacu kepada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan mengacu kepada pendekatan INA-CBG's yang berlaku.

### **Pasal 63**

#### **Pengelolaan Pendapatan**

- (1) Pendapatan RSUD bersumber dari :
  - a. APBN;
  - b. APBD;
  - c. Jasa Layanan RSUD;
  - d. Hibah;
  - e. Hasil kerjasama RSUD dengan pihak ketiga; dan
  - f. Pendapatan lain RSUD yang sah
- (2) Pendapatan RSUD yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a adalah pendapatan yang berasal bukan dari kegiatan pembiayaan APBN.
- (3) Pendapatan RSUD yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran Pemerintah Daerah bukan dari kegiatan APBD.
- (4) Pendapatan RSUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c adalah imbalan yang diperoleh dari layanan yang diberikan.
- (5) Pendapatan RSUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dapat berupa hibah terikat dan hibah tak terikat.
- (6) Hibah terikat sebagaimana pada ayat (5) adalah pendapatan yang diperoleh dari masyarakat atau badan lainnya yang diperlakukan sesuai peruntukan dan dapat ditujukan untuk membiayai kegiatan operasional, aset tetap, investasi keuangan (endowment) atau pembebasan kewajiban, tergantung tujuan pemberi hibah.
- (7) Hasil kerjasama dengan pihak ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang tidak berhubungan langsung dengan tugas pokok dan fungsi RSUD.
- (8) Pendapatan lain RSUD yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f terdiri dari :
  - a. hasil penjualan kekayaan RSUD yang tidak dipisahkan;
  - b. hasil pemanfaatan kekayaan RSUD;
  - c. pendapatan bunga;
  - d. tuntutan ganti rugi;
  - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing; dan
  - f. pendapatan lainnya yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Pasal 64****Pengadaan Barang/Jasa**

- (1) Pengadaan barang dan jasa di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan dilakukan oleh Panitia Pengadaan dan atau Pejabat Pengadaan yang diangkat oleh Gubernur Sulawesi Selatan atas usul Direktur.
- (2) Pejabat Pengadaan yang ditugaskan secara khusus untuk melaksanakan pengadaan barang/jasa guna keperluan Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku bagi pengadaan barang/jasa pemerintah.
- (3) Pelaksanaan pengadaan barang/jasa harus dilakukan berdasarkan prinsip efisien dan ekonomis sesuai praktik bisnis yang sehat.
- (4) Panitia dan Pejabat Pengadaan bertanggungjawab langsung kepada Pejabat Pembuat Komitmen Satuan Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Sulawesi Selatan.

**Pasal 65****Pengelolaan Barang**

- (1) Direktur sebagai Pimpinan BLUD selaku pengguna barang bertanggung jawab atas pengelolaan dan penatausahaan barang milik Pemerintah Daerah yang berada dalam penguasaannya dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pimpinan BLUD selaku pengguna barang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam melaksanakan program dan kegiatan menunjuk kuasa pengguna barang BLUD dan bertanggung jawab atas pelaksanaan tugasnya kepada Direktur selaku pengguna Barang.
- (3) Pengelolaan serta penatausahaan barang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan secara periodik kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Penguasaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan kuasa yang dilimpahkan oleh Gubernur.

**Pasal 66****Akuntansi dan Pelaporan**

- (1) Pengelolaan keuangan RSUD menerapkan sistem pengelolaan keuangan BLUD.
- (2) Pengelolaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (3) Setiap transaksi keuangan harus diakuntasikan dan sokumen atau bukti pendukungnya dikelola secara aman dan tertib

**Pasal 67****Prosedur Akuntansi**

- (1) Setiap transaksi keuangan RSUD menggunakan bukti transaksi/ pembukuan dan bukti pendukung.
- (2) Bukti transaksi/pendukung dan bukti pendukung sebagaimana dimaksud pada

ayat (1) menggunakan bukti pembukuan intern dan ekstern.

- (3) Bukti pembukuan intern sebagaimana dimaksud pada ayat(2) merupakan bukti pembukuan yang dikeluarkan oleh BLUD.
- (4) Bukti pembukuan eksterm sebagaimana dimaksud pada ayat(2) merupakan bukti pembukuan yang diperoleh dari luar BLUD
- (5) Bukti pendukung sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bukti tambahan/pelengkap dan digunakan sebagai dasar pembukuan, antara lain :
  - a. order pembelian barang;
  - b. kontrak pembelian dan penjualan; dan
  - c. instruksi pengangkutan.
- (6) Aset tetap yang diperoleh melalui pembelian, hibah, tukar guling (ruislag), tukar tambah serta pembangunan baik yang diselesaikan dalam satu periode atau lebih
- (7) Aset tetap yang diperoleh baik dengan cara apapun dalam periode yang bersangkutan diterima oleh bendahara barang untuk dicatat di buku inventaris barang. Fungsi akuntansi pada bagian akuntansi dan verifikasi mencatatkan seluruh biaya yang berkaitan dengan perolehan aktiva tetap saat biaya dikeluarkan melalui bendahara pengeluaran dengan mencantumkan uraian akun lawan asai pengeluaran kas yang berkaitan.
- (8) Aset tetap yang diperoleh setelah beberapa periode akan dicatat oleh bendahara barang di buku inventaris pada saat diserahterimakan. Fungsi akuntansi melakukan penyesuaian pencatatan akun menjadi aset pada saat aset menjadi milik pihak RSUD.
- (9) Biaya penyusutan dilakukan perhitungan dan pencatatan disetiap akhir tahun pada pos yang telah ditentukan
- (10) Secara periodik jurnal atas transaksi pengeluaran kas diposting ke dalam buku besar rekening pengeluaran.
- (11) Setiap akhir periode semua buku besar ditutup sebagai dasar penyusunan laporan keuangan.
- (12) Saldo akhir setiap periode kemudian dipindahkan menjadi saldo awai periode berikutnya.

