



PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOMOR 24/UN4.1/2022

TENTANG

ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT PENDIDIKAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka menindaklanjuti Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 12/UN4.1/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Universitas Hasanuddin, dipandang perlu melakukan perubahan Peraturan Rektor Nomor 6/UN4.1/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Rektor tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2005 tentang Guru dan Dosen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4586);
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
3. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara

Nomor 5494);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan, sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 45, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5670);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2008 tentang Pendanaan Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 91)
6. Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2009 tentang Dosen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 76, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5007);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5500);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penetapan Universitas Hasanuddin Sebagai Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 301);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 2015 tentang Bentuk dan Mekanisme Pendanaan Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 110, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5699);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 168, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5720);
11. Peraturan Majelis Wali Amanat Nomor 51846/UN4.0.1/OT.10/2016 tentang Tata Cara Pembentukan Peraturan Internal Universitas Hasanuddin;
12. Peraturan Majelis Wali Amanat Nomor 25919/UN4.0/OT.05/2016 tentang Tata Kerja Antar Organ;

13. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 12/UN4.1/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Universitas Hasanuddin;
14. Keputusan Majelis Wali Amanat Nomor 5/UN4.0/KEP/2022 tentang Pemberhentian Rektor Universitas Hasanuddin Periode Tahun 2018-2022 dan Pengangkatan Rektor Universitas Hasanuddin Periode Tahun 2022-2026.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN
TENTANG ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT
PENDIDIKAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Rektor ini yang dimaksud dengan:

1. Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disebut Unhas adalah Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum.
2. Rektor adalah organ Unhas yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Unhas.
3. Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disingkat dengan RS Unhas, merupakan unit kerja di dalam lingkungan Universitas Hasanuddin yang berfungsi sebagai unit penunjang akademik yang bertugas untuk mengkoordinasikan dan/atau menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelayanan kesehatan, penelitian dan pengembangan dalam sejumlah disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran dan kesehatan atau yang terkait yang mengedepankan efisiensi dan produktivitas.
4. Dewan Pengawas adalah organ non struktural rumah sakit yang mewakili rektor untuk melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat.
5. Direktur Utama adalah organ RS Unhas yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Rumah Sakit.

6. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah organ yang bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam memimpin dan menyelenggarakan audit kinerja non medis internal rumah sakit.
7. Komite adalah organ non struktural di bawah Direktur Utama yang bertanggung jawab atas pemberian rekomendasi kepada Direktur Utama dalam penerapan tata kelola klinik dan tata kelola organisasi yang baik.
8. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah unit yang bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan untuk mengorganisir staf medik fungsional dalam menyelaraskan kebijakan RS Unhas dalam pelaksanaan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di rumah sakit.
9. Manajer adalah organ di bawah Direktur yang membantu Direktur dalam penyelenggaraan operasional Direktur.
10. Instalasi adalah unit pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di rumah sakit.
11. Pusat adalah organ di bawah direktur utama yang menyelenggarakan dan mengelola administrasi terpadu penatausahaan kegiatan operasional.
12. Seksi adalah organ di bawah manajer yang menyelenggarakan dan mengelola administrasi penatausahaan kegiatan operasional bidang.
13. Unit adalah organ di bawah Direktur/Manajer Bidang yang melaksanakan tugas teknis operasional dan administratif yang diperlukan untuk penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian di rumah sakit.
14. *Good corporate governance* adalah sistem yang mengatur hubungan peran direktur utama, peran direktorat, peran dewan pengawas, dan pemangku kepentingan lainnya di rumah sakit.
15. *Good clinical governance* adalah suatu sistem dalam peningkatan mutu layanan dan jaminan kualitas layanan dengan membangun pelayanan klinis yang baik di rumah sakit.
16. *Good university governance* adalah suatu sistem yang mengatur tata kelola perguruan tinggi secara konsisten dan berkesinambungan untuk dapat meningkatkan budaya mutu serta pelayanan akademik dan non akademik yang bereputasi unggul di universitas hasanuddin.
17. Pegawai RS Unhas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.
18. 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.
19. Tenaga non Kesehatan adalah sumber daya manusia yang bekerja di RS Unhas untuk menunjang pengoordinasian, penyelenggaraan dan/atau

pengelolaan kegiatan pendidikan, pelayanan dan penelitian di RS Unhas dengan menggunakan disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi non kesehatan.

BAB II KEDUDUKAN

Pasal 2

RS Unhas berada di bawah Universitas Hasanuddin.

BAB III TUGAS DAN FUNGSI

Pasal 3

1. RS Unhas mempunyai tugas mengkoordinasikan dan/atau menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelayanan dan penelitian dalam sejumlah disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran dan kesehatan atau yang terkait.
2. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1), RS Unhas mempunyai fungsi:
 - a. pengoordinasian dan pemberian layanan terhadap pendidikan profesi Unhas dan masyarakat;
 - b. pengoordinasian dan pemberian layanan kepada Unhas dan masyarakat dalam penyelenggaraan kegiatan tridharma;
 - c. pelayanan kesehatan berkualitas dan efektif dengan tetap mengedepankan tanggung jawab sosial;
 - d. pelopor metode penatalaksanaan terapi terbaru serta pemanfaatan teknologi kedokteran modern dan tepat guna;
 - e. pengembangan jejaring dengan institusi lain baik regional maupun internasional;
 - f. peningkatan efektivitas dan efisiensi pengelolaan organisasi dan operasional tata kerja serta melaksanakan urusan administrasi rumah sakit;
 - g. fungsi lainnya yang diamanatkan dalam peraturan dan perundangan rumah sakit; dan
 - h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Rektor.

BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UNHAS

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 4

Organisasi RS Unhas terdiri atas unsur:

- a. Dewan Pengawas;
- b. Direktur Utama;
- c. Direktorat;
- d. Bidang;
- e. SPI;
- f. Komite;
- g. Pusat;
- h. Seksi;
- i. Instalasi;
- j. Kelompok Staf Medis;
- k. Unit; dan
- l. Unsur lain yang diperlukan.

Bagian Kedua
Dewan Pengawas

Pasal 5

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada pasal 4 huruf b adalah organ non struktural yang bersifat independen yang mewakili Unhas dan bertanggung jawab kepada Rektor.
- (2) Dewan Pengawas berjumlah tiga atau lima orang yang dapat terdiri dari unsur sebagai berikut:
 - a. unsur yang mewakili rektor;
 - b. unsur fakultas rumpun kesehatan;
 - c. unsur masyarakat yang memiliki kepedulian terhadap pelayanan kesehatan.
- (3) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh ketua yang berasal dari unsur mewakili rektor.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua dan anggota Dewan Pengawas ditetapkan oleh Rektor
- (5) Dewan Pengawas memegang jabatan selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Rektor dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 6

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
 - a. menentukan arah kebijakan rumah sakit;

- b. menyetujui dan mengkaji visi dan misi RS Unhas secara periodik;
 - c. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - d. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
 - e. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit;
 - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
 - i. mengawasi mutu pendidikan profesional kesehatan;
 - j. menyetujui, menyediakan modal, dana operasional, dan sumber daya lain yang diperlukan;
 - k. mengevaluasi kinerja tahunan direksi RS Unhas;
 - l. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - m. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab melakukan pengawasan pengelolaan keuangan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari Direktur Rumah Sakit;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI RS Unhas dengan sepengetahuan Direktur Utama dan 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 bylaws*) 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 bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
 - e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.

Pasal 7

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Dewan Pengawas, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
- b. berkewarganegaraan Indonesia;
- c. sehat jasmani dan rohani;
- d. memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
- e. tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat; dan
- f. tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan.

Pasal 8

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Dewan Pengawas oleh Rektor Unhas.
- (2) Dewan Pengawas memangku jabatan selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Rektor dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 9

- (1) Ketua dan anggota Dewan Pengawas diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir; dan
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara pemeriksaan kesehatan.

Bagian Ketiga Direktur Utama

Pasal 10

Direktur Utama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf a adalah organ yang memimpin penyelenggaraan RS Unhas dan bertanggung jawab kepada Rektor melalui Dewan Pengawas.

Pasal 11

- (1) Direktur Utama mempunyai tugas pokok:

- a. melaksanakan pengelolaan RS Unhas sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
 - b. memimpin penyelenggaraan RS Unhas berbasis pendidikan, penelitian, pelayanan kesehatan dan etika;
 - c. memimpin dan mengarahkan penyusunan rencana strategis RS Unhas yang dijabarkan dari Rencana Strategis Unhas dan visi misi Rumah Sakit;
 - d. memimpin penyelenggaraan dan pengembangan pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan berkualitas (efektif, aman dan berpusat pada pasien) melalui pelayanan yang efisien, inklusif, kesetaraan, keterjangkauan, dan terintegrasi;
 - e. memimpin penyelenggaraan RS Unhas berbasis *Interprofessional Education* (IPE) dan *Interprofessional Collaboration* (IPC);
 - f. memimpin penyelenggaraan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - g. memimpin penyelenggaraan Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - h. memimpin penyelenggaraan Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - i. memimpin penyelenggaraan Administrasi Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - j. memimpin penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektivitas, serta efisiensi sistem prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, administrasi umum, dan keuangan berdasarkan regulasi pemerintah maupun peraturan internal Universitas dan Rumah Sakit Unhas;
 - k. melaksanakan monitoring dan evaluasi profesional Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Farmasi, dan Komite Tenaga Kesehatan lainnya serta implementasi Komite Etik dan Hukum, Komite Mutu, dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - l. memimpin tata kelola rumah sakit berdasarkan prinsip *good corporate governance*, *good clinical governance*, dan *good university governance*;
 - m. membina kerjasama dengan instansi pemerintah, lembaga swasta, dan masyarakat dalam prinsip Sistem Kesehatan Akademik;
 - n. menyampaikan laporan kinerja penyelenggaraan pengelolaan rumah sakit kepada dewan pengawas setiap triwulan dan akhir masa jabatan; dan
 - o. menyampaikan laporan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Dewan Pengawas setiap triwulan.
- (2) Direktur Utama mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan yang berkualitas, efektif, berkeadilan, dan efisien yang berorientasi pada keselamatan pasien;
 - b. terimplementasinya sistem penjaminan mutu dalam pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan;

- c. terselenggaranya tata kelola rumah sakit berdasarkan prinsip *good corporate governance*, *good clinical governance*, dan *good university governance*;
 - d. terciptanya inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu pelayanan yang berkesinambungan;
 - e. terbinanya kerjasama dengan instansi pemerintah, lembaga swasta, dan masyarakat baik dalam maupun luar negeri;
 - f. terbentuknya budaya keselamatan pasien di rumah sakit;
 - g. menindaklanjuti semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit;
 - h. terlaksananya rencana strategis rumah sakit;
 - i. tercapainya target kinerja yang telah ditetapkan; dan
 - j. tercapainya akreditasi secara paripurna, akreditasi rumah sakit pendidikan, dan akreditasi badan pelatihan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur Utama mempunyai wewenang:
- a. menetapkan kebijakan yang mengatur tata kelola RS Unhas meliputi pendidikan, penelitian, pelatihan, dan pemeliharaan kesehatan;
 - b. menetapkan kebijakan yang mengatur pengembangan bisnis untuk menjaga keberlangsungan organisasi RS Unhas yang sehat;
 - c. melaksanakan kerja sama dengan instansi pemerintah, lembaga swasta, dan masyarakat baik dalam maupun luar negeri;
 - d. memerintahkan SPI untuk melakukan Audit Internal sebagai bentuk pengawasan;
 - e. mengusulkan pengangkatan dan/atau pemberhentian, Ketua SPI, Ketua Komite, dan manajer kepada Rektor Unhas;
 - f. mengangkat dan memberhentikan Kepala Seksi, Kepala Instalasi, Kepala Pusat Pelayanan, Kepala Unit, dan Ketua KSM;
 - g. memberikan penghargaan atau sanksi kepada karyawan RS Unhas;
 - h. mendiseminasikan informasi dari luar untuk kepentingan rumah sakit;
 - i. mewakili rumah sakit dalam rangka mengembangkan hubungan rumah sakit dengan institusi luar;
 - j. mengusulkan pengangkatan dan/atau pemberhentian pegawai ASN tetap dan ASN tidak tetap kepada Rektor Unhas;
 - k. menerbitkan Surat Penugasan Klinis beserta rincian kewenangan klinis tenaga kesehatan, dan
 - l. melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Rektor.

Pasal 12

- (1) Pengangkatan Direktur Utama dilakukan apabila terdapat lowongan jabatan Direktur Utama.
- (2) Lowongan jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terjadi karena:
 - a. masa jabatan berakhir;

- b. diangkat dalam jabatan lain;
- c. diberhentikan dari jabatan Direktur Utama sebelum masa jabatan berakhir; dan
- d. berhalangan tetap.

Pasal 13

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur Utama, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - b. berkewarganegaraan Indonesia;
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
 - e. memiliki kemampuan *leadership* dan *visionary*;
 - f. memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - g. tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit;an;
 - h. memiliki pengalaman manajerial;
 - i. memahami konsep *patient safety* serta standar mutu pelayanan rumah sakit;
 - j. memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
 - k. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir bagi ASN;
 - l. tidak sedang menjalani hukuman disiplin ASN tingkat sedang dan berat;
 - m. tidak sedang dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
 - n. memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakit;an meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia.

Pasal 14

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Direktur Utama oleh Rektor Unhas.
- (2) Direktur Utama memangku jabatan selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Rektor dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 15

- (1) Direktur Utama diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
 - e. diberhentikan sementara dari pegawai negeri sipil;
 - f. dibebaskan dari tugas-tugas jabatan dosen;
 - g. menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan atau izin belajar dalam rangka studi lanjut yang meninggalkan tugas tridharma perguruan tinggi; dan/atau
 - h. cuti di luar tanggungan negara.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa.

Pasal 16

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Direktur Utama sebelum masa jabatannya berakhir, Rektor menetapkan salah satu Direktur atau mengangkat Direktur Utama yang baru, untuk meneruskan sisa masa jabatan Direktur Utama.
- (2) Dalam hal Rektor menetapkan salah satu Direktur menjadi Direktur Utama, maka Rektor menetapkan Direktur yang baru.
- (3) Direktur Utama yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Keempat Direktorat

Pasal 17

- (1) Direktorat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf c adalah unsur yang membantu Direktur Utama dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan operasional RS Unhas sesuai dengan bidang tugasnya.
- (2) Direktorat dipimpin oleh seorang direktur.
- (3) Direktorat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - b. Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - c. Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik; dan

- d. Direktorat Umum, Pemasaran, dan Keuangan
- (4) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Rektor.
- (5) Masa jabatan Direktur mengikuti masa jabatan Direktur Utama dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 18

- (1) Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 pada ayat (3) huruf a bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM melaksanakan tugas Direktur Utama dan bertanggung jawab atas kinerja dalam:
 - a. pendidikan, pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - b. pengelolaan penelitian klinik dan non klinik yang bertujuan meningkatkan kualitas layanan RS Unhas;
 - c. pengelolaan dan pengembangan layanan pendidikan dan pelatihan kepada Unhas dan masyarakat dalam penyelenggaraan kegiatan tridharma; dan
 - d. pengelolaan dan pengembangan SDM RS Unhas.
- (3) Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM mempunyai fungsi:
 - a. pengaturan sistem pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM di RS Unhas;
 - b. perumusan kebijakan umum dalam pengembangan dan koordinasi pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM RS Unhas;
 - c. pelaksanaan kebijakan operasional dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM RS Unhas;
 - d. penyelenggaraan pendidikan klinis berbasis IPE dan non klinis, penelitian transional, pelatihan, dan SDM;
 - e. pelaksanaan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM RS Unhas;
 - f. pembinaan dan pengoordinasian pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM RS Unhas;
 - g. penerapan sistem penjaminan mutu pendidikan, pelatihan, penelitian dan SDM;
 - h. pengembangan sistem pengelolaan SDM yang profesional;
 - i. penyusunan strategi perencanaan, pengembangan, monev SDM; dan
 - j. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM mempunyai tanggung jawab:
 - a. tersusunnya kebijakan, operasional, pedoman pengorganisasian, prosedur operasional standar dan regulasi lainnya dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;

- b. tersosialisasinya semua peraturan perundangan terkait dengan rumah sakit yang berkaitan dengan Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - c. terjaminnya kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - d. terjaminnya kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan ditetapkan bersama;
 - e. terlaksananya tindak lanjut terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit;
 - f. terkelolanya dan berkembangnya layanan pendidikan dan pelatihan kepada Unhas dan masyarakat dalam penyelenggaraan kegiatan tridharma;
 - g. terlaksananya pengaturan sistem pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM di RS Unhas;
 - h. tersusunnya kebijakan umum dalam pengembangan dan koordinasi pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM RS Unhas;
 - i. terbinanya dan terkoordinasinya pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM RS Unhas;
 - j. terlaksananya pengawasan, pemantauan evaluasi pendidikan, pelatihan dan penelitian RS Unhas;
 - k. terlaksananya evaluasi data pendidikan non klinis dan pendidikan klinis berbasis IPE;
 - l. terlaksananya implementasi sistem manajemen mutu pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM;
 - m. terbinanya kerjasama dengan institusi lain; dan
 - n. terlaksananya tugas lain yang diberikan kepada Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM mempunyai wewenang:
- a. mengusulkan program kerja Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM ke Direktur Utama;
 - b. mengambil keputusan dan kebijakan operasional dalam penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan SDM;
 - c. melaksanakan bimbingan pengawasan, dan evaluasi kinerja terhadap pelaksanaan tugas dalam lingkup Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - d. memberikan masukan atau saran serta pertimbangan kepada Direktur Utama berkenaan dengan tugas pokok dan fungsi Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM; dan
 - e. memberikan penghargaan, atau peringatan dan teguran kepada manajer dalam rangka perbaikan Direktorat Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM.

Pasal 19

- (1) Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 pada ayat (3) huruf b bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik melaksanakan tugas Direktur Utama dalam penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan Medik dan penunjang medik yang berkualitas dengan tetap mengedepankan tanggung jawab sosial.
- (3) Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik mempunyai fungsi:
 - a. Perumusan kebijakan operasional dan kebijakan umum dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - b. pelaksanaan kebijakan operasional dan kebijakan umum dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - c. penyusunan program Kerja dalam pelaksanaan fungsi Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - d. penyelenggaraan fungsi pelayanan medik dan penunjang medik yang akuntabel, profesional, efektif dan efisien.
 - e. pembinaan, pengoordinasian, dan pelaksanaan fungsi pelayanan medik dan penunjang medik;
 - f. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medik dan penunjang medik;
 - g. pelaksanaan pengawasan, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat pelayanan medik dan penunjang medik;
 - h. pengelolaan dan pengembangan pelayanan medik dan penunjang medik;
 - i. pembinaan dan pengoordinasian kerjasama dengan institusi lain;
 - j. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. tersusunnya pedoman pengorganisasian, kebijakan operasional, prosedur operasional standar dan regulasi lainnya dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Medik dan Penunjang Medik;
 - b. terlaksananya proses asuhan medis serta koordinasi pelayanan;
 - c. terlaksananya upaya kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien;
 - d. terlaksananya pemantauan dan evaluasi pelayanan medik dan penunjang medik;
 - e. terlaksananya sosialisasi peraturan perundangan terkait dengan rumah sakit;

- f. terjaminnya kepatuhan staf medis terhadap peraturan perundang-undangan;
 - g. terjaminnya kepatuhan staf medis rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit;
 - h. terlaksananya monitoring dan evaluasi pemberian asuhan medik dan penunjang medik; dan
 - i. terlaksananya tindak lanjut terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit terkait Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik mempunyai wewenang:
- a. mengusulkan program kerja pelayanan medik dan penunjang medik ke Direktur Utama;
 - b. mengajukan kebijakan operasional dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan proses pelayanan medik dan penunjang medik;
 - d. mengatur dan mendistribusikan tugas kepada bawahan agar pelaksanaan tugas sesuai dengan uraian pekerjaan yang telah ditetapkan;
 - e. melakukan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien;
 - f. memberikan penghargaan atau teguran dan peringatan kepada Manajer, Kepala Seksi, Kepala Instalasi dalam rangka perbaikan dan peningkatan kinerja Direktorat Pelayanan medik dan Penunjang Medik;
 - g. menetapkan regulasi rumah sakit berkaitan pelayanan medik dan penunjang medik; dan
 - h. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan tenaga medis sesuai dengan peraturan regulasi RS Unhas.

Pasal 20

- (1) Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 pada ayat (3) huruf c bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik melaksanakan tugas Direktur Utama dan bertanggung jawab atas kinerja dalam:
 - a. pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan dan kebidanan yang profesional dan berkualitas untuk menjamin keselamatan pasien berdasarkan prinsip patient center care;
 - b. pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan yang aman, efisien dan efektif;
 - c. pengembangan dan penerapan Evidence Based Nursing Practice (EBNP) dalam pemberian asuhan keperawatan;

- d. pelaksanaan pemberian layanan penunjang non medik yang berkualitas; dan
 - e. pengelolaan pelayanan penunjang non medik yang efektif, efisien, dan bermutu.
- (3) Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik mempunyai fungsi:
- a. pengaturan sistem pelayanan keperawatan dan penunjang non medik di RS UNHAS.
 - b. perumusan kebijakan pedoman pengorganisasian, operasional, prosedur operasional standar dan regulasi lainnya dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - c. penyusunan rencana kerja pemberian pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - d. pengelolaan, pengoordinasian dan pelaksanaan pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - e. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - f. pemantauan, evaluasi dan pelaporan direktorat pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - g. pengawasan dan pelaksanaan evaluasi kelengkapan peralatan non medik di rumah sakit;
 - h. pelaksanaan pemantauan dan evaluasi rantai pasok perbekalan farmasi;
 - i. penjaminan kepatuhan staf staf keperawatan dan penunjang non medik dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan ditetapkan bersama;
 - j. pelaksanaan tindak lanjut terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit;
 - k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya tugas Direktur Utama atas pencapaian kinerja dalam bidang pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - b. terlaksananya pengawasan dan pengendalian terhadap pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - c. terlaksananya sosialisasi semua peraturan perundangan terkait Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - d. terjaminnya kepatuhan staf keperawatan dan penunjang non medik terhadap peraturan perundang-undangan;
 - e. terjaminnya kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan; dan
 - f. terlaksananya tindak lanjut terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit terkait Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik.

- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik mempunyai wewenang:
- a. mengusulkan program kerja ke Direktur Utama;
 - b. mengambil keputusan dan kebijakan operasional dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - c. melaksanakan bimbingan pengawasan, dan evaluasi kinerja terhadap pelaksanaan tugas-tugas dalam lingkup Direktorat Pelayanan Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - d. memberikan usulan dan rekomendasi kepada Direktur Utama berkenaan dengan pengembangan dan perbaikan pelayanan keperawatan dan penunjang non medik;
 - e. mengatur dan mendistribusikan tugas kepada bawahan agar pelaksanaan tugas sesuai dengan uraian pekerjaan yang telah ditetapkan;
 - f. memberikan penghargaan atau teguran dan peringatan kepada Manajer, Kepala Seksi, Kepala Instalasi, Kepala Unit dalam rangka perbaikan dan peningkatan kinerja Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - g. menetapkan regulasi rumah sakit berkaitan pelayanan keperawatan dan penunjang non medik; dan
 - h. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan tenaga kesehatan dan kesehatan sesuai peraturan regulasi rumah sakit di Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medis.

Pasal 21

- (1) Direktorat Umum, Pemasaran, dan Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 pada ayat (3) huruf d bertanggung jawab kepada Direktur Utama
- (2) Direktorat Umum, Pemasaran, dan Keuangan melaksanakan tugas Direktur Utama dan bertanggungjawab atas pencapaian kinerja dalam bidang administrasi umum, pemasaran dan keuangan.
- (3) Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan Renstra, Rencana Kegiatan Tahunan; dan Rencana Anggaran Rumah Sakit.
 - b. Perumusan pedoman pengorganisasian, kebijakan, Prosedur Operasional Standar, dan regulasi lainnya dalam penyelenggaraan fungsi Direktorat Umum, Pemasaran, dan Keuangan;
 - c. penyusunan strategi pengembangan sumber-sumber keuangan rumah sakit;
 - d. penyusunan dokumen perencanaan pemasaran rumah sakit;
 - e. penyusunan strategi pemasaran;
 - f. pelaksanaan urusan perbendaharaan dan urusan akuntansi;

- g. terlaksananya pengawasan, pengendalian dan pengevaluasian pelaksanaan kegiatan bidang administrasi umum, pemasaran dan keuangan, pengelolaan aset (BMU) dan logistik;
 - h. pengendalian standar kualitas sebagai kendali mutu bidang administrasi umum, pemasaran dan keuangan;
 - i. pengoordinasian penyusunan laporan triwulan dan tahunan kegiatan bidang administrasi umum, pemasaran dan keuangan sebagai pertanggungjawaban;
 - j. terlaksananya riset pasar dalam rangka mengembangkan bisnis dan produk baru sesuai kebutuhan pelanggan;
 - k. penyusunan bauran pemasaran berdasarkan strategi pemasaran;
 - l. penyusunan program *Customer Relationship Marketing*
 - m. penyusunan strategi branding rumah sakit; dan
 - n. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan mempunyai tanggung jawab:
- a. terimplementasinya pengelolaan keuangan yang sehat, akuntabel, dan evaluasi Administrasi Umum;
 - b. tercapainya target kinerja dalam bidang keuangan, pemasaran, perencanaan dan evaluasi, dan administrasi umum;
 - c. terlaksananya pengawasan dan pengendalian terhadap pengelolaan administrasi umum, pemasaran, dan keuangan;
 - d. terselenggaranya peta bisnis dan peningkatan brand rumah sakit;
 - e. terselenggaranya manajemen pemasaran yang menghasilkan produk unggulan dan peningkatan jumlah pelanggan di RS Unhas;
 - f. terlaksananya sosialisasi semua peraturan perundangan terkait dengan rumah sakit sesuai bidangnya;
 - g. terjaminnya kepatuhan staf terhadap peraturan perundang-undangan;
 - h. terjaminnya kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan ditetapkan bersama;
 - i. terlaksananya tindak lanjut terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit; dan
 - j. Terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan mempunyai wewenang:
- a. mengambil keputusan dan kebijakan operasional dalam penyelenggaraan pengelolaan administrasi umum, pemasaran, dan keuangan;
 - b. melaksanakan bimbingan, pengawasan, dan evaluasi kinerja terhadap pelaksanaan tugas-tugas dalam lingkup Direktorat Umum, Pemasaran, dan Keuangan;

- c. memberikan masukan dan rekomendasi kepada Direktur Utama berkenaan dengan pengembangan dan perbaikan pengelolaan rumah sakit khususnya berhubungan dengan Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan;
- d. memberikan penghargaan atau teguran dan peringatan kepada manajer, kepala unit pada Direktorat Umum, Pemasaran dan Keuangan;
- e. menetapkan regulasi rumah sakit berkaitan dengan administrasi umum, pemasaran, dan keuangan; dan
- f. menetapkan prosedur untuk mengelola dan mengendalikan keuangan sesuai dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.

Pasal 22

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a) Persyaratan Umum:
 - 1) beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - 2) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 3) sehat jasmani dan rohani;
 - 4) berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
 - 5) memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - 6) memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit;
 - 7) memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
 - 8) memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir bagi ASN;
 - 9) tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat;
 - 10) tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap
 - 11) tidak sedang menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan atau izin belajar
 - 12) tidak sedang menduduki jabatan lain
 - 13) tidak pernah melanggar kode etik Unhas; dan
 - 14) minimal berpendidikan S2.
 - b) Persyaratan Khusus:
 - 1) Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM berpendidikan minimal Dokter Spesialis atau Dokter Umum dengan pendidikan S2 bidang kesehatan;
 - 2) Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik berpendidikan minimal Dokter Spesialis atau Dokter Umum dengan pendidikan S2 bidang kesehatan;

- 3) Direktur keperawatan dan Penunjang Non Medik berpendidikan minimal S2 Keperawatan; dan
- 4) Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan berpendidikan minimal S2 bidang kesehatan atau S2 Manajemen atau Akuntansi.

Pasal 23

- (1) Direktur berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir; dan
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa kesehatan.

Pasal 24

- (1) Direktur yang berhenti atau diberhentikan sebelum masa jabatannya berakhir, Rektor mengangkat pengganti Direktur atas usul Direktur Utama, untuk meneruskan sisa masa jabatan.
- (2) Direktur yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Kelima Bidang

Pasal 25

- (1) Manajer sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf d berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Manajer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Manajer Pendidikan dan Penelitian;
 - b. Manajer Pelatihan;
 - c. Manajer SDM;
 - d. Manajer Pelayanan Medik;
 - e. Manajer Penunjang Medik;
 - f. Manajer Keperawatan;
 - g. Manajer Penunjang Non Medik;
 - h. Manajer Perencanaan & Administrasi Umum;

- i. Manajer Logistik dan Operasional;
- j. Manajer Pemasaran; dan
- k. Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan.

Pasal 26

- (1) Manajer Pendidikan dan Penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf a dipimpin oleh manager berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM.
- (2) Manajer Pendidikan dan Penelitian melaksanakan tugas Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi pendidikan dan penelitian.
- (3) Manajer Pendidikan dan Penelitian mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi/kebijakan operasional (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) di Bidang Pendidikan dan Penelitian;
 - b. perencanaan usulan kebutuhan seksi pendidikan dan penelitian berupa sumber daya manusia, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana serta keperluan ATK;
 - c. pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di bidang pendidikan dan Penelitian;
 - d. penyusunan draft kerjasama kegiatan pendidikan dan penelitian dengan institusi lainnya;
 - e. penyusunan Indikator Kinerja Unit (IKU), Indikator Mutu Bidang Pendidikan dan Penelitian;
 - f. penyusunan risk register dan perencanaan kegiatan pendidikan dan penelitian (RKAT);
 - g. pelaksanaan monitoring dan evaluasi penerapan good corporate governance dalam pengelolaan pendidikan dan penelitian;
 - h. koordinasi dan kolaborasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan dengan Pendidikan dan penelitian;
 - i. penyusunan rencana penyelenggaraan pendidikan klinis berbasis IPE;
 - j. penyusunan rencana pengembangan peta jalan penelitian;
 - k. pengelolaan kegiatan pendidikan dan Penelitian di rumah sakit;
 - l. pengelolaan kegiatan perpustakaan RS Unhas;
 - m. pelaksanaan sistem penjaminan mutu di bidang pendidikan dan penelitian;
 - n. penyusunan laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan pendidikan dan penelitian di rumah sakit kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM serta pihak terkait;
 - o. pelaksanaan monitoring dan evaluasi Pengelolaan pelaksanaan kegiatan pendidikan dan penelitian;

- p. monitoring dan evaluasi pengelolaan pelaksanaan kegiatan perpustakaan;
 - q. monitoring, evaluasi dan pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu Bidang Pendidikan dan Penelitian;
 - r. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - s. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - t. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pendidikan dan Penelitian mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya regulasi/kebijakan operasional (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) di Bidang Pendidikan dan Penelitian;
 - b. terlaksananya perencanaan usulan kebutuhan seksi pendidikan dan penelitian berupa sumber daya manusia, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana serta keperluan ATK;
 - c. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di bidang pendidikan dan Penelitian;
 - d. tersedianya draft kerjasama kegiatan pendidikan dan penelitian dengan institusi lainnya;
 - e. tersedianya Indikator Kinerja Unit (IKU), Indikator Mutu Bidang Pendidikan dan Penelitian;
 - f. tersedianya risk register dan perencanaan kegiatan pendidikan dan penelitian (RKAT);
 - g. terlaksananya penyusunan rencana penyelenggaraan pendidikan klinis berbasis IPE;
 - h. terlaksananya penyusunan rencana pengembangan peta jalan penelitian;
 - i. terlaksananya pengelolaan kegiatan pendidikan dan Penelitian di rumah sakit;
 - j. terlaksananya pengelolaan kegiatan perpustakaan RSP Unhas;
 - k. terlaksananya sistem penjaminan mutu di bidang pendidikan dan penelitian;
 - l. terlaksananya penyusunan laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan pendidikan dan penelitian di rumah sakit kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM serta pihak terkait;
 - m. terlaksananya Monitoring dan evaluasi Pengelolaan pelaksanaan kegiatan pendidikan dan penelitian;
 - n. terlaksananya monitoring dan evaluasi pengelolaan pelaksanaan kegiatan perpustakaan;
 - o. terlaksananya Monitoring dan evaluasi penerapan good corporate governance dalam pengelolaan pendidikan dan penelitian;

- p. terlaksananya koordinasi dan kolaborasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan dengan penelitian;
 - q. terlaksananya Monitoring, Evaluasi dan Validasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu Bidang Pendidikan dan Penelitian;
 - u. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - v. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - w. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pendidikan dan Penelitian mempunyai wewenang:
- a. merekomendasikan melaksanakan penelitian translasional dan atau penelitian di bidang ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi dan kesehatan lainnya di RS Universitas Hasanuddin ke Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - b. merekomendasikan penelitian dengan tujuan untuk kemajuan pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lainnya di RS Universitas Hasanuddin ke Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - c. merekomendasikan kebijakan operasional dalam penyelenggaraan pendidikan dan penelitian;
 - d. memberikan bimbingan dan penilaian kinerja terhadap kepala seksi dan staf bidang pendidikan dan penelitian;
 - e. memberikan masukan atau saran serta pertimbangan kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi Manajer pendidikan dan penelitian; dan
 - f. memberikan penghargaan, atau peringatan dan teguran kepada kepala seksi pendidikan dan penelitian dalam rangka perbaikan Bidang Pendidikan dan Penelitian.
- (6) Manajer Pendidikan dan Penelitian membawahi:
- a. Seksi Pendidikan; dan
 - b. Seksi Penelitian.

Pasal 27

- (1) Manajer Pelatihan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf b dipimpin oleh manajer berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM.
- (2) Manajer Pelatihan melaksanakan tugas Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelatihan medik dan non medik.
- (3) Manajer Pelatihan mempunyai fungsi:

- a. penyusunan rencana kerja, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register dan laporan kinerja terkait Bidang Pelatihan (internal dan eksternal);
 - b. penyusunan usulan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - c. pengoordinasian pengelolaan sumber daya pelatihan meliputi: tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - d. pengoordinasian penyusunan draft kerjasama kegiatan pelatihan dengan institusi penyelenggaraan pelatihan;
 - e. pengoordinasian pengembangan, penyusunan, pengukuran, monitoring dan evaluasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Indikator Mutu Pelatihan; dan
 - f. pengoordinasian pelaksanaan good corporate governance dalam pengelolaan pelatihan;
 - g. pengimplementasian pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - h. pengoordinasian pelaksanaan akreditasi institusi penyelenggara pelatihan;
 - i. pelaksanaan evaluasi kinerja Bidang Pelatihan;
 - j. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monev pelaksanaan pelatihan; dan
 - k. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - l. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - m. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pelatihan mempunyai tanggung jawab:
- a. terselenggaranya kegiatan pelatihan yang berkualitas, efektif, dan efisien;
 - b. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelatihan;
 - c. tersedianya SOP, alur proses, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Bidang Pelatihan;
 - d. tersedianya rencana pengembangan standar mutu pelatihan;
 - e. terlaksananya tugas lain yang diberikan Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - f. terlaksananya monitoring terhadap kinerja dan mutu Pelatihan;
 - g. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.

- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pelatihan mempunyai wewenang:
 - a. memimpin dan mengarahkan staf pada Bidang Pelatihan;
 - b. melaporkan hasil monitoring dan evaluasi kinerja Bidang Pelatihan;
 - c. memberikan usulan dan rekomendasi kebijakan kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM dalam rangka perbaikan dan pengembangan mutu penyelenggaraan pelatihan;
 - d. melakukan komunikasi dengan pihak internal dan eksternal terkait kegiatan pelatihan; dan
 - e. melaporkan penilaian kinerja staf bidang pelatihan.
- (6) Manajer Pelatihan membawahi:
 - a. Seksi Pelatihan Medik; dan
 - b. Seksi Pelatihan Non Medik.

Pasal 28

- (1) Manajer SDM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 pada ayat (2) huruf c dipimpin oleh manajer berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM.
- (2) Manajer SDM melaksanakan tugas Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi, dan retensi SDM RS Unhas.
- (3) Manajer SDM mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi/kebijakan operasional (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) SDM;
 - b. penyusunan risk register dan program kerja SDM;
 - c. pengoordinasian pengembangan strategi human capital;
 - d. penyusunan people model meliputi model kompetensi dan persyaratan kompetensi pekerjaan;
 - e. pelaksanaan operasional proses manajemen human capital;
 - 1) Akuisisi SDM meliputi perencanaan, rekrutmen dan seleksi serta penempatan pegawai;
 - 2) Pengembangan SDM: asesmen kompetensi, pengembangan talent, perencanaan suksesi, dan pengembangan karir pegawai;
 - 3) Retensi SDM: penilaian kinerja dan sistem remunerasi;
 - 4) Keterikatan/Engagement SDM: meningkatkan engagement pegawai dan pemberhentian pegawai;
 - f. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - g. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan validasi indikator mutu, validasi: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu SDM;
 - h. pelaksanaan monitoring, memantau dan mengevaluasi kinerja dan mutu dari pelayanan SDM;

- i. pengevaluasian dan perencanaan tindak lanjut perbaikan berdasarkan hasil evaluasi kinerja dan mutu pelayanan SDM;
 - j. penyusunan laporan kinerja SDM;
 - k. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - l. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama;
 - m. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer SDM mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya rencana kerja SDM dan regulasi/kebijakan operasional SDM, petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register, dan laporan kinerja SDM;
 - b. terimplementasinya pengelolaan SDM yang efektif dan efisien;
 - c. tersusunnya perencanaan, monitoring, dan evaluasi kerja SDM;
 - d. tersedianya dan terimplementasinya Prosedur Operasional Standar, alur proses, pedoman, dan regulasi lainnya pada bidang SDM;
 - e. terkoordinasinya perencanaan pengembangan pegawai setiap unit;
 - f. terkoordinasinya penyusunan job analisis yang terdiri dari job description dan job specification;
 - g. terkoordinasinya analisis beban kerja pegawai dan penentuan standar hasil pekerjaan;
 - h. tersusunnya sistem pelaksanaan rekrutmen, seleksi, penempatan staf, penentuan sistem imbalan/kompensasi, mutasi dan rotasi, sistem pensiun, serta pemutusan hubungan kerja;
 - i. terkoordinasinya kegiatan peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui pendidikan, pelatihan, dan bentuk pengembangan lainnya;
 - j. terkoordinasinya implementasi sistem penghargaan dan sanksi;
 - k. terlaksananya kegiatan pembimbingan dan pemberian motivasi staf dalam upaya peningkatan produktivitas kerja dan pengembangan karier;
 - l. terlaksananya monitoring terhadap kinerja dan mutu dari pelayanan SDM;
 - m. terlaksananya evaluasi dan perencanaan tindak lanjut perbaikan berdasarkan hasil evaluasi kinerja dan mutu dari pelayanan SDM;
 - n. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - o. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - p. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer SDM mempunyai wewenang:
- a. memimpin dan mengarahkan kepala seksi dan staf SDM;
 - b. melakukan pembinaan terhadap staf yang membutuhkan;

- c. mengusulkan kebijakan kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - d. berkomunikasi dengan pihak eksternal yang terkait dengan pekerjaan Bidang SDM;
 - e. merekomendasikan pemberian teguran staf;
 - f. mengajukan usulan rotasi staf kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM;
 - g. penyelesaian perselisihan hubungan industrial baik ditingkat rumah sakit dan di luar rumah sakit;
 - h. mengajukan pertimbangan kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM mengenai permintaan cuti pegawai; dan
 - i. menyetujui atau menolak permintaan izin staf.
- (6) Manajer SDM membawahi:
- a. Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM; dan
 - b. Seksi Evaluasi Dan Retensi SDM.

Pasal 29

- (1) Manajer Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 pada ayat (2) huruf d dipimpin oleh Manajer berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Manajer Pelayanan Medik melaksanakan tugas Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik dalam penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan Medik serta koordinasi dengan instalasi Rawat Inap dan Kamar bersalin, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Perawatan Khusus, Instalasi Perawatan Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Radioterapi, Instalasi Rehabilitasi Medik, Instalasi Gigi & Mulut, Instalasi Mata, dan Instalasi FER.
- (3) Manajer Pelayanan Medik mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan perencanaan, monitoring dan evaluasi di Bidang Pelayanan Medik;
 - b. penyusunan prosedur Operasional Standar (POS), Standar;
 - c. pelayanan Minimal dan alur proses di Bidang Pelayanan Medik;
 - d. pengoordinasian penyelenggaraan pelayanan medik di semua Instalasi Pelayanan Medik;
 - e. peningkatan standar mutu pelayanan medik;
 - f. pengoordinasian penyelenggaraan Pendidikan dan penelitian di pelayanan medik dengan bidang Pendidikan dan Penelitian;
 - g. pengoordinasian dengan komite medik terkait penyelenggaraan pelayanan di rumah Sakit;
 - h. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan validasi laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) triwulan dan tahunan Bidang Pelayanan Medik;

- i. pengevaluasian kinerja staf bidang pelayanan medik;
 - j. pelaksanaan tugas lain yang diberikan direktur Penunjang dan Pelayanan Medik;
 - k. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - l. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - m. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pelayanan Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. terselenggaranya pelayanan medik yang efektif dan efisien dengan memperhatikan patient safety;
 - b. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan bidang pelayanan medik;
 - c. tersedianya usulan penambahan dan pengembangan SDM di bidang pelayanan medik;
 - d. tersedia dan terlaksananya Prosedur Operasional Standar (POS), alur proses, pedoman, dan regulasi lainnya pada bidang pelayanan Medik;
 - e. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - f. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - g. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pelayanan Medik mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Pelayanan Medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
 - c. meminta kelengkapan data dan informasi yang berhubungan dengan pelayanan medik kepada instalasi kerja terkait;
 - d. melaporkan hasil evaluasi kinerja pelayanan medik;
 - e. memberikan pembinaan pada SDM di bidang pelayanan Medik; dan
 - f. melaporkan hasil penilaian kinerja staf.
- (6) Manajer Pelayanan Medik membawahi;
- a. Seksi Pelayanan Medik; dan
 - b. Seksi Mutu Pelayanan Medik.

Pasal 30

- (1) Manajer Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 pada ayat (2) huruf e dipimpin oleh Manajer yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.

- (2) Manajer Penunjang Medik melaksanakan tugas Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik dalam penyeleggaran perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring, dan evaluasi pelayanan penunjang medik meliputi Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium Patologi Klinik, Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi, Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik, Instalasi Forensik dan Medikolegal.
- (3) Manajer Penunjang Medik mempunyai fungsi:
- penyusunan regulasi/kebijakan operasional (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses);
 - penyusunan risk register, program kerja dan laporan kinerja atas pelaksanaan kegiatan pelayanan dan bidang Penunjang Medik RS Unhas;
 - penyusunan usulan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi, dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - pengimplementasian pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - pelaksanaan monitoring dan evaluasi pengelolaan pelayanan Penunjang Medik;
 - penyusunan dan pengembangan indikator Mutu penunjang medik;
 - pelaksanaan monitoring, evaluasi dan Validasi Kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu Unit penunjang medik;
 - pelaksanaan tugas pembimbingan, pendidikan dan penelitian, dan orientasi bidang pelayanan penunjang medik;
 - pelaksanaan koordinasi dan kolaborasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan penunjang medik;
 - terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Penunjang Medik mempunyai tanggung Jawab:
- terselenggaranya penunjang medik rumah sakit yang efektif dan efisien dan memperhatikan patient safety;
 - tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan bidang penunjang medik;
 - terkoordinasinya kegiatan penunjang medik sesuai POS;
 - tersedianya dan terlaksananya Prosedur Operasional Standar, alur proses, pedoman dan regulasi lainnya pada bidang penunjang medik;
 - tersedianya usulan penambahan dan pengembangan SDM di bidang penunjang medik;

- f. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - g. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Penunjang Medik mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Pelayanan Medik dalam rangka perbaikan dan pengembangan mutu pelayanan medik;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
 - c. meminta kelengkapan data dan informasi yang berhubungan dengan pelayanan penunjang medik kepada instalasi kerja terkait;
 - d. melaporkan hasil evaluasi kinerja pelayanan penunjang;
 - e. memberikan pembinaan pada SDM di bidang pelayanan penunjang medik; dan
 - f. melaporkan hasil penilaian kinerja staf.
- (6) Manajer Pelayanan Penunjang Medik membawahi:
- a. Seksi Pelayanan Penunjang Medik; dan
 - b. Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik.

Pasal 31

- (1) Manajer Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 pada ayat (2) huruf f dipimpin oleh seorang Manajer yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non medik.
- (2) Manajer Keperawatan melaksanakan tugas Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelaksanaan asuhan pelayanan keperawatan.
- (3) Manajer Keperawatan mempunyai fungsi:
- a. penyusunan dan merevisi regulasi (Pedoman, Panduan, Kebijakan, Alur Proses serta POS) terkait pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - b. penyusunan risk register dan indikator mutu bidang keperawatan;
 - c. penyusunan program kerja dan anggaran tahunan bidang keperawatan;
 - d. penyusunan rencana program pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan untuk mendukung rencana strategis dan standar akreditasi RS Unhas, seperti mengadakan pelatihan terkait pelayanan keperawatan dan kebidanan;

- e. pengaksesan pengusulan kebutuhan tenaga perawat dan bidan (termasuk jumlah, kualifikasi, pengembangan, floating, mutasi dan rotasi perawat dan bidan), fasilitas, sarana, prasarana dan ATK;
- f. pengoordinasian pelaksanaan kebijakan dan regulasi yang telah ditetapkan;
- g. pengoordinasian pengaturan kegiatan pelayanan keperawatan dan kebidanan di seluruh Instalasi terkait;
- h. penyusunan kelompok kerja/Tim untuk membantu pelaksanaan program kerja bidang keperawatan dan kebidanan;
- i. pelaksanaan rapat rutin dengan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan dan Head Nurse;
- j. pengoordinasian pelaksanaan orientasi khusus bagi calon perawat dan bidan untuk meningkatkan kedisiplinan dan prestasi kerja bidang pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- k. pengoordinasian dengan Komite Keperawatan:
 - l. Kredensial perawat dan bidan;
- m. Penyusunan dan pelaksanaan Nursing Staff by Law;
- n. Implementasi kesesuaian kewenangan klinis perawat dan bidan; dan
- o. Peningkatan mutu, disiplin dan etika keperawatan dan kebidanan
- p. pengimplementasian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berkaitan dengan bidang keperawatan dan kebidanan;
- q. koordinasi internal dengan bagian lain untuk menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- r. koordinasi dengan pemerintah, instansi, lembaga pendidikan dan organisasi di luar rumah sakit dalam rangka pengelolaan dan pengembangan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- s. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan validasi indikator Mutu Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan dan Standar Pelayanan Minimal (SPM);
- t. pengevaluasian penilaian kinerja klinis perawat dan bidan;
- u. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan pelaksanaan tindak lanjut perbaikan berdasarkan hasil evaluasi kinerja Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan;
- v. pengevaluasian pendayagunaan tenaga keperawatan dan kebidanan secara efektif dan efisien;
- w. penyusunan laporan kinerja bidang keperawatan; dan
- x. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik;

- y. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - z. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Keperawatan mempunyai tanggung Jawab:
- a. tersedianya regulasi dan kebijakan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - b. tersedianya risk register dan indikator mutu bidang keperawatan;
 - c. tersedianya program kerja bidang keperawatan dan kebidanan;
 - d. terimplementasinya pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai renstra RS Unhas dan sesuai standar akreditasi Rumah Sakit;
 - e. tercapainya mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan yang sesuai standar;
 - f. terlaksananya distribusi perawat dan bidan sesuai dengan kebutuhan pelayanan;
 - g. terlaksananya monitoring dan evaluasi terhadap kinerja dan mutu pelayanan perawat dan bidan;
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidang Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dalam rangka pengembangan dan perbaikan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - b. melaksanakan bimbingan, pengawasan, dan evaluasi kinerja terhadap Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kepala Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan;
 - c. membuat perencanaan kebutuhan dan distribusi perawat dan bidan;
 - d. melakukan pembinaan terhadap perawat dan bidan yang membutuhkan;
 - e. merekomendasikan perawat dan bidan untuk dilakukan kredensial kewenangan klinis;
 - f. merekomendasikan pemberian teguran dan/atau reward terhadap kinerja perawat dan bidan;
 - g. mengajukan permintaan ke Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik mengenai permintaan cuti dan izin pegawai; dan

- h. melaporkan hasil penilaian kinerja perawat dan bidan.
- (6) Manajer Pelayanan Keperawatan membawahi Seksi;
 - a. Seksi Pelayanan Keperawatan; dan
 - b. Seksi Mutu Layanan Keperawatan.

Pasal 32

- (1) Manajer Penunjang Non Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 pada ayat (2) huruf g dipimpin oleh Manajer yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non medik.
- (2) Manajer Penunjang Non Medik melaksanakan tugas Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dalam menyelenggarakan pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan penunjang non medik.
- (3) Manajer Penunjang Non Medik mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi/ kebijakan operasional (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) di bidang pelayanan penunjang non medik;
 - b. penyusunan risk register dan program kerja di bidang penunjang non medik;
 - c. penyusunan dan pengembangan indikator mutu bidang penunjang non medik;
 - d. pengakses usulan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana dan ATK;
 - e. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - f. pelaksanaan pengelolaan bidang penunjang non medik yang menunjang pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, patient safety, timely, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - g. pelaksanaan pembinaan dan penilaian kinerja Kepala Seksi dan Kepala Instalasi di lingkup bidang pelayanan penunjang non medik RS Unhas;
 - h. pelaksanaan good corporate governance dan good clinical governance dalam pengelolaan pelayanan penunjang non medik;
 - i. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan dengan pelayanan penunjang non medik;
 - j. pengelolaan sumber daya, fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana dan ATK bidang penunjang non medik;

- k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monev pelaksanaan penunjang non medik;
 - l. pelaksanaan validasi, monitoring dan evaluasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu penunjang non medik dan instalasi di lingkup bidang penunjang non medik;
 - m. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - n. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - o. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat lain yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Penunjang Non Medik mempunyai tanggung Jawab:
- a. terselenggaranya pelayanan penunjang non medik rumah sakit yang efektif dan efisien dan memperhatikan patient safety;
 - b. terkoordinasinya kegiatan pelayanan penunjang non medik sesuai POS;
 - c. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan bidang penunjang non medik;
 - d. tersedia dan terlaksananya POS, alur proses, pedoman dan regulasi lainnya pada bidang penunjang non medik;
 - e. terlaksananya POS dan regulasi lainnya dalam lingkup bidang penunjang non medik;
 - f. tersedianya usulan penambahan dan pengembangan SDM di bidang penunjang non medik;
 - g. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat lain yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Penunjang Non Medik mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan dalam rangka perbaikan dan pengembangan mutu penunjang non medik Direktur Utama;
 - b. melaporkan hasil monev kinerja penunjang non medik kepada atasan;
 - c. memberikan pembinaan pada SDM di bidang penunjang non medik; dan
 - d. melaporkan hasil penilaian kinerja staf.
- (6) Manajer Pelayanan Penunjang Non Medik membawahi:

- a. Seksi Pelayanan Kefarmasian;
- b. Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik; dan
- c. Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik.

Pasal 33

- (1) Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf h dipimpin oleh seorang Manajer yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan.
- (2) Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum melaksanakan tugas Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi bidang perencanaan serta administrasi umum dan legislasi.
- (3) Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi/kebijakan operasional (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) di Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - b. penyusunan risk register dan program kerja di Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - c. penyusunan rencana kerja, regulasi, petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register dan laporan kinerja terkait Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - d. penyusunan dan pengembangan indikator mutu;
 - e. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - f. pelaksanaan penyusunan rencana strategis rumah sakit setiap 5 tahun sekali;
 - g. pengkoordinasian penyusunan Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT);
 - h. pelaksanaan analisis kesesuaian permintaan kebutuhan dari unit berdasarkan Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT) yang telah diusulkan;
 - i. pelaksanaan sosialisasi visi dan misi secara berkala (tahunan) kepada pihak internal dan eksternal rumah sakit;
 - j. pengembangan sistem analisis, pengendalian, dan evaluasi terhadap pelaksanaan program kegiatan seluruh unit kerja;
 - k. pelaksanaan kegiatan monitoring dan evaluasi rencana strategis, RKAT, dan laporan kinerja seluruh unit kerja rumah sakit;
 - l. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan validasi Indikator Kinerja: IKU, Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu Unit pada Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - m. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan validasi Indikator Kinerja: IKU, Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu Unit pada Direktorat Umum, Pemasaran dan Keuangan;

- n. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan validasi Indikator Kinerja: IKU, Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit Unhas;
 - o. pengoordinasian serta monitoring dan evaluasi pelayanan administrasi umum yang efektif dan efisien;
 - p. pelaksanaan evaluasi dan perencanaan tindak lanjut perbaikan berdasarkan hasil evaluasi kinerja dan mutu pada Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - q. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - r. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - s. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum mempunyai tanggung Jawab:
- a. tersusunnya rencana kerja Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - b. tersusunnya rencana kerja Anggaran Tahunan (RKAT) pada tingkat rumah sakit;
 - c. terimplementasinya pengelolaan administrasi ketatausahaan dan legislasi yang efektif dan efisien;
 - d. terlaksananya monitoring, dan evaluasi kerja Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - e. terlaksananya, monitoring, dan evaluasi kerja pada tingkat rumah sakit;
 - f. tersedianya dan terimplementasinya Prosedur Operasional Standar, alur proses, pedoman, dan regulasi lainnya pada bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - g. tersusunnya usulan kebijakan terkait administrasi umum dan legislasi kepada Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - h. terlaksananya penyusunan rencana strategis rumah sakit setiap 5 tahun;
 - i. terlaksananya penyusunan rencana kerja dan anggaran tahunan (RKAT);
 - j. terlaksananya penyusunan laporan kinerja rumah sakit per tahun;
 - k. tersedianya laporan SPM rumah sakit per tahun;
 - l. terlaksananya monitoring terhadap kinerja dan mutu dari Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - m. terlaksananya monitoring dan evaluasi terhadap kinerja pada tingkat rumah sakit;
 - n. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - o. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan

- p. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum mempunyai wewenang:
- a. memimpin dan mengarahkan staf pada Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - b. meminta rencana kegiatan dan anggaran tahunan unit di rumah sakit;
 - c. mengendalikan permintaan kebutuhan unit berdasarkan Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan (RKAT) yang telah dibuat;
 - d. mengendalikan permintaan kebutuhan unit di luar perencanaan dengan berkoordinasi kepada pimpinan;
 - e. meminta laporan capaian kinerja unit setiap triwulan;
 - f. meminta laporan capaian Mutu unit setiap triwulan;
 - g. meminta laporan capaian kinerja tahunan setiap unit;
 - h. mengusulkan kebijakan kepada Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan; dan
 - i. berkomunikasi dengan pihak eksternal yang terkait dengan pekerjaan Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum.
- (6) Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum membawahi:
- a. Seksi Perencanaan dan Evaluasi;
 - b. Seksi Administrasi Umum dan Legislasi.

Pasal 34

- (1) Manajer Logistik dan Operasional sebagaimana dimaksud dalam pasal 25 ayat (2) huruf i dipimpin oleh Manajer yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan.
- (2) Manajer Logistik dan Operasional melaksanakan tugas Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan dalam dalam menjamin pengelolaan logistik dan Aset (Barang Milik Unhas) secara terintegrasi dan pelaksanaan operasional rumah sakit secara efektif dan efisien.
- (3) Manajer Logistik dan Operasional mempunyai fungsi:
- a. penyusunan program kerja, Rencana Kegiatan dan Anggaran Tahunan (RKAT) Bidang Logistik, Aset (Barang Milik Unhas), dan Operasional;
 - b. pengoordinasian seluruh kegiatan manajemen logistik, pengelolaan aset (Barang Milik Unhas), dan operasional;
 - c. penyusunan dan pelaksanaan strategi manajemen logistik, pengelolaan aset (Barang Milik Unhas), dan pengadaan barang/jasa;
 - d. penjamin keberlangsungan rantai supply dalam pengelolaan manajemen logistik berjalan dengan tertib dan terkendali;

- e. pengoordinasian penyusunan perencanaan kebutuhan, pemeliharaan, penatausahaan, inventarisasi, pemanfaatan, penilaian, pemindahtanganan, dan pemusnahan aset (Barang Milik Unhas);
 - f. pengoordinasian penyusunan, penghimpunan, rekonsiliasi, dan pelaporan aset (Barang Milik Unhas);
 - g. pelaksanaan pengelolaan dan utilisasi penggunaan aset rumah sakit;
 - h. pelaksanaan koordinasi dengan unit dan atau lembaga terkait lainnya di bidang logistik, aset, dan operasional;
 - i. pelaksanaan analisis, evaluasi, dan pemantauan mutu terhadap pelaksanaan kegiatan dan program kerja di Bidang Logistik, Aset dan Operasional;
 - j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - k. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - l. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Logistik dan Operasional mempunyai tanggung Jawab:
- a. tersusunnya Program Kerja, Rencana Kegiatan, dan Anggaran Tahunan (RKAT) Bidang Logistik, Aset, dan Operasional;
 - b. terselenggaranya pengembangan dan pembinaan Sumber Daya Manusia Bidang Logistik, Aset, dan Operasional;
 - c. tersusunnya laporan pencatatan logistik dan Aset (BMU) di RS Unhas;
 - d. tersedianya laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan logistik dan Aset (BMU);
 - e. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - f. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - g. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Logistik dan Operasional mempunyai wewenang:
- a. memimpin dan mengkoordinasikan seluruh kegiatan layanan Logistik dan Operasional;
 - b. menugaskan dan memberikan teguran langsung kepada staf di Bidang Logistik dan Operasional;
 - c. memberikan penilaian kinerja staf yang ada dibawahnya;

- d. mengusulkan pemberhentian staf Bidang Logistik dan Operasional melalui persetujuan Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - e. mengawasi seluruh kegiatan Bidang Logistik dan Operasional dan melaporkan apabila ada penyimpangan dan/atau indikasi penyimpangan.
- (6) Manajer Logistik dan Operasional membawahi:
- a. Seksi Logistik dan Aset (Barang Milik Unhas); dan
 - b. Seksi Rumah Tangga.

Pasal 35

- (1) Manajer Pemasaran dan Inovasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf j dipimpin oleh seorang Manajer yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan.
- (2) Manajer Pemasaran dan Inovasi melaksanakan tugas Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan dalam penyelenggaraan penyusunan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi sistem pemasaran dan pelaksanaan pengembangan bisnis rumah sakit.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pemasaran dan Inovasi mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi/kebijakan operasional (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) di bidang Pemasaran dan Inovasi;
 - b. penyusunan risk register dan program kerja di bidang Pemasaran dan Inovasi;
 - c. penyusunan dan pengembangan indikator mutu Bidang Pemasaran dan Inovasi;
 - d. perencanaan inovasi produk pelayanan dan bisnis sesuai dengan kebutuhan;
 - e. penyusunan strategi peningkatan brand rumah sakit secara berkelanjutan;
 - f. penyusunan business plan untuk mengembangkan visi misi Rumah Sakit;
 - g. pengembangan kerjasama internal dan eksternal untuk mendukung peningkatan pelayanan rumah sakit.
 - h. penyusunan dan pengelolaan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi, dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK dalam lingkup Bidang Pemasaran dan Inovasi;

- i. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - j. pengelolaan pelayanan Bidang Pemasaran dan Inovasi yang menunjang pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, patient safety, timely, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - k. perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pemasaran dan inovasi yang terintegrasi dengan sistem informasi untuk memberikan nilai unggul;
 - l. pengembangan standar mutu pemasaran dan inovasi;
 - m. pelaksanaan tugas pembimbingan, pendidikan dan penelitian, orientasi bidang pemasaran dan inovasi;
 - n. pelaksanaan good corporate governance dalam pengelolaan Pemasaran dan inovasi;
 - o. pelaksanaan kerjasama dan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan dengan Bidang Pemasaran dan inovasi;
 - p. penganalisis potensi pendapatan dan biaya unit layanan rumah sakit untuk peningkatan produktivitas, efektivitas dan efisiensi;
 - q. pengelolaan pengaduan terkait mutu pelayanan, etik dan hukum baik internal dan eksternal rumah sakit meliputi pencatatan, penelaahan, penanganan lebih lanjut, pelaporan, dan pengarsipan yang akan diteruskan ke unit atau komite yang terkait;
 - r. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan melaporkan kepuasan pelanggan;
 - s. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan validasi Indikator Kinerja: IKU, Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu Unit Bidang Pemasaran dan Inovasi;
 - t. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - u. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - v. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pemasaran dan Inovasi mempunyai tanggung jawab:
- a. terselenggaranya kegiatan bidang pemasaran dan inovasi rumah sakit yang efektif dan efisien dan patient safety;

- b. terselenggaranya perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program pemasaran dan inovasi yang terintegrasi dengan sistem informasi untuk memberikan nilai unggul;
 - c. terselenggaranya riset dan analisis pasar yang sesuai kebutuhan pelanggan dan memanfaatkan peluang pengembangan bisnis yang tersedia;
 - d. tersedianya Prosedur Operasional Standar, alur proses, pedoman dan regulasi lainnya pada bidang pemasaran dan inovasi;
 - e. tersedianya perencanaan produk pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat;
 - f. terlaksananya kerjasama internal dan eksternal untuk mendukung peningkatan pelayanan rumah sakit;
 - g. tersedianya pengembangan standar mutu pemasaran dan Inovasi;
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Pemasaran dan Inovasi mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan dalam rangka perbaikan dan pengembangan pemasaran dan inovasi;
 - b. memberikan saran atas pengembangan Business Development;
 - c. mengambil data dari instalasi/unit lain misalnya dari rawat jalan, rawat inap, telemedicine, dll untuk dilakukan analisis, guna mendukung strategi bisnis dan kebijakan rumah sakit;
 - d. melaporkan hasil monev kinerja pemasaran dan Inovasi; dan
 - e. melaporkan hasil penilaian kinerja staf Pemasaran dan Inovasi.
- (6) Manajer Pemasaran dan Inovasi membawahi:
- a. Seksi Pemasaran dan Komunikasi;
 - b. Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi; dan
 - c. Unit Layanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan.

Pasal 36

- (1) Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf k dipimpin oleh seorang Manajer yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan

- (2) Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan melaksanakan tugas Direktorat Umum, Pemasaran, dan Keuangan dalam merumuskan strategi dan bertanggung jawab atas pemenuhan kebutuhan pendanaan program prioritas dan kegiatan, menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi keuangan rumah sakit meliputi manajemen keuangan serta akuntansi dan pelaporan keuangan rumah sakit.
- (3) Manajer keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan mempunyai fungsi:
- a. penyusunan Rencana Kerja, regulasi, petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, dan laporan kinerja terkait Bidang Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan RS Unhas;
 - b. penyusunan usulan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi, dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pengelolaan pelayanan bidang Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan yang menunjang pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di RS secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan *akuntabel* serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. peningkatan ketersediaan pendanaan program prioritas dari sumber-sumber pendanaan yang resmi dan sah;
 - f. pelaksanaan proses verifikasi dokumen diantaranya Material Request dari Unit dan Form Cito, Purchasing Order (PO) dari Bagian ILP (Instalasi Layanan Pengadaan), Surat Perjalanan Dinas, SPP (UP, TUP, GU, LS) dan lainnya;
 - g. penyusunan laporan akuntansi yang akuntabel dan terstandar
 - h. penyusunan laporan pertanggungjawaban pelaksanaan anggaran;
 - i. pengoptimalisasian pendapatan/penerimaan rumah sakit;
 - j. penetapan alokasi pendanaan program prioritas dan kegiatan yang telah ditetapkan;
 - k. pelaksanaan asesmen kemampuan dan keberlanjutan pendanaan program prioritas dan kegiatan;
 - l. pengoordinasian perencanaan anggaran rumah sakit dengan bidang perencanaan dan evaluasi
 - m. pelaksanaan pengawasan, pengendalian, dan pengevaluasian pengelolaan keuangan;
 - n. pengembangan dan pelaksanaan sistem, akuntansi, dan pelaporan keuangan;
 - o. pengoordinasian pengembangan, penyusunan, pengukuran, monitoring dan evaluasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), indikator mutu keuangan rumah sakit;
 - p. pengelolaan nilai aset;
 - q. pengoordinasian penyusunan dan revisi sistem tarif rumah sakit;

- r. pelaksanaan tugas pembimbingan, pendidikan dan penelitian, orientasi di bidang keuangan, Akuntansi dan Pelaporan;
 - s. pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK.
 - t. pelaksanaan *good corporate governance* dalam pengelolaan bidang keuangan, Akuntansi dan Pelaporan;
 - u. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan bidang keuangan, Akuntansi dan Pelaporan;
 - v. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monev pelaksanaan pelayanan bidang keuangan, Akuntansi dan Pelaporan;
 - w. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - x. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan
 - y. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya susunan rencana dan program kerja bidang keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan RS Unhas;
 - b. terlaksananya verifikasi setiap pengeluaran rumah sakit sebelum dibayarkan oleh bendahara pembantu
 - c. terlaksananya penyusunan SPM (Standar Pelayanan Minimal);
 - d. terlaksananya penilaian prestasi kerja bawahan;
 - e. terlaksananya laporan Kegiatan Bidang Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan kepada Atasan;
 - f. terlaksananya laporan pertanggungjawaban pelaksanaan anggaran;
 - g. terlaksananya penetapan alokasi pendanaan program prioritas dan kegiatan yang telah ditetapkan;
 - h. terlaksananya asesmen kemampuan dan keberlanjutan pendanaan program prioritas dan kegiatan;
 - i. terlaksananya kebijakan keuangan rumah sakit;
 - j. terlaksananya pengoordinasian perencanaan anggaran rumah sakit dengan bidang perencanaan dan evaluasi;
 - k. terlaksananya pengawasan, pengendalian, dan pengevaluasian pengelolaan keuangan berbasis akuntansi akuntabel;
 - l. terlaksananya pengembangan dan penatalaksanaan sistem, akuntansi dan pelaporan keuangan;
 - m. terlaksananya pengembangan standar mutu keuangan rumah sakit;
 - n. terlaksananya pengelolaan nilai aset;
 - o. terlaksananya pengordinasian penyusunan dan revisi sistem tarif rumah sakit;
 - p. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - q. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan

- r. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Manajer Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan mempunyai kewenangan:
 - a. menolak *Purchasing Ordering* (PO) yang tidak sesuai dengan perencanaan;
 - b. memberikan pembinaan pada SDM di bidang Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan; dan
 - c. melaporkan hasil penilaian kinerja staf.
- (6) Manajer Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan membawahi:
 - a. Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana; dan
 - b. Seksi Akuntansi Manajemen.