## **Pasal 71**

### **Prosedur Akuntansi Selain Kas**

- (1) Prosedur akuntansi selain kas merupakan prosedur akuntansi atas transaksi atau kejadian yang tidak mengakibatkan penerimaan dan pengeluaran kas (non kas) yang tercakup dalam buku jurnal umum.
- (2) Transaksi selain kas mencakup ;
  - a. piutang, antara lain dari klaim asuransi dan sumber lain sesuai peraturan perundang-undangan;
  - b. pembelian secara kredit atas transaksi pembelian barang/ jasa;
  - c. koreksi kesalahan pencatatan atas transaksi yang telah dibukukan dalam buku

- jurnal dan telah diposting ke buku besar;
- d. penerimaan/pembelian hibah /donasi selain kas dari pihak ketiga
  - e. retur pembelian kredit;
  - f. penerimaan aktiva tetap tanpa konsekuensi kas akibat adanya tukar menukar (ruislag) dengan pihak ketiga; dan
  - g. penyesuain penutupan buku.
- (3) Bukti transaksi selain kas mencakup :
- a. bukti memorial;
  - b. berita acara penerimaan batang/jasa;
  - c. berita acara serah terima barang/jasa;
  - d. bukti retur; dan
  - e. bukti pendukung lainnya.
- (4) Buku yang digunakan untuk mencatat transaksi selain kas mencakup :
- a. buku jurnal umum;
  - b. buku besar; dan
  - c. buku besar pembantu.

## **Pasal 72**

### **Laporan Keuangan**

- (1) Laporan keuangan intern RSUD meliputi ;
  - a. laporan posisi keuangan (neraca);
  - b. laporan kinerja keuangan (Surplus-Defisit)
  - c. laporan arus kas;
  - d. laporan perubahan ekuitas dana;
  - e. catatan atas laporan keuangan; dan
  - f. laporan akuntansi manajemen sesuai kebutuhan
- (2) Laporan keuangan RSUD merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari laporan pertanggungjawaban keuangan pemerintah daerah.
- (3) Laporan keuangan RSUD sebagaimana pertanggung jawaban dana APBD berupa laporan realisasi anggaran, laporan kinerja operasional, laporan keadaan kas, laporan pencapaian target RBA defenitif sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

## **Bagian kedua puluh satu Organisasi Pelaksana**

### **Pasal 73**

Untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi-instalasi yang merupakan unit pelaksana layanan.

- (1) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ditetapkan oleh Direktur

- (2) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur
- (3) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis baik Pegawai Negeri Sipil maupun Non Pegawai Negeri Sipil.

#### **Pasal 74**

##### **Pejabat Fungsional**

- (1) Pejabat fungsional rumah sakit terdiri dari sejumlah tenaga medis fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Masing-masing tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di lingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.
- (3) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan tenaga dan beban kerja
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **Pasal 75**

- (1) Staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesional lain yang terkait.

### **Bagian kedua puluh dua**

#### **Tata Kerja**

##### **Pasal 76**

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dilingkungannya serta dengan instansi lain sesuai tugas masing-masing.

##### **Pasal 77**

Setiap pimpinan unit kerja wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

##### **Pasal 78**

Setiap pimpinan unit kerja bertanggung jawab memimpin dan ordinasikan bawahannya dan memberikan bimbingan serta petunjuk pelaksanaan tugas dan bawahannya.

##### **Pasal 79**

Setiap pimpinan unit kerja wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan tanggung jawab



kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada

### **Pasal 80**

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan unit kerja dari bawahan liolah dan dipergunakan sebagai bahan untuk menyusun laporan lebih

### **Pasal 81**

Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Sub. Bagian/Seksi, dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

### **Pasal 82**

Dalam menyampaikan laporan kepada atasan, tembusan laporan beserta semua lampirannya wajib disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan keija.

### **Pasal 83**

Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat secara berkala.

## **Bagian ke dua puluh tiga**

### **Eselon**

### **Pasal 84**

Eselon jabatan struktural di Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

- a. Direktur adalah Eselon II b
- b. Wakil Direktur Eselon III a
- c. Kepala Bagian dan Kepala Bidang adalah Eselon III.b; dan
- d. Kepala Sub. Bagian / Seksi adalah Eselon IV a

## **Bagian Kedua puluh empat**

### **Tuntutan Umum**

### **Pasal 85**

- (1) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSUD bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan dalam kerangka melaksanakan tugas.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang bersifat pidana yang penyelesaiannya di luar kewenangan institusi, maka RSUD tidak bertanggung jawab.