Pasal 37

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Manajer oleh Rektor Unhas berdasarkan usulan Direktur Utama.
- (2) Masa jabatan Manajer selama 4 (empat) tahun mengikuti periode jabatan Direktur dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 38

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Manajer, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Persyaratan Umum:
 - 1) beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - 2) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 3) sehat jasmani dan rohani;
 - 4) berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
 - 5) memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - 6) memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit
 - 7) memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
 - 8) memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
 - 9) tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat; dan
 - 10) tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan.
 - b. Persyaratan khusus:
 - 1) Manajer Bidang Pendidikan dan Penelitian minimal dokter atau Sarjana bidang kesehatan;

- 2) Manajer Bidang Pelatihan minimal S2 bidang manajemen/ S2 bidang kesehatan;
- 3) Manajer Bidang SDM minimal dokter atau Magister bidang kesehatan;
- 4) Manajer Bidang Pelayanan Medik minimal dokter atau Magister bidang kesehatan;
- 5) Manajer Bidang Pelayanan Penunjang Medik dokter atau Magister bidang kesehatan;
- 6) Manajer Bidang Keperawatan minimal Ners;
- 7) Manajer Bidang Penunjang Non Medik minimal S2;
- 8) Manajer Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum minimal S2 bidang Kesehatan, Manajemen dan Akuntansi;
- 9) Manajer Bidang Logistik dan Operasional minimal S1/ Sarjana;
- 10) Manajer Bidang Pemasaran dan Inovasi minimal S1 /Sarjana;
- 11) Manajer Bidang Keuangan Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan minimal S1 /Sarjana;

Pasal 39

- (1) Manajer berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
 - e. diberhentikan sementara dari pegawai negeri sipil;
 - f. cuti di luar tanggungan negara.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa kesehatan.

Pasal 40

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Manajer sebelum masa jabatannya berakhir, Direktur Utama mengusulkan calon Manajer kepada Rektor agar ditetapkan sebagai Manajer untuk meneruskan sisa masa jabatan Manajer.
- (2) Manajer yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Keenam Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 41

- (1) Ketua SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf e adalah organ bertanggung jawab kepada Direktur Utama dalam memberikan pertimbangan-pertimbangan non medis sebagai alat pengambilan keputusan dengan tugas merencanakan, menerapkan, melaksanakan, mengendalikan, dan mengembangkan standar audit kinerja rumah sakit non medis.
- (2) SPI mempunyai fungsi:
 - a. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektivitas, serta efisiensi sistem prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, administrasi umum, dan keuangan berdasarkan regulasi pemerintah maupun peraturan internal Universitas dan Rumah Sakit Unhas;
 - b. penyusunan dan pengusulan penetapan regulasi, pedoman audit, mekanisme kerja dan supervisi, serta penilaian program jaminan dan peningkatan kualitas di dalam organisasi SPI;
 - c. pelaksanaan program sosialisasi SPI dalam lingkup internal rumah sakit;
 - d. pengajuan usulan pengembangan kompetensi SDM Satuan Pemeriksaan Internal;
 - e. pengkomunikasian rencana kerja audit yang telah disusun berdasarkan Renstra SPI kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas rumah sakit;
 - f. penyusunan dan pengusulan Rencana Kerja Tahunan Satuan Pemeriksaan Internal yang disahkan oleh Direktur Utama sebagai dasar perencanaan kegiatan pemeriksaan yang adaptif, proaktif, dan aplikabel melalui identifikasi masalah dan menyampaikan kepada Direktur Utama dan Direksi lainnya sebagai dasar untuk menyusun perencanaan audit baik jangka pendek dan jangka panjang;
 - g. pemberian materi dalam pelatihan internal maupun eksternal, benchmarking, dan kegiatan serupa lainnya serta pendampingan peserta didik terkait internal control, sebagai upaya mendukung program wahana Pendidikan Rumah Sakit;
 - h. pelaksanaan pengawasan kebijakan, program dan investigasi potensi pelanggaran peraturan;
 - i. pengawasan pengelolaan kepegawaian, keuangan, dan barang milik Unhas yang ada di Rumah Sakit Unhas
 - j. penyusunan program pemeriksaan;
 - k. penentuan lingkup, indikator, dan metode kerja audit yang akan dilakukan berdasarkan dimensi audit yang akan diterapkan;
 - l. pengontrolan program pemeriksaan;
 - m. pemberian rekomendasi berdasarkan hasil audit dan pengendalian pelaksanaan tugas masing – masing unit;

- n. pengevaluasian, pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas hasil audit internal dan eksternal;
 - o. penyusunan dan pelaporan hasil pemeriksaan kepada Direktur Utama;
 - p. pelaksanaan Audit Khusus berdasarkan permintaan dari Direktur Utama/Direksi lainnya;
 - q. pemberian jasa konsultasi, advokasi, pembimbingan, saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit baik yang berada di dalam maupun di luar program pemeriksaan atau pengawasan pada semua tingkat manajemen berdasarkan standar/regulasi yang berlaku;
 - r. pendampingan dan pengikutsertaan dalam pelaksanaan audit external;
 - s. pelaksanaan supervisi bawahan meliputi keterampilan yang dibutuhkan (komputer, komunikasi, dll), pelaksanaan tanggung jawab, cakupan dan kualitas usaha, kesesuaian jenis pekerjaan, pengetahuan auditing dan prosedur organisasi, relasi dengan auditee, upaya perbaikan sejak penilaian terakhir, pendidikan berkelanjutan, kemampuan dalam perencanaan;
 - t. penyusunan indikator kinerja individu dan indikator kinerja unit SPI;
 - u. penyampaian laporan kinerja penyelenggaraan pengelolaan SPI kepada Direktur Utama;
 - v. penyusunan analisis risiko SPI dan mengevaluasinya (risk register dan indikator mutu unit);
 - w. pemantauan dan pengevaluasian pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit; dan
 - x. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), SPI mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya program pembimbingan dan/atau pendampingan peserta kunjungan rumah sakit maupun peserta didik;
 - b. terlaksananya penilaian kinerja internal dalam pencapaian tujuan strategis rumah sakit secara efektif dan efisien;
 - c. terciptanya inovasi terkait assurance dan consulting;
 - d. terbinanya kerja sama dengan seluruh unit kerja, sebagai partner kerja dalam upaya mewujudkan good corporate governance menuju Wilayah Bebas Korupsi dan Wilayah Bersih Birokrasi Melayani (WBK/ WBBM);
 - e. menjaga dan meningkatkan program mutu di SPI;
 - f. memberikan pembinaan kepada staf yang membutuhkan;
 - g. terlaksananya program konsultasi dan pendampingan unit-unit kerja terkait operasional rumah sakit; dan
 - h. terlaksananya Rencana Kerja Tahunan (RKT) SPI.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), SPI mempunyai wewenang:

- a. mendapatkan akses penuh terhadap seluruh dokumen, data, pencatatan, IT, SDM, personal baik manual maupun komputerisasi untuk mendapatkan data dan informasi yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya;
- b. menyusun, mengubah, dan melaksanakan kebijakan audit internal termasuk antara lain menentukan prosedur dan lingkup pelaksanaan pekerjaan audit;
- c. mengkoordinasikan rekomendasi atas temuan yang prinsipil dengan potensi resiko yang dapat terjadi kepada Direktur Utama;
- d. melaksanakan koordinasi dan pemeriksaan dengan seluruh unit kerja;
- e. mengusulkan staf SPI untuk promosi, rotasi, mengikuti pendidikan, pelatihan, seminar, dan kursus yang berkaitan dengan kelancaran tugas-tugas audit atau untuk memenuhi kompetensi staf/auditor sesuai tuntutan dan jenjang karir yang telah ditetapkan oleh organisasi;
- f. mengajukan usulan penambahan staf, pembinaan staf dan rotasi staf SPI berdasarkan pertimbangan khusus;
- g. menerbitkan Surat Penugasan audit beserta rincian kewenangan; dan
- h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dan/ atau Dewas RS Unhas dan/ atau Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus.

Pasal 42

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua SPI, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - b. berkewarganegaraan Indonesia;
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
 - e. memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - f. memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit;
 - g. memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
 - h. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
 - i. tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat;
 - j. tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap
 - k. tidak sedang menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan atau izin belajar

- l. tidak sedang menduduki jabatan lain
- m. tidak pernah melanggar kode etik Unhas; dan
- n. minimal berpendidikan S2 bidang Kesehatan atau bidang ekonomi/manajemen dan memiliki pengalaman di bidang internal audit atau bergelar Qualified Internal Auditor (QIA) serta pengalaman bekerja di rumah sakit minimal 10 tahun.

Pasal 43

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua SPI ditetapkan berdasarkan Keputusan Rektor atas Usulan Direktur Utama RS Unhas.
- (2) Masa jabatan Ketua SPI selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Direktur Utama dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 44

- (1) Ketua SPI berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
 - e. diberhentikan sementara dari pegawai negeri sipil;
 - f. menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan atau izin belajar dalam rangka studi lanjut yang meninggalkan tugas tridharma perguruan tinggi; dan/atau
 - g. cuti di luar tanggungan negara.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa kesehatan.

Pasal 45

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Ketua SPI sebelum masa jabatannya berakhir, Rektor mengangkat pengganti Ketua SPI atas usul Direktur Utama, untuk meneruskan sisa masa jabatan.
- (2) Ketua SPI yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Ketujuh Komite

Pasal 46

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf f adalah organ non struktural di bawah Direktur Utama yang bertanggung jawab atas pemberian rekomendasi kepada Direktur Utama dalam penerapan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Mutu;
 - d. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - e. Komite Etik dan Hukum;
 - f. Komite Farmasi dan Terapi Rasional; dan
 - g. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
- (3) Komite bidang lainnya dapat dibentuk sesuai kebutuhan dengan Peraturan Rektor.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua Komite ditetapkan berdasarkan Keputusan Rektor atas usulan Direktur Utama RS Unhas.
- (5) Masa jabatan Ketua Komite selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Direktur Utama dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 47

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 pada ayat (2) huruf a bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama dan memiliki tanggung jawab menyelenggarakan 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) Komite Medik mempunyai fungsi:
 - a. Pelaksanaan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - c. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
 - d. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - e. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur Utama;
 - f. pelaksanaan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik;

- g. pemberian rekomendasi kewenangan klinis dan penugasan klinis untuk selanjutnya diterbitkan oleh Direktur Utama;
 - h. penegakan disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis;
 - i. pelaksanaan audit medis, audit klinik, audit kematian, dan audit insidental.
 - j. pemberian rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - k. pemberian rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut;
 - l. pemberian rekomendasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan;
 - m. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - n. pemberian rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
 - o. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien; dan
 - p. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Komite Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya Program Kerja Komite Medik;
 - b. tersusunnya RKAT, Perencanaan inventaris, ATK, dan pelatihan Komite Medik;
 - c. tersusunnya Laporan Pencapaian Kinerja Komite Medik;
 - d. tersusunnya Pedoman Kerja dan SOP terkait Komite Medik;
 - e. terlaksananya proses kredensial dan rekredensial dokter;
 - f. terlaksananya audit medik, audit klinik, audit kematian, audit insidental;
 - g. terlaksananya evaluasi kinerja staf medis; dan
 - h. terlaksananya pemeriksaan staf yang melakukan pelanggaran etis.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Komite Medik mempunyai wewenang:
- a. menyetujui rekomendasi kepada Direktur Utama rumah sakit tentang hasil kredensial dan rekredensial staf medis;
 - b. melaporkan kepada Direktur Utama rumah sakit tentang hasil audit medis, audit klinik, audit insidental, dan audit kematian;
 - c. menyetujui rekomendasi kepada Direktur Utama rumah sakit terhadap keputusan menyangkut etis penatalaksanaan tindakan medis di rumah sakit;
 - d. menyetujui rekomendasi kepada Direktur Utama rumah sakit terhadap pemberian sanksi pelanggaran disiplin profesi medis;
 - e. mengusulkan kepada Direktur Utama rumah sakit terkait pendampingan/proctoring bagi staf medis yang membutuhkan;
 - f. mengusulkan kepada Direktur Utama rumah sakit terkait rencana pendidikan berkelanjutan bagi dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis;

- g. menyetujui rekomendasi kepada Direktur Utama rumah sakit dalam pengambilan keputusan menyangkut etis penatalaksanaan tindakan medis di rumah sakit;
- h. menyetujui rekomendasi kepada Direktur Utama rumah sakit dalam memutuskan rencana pendidikan berkelanjutan bagi dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis;
- i. menyetujui penyusunan Program Kerja Komite Medik;
- j. menyetujui penyusunan laporan pencapaian kinerja Komite Medik; dan
- k. menyetujui penyusunan RKAT, perencanaan inventaris dan ART Komite Medik.

Pasal 48

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada pasal 46 ayat (2) huruf b bertanggung jawab kepada Direktur Utama untuk mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan pelayanan kebidanan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan daftar rincian kewenangan klinis, buku putih, nursing staf bylaws, clinical pathway asuhan keperawatan dan kebidanan, instrumen penilaian kinerja klinis (OPPE dan FPPE), panduan audit, dan panduan etik dan disiplin profesi;
 - b. pengembangan guideline tatalaksana kredensial;
 - c. pemberian rekomendasi terkait pengembangan standar asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. pengusulan pengembangan *evidence-based* nursing practice oleh perawat dan bidan;
 - e. pengontrolan pelaksanaan verifikasi persyaratan kredensial;
 - f. pemberian rekomendasi kewenangan klinis;
 - g. pemberian rekomendasi pemulihan kewenangan klinis;
 - h. pelaksanaan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - i. pelaporan seluruh proses kredensial kepada Direktur Utama RS Unhas;
 - j. pengawasan penyusunan data dasar profil tenaga keperawatan dan kebidanan sesuai area praktik;
 - k. pemberian rekomendasi perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - l. pelaksanaan audit keperawatan dan kebidanan;
 - m. pemberian fasilitas proses pendampingan sesuai kebutuhan;

- n. pelaksanaan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - o. pelaksanaan survey penerapan kode etik keperawatan dan kebidanan;
 - p. pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - q. pemberian rekomendasi penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - r. pemberian rekomendasi pencabutan kewenangan klinis;
 - s. pemberian pertimbangan dalam mengambil keputusan etik dalam asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - t. pemberian rekomendasi kelayakan penempatan staf di unit pelayanan yang sesuai;
 - u. pelaksanaan sertifikasi dan pengusulan lisensi profesi;
 - v. pelaksanaan evaluasi penilaian kinerja klinis dan hasil audit keperawatan dan kebidanan;
 - w. pembimbingan kepada anggota komite keperawatan dalam hal pelaksanaan tugas;
 - x. pelaksanaan koordinasi dengan komite mutu, komite medik, komite etik dan hukum, komite farmasi, dan direktorat pelayanan medik dan penunjang medik terkait pengembangan dan telaah mutu pelayanan keperawatan; dan
 - y. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
- a. terwujudnya mutu staf keperawatan dan kebidanan yang profesional;
 - b. terlaksananya fungsi memelihara mutu profesi keperawatan;
 - c. terlaksananya fungsi kredensial seluruh staf keperawatan (perawat dan bidan);
 - d. terlaksananya fungsi menjaga disiplin dan etika profesi staf keperawatan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Keperawatan mempunyai wewenang:
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan;
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;
 - h. merekomendasikan kelayakan penempatan staf keperawatan di unit pelayanan yang sesuai;

- i. memberikan masukan kepada seluruh manajer keperawatan dalam peningkatan mutu layanan dan pembinaan etik dan disiplin staf keperawatan;
- j. atas persetujuan Direktur Utama menyelenggarakan rapat koordinasi seluruh manajer keperawatan maupun lintas unit dalam rangka menata sistem pelayanan keperawatan;
- k. menyusun dan mengajukan konsep yang mengatur wewenang profesi perawat/bidan kepada Direktur Utama;
- l. mengevaluasi pelaksanaan sertifikasi dan mengusulkan lisensi profesi;
- m. mengkoordinasikan pengembangan profesi keperawatan di tatanan pelayanan dan pendidikan keperawatan dengan fakultas keperawatan; dan
- n. mengajukan kebijakan terkait peningkatan kualitas SDM dan layanan keperawatan kepada Direktur Utama.

Pasal 49

- (1) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (2) huruf c adalah organ non struktural yang bertanggung jawab terhadap Direktur Utama dalam memimpin dan menyelenggarakan sistem penjaminan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko rumah sakit.
- (2) Komite Mutu membantu Direktur Utama Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (3) Komite Mutu mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi (kebijakan, Pedoman/Panduan PMKP RS, Pedoman Komite Mutu, Prosedur dan program kerja) terkait pengelolaan dan penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko pelayanan Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Utama Rumah Sakit terkait perbaikan mutu, pengambilan kebijakan keselamatan pasien dan manajemen risiko di tingkat Rumah Sakit;
 - c. penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit (risk register RS) dan risk register Komite Mutu;
 - d. pengusulan program kerja Komite Mutu yang diselaraskan dengan Renstra Rumah Sakit;
 - e. pengusulan Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan terkait Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko;
 - f. pengembangan pengkajian standar mutu pelayanan, keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
 - g. pelaksanaan/fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;

- h. pemantauan dan memandu penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di unit kerja;
 - i. pemantauan dan memandu pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
 - j. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 - k. pelaksanaan/fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
 - l. pelaksanaan/fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit;
 - m. pengawasan pelaporan insiden keselamatan pasien secara kontinyu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - n. pelaksanaan pencatatan, analisis dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA) dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 - o. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - p. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu, pelatihan keselamatan pasien dan pelatihan manajemen risiko;
 - q. pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko;
 - r. pemantauan dan fasilitasi persiapan dan pelaksanaan akreditasi RS;
 - s. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu, keselamatan dan manajemen risiko di Rumah Sakit;
 - t. pelaksanaan koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal dan unit kerja lainnya yang terkait serta staf;
 - u. penyusunan indikator mutu kontrak RS baik klinis dan manajerial serta evaluasi perpanjangan kontrak RS;
 - v. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 - w. pengawasan pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - x. penyusunan laporan pelaksanaan program kerja Komite Mutu;
 - y. penyusunan laporan pelaksanaan capaian indikator mutu ke Direktur Utama, Dewas dan pihak eksternal/Kemenkes; dan
 - z. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Komite Mutu mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya evaluasi pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut, evaluasi insiden keselamatan pasien dan risk register RS;

- b. terimplementasinya sistem penjaminan mutu dalam penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pelayanan Kesehatan;
 - c. terlaksananya pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko;
 - d. terselenggaranya evaluasi pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
 - e. terbinanya komunikasi dengan unit lain terkait solusi perbaikan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di seluruh unit kerja;
 - f. terciptanya proses pembimbingan kepada peserta didik/peneliti terkait mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko;
 - g. terbinanya kerjasama dan komunikasi komite mutu dengan unit internal dan instansi eksternal;
 - h. terselenggaranya budaya keselamatan pasien di rumah sakit;
 - i. terlaksananya rekomendasi dari pelaporan capaian kinerja seluruh unit kerja;
 - j. terlaksananya pelaporan capaian indikator mutu RS;
 - k. tercapainya target kinerja dari program kerja komite mutu yang telah ditetapkan;
 - l. tercapainya persiapan dan pelaksanaan akreditasi, pelaporan insiden ke kemenkes dan fasilitasi aplikasi penunjang manajemen risiko; dan
 - m. terlaksananya tugas lain yang diberikan Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Komite Mutu mempunyai wewenang:
- a. menyetujui regulasi (kebijakan, pedoman PMKP RS dan program kerja) terkait pengelolaan dan penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko pelayanan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui program kerja komite mutu sesuai Renstra RS Unhas;
 - c. memastikan terjalin kerjasama dan komunikasi komite mutu dengan unit internal dan instansi eksternal;
 - d. mengusulkan pengangkatan dan/atau pemberhentian staf Komite Mutu ke Direktur Utama RS;
 - e. mendiseminasikan informasi terkait mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko dari luar ke seluruh unit kerja untuk kepentingan rumah sakit;
 - f. mewakili rumah sakit dalam rangka mengembangkan hubungan komite mutu rumah sakit dengan institusi luar;
 - g. mengusulkan pemberian penghargaan atau sanksi kepada staf Komite Mutu;
 - h. mengusulkan penilaian SKP staf Komite Mutu; dan
 - i. melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS.