## **Bagian Keduapuluhlima**

### **Pasal 86**

#### **Tata urutan peraturan**

Tata urutan peraturan yang dibuat dan dikomunikasikan di lingkungan RSUD adalah sebagai berikut:

- a. Peraturan Gubernur;
- b. Keputusan Gubernur; dan
- c. Keputusan Direktur RSUD

## **Bagian Keduapuluhenam**

### **Pasal 87**

#### **Pengelompokkan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung**

- (1) RSUD merupakan unsur penunjang perangkat daerah yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah, RSUD dipimpin oleh seorang Direktur.
- (2) RSUD mempunyai tugas pokok membantu Gubernur dalam menyelenggarakan tugas-tugas pemerintah provinsi di bidang pelayanan kesehatan pendidikan dan penelitian.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), RSUD mempunyai fungsi :
  - a. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan medik;
  - b. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan penunjang medik;
  - c. penyelenggaraan pelayanan rehabilitasi;
  - d. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan dan asuhan kepe rawatan;
  - e. penyelenggaraan kebijakan operasional pelayanan rujukan;
  - f. penyelenggaraan kebijakan operasional pendidikan dan pelatihan;
  - g. penyelenggaraan kebijakan operasional penelitian dan pengembangan;
  - h. penyelenggaraan kebijakan operasional administrasi umum dan keuangan; dan
  - i. penyelenggaraan kejasama pendidikan dan peraktek keija lapangan.

## **Bagian keduapuluhtujuh**

### **Perencanaan dan Penganggaran**

#### **Pasal 88**

##### **Perencanaan**

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis rumah sakit.
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.

- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kineija.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan paling lama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kineija keuangan tahunan paling 5 (lima) tahun.

### **Pasal 89**

#### **Penganggaran**

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

### **Pasal 90**

- (1) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89, memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (forward estimate);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja

Daerah.

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

### **Pasal 91 Persetujuan**

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 88 ayat (1) mendapat persetujuan Gubernur dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran Pasal 90 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.
- (3) Kebijakan dan Prosedur dalam rangka pelaksanaan program dan kegiatan dapat ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku .

### **Bagian kedupuluhdelapan**

#### **Pembinaan , Pengawasan, Evaluasi dan Penilaian Kinerja**

### **Pasal 92**

#### **Pembinaan dan Pengawasan**

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Gubernur, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

### **Pasal 93**

#### **Evaluasi dan Penilaian Kinerja**

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar. Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar diajukan oleh Direktur kepada Gubernur sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Gubernur dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian Hukum, Humas dan Pemasaran Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar.

- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil) yang mulai diterapkan pada tahun 2014.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan setiap tahun oleh Gubernur 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 sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA. Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 Petunjuk Teknis Peijanjian Kinerja, Laporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, menyebutkan bahwa laporan Akuntabilitas Kinerja adalah laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.
- (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Gubernur.
- (8) LAKIP Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar berpedoman kepada Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 Petunjuk Teknis Peijanjian Kinerja, Laporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
- (9) Evaluasi untuk Dewan Pengawas Rumah Sakit oleh Gubernur minimal setahun sekali.

### **BAB III**

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

##### **Bagian Kesatu**

##### **Identitas dan Ketentuan Umum**

##### **Pasal 94**

##### **Nama**

- (1) Nama peraturan ini adalah Peraturan Internal Staf Medis RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan
- (2) Peraturan internal staf medis disusun oleh komite medik dan disahkan oleh direktur rumah sakit
- (3) Peraturan staf medis berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh komite medik dan staf medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical govemance*) di rumah sakit.

## Pasal 95

### Ketentuan Umum Peraturan Internal Staf Medis

Dalam Peraturan Internal Staf Medis ini yang dimaksud dengan:

- (1) 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.
- (2) Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di rumah sakit.
- (3) Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- (4) Peraturan internal rumah sakit adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
- (5) Peraturan internal korporasi 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.
- (6) Peraturan internal staf medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
- (7) 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*).
- (8) Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
- (9) Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (10) Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
- (11) Audit medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
- (12) Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

## **Pasal 96**

### **Tujuan**

Tujuan dibuatnya peraturan internal staf medis adalah:

- (1) Menjadi acuan mekanisme pengambilan keputusan komite medik dan menjadi dasar hukum yang sah untuk setiap keputusan yang diambil sesuai dengan mekanisme yang ditentukan oleh peraturan internal staf medis.
- (2) Agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (3) Memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik. Putusan itu dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- (4) Menjadi dasar hukum yang sah untuk setiap keputusan yang diambil direktur rumah sakit yang mengambil keputusan sesuai dengan lingkup tugasnya yang terkait dengan staf medis.
- (5) Memuat pengaturan pokok untuk menegakkan profesionalisme tenaga medis dengan mengatur mekanisme pemberian izin melakukan pelayanan medis (*entering to the profession*), mekanisme mempertahankan profesionalisme (*maintaining professionalism*), dan mekanisme pendisiplinan (*expelling from the profession*).
- (6) Mengatur tugas spesifik dari subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi sesuai dengan kondisi rumah sakit.
- (7) Mengatur mekanisme pertanggungjawaban komite medik kepada direktur rumah sakit untuk hal-hal yang terkait dengan penyelenggaraan profesionalisme kedokteran di rumah sakit.
- (8) Mengatur kewajiban direktur rumah sakit untuk menyediakan sumber daya yang dibutuhkan oleh komite medik untuk melaksanakan tugasnya, seperti kebutuhan ruangan, petugas sekretariat, sarana dan prasarana komite medik, termasuk penyelenggaraan pertemuan dan mendatangkan mitra bestari.
- (9) Mengatur kewajiban direktur rumah sakit dalam menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur (*policy and procedures*) yang terkait dengan kredensial, mutu profesi dan disiplin profesi.

## **Pasal 97**

### **Ruang Lingkup Peraturan Internal**

- (1) Peraturan Internal staf medis ini berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan praktik kedokteran di rumah sakit.
- (2) Seluruh staf medis yang praktik di rumah sakit sebagaimana dimaksud dengan ayat (1) dikelompokkan dalam KSM (kelompok staf medis) sebagai unit ketja fungsional rumah sakit.

## **Bagian Kedua**

### **Staf Medis**

#### **Pasal 98**

##### **Kategori Staf Medis**

- (1) Dokter yang dapat melakukan tindakan medis di rumah sakit terdiri dari :
  - a. staf medis rumah sakit yang telah dinyatakan memenuhi syarat kredensial oleh Komite Medis; dan
  - b. dokter konsultan yang diundang (*invited medical consultant*).
- (2) Dokter konsultan yang diundang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat melakukan tindakan medis di rumah sakit setelah memenuhi syarat tertentu yang telah disepakati oleh kedua belah pihak/rumah sakit pengampu.

#### **Pasal 99**

##### **Kebutuhan Staf Medis Rumah Sakit**

- (1) Setiap permohonan untuk menjadi staf medis rumah sakit akan dievaluasi, dan dapat dikabulkan atau ditolak, sejalan dengan kebutuhan rumah sakit dan kemampuan rumah sakit.
- (2) Faktor yang digunakan untuk mempertimbangkan kebutuhan rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan Rencana Strategis Rumah Sakit.
- (3) Direktur akan menerbitkan perjanjian perikatan antara rumah sakit dengan staf medis setelah dipenuhi ketentuan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
- (4) Direktur menerbitkan Keputusan pengangkatan dan penempatan staf medis yang telah diterima baik sebagai dokter tetap ataupun dokter tidak tetap.

#### **Pasal 100**

##### **Syarat Penerimaan Staf Medis**

- (1) Setiap staf medis yang akan bekerja di rumah sakit harus telah memenuhi kualifikasi tertentu sebagaimana dipersyaratkan dalam *Médical Staf By Laws (MSBL)* ini.
- (2) Syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinilai oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial dengan suatu tata cara yang ditetapkan dalam *MSBL* ini.
- (3) Syarat sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri dari syarat administratif dan syarat keprofesian.
- (4) Syarat administratif sebagaimana dimaksud ayat (1) dinilai oleh direktur rumah sakit melalui sub bagian Kepegawaian.
- (5) Syarat keprofesian sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dinilai oleh Komite Medik melalui Subkomite Kredensial dengan suatu tata cara yang ditetapkan oleh peraturan internal ini.
- (6) Pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi:



## a. kompetensi:

- 1.berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang;
- 2.kognitif;
- 3.afektif; dan
- 4.psikomotor.

## b. kompetensi fisik;

## c. kompetensi mental/perilaku; dan

d. Perilaku etis (*ethical standing*).

### **Pasal 101**

#### **Persyaratan Administratif dan Keprofesian Staf Medis**

(1)Syarat administratif calon staf medis sebagaimana dimaksud pasal 7 ayat (3) adalah sebagai berikut :

- a. memiliki ijazah sebagai dokter atau dokter gigi dari perguruan tinggi yang diakui oleh pemerintah;
- b. memiliki sertifikat kompetensi yang diterbitkan oleh Kolegium terkait;
- c. memiliki surat bukti angkat sumpah dokter;
- d. memiliki surat tanda registrasi (STR) legalisir asli yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI);
- e. surat pernyataan belum memiliki 3 (tiga) surat ijin praktik atau tempat praktik di tempat lain.

(2) Syarat keprofesian calon staf medis sebagaimana dimaksud pasal 7 ayat (4) adalah sbb :

- a. lulus penilaian kompetensi oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial;
- b. lulus penilaian psikotest oleh psikolog yang ditunjuk oleh Rumah Sakit;
- c. menunjukkan kemauannya untuk memberikan pelayanan medis yang berkualitas pada pasien dan mementingkan keselamatan atau kepentingan pasien;
- d. menunjukkan kemauan untuk mematuhi statuta rumah sakit dan peraturan internal staf medis, kebijakan, prosedur dan berbagai ketentuan rumah sakit dengan menandatangani surat persetujuan; dan
- e. Bebas dari keadaan fisik yang dapat mendiskualifikasi kemampuannya dalam memberikan pelayanan medis.

### **Bagian Ketiga**

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

### **Pasal 102**

Kewenangan klinis diberikan kepada staf medis melalui proses kredensial yang dilakukan oleh komite medik sesuai dengan peraturan internal staf medis di rumah sakit.