Pasal 50

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 pada ayat (2) huruf d bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya Bertugas membantu direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya serta pengembangan profesional berkelanjutan termasuk memberi masukan guna pengembangan standar pelayanan.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan data dasar profil tenaga Kesehatan lain di Rumah Sakit Unhas;
 - b. penyusunan panduan audit profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. pelaksanaan audit profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - d. pemberian rekomendasi perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya;
 - e. fasilitator proses pendampingan tenaga kesehatan lainnya sesuai kebutuhan;
 - f. pemberian rekomendasi tindak lanjut hasil audit tenaga kesehatan lainnya, pendidikan berkelanjutan, serta pendampingan;
 - g. pembuatan dan penilaian evaluasi mutu profesi;
 - h. pelaksanaan evaluasi penilaian kinerja klinis dan hasil audit tenaga kesehatan lainnya;
 - i. penyusunan daftar rincian kewenangan klinis;
 - j. pengontrolan proses verifikasi persyaratan kredensial;
 - k. pemberian rekomendasi kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya;
 - l. pemberian rekomendasi pemulihan kewenangan klinis;
 - m. pelaksanaan kredensial terhadap tenaga baru yang diterima;
 - n. pelaksanaan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - o. pelaporan seluruh proses kredensial kepada Direktur Utama RS Unhas;
 - p. penyusunan panduan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - q. pelaksanaan sosialisasi kode etik tenaga kesehatan lainnya;
 - r. pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - s. pemberian rekomendasi penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik profesi dalam pelayanan kesehatan;
 - t. pemberian rekomendasi pencabutan kewenangan klinis;
 - u. pemberian pertimbangan dalam mengambil keputusan etik dalam asuhan tenaga Kesehatan lainnya;
 - v. pelaksanaan koordinasi dengan komite mutu, komite medik, komite etik dan hukum, komite farmasi, dan direktorat yang terkait tentang telaah dan pengembangan pelayanan tenaga Kesehatan lainnya;
 - w. pembimbingan kepada anggota komite tenaga kesehatan lainnya dalam hal pelaksanaan tugas; dan

- x. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai tanggung jawab:
 - a. terwujudnya mutu staf tenaga kesehatan lainnya yang profesional;
 - b. terlaksananya fungsi memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - c. terlaksananya fungsi kredensial tenaga kesehatan lainnya;
 - d. terlaksananya fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai wewenang:
 - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit terkait tenaga kesehatan lainnya;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan berkelanjutan;
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;
 - h. memberikan masukan kepada seluruh manajer dalam peningkatan mutu layanan dan pembinaan etik dan disiplin staf tenaga kesehatan lainnya;
 - i. menyusun dan mengajukan konsep yang mengatur wewenang profesi tenaga kesehatan lainnya kepada Direktur Utama;
 - j. mengevaluasi pelaksanaan sertifikasi dan mengusulkan lisensi profesi; dan
 - k. mengajukan kebijakan terkait peningkatan kualitas SDM dan layanan tenaga kesehatan kepada Direktur Utama.

Pasal 51

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud pada Pasal 46 ayat (2) huruf e bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama dan memiliki tanggung jawab mengawasi, mengevaluasi, dan membina pelaksanaan penerapan kode etik dan hukum di rumah sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi (pedoman, kebijakan, POS) Komite Etik dan Hukum;
 - b. penyusunan regulasi, risk register Komite Etik dan Hukum;
 - c. penyusunan rencana Kerja Tahunan Komite etik dan Hukum;
 - d. penyusunan revisi Panduan Etik dan Perilaku (Code of Conduct);
 - e. pengoordinasian penyusunan Pedoman Etika Pelayanan;
 - f. pelaksanaan pembinaan penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakit;

- g. pengoordinasian penyelenggaraan pengawasan terhadap pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggara;
 - h. pengoordinasian dalam mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (alternative dispute resolution) dan /atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
 - i. pengoordinasian pelaksanaan tugas menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di rumah sakit;
 - j. pemberian pertimbangan kepada Direktur Utama Rumah Sakit Unhas mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum;
 - k. pemberian pertimbangan dan atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit;
 - l. pengembangan, penyusunan indikator mutu, validasi, monitoring dan evaluasi indikator kinerja unit;
 - m. penyusunan dan mengimplementasikan Panduan Etik dan Perilaku (Code of Conduct);
 - n. pengimplementasian pelaksanaan pembinaan penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitan;
 - o. pengimplementasian penyelenggaraan pengawasan terhadap pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan;
 - p. pelaksanaan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - q. pengimplementasian dukungan terhadap bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (alternative dispute resolution) dan /atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
 - r. pengoordinasian pelaksanaan tugas menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di rumah sakit; dan
 - s. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Etik dan Hukum mempunyai tanggung jawab:
- a. terimplementasinya pengelolaan data dan informasi terkait etika Rumah Sakit Unhas;
 - b. tersedianya dan terimplementasinya regulasi (Pedoman, POS, dan regulasi lainnya) pengkajian etika dan hukum perumahsakitan, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai nilai bioetika dan humaniora;
 - c. terkoordinasinya perencanaan dan pelaksanaan sosialisasi dan promosi Panduan ETik dan Perilaku (Code of Conduct) dan Pedoman etika pelayanan;

- d. tersusunnya sistem pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku (Code OF Conduct) dan pedoman Etika Pelayanan;
 - e. terlaksananya Monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku (Code of Conduct) dan pedoman Etika Pelayanan;
 - f. terlaksananya pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (Code of Conduct) dan Pedoman Etika Pelayanan; dan
 - g. terkoordinasinya sistem penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit Unhas; dan
 - h. penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etik profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Etik dan Hukum mempunyai wewenang:
- a. menghadirkan pihak terkait untuk menyelesaikan masalah etik RS Unhas;
 - b. melakukan klarifikasi dengan pihak terkait sebagai penyusunan bahan rekomendasi;
 - c. memberikan rekomendasi kepada Direktur Utama RS Unhas mengenai sanksi terhadap pelaku pelanggaran Panduan Etik dan Perilaku (Code of Conduct) dan Pedoman Etik Pelayanan;
 - d. Mendapatkan akses terhadap seluruh dokumen, data, informasi (manual dan atau sistem informasi) yang berkaitan dengan proses penelusuran persoalan etika dan perilaku; dan
 - e. Mengusulkan atau merekomendasikan SDM Komite Etik dan Hukum untuk promosi, rotasi dan pengembangan SDM.

Pasal 52

- (1) Komite Farmasi dan Terapi Rasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 pada ayat (2) huruf f bertanggung jawab kepada Direktur Utama untuk melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan farmasi dan terapi rasional rumah sakit.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi Rasional mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan perencanaan dan evaluasi program kerja komite farmasi dan terapi rasional;
 - b. pengembangan kebijakan tentang penggunaan obat di rumah sakit;
 - c. pemberian rekomendasi dalam pemilihan penggunaan obat-obatan;
 - d. pengoordinasian pembuatan pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit dan pedoman penggunaan antibiotik;
 - e. pengoordinasian penyusunan formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat-obatan di rumah sakit dan apabila perlu dapat diadakan perubahan secara berkala;

- f. penyusun standar terapi bersama dengan staf medik dan komite medik;
 - g. pelaksanaan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generik bersama dengan instalasi farmasi;
 - h. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dasar pemilihan obat pada efek terapi, keamanan serta harga obat, juga minimalisasi duplikasi tipe obat;
 - i. pemberian rekomendasi pada pimpinan rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional;
 - j. pelaksanaan pendidikan di bidang pengelolaan dan penggunaan obat ke instalasi farmasi;
 - k. pelaksanaan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik atas pengkajian tersebut;
 - l. pelaksanaan evaluasi kebijakan mengenai pemilihan dan penggunaan obat;
 - m. pelaksanaan evaluasi pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit yang termasuk kategori khusus;
 - n. pengajian rekam medik terhadap standar diagnosa dan terapi, guna peningkatan rasionalitas penggunaan obat;
 - o. pengembangan pelayanan informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan internal maupun eksternal rumah sakit;
 - p. pengumpulan dan meninjau laporan efek samping obat kepada staf medis dan perawat; dan
 - q. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Farmasi dan Terapi Rasional mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya evaluasi pelayanan farmasi dan terapi di rumah sakit;
 - b. tersedianya perencanaan dan evaluasi program Komite Farmasi dan Terapi Rasional;
 - c. tersedianya kebijakan tentang penggunaan obat di rumah sakit;
 - d. tersedianya formula dan evaluasi tahunan terhadap formularium rumah sakit;
 - e. terlaksananya pemantauan dan pelaporan kegiatan monitor efek samping obat (meso) berkoordinasi dengan instalasi farmasi;
 - f. terlaksananya proses kredensialing tenaga kefarmasian di rumah sakit; dan
 - g. terlaksananya pelayanan informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan internal maupun eksternal rumah sakit.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Farmasi dan Terapi Rasional mempunyai wewenang:
- a. mengusulkan ke Direktur Utama perencanaan dan program kerja Komite Farmasi dan Terapi Rasional;
 - b. merekomendasi kebijakan tentang penggunaan obat di rumah sakit kepada Direktur Utama;

- c. menyetujui usulan obat yang masuk dalam formularium rumah sakit;
- d. mengevaluasi pelaksanaan pemantauan dan pelaporan kegiatan Monitoring Efek Samping Obat (MESO) yang berkoordinasi dengan instalasi farmasi;
- e. memutuskan hasil kredensialing tenaga kefarmasian di rumah sakit;
- f. memberikan rekomendasi perbaikan pengendalian persediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai kepada instalasi farmasi;
- g. mengevaluasi pelayanan informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan internal maupun eksternal rumah sakit;
- h. mengembangkan kerjasama dengan fakultas farmasi dalam hal pelaksanaan farmasi klinik dan penyelenggaraan forum kajian diskusi terkait permasalahan dalam penggunaan obat.

Pasal 53

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 pada ayat (2) huruf g adalah organ non struktural yang bertanggung jawab terhadap Direktur Utama
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Ketua Komite PPI bertugas membantu Direktur Utama Rumah Sakit dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi yang berkaitan dengan aktivitas proses kerja di rumah sakit guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman, dan nyaman bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan Regulasi Terkait PPI RS Unhas;
 - b. pelaksanaan sosialisasi kebijakan PPI RS Unhas;
 - c. pemberian usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - d. pemberian sosialisasi, edukasi, dan konsultasi pada petugas rumah sakit, pasien, dan pengunjung terkait PPI;
 - e. pengusulan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
 - f. pengidentifikasian temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit dalam PPI;
 - g. pemberian masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat, dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
 - h. penentuan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi

- i. pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses;
 - j. pelaksanaan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya;
 - k. pengevaluasian kinerja staf Komite PPI;
 - l. Pengembangan, pengimplementasian, dan pengkajian kembali rencana manajemen RS apakah telah sesuai kebijakan PPI RS Unhas;
 - m. penyusunan dan pengevaluasian kebijakan dan program PPI;
 - n. Penyusunan dan pengevaluasian rencana strategis program PPI;
 - o. Berperan serta dalam penyusunan kebijakan clinical governance dan patient safety;
 - p. pemberian usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan penyebarluasan data resistensi antibiotika;
 - q. pemberian masukan dalam penyusunan kebijakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3);
 - r. pelaksanaan pertemuan berkala;
 - s. penyusunan laporan PPI kepada Direktur berdasarkan data dari tim PPI; dan
 - t. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tanggung jawab:
- a. terselenggaranya kegiatan PPI rumah sakit yang efektif dan efisien dan memperhatikan patient safety;
 - b. terselenggaranya pelatihan dan pendidikan PPI pada staf, pasien, dan pengunjung rumah sakit;
 - c. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan PPI;
 - d. terlaksananya pengkajian pencegahan dan pengendalian risiko infeksi;
 - e. tersedianya Standar Prosedur Operasional, alur proses, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan Komite PPI;
 - f. terlaksananya SPO dan regulasi lainnya dalam PPI;
 - g. terselenggaranya pertemuan berkala;
 - h. tersedianya usulan untuk penambahan SDM di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai wewenang:
- a. memberi masukan dan teguran langsung kepada petugas yang melakukan pekerjaan tidak sesuai dengan prinsip PPI;

- b. memberikan konsultasi, sosialisasi, dan edukasi pada petugas kesehatan rumah sakit terkait PPI;
- c. merekomendasikan tindakan penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- d. melaporkan hasil monev kinerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi kepada direktur utama;
- e. memberikan usulan dan rekomendasi kepada direktur utama untuk pengembangan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
- f. memberikan pembinaan pada SDM di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; dan
- g. melaporkan hasil penilaian kinerja staf.

Pasal 54

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua Komite, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Persyaratan Umum
 - 1) beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - 2) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 3) sehat jasmani dan rohani;
 - 4) berusia maksimal 65 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
 - 5) memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - 6) memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit;
 - 7) memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
 - 8) memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
 - 9) tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat;
 - 10) tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
 - 11) minimal berpendidikan profesi.
 - b. Persyaratan Khusus
 - 1) Ketua Komite Medik berpendidikan minimal Dokter Spesialis dan S2 khususnya dibidang Kesehatan serta pernah mengikuti pelatihan di bidang perumahsakit;
 - 2) ketua Komite Etik dan Hukum berpendidikan minimal S2 semua jurusan yang memahami masalah etika Rumah Sakit Unhas dan hukum serta berpengalaman pengelolaan rumah sakit minimal 2 tahun;
 - 3) Ketua Komite Keperawatan berpendidikan minimal S2 di bidang keperawatan serta pernah memiliki pelatihan Komite Keperawatan;

- 4) Ketua Komite Farmasi dan Terapi Rasional berpendidikan minimal Dokter Spesialis Farmakologi Klinik yang memiliki pengalaman pelayanan pasien minimal 2 tahun dan S2 Farmasi Klinik yang memiliki pengalaman lebih dari 5 tahun sebagai apoteker;
- 5) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berpendidikan minimal Profesi tenaga Kesehatan serta memiliki pengalaman kerja di pelayanan sesuai profesi minimal 3 tahun;
- 6) Ketua Komite Mutu berpendidikan minimal S2 di bidang Kesehatan dan memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit minimal 5 tahun; dan
- 7) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) berpendidikan minimal S2 di bidang kesehatan dengan syarat S1 bergelar dokter umum.

Pasal 55

- (1) Ketua Komite berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. diangkat dalam jabatan yang lain; dan
 - e. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa kesehatan.

Pasal 56

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Ketua Komite sebelum masa jabatannya berakhir, Rektor mengangkat pengganti Ketua Komite atas usul Direktur Utama, untuk meneruskan sisa masa jabatan.
- (2) Ketua Komite yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Kedelapan Pusat

Pasal 57

- (1) Pusat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf g adalah organ non struktural di bawah Direktur Utama yang bertanggung jawab atas

pemberian pelayanan terpusat dalam penerapan tata kelola organisasi dan tata kelola klinik yang baik.

- (2) Pusat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - b. Pusat Penjaminan Pasien;
- (3) Pusat lainnya dapat dibentuk sesuai kebutuhan dengan Peraturan Rektor.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Pusat ditetapkan berdasarkan Keputusan Rektor atas usulan Direktur Utama RS Unhas.
- (5) Masa jabatan Kepala Pusat selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Direktur Utama dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 58

- (1) Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine* sebagaimana dimaksud dalam pasal 57 pada ayat (2) huruf a dipimpin oleh kepala pusat yang bertanggung jawab terhadap Direktur Utama dalam memimpin memiliki tanggung jawab dalam pelayanan sistem informasi rumah sakit dan pengembangan layanan *telemedicine* dengan aktifitas, efisien, dan berkesinambungan untuk mendukung proses pelayanan dan pengambilan keputusan manajemen.
- (2) Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine* mempunyai fungsi:
 - a. pelaksanaan kebijakan dan prosedur pelayanan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS);
 - b. penyusunan rencana kerja Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - c. perencanaan kebutuhan teknologi dan informasi untuk mendukung fungsi penyelenggaraan pelayanan utama rumah sakit;
 - d. pengoordinasian pembuatan aplikasi/sistem informasi terintegrasi untuk memenuhi kebutuhan dinamis rumah sakit;
 - e. pemeliharaan dan pengembangan aplikasi Rumah Sakit yang telah ada;
 - f. pengelolaan dan penjagaan keamanan sistem informasi (fisik, jaringan, aplikasi) dan stabilitas koneksi jaringan;
 - g. pengelolaan infrastruktur jaringan komunikasi data;
 - h. penyusunan usulan kebutuhan fasilitas, tenaga, pemeliharaan sarana dan prasarana serta pendidikan dan pelatihan pegawai di Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - i. pengoordinasian kegiatan Sistem Informasi dan *Telemedicine* dengan bagian/KSM dari berbagai disiplin ilmu dan unit kerja terkait;
 - j. pelaksanaan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan Sistem Informasi dan *Telemedicine*;

- k. pelaksanaan indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan standar mutu;
 - l. penyediaan fasilitas kegiatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian terkait pelayanan kesehatan *Telemedicine*;
 - m. pelaksanaan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui tindakan dalam Teknologi *Telemedicine*;
 - n. perencanaan berbagai kegiatan pengembangan produk unggulan untuk mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan pendidikan;
 - o. peningkatan efisiensi dan produktivitas pelayanan pasien melalui peningkatan kualitas layanan yang cepat, tepat, dan akurat melalui *Telemedicine*; dan
 - p. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine* mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya kebijakan dan prosedur pelayanan Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - b. terlaksananya penyusunan rencana kerja Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - c. memastikan pembuatan aplikasi sesuai dengan kebutuhan rumah sakit;
 - d. terlaksananya pemeliharaan dan pengembangan aplikasi SIM rumah sakit yang telah ada;
 - e. terlaksananya penyusunan usulan kebutuhan fasilitas, tenaga, pemeliharaan sarana dan prasarana serta pendidikan dan pelatihan pegawai Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - f. terkoordinasinya kegiatan Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine* dengan bagian/KSM dari berbagai disiplin ilmu dan unit kerja terkait;
 - g. terlaksananya monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - h. terlaksananya laporan kegiatan di pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - i. terlaksananya Monitoring Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan standar mutu;
 - j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Pusat Sistem Informasi dan *Telemedicine* mempunyai wewenang:
- a. menentukan arah pengembangan aplikasi Sistem Informasi dan *Telemedicine*;
 - b. mengevaluasi kegiatan pegawai di lingkungan Sistem Informasi Manajemen;

- c. melaporkan hasil monitoring dan evaluasi kinerja Sistem Informasi dan Telemedicine
- d. meminta usulan kebutuhan fasilitas, tenaga, pemeliharaan sarana dan prasarana serta pendidikan dan pelatihan pegawai di pusat Sistem Informasi dan Telemedicine); dan
- e. menolak pembuatan aplikasi diluar kebutuhan rumah sakit;

Pasal 59

- (1) Pusat Penjaminan Pasien sebagaimana dimaksud dalam pasal 57 pada ayat (2) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Pusat yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (2) Pusat Penjaminan Pasien mempunyai tugas pokok:
 - a. melakukan klaim biaya pelayanan Kesehatan Pasien terhadap pihak ke 3 yaitu BPJS dan asuransi Non BPJS pihak 3 lainnya;
 - b. mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di rumah sakit meliputi sosialisasi, penyusunan manual, verifikasi, costing dan coding klaim JKN;
 - c. melaksanakan fungsi representasi antara rumah sakit dengan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional; dan
 - d. melakukan regulasi pelayanan pasien jaminan umum dan corporate melalui kendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- (3) Pusat Penjaminan Pasien mempunyai fungsi:
 - a. pengklaiman biaya pelayanan kesehatan;
 - b. penyusunan rencana kerja, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register dan laporan kinerja terkait Penjaminan Pasien;
 - c. penyusunan program kerja, Rencana Kegiatan dan Anggaran Tahunan (RKAT) Pusat Penjaminan Pasien;
 - d. pelaksanaan pengembangan dan pembinaan Sumber Daya Manusia Pusat Penjaminan Pasien;
 - e. penugasan/penempatan/pemindahan staf di unitnya sesuai dengan beban kerja masing-masing;
 - f. pelaksanaan analisis, evaluasi, dan pemantauan mutu terhadap pelaksanaan kegiatan dan program kerja di Pusat Penjaminan Pasien;
 - g. pelaksanaan analisis dan pemberian rekomendasi implementasi kebijakan JKN Rumah Sakit;
 - h. pelaksanaan evaluasi, pencatatan, dan pelaporan pelaksanaan verifikasi, coding, dan *costing klaim* yang dilakukan secara berkala

- sangat penting dalam menentukan kebijakan yang berkaitan dengan kendali mutu dan biaya;
- i. pengoordinasian percepatan dan mutu klaim;
 - j. pengoordinasian pelayanan pasien jaminan *coordination of benefit* nasional dan *corporate* dalam percepatan pelayanan dan klaim; dan
 - k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pusat Penjaminan Pasien memiliki tanggung jawab:
- a. tersedianya klaim pelayanan pasien;
 - b. terlaksananya koordinasi penyelenggaraan JKN;
 - c. terlaksananya analisis dan pemberian rekomendasi implementasi kebijakan JKN Rumah Sakit;
 - d. terlaksananya proses verifikasi, *costing*, dan *coding klaim* yang dilakukan secara berkala terkait kendali mutu dan biaya;
 - e. terlaksananya kebijakan terkait kerjasama Rumah Sakit;
 - f. termonitornya proses klaim;
 - g. terkoordinasinya pelayanan pasien jaminan *coordination of benefit* nasional dan *corporate* dalam percepatan pelayanan dan klaim;
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pusat Penjaminan Pasien mempunyai kewenangan:
- a. meminta berkas rekam medis untuk diverifikasi;
 - b. mengevaluasi pelaporan verifikasi, coding, dan costing klaim; dan
 - c. memberikan pembinaan SDM di Pusat Penjaminan Pasien.
 - d. Mengusulkan staf pendukung sesuai dengan kebutuhan

Pasal 60

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala pusat, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Persyaratan Umum:
 - 1) beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - 2) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 3) sehat jasmani dan rohani;
 - 4) berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
 - 5) memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - 6) memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit
 - 7) memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;

- 8) memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
 - 9) tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat;
 - 10) tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap;
 - 11) tidak sedang menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan atau izin belajar;
 - 12) tidak sedang menduduki jabatan lain;
 - 13) tidak pernah melanggar kode etik Unhas; dan
 - 14) minimal berpendidikan S1.
- b. Persyaratan Khusus:
- 1) Pusat Sistem Informasi dan telemedicine pendidikan minimal S1 sistem informatika, Teknik Informatika dan serumpun, serta memiliki pengalaman kerja dalam bidang IT minimal 3 tahun; dan
 - 2) Pusat Penjaminan Pasien berpendidikan Dokter Umum atau S1 Keperawatan dan memiliki pengalaman kerja minimal 3 tahun dalam hal pelayanan pasien di rumah sakit.