## Pasal 103

### Persyaratan Kewenangan Klinis

- (1) Hanya staf medis yang telah memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada pasal 105 ayat (1) dan (2) yang dapat diusulkan untuk diberi kewenangan menangani pasien di rumah sakit sesuai dengan kompetensi dan persyaratan yang telah ditentukan.
- (2) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (3) Daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) 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 (*delineation of clinical privilege*); dan
  - c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (5) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.  
Rekomendasi dilaporkan kepada direktur untuk selanjutnya ditetapkan oleh direktur.
- (6) Tenaga medis yang telah direkomendasikan berhak memperoleh surat tanda penerimaan dari direktur dan ditindaklanjuti dengan diberikan surat penugasan klinis (*clinical appointment*)
- (7) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (8) 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 an tara lain melalui mekanisme pendampingan (*proetoring*).
- (9) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
  - a. pendidikan
    1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah luar negeri dan sudah diregistrasi; dan
    2. menyelesaikan program pendidikan konsultan

- b. perizinan (lisensi):
  - 1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
  - 2. memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
  - 1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  - 2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. Kualifikasi personal:
  - 1. riwayat disiplin dan etik profesi;
  - 2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  - 3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  - 4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
  - 5. memiliki asuransi proteksi profesi [*professional indemnity Insurance*].
- e. pengalaman di bidang keprofesian
  - 1. Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
  - 2. Riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi

#### **Pasal 104**

##### **Kewenangan melakukan tindakan medis**

- (1) Setelah mendapatkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) dari Direktur yang ditetapkan dengan suatu surat keputusan, staf medis hanya dapat melakukan tindakan medis sesuai dengan spesialisasi dan kemampuannya secara khusus, kecuali dalam keadaan darurat di rumah sakit.
- (2) Tenaga medis yang telah memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), berhak memperoleh surat tanda penerimaan dari direktur, yang harus ditindak lanjuti dengan pembuatan Surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*)
- (3) Tenaga medis sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) harus :
  - a. mempunyai Surat Izin Praktek dan Surat Tanda Registrasi yang masih berlaku;
  - b. lolos uji integritas, dan perilaku oleh Komite Medik;
  - c. memiliki surat penugasan sebagai dokter dan syarat lain yang berkaitan dengan peraturan kepegawaian yang berlaku pada Pemerintah Kota;
  - d. bersedia menandatangani surat perjanjian pemberian pelayanan profesional di RSUD;
  - e. menunjukkan kemampuannya untuk memberikan pelayanan medis yang berkualitas pada pasien;
  - f. menunjukkan kemauan untuk mematuhi *Hospital By Laws* rumah sakit dan MSBL, kebijakan prosedur, dan berbagai ketentuan rumah sakit sesuai dengan jenis kategorinya;

- g. mematuhi prinsip umum etika kedokteran;
  - h. bebas dan keadaan yang dapat mendiskualifikasi kemampuannya dalam memberikan pelayanannya akibat adanya kendala fisik, mental, maupun perilaku yang dapat berpengaruh pada keterampilan, sikap, atau kemampuan pengambilan keputusan;
  - i. menunjukkan kemampuan untuk bekerjasama dengan koleganya, keperawatan, staf penunjang medis, dan warga rumah sakit lainnya; dan
  - j. mentaati semua peraturan yang berlaku di RSUD, tidak terkecuali peraturan kepegawaian yang berlaku umum pada Pemerintah Kota
- (4) Penugasan Klinis sebagaimana tercantum pada ayat (2) terdiri dari:
- a. penugasan klinis biasa sebagai staf medis di rumah sakit; dan
  - b. penugasan klinis sementara sebagai dokter tamu atau konsultan tamu.
- (5) Tenaga medis yang telah memperoleh penugasan klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit dan wajib menyetujui untuk melaksanakan praktik kedokteran sesuai dengan standar profesi, kompetensi dan standar prosedur operasional.
- (6) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) akan dinilai kembali secara berkala oleh Komite Medis melalui subkomite kredensial.
- (7) Penilaian kembali sebagaimana dimaksud ayat (4) dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun atau waktu lain yang ditetapkan kemudian dalam situasi atau kondisi tertentu.
- (8) Ketua Sub Komite Kredensial memberikan laporan kepada Komite Medis secara berkala tentang masa berlaku Penugasan Klinis setiap staf medis
- (9) Penentuan berlakunya surat penugasan klinis untuk melakukan tindakan medis didasarkan pada pendidikan, pelatihan, pendidikan berkelanjutan, pengalaman, unjuk kemampuan termasuk pengambilan keputusan, sebagaimana tercantum dalam berkas kredensial dan didasarkan pada pengamatan kinerja klinis serta dokumen hasil program peningkatan kinerja yang bersangkutan.

## **Pasal 105**

### **Berakhirnya Kewenangan Melakukan Tindakan Medis**

- (1) Penugasan klinis seorang staf medis di rumah sakit berakhir bila pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) staf medis yang bersangkutan habis masa berlakunya atau dicabut oleh direktur rumah sakit karena pelanggaran disiplin profesi berdasarkan pertimbangan.
- (2) Pada staf medis yang berakhir masa berlakunya kewenangan klinis, dilakukan rekredensial oleh rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (3) Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis dipertimbangkan oleh direktur berdasarkan kepada kinerja profesi di lapangan, seperti terganggu kesehatan, kecelakaan medis karena inkompetensi, atau tindakan disiplin

dari komite medik.

- (4) Direktur rumah sakit memberikan surat keputusan berakhirnya kewenangan klinis kepada yang bersangkutan.
- (5) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (6) Komite medik dapat merekomendasikan kepada direktur rumah sakit pemberian kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.
- (7) Kewenangan untuk melakukan tindakan medis seorang staf medis di rumah sakit berakhir bila hubungan hukum antara staf medis dengan rumah sakit telah berakhir atau kewenangan klinis (*clinical privilege*) dokter yang bersangkutan dicabut oleh Direktur berdasarkan usulan Komite Medik.
- (8) Dalam hal hubungan hukum antara staf medis dengan rumah sakit berakhir maka Direktur memberikan surat pemberitahuan tentang hal itu kepada yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (9) Dalam hal seorang Staf Medis dikenai sanksi disiplin maka setelah melalui rapat khusus Komite Medik, Ketua Komite Medik memberikan surat pemberitahuan tentang hal itu kepada Direktur dengan tembusan kepada yang bersangkutan.

### **Bagian Ketiga**

#### **Komite Medik**

##### **Pasal 106**

- (1) Di lingkungan RSUD terdapat organisasi non struktural yang disebut Komite Medik yang dibentuk di rumah sakit oleh direktur.
- (2) Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit teijaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (3) Komite medik dibentuk oleh direktur rumah sakit dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit, dan bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

##### **Pasal 107**

#### **Susunan Organisasi dan Keanggotaan**

Komite Medik dibentuk oleh direktur rumah sakit, dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

##### **Pasal 108**

Susunan organisasi komite medik terdiri dari:

- a. ketua;
- b. wakil ketua

- c. sekretaris 1 dan sekretaris 2; dan
- d. subkomite.

#### **Pasal 109**

Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.

#### **Pasal 110**

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan staf medis yang bekeja di rumah sakit.
- (2) Wakil ketua komite medik diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
- (3) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

#### **Pasal 111 Ketua Komite Medik**

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
- (2) Ketua komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.
- (3) mengusulkan wakil ketua, sekretaris dan ketua-ketua Sub Komite yang selanjutnya ditetapkan oleh Direktur.
- (4) memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukannya kepada direktur rumah sakit.
- (5) Bekerja sama dengan rumah sakit dalam menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang professional terjamin mulai saat pasien masuk rumah sakit hingga keluar rumah sakit.
- (6) Ikut berperan aktif dalam program rumah sakit menuju Akreditasi versi 2012.

#### **Pasal 112 Sekretaris Komite Medik**

Sekretaris Komite Medik diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

#### **Pasal 113 Sub Komite di Bawah Komite Medik**

- (1) Komite medik dibantu oleh subkomite-subkomite yang ketuanya diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur.
- (2) Subkomite-subkomite tersebut adalah :
  - a. Subkomite kredensial;
  - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
  - c. Subkomite etika dan disiplin profesi.
- (3) Ketua Subkomite adalah staf medis yang diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
- (4) Kepengurusan Sub Komite terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan anggota. Sekretaris dan

anggota diangkat oleh direktur rumah sakit.

### **Pasal 114 Tugas Komite Medik**

Tugas Komite Medik adalah:

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi antar medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. menyusun dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
  - b. menyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    1. kompetensi;
    2. kesehatan fisik dan mental;
    3. perilaku; dan
    4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan pmutusan 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; dan
  - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan (*proetoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
  - a. pembinaan etika disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan

medis pasien.

## **Pasal 115**

### **Wewenang Komite Medik**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang :

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

## **Bagian Keempat**

### **Subkomite Kredensial**

#### **Pasal 116**

#### **Keanggotaan Dan Pengorganisasian Subkomite Kredensial**

- (1) kegiatan kredensial ditujukan untuk menjaga keselamatan pasien sambil membina kompetensi seluruh staf medis di rumah sakit.
- (2) keanggotaan subkomite kredensial terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (3) Pengorganisasian subkomite kredensial terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

#### **Pasal 117 Mekanisme Kredensial**

- (1) Mekanisme pemberian kewenangan klinis melalui proses kredensial yang dilakukan oleh subkomite kredensial adalah:
  - a. staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur rumah sakit dengan mengisi formulir yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;
  - b. berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh direktur rumah sakit kepada komite medik;
  - c. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon;
  - d. dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia *ad hoc* dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*);
  - e. subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panitia *ad hoc* dengan



mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan;

f. pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:

1. kompetensi sesuai standar yang disahkan oleh lembaga pemerintah, Kognitif, afektif, psikomotor;
2. kompetensi Tisik;
3. kompetensi mental/perilaku; dan
4. periaku etis (*ethical standing*)

- (2) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
  - a. daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
    - 1) menyusun daftar kewenangan klinis berasal dari masukan setiap kelompok staf medis;
    - 2) mengkaji kewenangan klinis bagi pemohon dengan menggunakan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*); dan
    - 3) mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
  - b. rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
  - c. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dengan rekomendasi :
    - 1) kewenangan klinis dilanjutkan;
    - 2) kewenangan klinis ditambah;
    - 3) kewenangan klinis dikurangi;
    - 4) kewenangan klinis dibekukan untuk waktu tertentu;
    - 5) kewenangan klinis diubah/dimodifikasi; dan
    - 6) kewenangan klinis diakhiri.
  - d. 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*).
  - e. Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
    - 1) pendidikan;
    - 2) perizinan (lisensi);
    - 3) kegiatan penjagaan mutu profesi;
    - 4) kualifikasi personal;
    - 5) pengalaman di bidang keprofesian;

### **Bagian Keempat Subkomite Mutu Profesi Pasal 118**

- (1) Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan pelaksanaan asuhan medis (*medical care management*).
- (2) Mutu suatu penatalaksanaan asuhan medis tergantung pada upaya staf medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin.
- (3) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui:
  - a. memantau kualitas, melalui pembahasan kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, journal reading; dan
  - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

### **Pasal 119**

#### **Keanggotaan dan Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi**

- (1) Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurang terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.
- (2) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite mutu profesi berdasarkan masukan komite medik.
- (3) Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan dapat terselenggara.