Pasal 61

- (1) Kepala Pusat berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. diangkat dalam jabatan yang lain; dan
 - e. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa kesehatan.

Pasal 62

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Kepala Pusat sebelum masa jabatannya berakhir, Rektor mengangkat pengganti Kepala Pusat atas usul Direktur Utama, untuk meneruskan sisa masa jabatan.
- (2) Kepala Pusat yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Kesembilan

Seksi

Pasal 63

- (1) Seksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf h adalah unsur yang membantu Direktur Utama dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan operasional RS sesuai dengan bidang tugasnya.
- (2) Seksi dipimpin oleh seorang kepala seksi
- (3) Seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Seksi Pendidikan;
 - b. Seksi Penelitian;
 - c. Seksi Pelatihan Medik;
 - d. Seksi Pelatihan Non Medik;
 - e. Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM;
 - f. Seksi Evaluasi dan Retensi SDM;
 - g. Seksi Pelayanan Medik;
 - h. Seksi Mutu Pelayanan Medik;
 - i. Seksi Pelayanan Penunjang Medik;
 - j. Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik;
 - k. Seksi Pelayanan Keperawatan;
 - l. Seksi Mutu Pelayanan Keperawatan;
 - m. Seksi Pelayanan Kefarmasian;
 - n. Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik;
 - o. Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik;
 - p. Seksi Perencanaan dan Evaluasi;
 - q. Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;
 - r. Seksi Logistik dan BMU;
 - s. Seksi Rumah Tangga;
 - t. Seksi Pemasaran dan Komunikasi;
 - u. Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi;
 - v. Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana; dan
 - w. Seksi Akuntansi Manajemen.

Pasal 64

- (1) Seksi Pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 pada ayat (3) huruf a dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Bidang Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian.

- (2) Seksi Pendidikan melaksanakan tugas Manajer Pendidikan dan Penelitian dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi pendidikan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Pendidikan mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan usulan kebutuhan sumber daya seksi pendidikan meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - b. penyediaan laporan kecukupan sumberdaya, sarana prasarana untuk mendukung pendidikan peserta didik;
 - c. penyusunan risk register dan program kerja tahunan seksi pendidikan;
 - d. penyusunan dan pensosialisasian buku pedoman pendidikan klinik;
 - e. penyusunan SOP dan kebijakan supervisi terhadap peserta didik, alur proses, buku pedoman, logbook, dan Formulir yang dibutuhkan pada proses pendidikan;
 - f. penyusunan perencanaan kegiatan Pendidikan:
 - 1) orientasi Pendidikan;
 - 2) penempatan peserta didik; dan
 - 3) Kriteria peserta didik.
 - g. pelaksanaan koordinasi dan kolaborasi antara Institusi Pendidikan dan Rumah Sakit Pendidikan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam pendidikan dan Penelitian;
 - h. penyusunan database peserta didik pendidikan klinis dan non klinis yang dilengkapi dengan dokumentasi peserta didik minimal:
 - a) surat keterangan peserta didik dari institusi pendidikan
 - b) ijazah, STR, Surat Izin Praktik, klasifikasi akademik, identifikasi kompetensi akademik, dan laporan capaian kompetensi
 - i. penyusunan bukti perhitungan rasio pendidikan dengan staf pendidik klinis dari setiap prodi;
 - j. penyusunan bukti perhitungan peserta didik yang diterima di rumah sakit per periode disesuaikan dengan jumlah pasien;
 - k. pengoordinasian tugas pembimbingan dengan menyediakan dosen yang melakukan bimbingan dan pengawasan terhadap mahasiswa dalam memberikan pendidikan/pelayanan klinis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - l. penyusunan draf kerjasama Pendidikan;
 - m. monitoring dan Evaluasi program kegiatan Pendidikan Klinis dan Non Klinis;

- n. pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja Dosen Pendidik dan Clinical Instruktur yang disetujui oleh Dekan Fakultas;
 - o. penilaian hasil evaluasi akhir peserta didik berdasarkan atas input Dosen Pendidik, Clinical Instruktur dan staf;
 - p. pelaksanaan monitoring penerapan good corporate governance dalam pengelolaan pendidikan;
 - q. penyusunan laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan Pendidikan kepada Manajer Pendidikan dan Penelitian serta pihak terkait;
 - r. pelaksanaan kegiatan Survey Customer Experience peserta didik, pembimbing, dan staf;
 - s. pelaksanaan monitoring & Evaluasi Penerapan Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan; dan
 - t. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pendidikan dan Penelitian.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Pendidikan mempunyai tanggung Jawab:
- a. penyusunan usulan kebutuhan seksi pendidikan berupa sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - b. tersedianya usulan kebutuhan seksi pendidikan berupa sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - c. tersedianya laporan kecukupan sumberdaya, sarana prasarana untuk mendukung pendidikan peserta didik;
 - d. tersedianya risk register dan program kerja tahunan seksi Pendidikan;
 - e. tersedianya dan mensosialisasikan buku pedoman pendidikan klinik;
 - f. tersedianya SOP dan kebijakan supervisi terhadap peserta didik, alur proses, buku pedoman, logbook, dan Formulir yang dibutuhkan pada proses Pendidikan;
 - g. tersedianya perencanaan kegiatan Pendidikan;
 - h. terlaksananya koordinasi dan kolaborasi antara Institusi Pendidikan dan Rumah Sakit Pendidikan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam pendidikan dan Penelitian;
 - i. terlaksananya koordinasi antara BAKORDIK dengan tim KORDIK;
 - j. tersedianya database peserta didik pendidikan klinis dan non klinis;
 - k. tersedianya bukti perhitungan rasio pendidikan dengan staf pendidik klinis dari setiap prodi;

- l. tersedianya bukti perhitungan peserta didik yang diterima di rumah sakit per periode disesuaikan dengan jumlah pasien;
 - m. tersedianya bukti pelaksanaan tugas staf klinis;
 - n. tersedianya koordinasi tugas pembimbingan dengan menyediakan dosen yang melakukan bimbingan dan pengawasan terhadap mahasiswa dalam memberikan pendidikan/pelayanan klinis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - o. tersedianya draft kerjasama Pendidikan;
 - p. terlaksananya Monitoring dan Evaluasi program kegiatan Pendidikan Klinis dan Non Klinis;
 - q. terlaksananya Monitoring dan evaluasi kinerja Dosen Pendidik dan Clinical Instruktur yang disetujui oleh Dekan Fakultas;
 - r. terlaksananya evaluasi akhir peserta didik berdasarkan atas input Dosen Pendidik, Clinical Instruktur dan staf;
 - s. tersedianya laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan Pendidikan kepada Manajer Pendidikan dan Penelitian serta pihak terkait;
 - t. terlaksananya kegiatan Survey Customer Experience peserta didik, pembimbing, dan staf;
 - u. terlaksananya Penerapan Sistem Penjaminan Mutu seksi pendidikan.
 - v. terlaksananya Monitoring & Evaluasi Penerapan Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan; dan
 - w. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pendidikan dan Penelitian.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pendidikan mempunyai kewenangan:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan dalam rangka perbaikan dan pengembangan mutu penyelenggaraan pendidikan;
 - b. menerima Mahasiswa sesuai dengan jumlah rasio dosen dan Mahasiswa, jumlah atau variasi jenis penyakit;
 - c. memberikan bimbingan dan penilaian kinerja terhadap staf pendidikan;
 - d. memberikan masukan atau saran serta pertimbangan kepada Manajer pendidikan dan penelitian berkenaan dengan tugas pokok dan fungsi kasi pendidikan; dan
 - e. memberikan penghargaan, atau peringatan dan teguran kepada staf pendidikan dalam rangka perbaikan Bidang Pendidikan dan Penelitian.

Pasal 65

- (1) Seksi Penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Bidang Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian.
- (2) Seksi Penelitian melaksanakan tugas Manajer Pendidikan dan Penelitian dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi penelitian.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Penelitian mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan perencanaan kegiatan Penelitian:
 - 1) Orientasi Lab Penelitian.
 - 2) Kegiatan Administrasi Penelitian.
 - 3) Diseminasi Hasil Penelitian (Seminar Call for Paper).
 - b. penyusunan risk register dan program kerja tahunan seksi Penelitian;
 - c. penyusunan usulan kebutuhan seksi penelitian berupa sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - d. penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO), alur proses, buku pedoman, logbook, dan Formulir yang dibutuhkan pada proses penelitian;
 - e. penyusunan Roadmap Penelitian;
 - f. penyusunan draft kerjasama penelitian dengan institusi lainnya;
 - g. pengoordinasian Pengelolaan pelaksanaan kegiatan penelitian di rumah sakit;
 - h. pengoordinasian pengelolaan pelaksanaan kegiatan perpustakaan;
 - i. pengoordinasian tugas pembimbingan proses penelitian;
 - j. pelaksanaan kegiatan Survey Customer Experience (peneliti, pembimbing, dan staf);
 - k. pelaksanaan penilaian Kinerja Pembimbing/pendamping serta staf yang terkait dengan kegiatan penelitian di Rumah Sakit Unhas;
 - l. penyusunan laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan Penelitian kepada Manajer Pendidikan dan Penelitian serta pihak terkait;
 - m. pelaksanaan koordinasi internal dan Eksternal rumah sakit yang berhubungan dengan penelitian;
 - n. penerapan Sistem Penjaminan Mutu seksi penelitian;

- o. pelaksanaan monitoring & Evaluasi Penerapan Sistem Penjaminan Mutu Penelitian;
 - p. pelaksanaan monitoring penerapan good corporate governance dalam pengelolaan penelitian;
 - q. pelaksanaan money, utilisasi, Maintenance alat penelitian; dan
 - r. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pendidikan dan Penelitian.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Penelitian mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya Perencanaan Kegiatan Penelitian
 - 1. Orientasi Lab Penelitian.
 - 2. Kegiatan Administrasi Penelitian.
 - 3. Diseminasi Hasil Penelitian (Seminar *Call for Paper*).
 - b. tersedianya Risk Register dan Program Kerja tahunan seksi Penelitian;
 - c. tersedianya usulan kebutuhan seksi penelitian berupa sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - d. tersedianya SOP, alur proses, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Bidang Penelitian;
 - e. tersedianya Roadmap Penelitian;
 - f. tersedianya draft Kerjasama Penelitian dengan Institusi lainnya;
 - g. terlaksananya koordinasi Pengelolaan pelaksanaan kegiatan penelitian di rumah sakit;
 - h. terlaksananya koordinasi pengelolaan pelaksanaan kegiatan perpustakaan;
 - i. terlaksananya koordinasi tugas pembimbingan proses penelitian
 - j. terlaksananya kegiatan Survey Customer Experience (peneliti, pembimbing, dan staf);
 - k. terlaksananya penilaian Kinerja Pembimbing/pendamping serta staf yang terkait dengan kegiatan penelitian di Rumah Sakit Unhas;
 - l. tersedianya laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan Penelitian kepada Manajer Pendidikan dan Penelitian serta pihak terkait;
 - m. terlaksananya koordinasi internal dan Eksternal rumah sakit yang berhubungan dengan penelitian;
 - n. terlaksananya Penerapan Sistem Penjaminan Mutu seksi penelitian;
 - o. terlaksananya Monitoring & Evaluasi Penerapan Sistem Penjaminan Mutu Penelitian;

- p. terlaksananya Monitoring penerapan good corporate governance dalam pengelolaan penelitian;
 - q. terlaksananya Monev, utilisasi, Maintenance alat penelitian; dan
 - r. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pendidikan dan Penelitian.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Penelitian mempunyai kewenangan:
- a. merekomendasikan pelaksanaan penelitian translasional dan atau penelitian di bidang ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi dan kesehatan lainnya di RS Universitas Hasanuddin kepada manajer pendidikan dan penelitian;
 - b. merekomendasikan penelitian dengan tujuan untuk kemajuan pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lainnya di RS Universitas Hasanuddin ke manajer pendidikan dan penelitian;
 - c. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan dalam rangka perbaikan dan pengembangan mutu penyelenggaraan penelitian;
 - d. memberi rekomendasi terkait izin kelanjutan penelitian atau penghentian penelitian terhadap peneliti;
 - e. memberikan bimbingan dan penilaian kinerja terhadap staf penelitian;
 - f. memberikan masukan atau saran serta pertimbangan kepada Manajer pendidikan dan penelitian berkenaan dengan tugas pokok dan fungsi kasie penelitian; dan
 - g. memberikan penghargaan, atau peringatan dan teguran kepada staf penelitian dalam rangka perbaikan Bidang Pendidikan dan Penelitian.

Pasal 66

- (1) Seksi Pelatihan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf c dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Pelatihan.
- (2) Seksi Pelatihan Medik melaksanakan tugas Manajer Pelatihan atas pelaksanaan dan layanan administrasi pelatihan medik yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Pelatihan Medik mempunyai fungsi:
 - a. Pengusulan rencana kerja, risk register, dan agenda pelatihan medik;
 - b. Pengusulan rancangan regulasi pelatihan Medik (kebijakan, panduan, POS, alur);

- c. Pembuatan usulan perencanaan kebutuhan pengembangan program, baik berupa kegiatan, sarana, peralatan, ATK, dan bahan-bahan guna penyelenggaraan pelayanan pelatihan medik;
 - d. Pengusulan kriteria kompetensi, tugas, tanggung jawab, kewenangan, hak dan kewajiban serta pengembangan diri tenaga pelatih/fasilitator pelatihan medik;
 - e. Pemfasilitasian kegiatan benchmarking dari instansi luar;
 - f. Pengoordinasian penyusunan kurikulum/modul pelatihan medik yang akan diselenggarakan di rumah sakit;
 - g. Penerapan standar mutu pelatihan, baik mutu sarana, maupun institusi pelatihan;
 - h. Persiapan pelaksanaan akreditasi institusi penyelenggara pelatihan;
 - i. Pelaksanaan administrasi pelatihan medik;
 - j. Penyusunan laporan evaluasi penyelenggaraan kegiatan pelatihan medik (inhouse training, public training, diseminasi pelatihan, orientasi, dan kegiatan lainnya);
 - k. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi kerja bidang pelatihan medik;
 - l. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi inventarisasi sarana dan prasarana pelatihan medik;
 - m. Pelaksanaan dan melaporkan pengukuran, monitoring dan evaluasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Indikator Mutu Pelatihan medik;
 - n. Pengusulan pengembangan program pelatihan medik di rumah sakit; dan
 - o. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pelatihan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Pelatihan Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya layanan administrasi pelatihan medik yang efektif dan efisien; dan
 - b. tersedianya laporan kegiatan pelatihan medik;
 - c. tersusunnya agenda pelatihan medik;
 - d. tersusunnya kegiatan pelatihan sesuai dengan standar mutu;
 - e. tersusunnya laporan evaluasi penyelenggaraan kegiatan pelatihan medik;
 - f. terlaksananya monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelatihan medik; dan
 - g. terlaksananya persiapan akreditasi institusi penyelenggaraan pelatihan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi a sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelatihan Medik mempunyai kewenangan:

- a. mengkoordinasikan tenaga yang akan diusulkan sebagai pemateri/fasilitator dan pengendali pelatihan medik;
- b. memberikan usulan kepada Manajer Pelatihan atas pengembangan bidang pelatihan medik;
- c. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya; dan
- d. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 67

- (1) Seksi Pelatihan Non Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf d dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada bertanggungjawab kepada Manajer Pelatihan
- (2) Seksi Pelatihan Non Medik melaksanakan tugas Manajer Pelatihan atas pelaksanaan dan layanan administrasi pelatihan medik yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Pelatihan Non Medik mempunyai fungsi:
 - a. Pengusulan rencana kerja, risk register, dan agenda pelatihan non medik;
 - b. Pengusulan rancangan regulasi pelatihan non Medik (kebijakan, panduan, POS, alur);
 - c. Pembuatan usulan perencanaan kebutuhan pengembangan program, baik berupa kegiatan, sarana, peralatan, ATK, dan bahan-bahan guna penyelenggaraan pelayanan pelatihan non medik;
 - d. Pengusulan kriteria kompetensi, tugas, tanggung jawab, kewenangan, hak dan kewajiban serta pengembangan diri tenaga pelatih/fasilitator pelatihan non medik;
 - e. Pemfasilitasan kegiatan benchmarking dari instansi luar;
 - f. Pengoordinasian penyusunan kurikulum/modul pelatihan non medik yang akan diselenggarakan di rumah sakit;
 - g. Penerapan standar mutu pelatihan, baik mutu sarana, maupun institusi pelatihan;
 - h. Persiapan pelaksanaan akreditasi institusi penyelenggara pelatihan;
 - i. Pelaksanaan administrasi pelatihan non medik;

- j. Penyusunan laporan evaluasi penyelenggaraan kegiatan pelatihan non medik (inhouse training, public training, diseminasi pelatihan, orientasi, dan kegiatan lainnya);
 - k. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi kerja bidang pelatihan non medik;
 - l. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi inventarisasi sarana dan prasarana pelatihan non medik;
 - m. Pelaksanaan dan melaporkan pengukuran, monitoring dan evaluasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Indikator Mutu Pelatihan non medik;
 - n. Pengusulan pengembangan program pelatihan non medik di rumah sakit; dan
 - o. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pelatihan
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Seksi Pelatihan Non Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya layanan administrasi pelatihan non medik yang efektif dan efisien; dan
 - b. tersedianya laporan kegiatan pelatihan non medik;
 - c. tersusunnya agenda pelatihan non medik;
 - d. tersusunnya kegiatan pelatihan sesuai dengan standar mutu;
 - e. tersusunnya laporan evaluasi penyelenggaraan kegiatan pelatihan non medik;
 - f. terlaksananya monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelatihan non medik; dan
 - g. terlaksananya persiapan akreditasi institusi penyelenggaraan pelatihan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelatihan Non Medik mempunyai kewenangan:
- a. Mengkoordinasikan tenaga yang akan diusulkan sebagai pemateri/fasilitator dan pengendali pelatihan non medik;
 - b. Memberikan usulan kepada Manajer Pelatihan atas pengembangan bidang pelatihan non medik;
 - c. Merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya; dan
 - d. Memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 68

- (1) Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM sebagaimana dimaksud pasal 63 ayat (3) huruf e dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer SDM.
- (2) Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM melaksanakan tugas Manajer SDM atas perumusan perencanaan dan pengembangan sumber daya manusia yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM mempunyai fungsi:
 - a. pengoordinasian penyusunan perencanaan jumlah dan kualifikasi SDM berdasarkan analisis beban kerja;
 - b. peninjauan analisis kebutuhan tenaga meliputi Analisis permintaan, analisis anggaran dan analisis strategi;
 - c. pelaksanaan Forecasting kebutuhan SDM yang tepat baik secara kuantitas dan kualitas untuk jangka Panjang;
 - d. pengoordinasian penyusunan people model dan Analisis Jabatan (job description dan job specification) dan peta jabatan;
 - e. pengoordinasian sistem rekrutmen dan seleksi untuk memenuhi kebutuhan pegawai;
 - f. penyusunan perencanaan penempatan pegawai secara proporsional sesuai dengan kebutuhan masing-masing unit;
 - g. penyusunan rancangan sistem dan program pengembangan dan penjenjangan karir pegawai;
 - h. penyusunan kebijakan Sistem Talent Management (Model karir pegawai/career path model, pergerakan karir dan pola karir).
 - i. pelaksanaan assessment kompetensi pegawai;
 - j. pengoordinasian penyiapan bahan koordinasi program dan kegiatan kepegawaian, meliputi perencanaan dan pengembangan pegawai;
 - k. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - l. pengukuran Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu SDM; dan
 - m. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh manajer SDM;
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM mempunyai tanggung jawab:
 - a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan bidang SDM;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan SDM
 - c. tersedianya dokumen Analisis Jabatan dan Peta Jabatan Rumah Sakit;
 - d. terlaksananya proses seleksi calon tenaga dan asesmen kompetensi pegawai sesuai dengan prosedur yang berlaku;

- e. terlaksananya penempatan pegawai secara proporsional
 - f. tersusunnya rencana pengembangan kompetensi individu pegawai/individual development plan (IDP);
 - g. tersedianya dokumen penjenjangan karir; dan
 - h. tersedianya dokumen risk register, laporan capaian kinerja dan capaian imut dan memenuhi normatif peraturan dan perundang – undangan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan bidang SDM;
 - b. meminta kebutuhan tenaga dan perencanaan pelatihan dari setiap unit di Rumah Sakit;
 - c. pelaksanaan *manajemen talent* untuk pengembangan karir pegawai dan suksesi pegawai (mengidentifikasi dan mengembangkan calon pemimpin kunci (*key leadership position*) untuk memastikan kontinuitas kepemimpinan didalam organisasi); dan
 - d. memimpin proses penyusunan dan negosiasi penyusunan Peraturan Perusahaan/Perjanjian Kerja Bersama secara positif dan memenuhi normatif peraturan dan perundang – undangan.