### **Pasal 120**

#### **Mekanisme Kerja Subkomite Mutu Profesi**

- (1) Audit medis:
  - a. dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen rumah sakit dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit;
  - b. dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naminefi*, tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*);
  - c. merupakan kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance*, dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit;
  - d. rumah sakit, komite medik dan masing-masing kelompok staf medis dapat menyelenggarakan evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*)-,

- e. pelaksanaan audit medis harus memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu:
  1. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  2. sebagai dasar untuk memberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  3. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
  4. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
- f. Langkah-langkah pelaksanaan audit medik adalah:
  1. pemilihan yang akan dilakukan audit;
  2. penetapan Standard dan kriteria;
  3. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  4. membandingkan standar/ kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  5. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  6. menerapkan perbaikan; dan
  7. rencana reaudit

(2) Merekomendasikan Pendidikan Berkelanjutan bagi Staf Medis:

- a. subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis;
- b. pertemuan tersebut dapat berupa pembahasan kasus-kasus kematian, kasus sulit, maupun kasus langka;
- c. setiap 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 dari subkomite mutu profesi;
- e. subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
- f. setiap kelompok medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan subkomite mutu profesi per tahun;
- g. sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
- h. sub komite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
- i. subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada direksi.

(3) Memfasilitasi Proses pendampingan (*Proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan :

- a. subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*; dan
- b. komite medik berkoordinasi dengan direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

### **Bagian kelima**

#### **Subkomite Etika dan Disiplin Profesi**

##### **Pasal 121**

- (1) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di rumah sakit.
- (2) Diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.
- (3) Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit yang bersangkutan sehingga pelaksanaan dan keputusan ini tidak terkait atau tidak ada hubungannya dengan proses penegakan disiplin profesi kedokteran di lembaga pemerintah, penegakkan etika medis di organisasi profesi, maupun penegakkan hukum.
- (4) Dalam pelaksanaan tugasnya, subkomite etika dan disiplin profesi berdasarkan kepada:
  - a. peraturan internal corporate rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etik rumah sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (5) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis antara lain:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran rumah sakit;
  - b. prosedur keaja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
  - e. kode etik kedokteran Indonesia;
  - f. pedoman perilaku profesional kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.

**Pasal 122****Keanggotaan dan Pengorganisasian Subkomite  
etika dan disiplin profesi**

- (1) Keanggotaan subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit, berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota yang ditetapkan dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

**Pasal 123****Mekanisme Kerja Subkomite Etika dan Disiplin Profesi**

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur mekanisme kerja subkomite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medik.
- (2) Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi;
- (4) Panel terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan:
  - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
  - 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 atau direktur rumah sakit terlapor.
- (5) Panel dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit, dimana pengikutsertaannya mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (6) Mekanisme kerja subkomite etik dan disiplin profesi melalui:
  - a. upaya pendisiplinan perilaku professional
    1. Sumber laporan
      - a) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
        - 1) manajemen rumah sakit;
        - 2) staf medis lain;
        - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
        - 4) pasien atau keluarga pasien.
      - b) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:
        - 1) hasil konferensi kematian; dan
        - 2) hasil konferensi klinis.

2. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi

Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut antara lain:

- a) kompetensi klinis;
- b) penatalaksanaan kasus medis;
- c) pelanggaran disiplin profesi;
- d) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
- e) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.

3. Pemeriksaan

- a) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
- b) melalui proses pembuktian;
- c) dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
- d) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
- e) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
- f) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

4. Keputusan

- a) Keputusan panel yang dibentuk oleh subkomite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidaknya pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
- b) Bila terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada subkomite etika dan disiplin profesi yang kemudian akan membentuk panel baru; dan
- c) Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit

5. Tindakan pendisiplinan perilaku professional Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:

- a) peringatan tertulis;
- b) limitasi (*reduksi*) kewenangan klinis (*clinical privilege*)-,
- c) bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
- d) pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.

6. Pelaksanaan keputusan

b. pembinaan profesionalisme kedokteran

1. subkomite etik dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
  2. pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk: ceramah, diskusi, symposium, lokakarya dsb, yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik.
- c. pertimbangan keputusan etis
1. staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik; dan
  2. subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

### **Bagian Keenam**

#### **Rapat Komite Medik Pasal 124**

- (1) Rapat Komite Medis terdiri dari atas rapat rutin dan rapat khusus.
- (2) Setiap anggota komite medis wajib memenuhi undangan rapat.

### **Pasal 125**

#### **Rapat Rutin Komite Medis**

- (1) Rapat rutin diadakan satu bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh ketua komite medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat dua hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh seluruh pengurus komite medik.

### **Pasal 126**

#### **Rapat Khusus Komite Medik**

Rapat khusus Komite Medik diadakan setiap saat bila ada hal-hal yang harus segera diselesaikan.

### **Bagian Ketujuh**

#### **Hubungan Komite Medik Dengan Direktur**

### **Pasal 127**

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit.

### **Bagian Kedelapan**

## **Panitia Adhoc**

### **Pasal 128**

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan komite medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi.

## **Bagian Kesembilan**

### **Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis**

#### **Pasal 129**

Untuk melaksanakan tata kelola klinis (clinical governance) diperlukan aturan- aturan profesi bagi staf medis (medical staff rules and regulations) secara tersendiri di luar medical staff bylaws. Aturan tersebut mencakup:

- (1) Pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.
- (2) Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai.
- (3) Kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

## **Bagian Kesepuluh**

### **Pelanggaran Disiplin Profesi ,Tata Tertib Dan Etika Profesi Serta Prosedur**

#### **Pemeriksaan Pelanggaran Disiplin Profesi Tata Tertib dan Etika Profesi**

#### **Pasal 130**

### **Dasar Dugaan Tindakan Pelanggaran Etika Medis (Disiplin Profesi,Tata Tertib, Etika Profesi)**

- (1) Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi, tata tertib dan etika profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut:
  - a. kompetensi klinis;
  - b. tindakan asuhan medis atas seorang pasien termasuk penata laksanaan sebuah kasus di rumah sakit;
  - c. dugaan pelanggaran peraturan internal staf medis;
  - d. dugaan penyimpangan etika profesi;
  - e. dugaan pelanggaran tata tertib dan kebijakan rumah sakit;



- f. perilaku yang dianggap tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit;
  - g. ketidakmampuan untuk bekejasama dengan staf rumah sakit yang dapat menimbulkan inefisiensi operasional rumah sakit; dan
  - h. hal-hal lain yang oleh komite medik sepatutnya dianggap menyangkut disiplin profesi dan etika profesi.
- (2) Setiap staf medis, dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medis wajib memberitahukan adanya dugaan pelanggaran sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) kepada Ketua Komite Medik secara tertulis dalam suatu formulir yang disediakan untuk itu dengan tatacara sebagai berikut:
- a. staf medis menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada Ketua KSMF yang terkait; dan
  - b. staf rumah sakit menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada atasan yang bersangkutan untuk selanjutnya disampaikan kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Ketua Komite Medik wajib meneliti menindak lanjuti dan memberikan kesimpulan serta putusan setiap laporan yang disampaikan oleh staf medis dan staf rumah sakit yang terkait dengan pelayanan medis sebagaimana dimaksud dalam ayat (2).
- (4) Ketua Komite Medik dapat menugaskan sub-komite etika medis untuk meneliti menindaklanjuti setiap laporan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3).
- (5) Ketua Komite Medis memberikan kesimpulan dan putusan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) berdasarkan hasil penelitian dan rekomendasi sub komite etika medis yang dapat berbentuk :
- a. saran kepada staf medis terkait dan Manajemen rumah sakit; dan
  - b. putusan untuk melakukan penelitian lanjutan guna menentukan adanya pelanggaran disiplin profesi, tata tertib dan etik profesi.
- (6) Semua putusan sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) didokumentasikan secara lengkap oleh Sekretaris Komite Medik dan diperlakukan secara rahasia.
- (7) Pengungkapan dokumen sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) kepada pihak manapun hanya dapat ditentukan oleh Direktur rumah sakit setelah memperoleh persetujuan dari ketua komite medik.

### **Pasal 131**

#### **Penelitian DugaanPelanggaran Disiplin**

#### **Profesi , Etika Profesi Dan Tata Tertib**

- (1) Penelitian dugaan pelanggaran disiplin profesi, etika profesi, dan tata tertib dimulai berdasarkan putusan Ketua Komite Medik untuk melakukan penelitian lanjutan dilaksanakan oleh Sub-Komite Etika dan disiplin.
- (2) Sub Komite Etika dan Disiplin melaksanakan penelitian berdasarkan tata cara yang telah ditetapkan dalam peraturan internal ini.
- (3) Ketua Subkomite Etika dan Disiplin profesi menyampaikan hasil penelitian dan

rekomendasi kepada Ketua Komite Medik untuk ditetapkan sebagai putusan Komite Medik.

- (4) Ketua Komite Medik wajib menetapkan putusan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dengan memperhatikan masukan dari subkomite lain dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya putusan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.
- (5) Putusan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) disampaikan kepada Direktur rumah sakit dengan tembusan kepada yang bersangkutan dalam waktu paling lama 3 (tiga) hari setelah ditetapkan putusan tersebut untuk segera ditindaklanjuti oleh direktur utama rumah sakit.

## **BAB V**

### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 132**

Pada saat belakunya Peraturan Gubernur ini, maka Peraturan Gubernur ini Nomor 40 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan dinyatakan tidak berlaku.

#### **Pasal 133**

Peraturan Gubemur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubemur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sulawesi Selatan.

Ditetapkan di Makassar  
pada tanggal 21 Juni 2017

**GUBERNUR SULAWESI SELATAN,**

TTD

**Dr. H. SYAHRUL YASIN LIMPO, S.H., M.Si., M.H.**

Diundangkan di Makassar  
pada tanggal 21 Juni 2017

**SEKRETARIS DAERAH  
PROVINSI SULAWESI SELATAN,**

TTD

**Ir. H. ABDUL LATIF, M.Si., M.M.**

BERITA DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN NOMOR   TAHUN 2017