Pasal 69

- (1) Seksi Evaluasi dan Retensi SDM sebagaimana dimaksud dalam pasal 63 pada ayat (3) huruf f dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer SDM.
- (2) Seksi Evaluasi dan Retensi SDM melaksanakan tugas manajer SDM atas perumusan evaluasi, program retensi sumber daya manusia yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Seksi Evaluasi dan Retensi SDM mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan rancangan Sistem Manajemen Kinerja meliputi penetapan key performance Individu (KPI), pengendalian kinerja dan evaluasi kinerja;
 - b. pengoordinasian rancangan strategi dan imbal jasa yang efektif bagi pegawai dan rumah sakit (upah, kesejahteraan dan intrinsik reward);
 - c. pelaksanaan evaluasi jabatan dan job klasifikasi (grading struktur) sebagai dasar pemberian gaji dan kompensasi pegawai;
 - d. pengoordinasian pelaksanaan penilaian kinerja pegawai;

- e. pengoordinasian pelaksanaan pemberian kompensasi yang disesuaikan dengan kesehatan keuangan Rumah Sakit;
 - f. pengoordinasian pelaksanaan pemeliharaan dan pemberhentian pegawai berdasarkan arahan manajer SDM;
 - g. pelaksanaan monitoring dan evaluasi untuk menilai efektivitas program pengembangan pegawai dalam kaitannya dengan kinerja pegawai;
 - h. penyusunan program keterikatan/engagement pegawai;
 - i. Pengoordinasian penyiapan bahan koordinasi program dan kegiatan kepegawaian, meliputi penilaian kinerja dan Retensi SDM;
 - j. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - k. pengukuran Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu SDM; dan
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh manajer SDM.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Evaluasi dan Retensi SDM mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya Rancangan penilaian kinerja Pegawai;
 - b. tersedianya dokumen hasil penilaian kinerja pegawai sesuai dengan aturan yang berlaku;
 - c. tersedianya dokumen rekapitulasi dan evaluasi kehadiran pegawai;
 - d. terkoordinasinya sistem imbal jasa/kompensasi pegawai;
 - e. terkoordinasinya pemeliharaan dan pemberhentian SDM; dan
 - f. tersedianya dokumen risk register, laporan capaian kinerja dan capaian imut
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Evaluasi dan Retensi SDM mempunyai kewenangan:
- a. memberikan pertimbangan kepada Manajer SDM untuk tidak melanjutkan proses permintaan unit terkait permintaan tenaga, pelatihan, izin sekolah, izin/cuti, kenaikan pangkat, dan lainnya terkait kepegawaian sesuai dengan prosedur administratif;
 - b. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
 - c. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran;
 - d. membantu manajer dalam penyelesaian perselisihan hubungan industrial baik ditingkat rumah sakit dan di luar rumah sakit; dan
 - e. melaksanakan monitoring dan evaluasi untuk menilai efektifitas retensi dan Engagement Human Capital.

Pasal 70

- (1) Seksi Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 pada ayat (3) huruf g dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Pelayanan Medik.
- (2) Seksi Pelayanan Medik melaksanakan tugas Manajer Pelayanan Penunjang Medik atas pelaksanaan kegiatan pelayanan medik serta memfasilitasi administrasi pelayanan yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Medik mempunyai fungsi:
 - a. Pengusulan rencana program kerja pelayanan medik;
 - b. Peninjauan usulan instalasi pelayanan medik terkait program, regulasi, dan kebijakan instalasi.
 - c. Penyusunan rancangan regulasi pelayanan medik (kebijakan operasional, panduan, pos, alur);
 - d. Pelaksanaan evaluasi program kerja pelayanan medik;
 - e. Pengarahan, Pengontrolan, dan monitoring administrasi atas pelayanan medik;
 - f. Pengoordinasian pelaksanaan pelayanan medik;
 - g. Penyelenggaraan analisis kebutuhan tenaga pelayanan medik, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - h. Pengusulan pengembangan program staf pelayanan medik di rumah sakit;
 - i. Pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit;
 - j. Pengoordinasian penerimaan dan orientasi staf di unit pelayanan medik;
 - k. Pelaksanaan pelaporan kegiatan pelaksanaan pengelolaan pelayanan medik; dan
 - l. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pelayanan Medik.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. tersedianya SOP, alur proses, juknis, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Bidang Pelayanan Medik;
 - b. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan medik;
 - c. tersedianya SDM dan pelayanan medik sesuai dengan standar pelayanan;
 - d. terselenggaranya pelayanan medik yang efektif dan efisien;

- e. menjamin pelaksanaan pelayanan medik agar terlaksana sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan; dan
 - f. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Medik mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan atas pengembangan Manajer Pelayanan Medik;
 - b. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
 - c. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran;
 - d. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin; dan
 - e. merekomendasikan perbaikan dan peningkatan pelayanan medik di unit pelayanan yang sesuai.

Pasal 71

- (1) Seksi Mutu Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf h dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Pelayanan Medik.
- (2) Seksi Mutu Pelayanan Medik melaksanakan tugas Manajer Pelayanan Medik atas pelaksanaan kegiatan mutu pelayanan medik yang efektif dan efisien.
- (3) menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Medik mempunyai fungsi:
 - a. Pengusulan risk register, program kerja mutu dan laporan kinerja atas pelaksanaan kegiatan pelayanan dan Bidang Pelayanan Medik;
 - b. Pengusulan indikator Mutu Pelayanan Medik;
 - c. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan Validasi Kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu Unit pelayanan medik;
 - d. Pelaksanaan koordinasi dengan unit pelayanan lainnya terkait mutu pelayanan unit; dan
 - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pelayanan Medik;
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. mengkoordinir penyusunan risk register

- b. tersusunnya rencana program mutu, monitoring dan evaluasi atas mutu pelayanan medik;
 - c. memvalidasi data terkait mutu pelayanan medik; dan
 - d. terlaksananya tugas lain diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Medik mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan atas pengembangan mutu pelayanan di Manajer Pelayanan Medik;
 - b. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
 - c. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran;
 - d. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin; dan
 - e. merekomendasikan pengembangan mutu pelayanan medik di unit pelayanan yang sesuai.

Pasal 72

- (1) Seksi Pelayanan Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf i dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Pelayanan Penunjang Medik.
- (2) Seksi Pelayanan Penunjang Medik melaksanakan tugas Manajer Pelayanan Penunjang Medik atas pelaksanaan kegiatan pelayanan penunjang medik serta memfasilitasi administrasi pelayanan yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Penunjang Medik mempunyai fungsi:
 - a. Pengusulan menyusun rencana program kerja pelayanan penunjang medik;
 - b. Peninjauan usulan instalasi pelayanan medik terkait program, regulasi, dan kebijakan instalasi.
 - c. Penyusunan rancangan regulasi pelayanan penunjang medik (kebijakan operasional, panduan, pos, alur);
 - d. Pelaksanaan evaluasi program kerja pelayanan penunjang medik;
 - e. Pengarahan, pengontrolan, dan monitoring administrasi atas pelayanan penunjang medik;
 - f. Pengoordinasian pelaksanaan pelayanan penunjang medik;

- g. Penyelenggaraan analisis kebutuhan tenaga pelayanan penunjang medik, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, dan ATK;
 - h. Pengusulan pengembangan program staf pelayanan penunjang medik di rumah sakit;
 - i. Pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit;
 - j. Pengoordinasian penerimaan dan orientasi staf di unit pelayanan penunjang medik;
 - k. Pelaksanaan pelaporan kegiatan pelaksanaan pengelolaan pelayanan penunjang medik; dan
 - l. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Penunjang Medik;
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Penunjang Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya SOP, alur proses, juknis, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Bidang Penunjang Medik
 - b. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan penunjang medik
 - c. tersedianya SDM dan pelayanan penunjang medik sesuai dengan standar pelayanan;
 - d. terselenggaranya pelayanan penunjang medik yang efektif dan efisien;
 - e. menjamin pelaksanaan pelayanan medik agar terlaksana sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan; dan
 - f. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Penunjang Medik mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan atas pengembangan Manajer Penunjang Medik;
 - b. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
 - c. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran;
 - d. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin; dan
 - e. merekomendasikan perbaikan dan peningkatan pelayanan penunjang medik di unit pelayanan yang sesuai.

Pasal 73

- (1) Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf j dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Penunjang Medik.
- (2) Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik melaksanakan tugas Manajer Penunjang Medik atas pelaksanaan kegiatan mutu pelayanan penunjang medik yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik mempunyai fungsi:
 - a. Pengusulan risk register, program kerja mutu dan laporan kinerja atas pelaksanaan kegiatan pelayanan dan Bidang Penunjang Medik;
 - b. Pengusulan indikator Mutu Pelayanan Penunjang Medik;
 - c. Pelaksanaan monitoring, evaluasi dan Validasi Kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu Pelayanan Penunjang Medik;
 - d. Pelaksanaan koordinasi dengan unit pelayanan lainnya terkait mutu pelayanan unit; dan
 - e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Penunjang Medik;
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik mempunyai tanggung jawab:
 - a. mengkoordinir penyusunan risk register;
 - b. tersusunnya rencana program mutu, monitoring dan evaluasi atas mutu pelayanan medik;
 - c. memvalidasi data terkait mutu pelayanan medik; dan
 - d. terlaksananya tugas lain diberikan oleh atasan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik mempunyai kewenangan:
 - a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan Manajer Penunjang Medik;
 - b. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
 - c. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran;
 - d. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin; dan
 - e. merekomendasikan pengembangan mutu pelayanan penunjang medik di unit pelayanan yang sesuai.

Pasal 74

- (1) Seksi Pelayanan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf k dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Keperawatan.
- (2) Seksi Pelayanan Keperawatan melaksanakan tugas Manajer Keperawatan dalam menyelenggarakan pelayanan keperawatan dan kebidanan yang berkualitas, efektif dan efisien
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. pengusulan rancangan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, POS, juknis, dan alur proses) pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai kebutuhan pelayanan;
 - b. pengusulan rencana program kerja dan RKAT penyelenggaraan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - c. pengusulan perencanaan dan pengembangan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
 - d. pengoordinasian perhitungan analisis kebutuhan tenaga keperawatan dan kebidanan baik jumlah maupun kualifikasi, berkoordinasi dengan kepala ruangan/kepala instalasi;
 - e. penyelenggaraan pemetaan dan pengusulan penempatan/distribusi tenaga perawat dan bidan sesuai level jenjang karir dan area kompetensi;
 - f. penyusunan rencana pelaksanaan asesmen kompetensi perawat dan bidan;
 - g. penyusunan usulan kebutuhan pendidikan, pelatihan dan pengembangan karir dan pemenuhan standarisasi perawat dan bidan RS Unhas;
 - h. pengusulan rencana kebutuhan fasilitas pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai kebutuhan baik dalam jumlah maupun jenis alat, koordinasi dengan bagian terkait;
 - i. penyiapan usulan distribusi fasilitas pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai kebutuhan pelayanan;
 - j. pengarahan, pembimbingan, dan monitoring penerapan regulasi dan administrasi pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - k. pelaksanaan koordinasi terkait pelaksanaan pembimbingan pendidikan, penelitian, pelatihan dan orientasi terkait pelayanan kefarmasian kepada staf dan peserta didik;

- l. pengevaluasian dan penyiapan rencana model asuhan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan pola dan jenis pelayanan keperawatan;
 - m. pelaksanaan pertemuan berkala dengan manajer keperawatan dan kepala ruangan untuk kelancaran pelaksanaan pelayanan keperawatan;
 - n. pemberian bimbingan dalam pemberian asuhan keperawatan dan kebidanan sesuai standar;
 - o. pengevaluasian pola penjadwalan harian tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - p. perencanaan penyusunan, pengembangan dan pengukuran Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan setiap instalasi / unit keperawatan
 - q. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam peningkatan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - r. penyusunan laporan kegiatan seksi pelayanan keperawatan; dan
 - s. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Manajer Keperawatan;
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya SOP, alur proses, juknis, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Bidang Pelayanan Keperawatan;
 - b. tersedianya rencana dan program kerja seksi pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - c. tersusunnya perencanaan dan pengembangan pelayanan keperawatan dan kebidanan
 - d. tersedianya SDM dan pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai dengan standar pelayanan;
 - e. terselenggaranya pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien;
 - f. menjamin pelaksanaan asuhan keperawatan agar terlaksana sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan;
 - g. tersusun dan terukurnya Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan setiap Instalasi / Unit Pelayanan Keperawatan
 - h. terlaksananya koordinasi internal dan eksternal dalam mendukung upaya peningkatan pelayanan keperawatan; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Manajer Keperawatan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Keperawatan mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan pelayanan keperawatan;

- b. merekomendasikan pemberian reward kepada tenaga perawat dan bidan yang ada dibawahnya;
- c. memberikan teguran kepada perawat dan bidan yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran;
- d. merekomendasikan pemberian reward kepada staf seksi pelayanan keperawatan; dan
- e. merekomendasikan pemberian teguran kepada staf seksi pelayanan keperawatan apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 75

- (1) Seksi Mutu Layanan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 pada ayat (3) huruf l dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Keperawatan.
- (2) Seksi Mutu Keperawatan & Kebidanan melaksanakan tugas Manajer Keperawatan dalam melakukan monitoring, evaluasi dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Layanan Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. pengusulan rancangan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, POS, juknis, dan alur proses) mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan sesuai kebutuhan pelayanan;
 - b. pengusulan rencana program kerja dan RKAT penyelenggaraan mutu keperawatan dan kebidanan;
 - c. pengusulan perencanaan dan pengembangan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
 - d. pengusulan risk register dan indikator mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - e. perencanaan supervisi mutu kepada tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - f. pelaksanaan bimbingan mutu pelayanan kepada unit maupun tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - g. penyelenggaraan penilaian kinerja klinis tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - h. pelaksanaan Koordinasi penilaian kepatuhan penerapan dan penegakan regulasi di bidang keperawatan dan kebidanan;
 - i. pengusulan program pelatihan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan untuk pemenuhan standar akreditasi rumah sakit

- j. pelaksanaan evaluasi kepuasan kerja tenaga tenaga keperawatan dan kebidanan
 - k. pengusulan program Continuing Professional Development (CPD) bagi tenaga perawat dan bidan
 - l. pelaksanaan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - m. pelaksanaan pelaporan indikator mutu dan pengembangan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - n. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - o. pelaksanaan koordinasi terkait pelaksanaan pembimbingan pendidikan, penelitian, pelatihan dan orientasi terkait pelayanan kefarmasian kepada staf dan peserta didik;
 - p. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - q. penyusunan laporan kegiatan seksi mutu pelayanan keperawatan; dan
 - r. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Manajer Keperawatan.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Layanan Keperawatan mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya rancangan regulasi Tersedianya SOP, alur proses, juknis, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan seksi mutu pelayanan keperawatan
 - b. tersedianya rencana dan program kerja seksi mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - c. tersedianya instrumen supervisi tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - d. tersedianya laporan penilaian kinerja klinis tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - e. terlaksananya bimbingan mutu pelayanan kepada tenaga keperawatan dan kebidanan;
 - f. tersedianya laporan indikator mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - g. tersedianya risk register seksi mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - h. tersedianya laporan hasil supervisi (terjadwal dan insidental) perawat dan bidan;
 - i. terlaksananya kegiatan Continuing Professional Development (CPD) bagi tenaga perawat dan bidan;

- j. tersedianya laporan hasil monitoring dan evaluasi mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - k. tersedianya data kepuasan kerja perawat dan bidan;
 - l. terlaksananya koordinasi internal dan eksternal dalam mendukung upaya peningkatan pelayanan keperawatan; dan
 - m. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Manajer Keperawatan.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Layanan Keperawatan mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - b. merekomendasikan pemberian reward kepada tenaga perawat dan bidan yang ada dibawahnya; dan
 - c. memberikan teguran kepada perawat dan bidan yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 76

- (1) Seksi Pelayanan Kefarmasian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf m dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Penunjang Non Medik.
- (2) Seksi Pelayanan Kefarmasian melaksanakan tugas Manajer Penunjang Non Medik dalam menyelenggarakan pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan kefarmasian yang berkualitas, efektif dan efisien.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Kefarmasian mempunyai fungsi:
 - a. pengusulan rancangan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, POS, Juknis dan alur proses) pelayanan kefarmasian;
 - b. pengusulan rencana program kerja dan RKAT penyelenggara pelayanan kefarmasian;
 - c. pengusulan perencanaan dan pengembangan pelayanan kefarmasian dan kebidanan di rumah sakit;
 - d. pengoordinasian perhitungan analisa kebutuhan tenaga kefarmasian baik jumlah maupun kualifikasi tenaga bersama Kepala Instalasi Farmasi;
 - e. penyelenggaraan pemetaan dan pengusulan penempatan/distribusi tenaga kefarmasian, sesuai kebutuhan pelayanan;
 - f. penyusunan rencana pelaksanaan asesmen kompetensi tenaga kefarmasian;

- g. penyusunan usulan kebutuhan pendidikan, pelatihan dan pengembangan karir dan pemenuhan standarisasi tenaga kefarmasian RS Unhas;
 - h. pengusulan rencana kebutuhan fasilitas pelayanan kefarmasian sesuai kebutuhan baik dalam jumlah maupun jenis alat, koordinasi dengan instalasi terkait;
 - i. penyiapan usulan distribusi fasilitas pelayanan kefarmasian sesuai kebutuhan pelayanan;
 - j. pengarahan, pembimbingan, dan monitoring penerapan regulasi dan administrasi pelayanan kefarmasian;
 - k. pelaksanaan koordinasi terkait pelaksanaan pembimbingan pendidikan, penelitian, pelatihan dan orientasi terkait pelayanan kefarmasian kepada staf dan peserta didik;
 - l. pelaksanaan rapat rutin dan rapat koordinasi yang diselenggarakan oleh bidang penunjang non medik, instalasi farmasi maupun unit lain di RS Unhas;
 - m. pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan pelayanan kefarmasian;
 - n. penyampaian Menyampaikan rekomendasi terkait pengelolaan obat dan BMHP untuk meningkatkan pengendalian penggunaan obat dan BMHP;
 - o. pengoordinasian dan mereview laporan kinerja dan Stock Opname instalasi farmasi yang disampaikan secara berkala;
 - p. perencanaan penyusunan, pengembangan dan pengukuran Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan instalasi Farmasi;
 - q. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam peningkatan pelayanan kefarmasian;
 - r. penyusunan laporan kegiatan seksi pelayanan kefarmasian; dan
 - s. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Manajer penunjang non medik.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Kefarmasian mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya SOP, alur proses, juknis, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Bidang pelayanan Kefarmasian;
 - b. tersedianya rencana dan program kerja seksi pelayanan Kefarmasian;
 - c. tersusunnya perencanaan dan pengembangan pelayanan Kefarmasian

- d. tersedianya SDM dan pelayanan Kefarmasian sesuai dengan standar pelayanan;
 - e. terselenggaranya pelayanan Kefarmasian yang efektif dan efisien;
 - f. Menjamin pelaksanaan asuhan kefarmasian agar terlaksana sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan;
 - g. terencana dan terkontrolnya persediaan perbekalan farmasi;
 - h. tersusun dan terukuranya Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan Farmasi;
 - i. terlaksananya koordinasi internal dan eksternal dalam mendukung upaya peningkatan pelayanan Kefarmasian; dan
 - j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Manajer Penunjang Non medik.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Kefarmasian mempunyai kewenangan:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan atas pengembangan pelayanan kefarmasian;
 - b. melaporkan hasil monev kinerja terkait pelayanan kefarmasian kepada atasan;
 - c. memberikan bimbingan terhadap penerapan panduan/ POS pelayanan kefarmasian;
 - d. merekomendasikan pemberian reward kepada staf seksi kefarmasian; dan
 - e. merekomendasikan pemberian teguran kepada staf seksi kefarmasian apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 77

- (1) Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf n dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Penunjang Non Medik.
- (2) Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik melaksanakan tugas Manajer pelayanan non medik dalam menyelenggarakan pelayanan non medik yang berkualitas, efektif dan efisien.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik mempunyai fungsi:
 - a. pengusulan rancangan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, POS, Juknis dan alur proses) pelayanan penunjang non medik
 - b. pengusulan rencana program kerja dan RKAT penyelenggaraan pelayanan penunjang non medik

- c. pengusulan perencanaan dan pengembangan pelayanan penunjang non medik di rumah sakit;
- d. pengoordinasian perhitungan analisis kebutuhan tenaga penunjang non medik baik jumlah maupun kualifikasi, berkoordinasi dengan kepala instalasi;
- e. penyelenggaraan pemetaan dan pengusulan penempatan/distribusi tenaga penunjang non medik sesuai kebutuhan pelayanan;
- f. penyusunan rencana pelaksanaan asesmen kompetensi tenaga penunjang non medik;
- g. penyusunan usulan kebutuhan pendidikan, pelatihan dan pengembangan karir dan pemenuhan standarisasi tenaga penunjang non medis RS Unhas;
- h. pengusulan rencana kebutuhan fasilitas pelayanan penunjang non medis sesuai kebutuhan baik dalam jumlah maupun jenis alat, koordinasi dengan instalasi terkait;
- i. penyiapan usulan distribusi fasilitas pelayanan penunjang non medis sesuai kebutuhan pelayanan;
- j. pengarahan, pembimbingan, dan monitoring penerapan regulasi dan administrasi pelayanan penunjang non medis;
- k. pelaksanaan koordinasi terkait pelaksanaan pembimbingan pendidikan, penelitian, pelatihan dan orientasi terkait pelayanan kefarmasian kepada staf dan peserta didik;
- l. pengusulan sistem/metode pengelolaan dan mengevaluasi pengendalian persediaan spare part, bahan baku gizi, linen dan cetakan rekam medik untuk peningkatan mutu pelayanan setiap instalasi penunjang non medik;
- m. pendampingan penerapan dan menganalisis hasil penerapan sistem/metode yang diusulkan;
- n. pelaksanaan pembimbingan orientasi kerja untuk meningkatkan kedisiplinan dan prestasi kerja bagi calon pegawai dalam pelaksanaan pelayanan setiap instalasi penunjang non medik;
- o. perencanaan, penyusunan, pengembangan dan pengukuran Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan setiap instalasi penunjang non medik;
- p. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam peningkatan pelayanan kefarmasian;
- q. penyusunan laporan kegiatan seksi pelayanan kefarmasian; dan
- r. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Manajer penunjang non medik.

- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya SOP, alur proses, juknis, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Bidang pelayanan penunjang non medik;
 - b. tersedianya rencana dan program kerja seksi pelayanan penunjang non medik;
 - c. tersusunnya perencanaan dan pengembangan pelayanan penunjang non medik;
 - d. tersedianya SDM dan pelayanan penunjang non medik sesuai dengan standar;
 - e. terselenggaranya pelayanan penunjang non medik yang efektif dan efisien;
 - f. menjamin pelaksanaan pelayanan penunjang non medik terlaksana sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan;
 - g. terencana dan terkendalinya persediaan perbekalan Gizi dan suku cadang;
 - h. tersusun dan terukurnya Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan instalasi penunjang non medik
 - i. terlaksananya koordinasi internal dan eksternal dalam mendukung upaya peningkatan pelayanan penunjang non medik; dan
 - j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Manajer Penunjang Non medik.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik mempunyai kewenangan:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan atas pengembangan bidang pelayanan penunjang non medik;
 - b. melaporkan hasil monev kinerja terkait pelayanan setiap instalasi penunjang non medik kepada atasan;
 - c. memberikan bimbingan terhadap penerapan panduan/ POS pelayanan instalasi penunjang non medik;
 - d. merekomendasikan pemberian reward kepada staf instalasi penunjang non medik; dan
 - e. merekomendasikan pemberian teguran kepada staf instalasi penunjang non medik apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 78

- (1) Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik RS sebagaimana dimaksud pasal 63 ayat (3) huruf o yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer Penunjang Non Medik.

- (2) Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik melaksanakan tugas Manajer pelayanan non medik dalam melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan kefarmasian dan non medik.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik mempunyai fungsi:
 - a. pengusulan rancangan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, POS, Juknis dan alur proses) mutu pelayanan farmasi dan penunjang non medik;
 - b. pengusulan rencana program kerja dan RKAT penyelenggaraan pelayanan penunjang non medik;
 - c. pengusulan perencanaan dan pengembangan mutu pelayanan farmasi dan penunjang non medik;
 - d. pengusulan risk register dan indikator mutu pelayanan farmasi dan penunjang non medik;
 - e. perencanaan supervisi mutu kepada tenaga farmasi dan penunjang non medik;
 - f. pelaksanaan bimbingan mutu pelayanan kepada unit maupun tenaga farmasi dan penunjang non medik;
 - g. penyelenggaraan penilaian kinerja klinis tenaga farmasi dan PPA penunjang non medik;
 - h. pelaksanaan Koordinasi penilaian kepatuhan penerapan penegakan regulasi di bidang farmasi dan penunjang non medik;
 - i. pengusulan program pelatihan untuk peningkatan mutu pelayanan farmasi dan penunjang non medik untuk pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - j. pelaksanaan evaluasi kepuasan kerja tenaga di lingkup bidang penunjang non medik;
 - k. pemberian usulan dan koordinasi pendayagunaan fasilitas dan pemeliharaan sarana dan prasarana untuk pelayanan penunjang non medik RS Unhas;
 - l. pengusulan program Continuing Professional Development (CPD) bagi tenaga Farmasi dan PPA penunjang non medik;
 - m. pelaksanaan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan Farmasi dan PPA penunjang non medik;
 - n. pelaksanaan pelaporan indikator mutu dan pengembangan mutu pelayanan Farmasi dan PPA penunjang non medik;
 - o. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam peningkatan mutu pelayanan Farmasi dan PPA penunjang non medik;

- p. pelaksanaan koordinasi terkait pelaksanaan pembimbingan pendidikan, penelitian, pelatihan dan orientasi terkait pelayanan Farmasi dan PPA penunjang non medik kepada staf dan peserta didik;
 - q. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit dalam peningkatan mutu farmasi dan penunjang non medik;
 - r. penyusunan laporan kegiatan seksi mutu penunjang non medik; dan
 - s. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Manajer penunjang non medik.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya rancangan regulasi Tersedianya SOP, alur proses, juknis, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan seksi mutu pelayanan penunjang non medik;
 - b. tersedianya rencana dan program kerja seksi mutu pelayanan pelayanan penunjang non medik;
 - c. menyusun dan melaksanakan program kerja dan anggaran tahunan seksi mutu bidang penunjang non medik RS Unhas;
 - d. tersedianya hasil evaluasi mutu bidang penunjang non medik;
 - e. terlaksananya bimbingan mutu pelayanan kepada tenaga penunjang non medik;
 - f. tersedianya laporan indikator mutu pelayanan penunjang non medik;
 - g. tersedianya risk register seksi mutu pelayanan penunjang non medik;
 - h. tersedianya laporan hasil supervisi (terjadwal dan insidental) perawat dan bidan;
 - i. terlaksananya koordinasi internal dan eksternal dalam mendukung upaya peningkatan mutu pelayanan penunjang non medik; dan
 - j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Manajer Penunjang non medik.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik mempunyai kewenangan:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan atas pengembangan bidang pelayanan penunjang non medik;
 - b. melaporkan hasil monev kinerja terkait mutu pelayanan bidang penunjang non medik
 - c. memberikan bimbingan terhadap penerapan panduan/ POS pelaksanaan mutu pelayanan di bidang penunjang non medik;
 - d. merekomendasikan pemberian reward kepada staf tenaga di lingkup penunjang non medik; dan

- e. merekomendasikan pemberian teguran kepada staf tenaga di lingkup penunjang non medik apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 79

- (1) Seksi Perencanaan dan Evaluasi RS sebagaimana dimaksud pasal 63 ayat (3) huruf p yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum.
- (2) Seksi Perencanaan dan Evaluasi RS melaksanakan tugas Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum atas tersusunnya rencana kerja dan realisasi anggaran Rumah Sakit.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Perencanaan dan Evaluasi RS mempunyai fungsi:
 - a. pengoordinasian pelaksanaan penyusunan rencana strategis rumah sakit setiap 5 tahun;
 - b. pengoordinasian usulan dari seluruh bagian/instalasi/unit dalam penyusunan Renstra;
 - c. penyusunan kebijakan perencanaan dan evaluasi Rumah Sakit;
 - d. pengoordinasian pelaksanaan penyusunan Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT);
 - e. pengoordinasian dan mensinkronisasi usulan dari seluruh bagian/instalasi/unit dalam penyusunan Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT);
 - f. pelaksanaan kebijakan perencanaan dan evaluasi Rumah Sakit;
 - g. pengoordinasian sistem monitoring dan evaluasi kegiatan bidang;
 - h. membantu mengembangkan analisis, pengendalian dan evaluasi terhadap pelaksanaan program kegiatan bidang;
 - i. pengumpulan dan mengkompilasi data hasil capaian kinerja program kerja unit (Triwulan dan Tahunan);
 - j. pengumpulan dan pengkompilasian data hasil capaian SPM unit (triwulan dan tahunan);
 - k. penyusunan dan pembuatan laporan tahunan (SPM dan Kinerja);
 - l. persiapan bahan rapat bidang terkait evaluasi dan pelaporan;
 - m. memfasilitasi pelaksanaan rapat koordinasi setiap triwulan;
 - n. memfasilitasi pelaksanaan rapat kerja setiap akhir tahun;
 - o. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan;
 - p. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
 - q. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama; dan

- r. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pejabat yang berwenang atas persetujuan Direktur Utama.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Perencanaan dan Evaluasi RS mempunyai tanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab kepada Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - b. tersusunnya rencana strategis rumah sakit setiap 5 tahun;
 - c. terlaksananya kebijakan perencanaan dan evaluasi rumah sakit;
 - d. terlaksananya monitoring dan evaluasi dari tingkat bidang/unit hingga tingkat rumah sakit;
 - e. terlaksananya rapat koordinasi setiap triwulan; dan
 - f. terlaksananya rapat kerja setiap akhir tahun.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Perencanaan dan Evaluasi RS mempunyai kewenangan:
 - a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan bidang perencanaan dan administrasi umum;
 - b. meminta rencana kerja anggaran setiap unit di rumah sakit meminta data hasil capaian kinerja dari setiap unit di rumah sakit;
 - c. memutuskan untuk tidak melanjutkan proses permintaan kebutuhan unit yang tidak sesuai dengan prosedur administratif;
 - d. meminta data hasil capaian SPM dari setiap unit di rumah sakit;
 - e. meminta data hasil capaian kinerja dari setiap unit di rumah sakit;
 - f. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya; dan
 - g. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 80

- (1) Seksi Administrasi Umum dan Legislasi sebagaimana dimaksud pasal 63 ayat (3) huruf q dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer Administrasi Umum dan Legislasi.
- (2) Seksi Administrasi Umum dan Legislasi melaksanakan tugas Manajer Perencanaan, Administrasi Umum dan Legislasi atas terlaksananya dukungan administrasi dan legislasi serta bertanggung jawab atas terciptanya pelaksanaan yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Administrasi Umum dan Legislasi mempunyai fungsi:

- a. pengoordinasian pelaksanaan administrasi ketatausahaan dan Legislasi;
- b. pengoordinasian penyusunan Pedoman Pengorganisasian Administrasi Umum dan Legislasi;
- c. pengoordinasian penyusunan Pedoman Kerja Administrasi Umum dan Legislasi;
- d. pengoordinasian penyusunan Tata Naskah Rumah Sakit Unhas;
- e. pengoordinasian penyusunan Hospital by Laws;
- f. pengoordinasian penyusunan Prosedur Operasional Standar penerbitan Peraturan, Keputusan, Surat Tugas, Edaran, dan Dinas Direktur Utama;
- g. pengoordinasian penyusunan Prosedur Operasional Standar pengelolaan rapat/ pertemuan;
- h. pengoordinasian Pengelolaan surat dinas masuk dan keluar Direktur Utama dan Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan;
- i. pengoordinasian dan peninjauan draft penerbitan Surat Peraturan, Keputusan, dan Surat Tugas Direktur Utama;
- j. pengoordinasian dan peninjauan draf penerbitan Surat Dinas Direktur Utama, Direktur Umum Pemasaran dan Keuangan serta Manajer Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum yang berkaitan dengan Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;
- k. pengoordinasian dan peninjauan draf Undangan Materi Absen dan Notulen (UMAN) rapat Direktur Utama, Direktur Umum Pemasaran dan Keuangan serta Manajer Bidang Perencanaan dan Administrasi Umum yang berkaitan dengan Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;
- l. pengoordinasian pelaksanaan kegiatan pemberkasan Arsip yang tercipta pada Seksi Administrasi Umum dan Legislasi (Peraturan Direktur Utama, Surat Keputusan Direktur Utama, Surat Tugas Direktur Utama, Surat Dinas, Pedoman, Prosedur Operasional Standar (POS), Undangan Materi Absen dan Notulen (UMAN) Rapat dan Dokumen penting/vital;
- m. pengoordinasian pelaksanaan kegiatan penyusunan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK), Pedoman, Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait Kearsipan;
- n. pengoordinasian pelaksanaan kegiatan Pengolahan, Pemindahan, Pemusnahan dan Penyerahan Arsip;

- o. pengoordinasian pelaksanaan kegiatan penyajian arsip terhadap arsip aktif dan arsip vital kepada unit yang membutuhkan sesuai kewenangannya;
 - p. pengoordinasian pelaksanaan rapat Direksi-Manajemen dan rapat Direktur Umum Pemasaran dan Keuangan;
 - q. pengoordinasian pengambilan nomor surat;
 - r. pengoordinasian pelaksanaan penyusunan kebutuhan dan Rencana Kerja Anggaran Tahunan (RKAT) Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;
 - s. pengoordinasian pelaksanaan penyusunan laporan capaian kinerja Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;
 - t. pengoordinasian pelaksanaan penyusunan Risk Register Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;
 - u. pengoordinasian pelaksanaan penyusunan laporan capaian Indikator Mutu Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;
 - v. pengoordinasian penyediaan Kebutuhan ATK/ART Direktur Utama dan Direktur Umum Pemasaran dan Keuangan;
 - w. pengoordinasian pelaksanaan pengurusan perizinan operasional Rumah Sakit Unhas;
 - x. pengoordinasian dengan pihak Rektorat terkait kegiatan Administrasi Umum dan Legislasi;
 - y. pengoordinasian dengan pihak Sponsorship terkait penyelenggaraan kegiatan yang melibatkan staf dan atau pimpinan; dan
 - z. pengoordinasian penggunaan aplikasi virtual meeting Rumah Sakit Unhas.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Administrasi Umum dan Legislasi mempunyai tanggung jawab:
- a. bertanggung jawab kepada Manajer Perencanaan dan Administrasi Umum;
 - b. terlaksananya administrasi ketatausahaan dan legislasi yang efektif dan efisien;
 - c. menjaga kerahasiaan dokumen yang bersifat rahasia;
 - d. tertib administrasi surat masuk dan surat keluar; dan
 - e. keamanan data dan informasi.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Administrasi Umum dan Legislasi mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan Seksi Administrasi Umum dan Legislasi;

- b. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
- c. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran;
- d. menolak memberikan informasi terkait dokumen yang bersifat rahasia;
- e. menolak penerbitan Surat/ naskah dinas jika tidak sesuai prosedur;
- f. meminta data dan informasi terkait tugas pengadministrasian umum dan legislasi; dan
- g. menolak permintaan pengarsipan jika tidak memenuhi prosedur.

Pasal 81

- (1) Seksi Logistik dan Aset (Barang Milik Unhas) dimaksud dalam pasal 63 ayat (3) huruf r dipimpin oleh seorang kepala seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Logistik dan Operasional;
- (2) Seksi Logistik dan Aset (Barang Milik Unhas) melaksanakan tugas Manajer Logistik dan Operasional atas terlaksananya dukungan administrasi dan pelaksanaan teknis pengelolaan logistik dan aset secara efektif dan efisien;
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pemasaran mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP/Risk Register dan Alur terkait dengan logistik dan aset / Barang milik Unhas (BMU);
 - b. penyusunan program kerja dan kebutuhan anggaran terkait seksi logistik dan BMU;
 - c. penyusunan, pelaksanaan dan monitoring Risk Register;
 - d. pengoordinasian pelaksanaan manajemen logistik dan aset meliputi pengidentifikasian kebutuhan, perencanaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemanfaatan, penilaian, inventarisasi, dan pelaporan;
 - e. pengoordinasian keberlangsungan rantai pasok dalam pengelolaan manajemen logistik berjalan dengan tertib dan terkendali;
 - f. pengendalian nilai persediaan secara efektif dan efisien;
 - g. pelaksanaan koordinasi kegiatan stock opname rutin dan periodik;
 - h. pengoordinasian dan memastikan laporan persediaan dan asset rumah sakit terdokumentasi dengan baik dan tepat dalam aplikasi Sedia dan BMU secara periodic;
 - i. penyusunan laporan logistik dan aset;

- j. penguatan sistem manajemen Logistik dan Aset yang terintegrasi berbasis teknologi informasi;
 - k. pelaksanaan monitoring dan evaluasi sistem pergudangan memenuhi standar;
 - l. pelaksanaan melakukan monitoring, evaluasi, dan mutu logistik dan aset;
 - m. pelaksanaan koordinasi dengan unit dan atau lembaga lain terkait di logistik dan aset; dan
 - n. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Logistik dan Aset.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pemasaran mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP/Risk Register dan Alur terkait dengan logistik dan aset / Barang milik Unhas (BMU);
 - b. tersusunnya program kerja dan kebutuhan anggaran terkait seksi logistik dan BMU;
 - c. tersedianya penyusunan, pelaksanaan dan monitoring Risk Register;
 - d. terkoordinasinya pelaksanaan manajemen logistik dan aset meliputi pengidentifikasian kebutuhan, perencanaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemanfaatan, penilaian, inventarisasi, dan pelaporan;
 - e. terkoordinasinya keberlangsungan rantai pasok dalam pengelolaan manajemen logistik berjalan dengan tertib dan terkendali;
 - f. terlaksananya pengendalian nilai persediaan secara efektif dan efisien;
 - g. terlaksananya koordinasi kegiatan stock opname rutin dan periodik;
 - h. terkoordinasinya laporan persediaan dan aset rumah sakit terdokumentasi dengan baik dan tepat dalam aplikasi Sedia dan BMU secara periodik;
 - i. tersusunnya laporan logistik dan aset;
 - j. terlaksananya penguatan sistem manajemen Logistik dan Aset yang terintegrasi berbasis teknologi informasi;
 - k. terlaksananya monitoring dan evaluasi sistem pergudangan memenuhi standar;
 - l. terlaksananya melakukan monitoring, evaluasi, dan mutu logistik dan aset; dan
 - m. terlaksananya koordinasi dengan unit dan atau lembaga lain terkait di logistik dan aset.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pemasaran mempunyai kewenangan:

- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan manajemen logistik dan aset;
- b. memberikan saran atas pengelolaan, pemindahan dan pemusnahan aset dan persediaan RS;
- c. Berkoordinasi dengan PPK dalam pembentukan Tim penerima barang;
- d. Merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
- e. Memberikan penilaian kinerja staf yang ada dibawahnya; dan
- f. Memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 82

- (1) Seksi Rumah Tangga dimaksud dalam pasal 63 ayat (3) huruf s dipimpin oleh seorang kepala seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Logistik dan Operasional;
- (2) Seksi Rumah Tangga melaksanakan tugas Manajer Logistik dan Operasional atas terlaksananya dukungan administrasi dan pelaksanaan teknis perlengkapan dan rumah tangga secara efektif dan efisien.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Rumah Tangga mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP/Risk Register dan Alur terkait dengan Rumah Tangga;
 - b. penyusunan program kerja dan kebutuhan anggaran terkait seksi Rumah Tangga;
 - c. penyusunan, pelaksanaan dan monitoring Risk Register;
 - d. pengoordinasian penyelenggaraan rapat-rapat, pertemuan, acara rutin, keprotokolan dan acara resmi lainnya;
 - e. pengelolaan dan pengaturan kebutuhan logistik rumah tangga harian atau periodik pimpinan rumah sakit;
 - f. pengelolaan dan pengaturan pemanfaatan sarana kendaraan dinas rumah sakit;
 - g. perencanaan dan pengelolaan pemanfaatan dan pemeliharaan meubelair dan peralatan non medik kerumahtanggaan, menjaga ketertiban dan keamanan rumah sakit;
 - h. pengoordinasian dengan mitra kerja/pihak ketiga dalam pengelolaan keamanan, ketertiban, pengelolaan parkir, dan bentuk kegiatan lain yang terkait operasional umum rumah sakit;

- i. pengembangan sistem manajemen Operasional yang terintegrasi berbasis teknologi informasi;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit terkait layanan Rumah tangga; dan
 - k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Logistik dan Operasional.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Rumah Tangga mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP/Risk Register dan Alur terkait dengan Rumah Tangga;
 - b. tersusunnya program kerja dan kebutuhan anggaran terkait seksi Rumah Tangga;
 - c. terlaksananya penyusunan, pelaksanaan dan monitoring Risk Register;
 - d. terkoordinasinya penyelenggaraan rapat-rapat, pertemuan, acara rutin, keprotokolan dan acara resmi lainnya;
 - e. tersedianya pengelolaan dan pengaturan kebutuhan logistik rumah tangga harian atau periodik pimpinan rumah sakit;
 - f. tersedianya pengelolaan dan pengaturan pemanfaatan sarana kendaraan dinas rumah sakit;
 - g. tersedianya perencanaan dan pengelolaan pemanfaatan dan pemeliharaan meubelair dan peralatan non medik kerumahtanggaan, menjaga ketertiban dan keamanan rumah sakit;
 - h. terkoordinasinya dengan mitra kerja/pihak ketiga dalam pengelolaan keamanan, ketertiban, pengelolaan parkir, dan bentuk kegiatan lain yang terkait operasional umum rumah sakit;
 - i. terlaksananya pengembangan sistem manajemen Operasional yang terintegrasi berbasis teknologi informasi; dan
 - j. terlaksananya koordinasi internal dan eksternal rumah sakit terkait layanan Rumah tangga.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Rumah Tangga mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan perlengkapan dan rumah tangga;
 - b. mengusulkan perubahan dan pemindahan aset terkait rumah tangga di instalasi/unit lain;
 - c. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya;
 - d. memberikan penilaian kinerja staf yang ada dibawahnya; dan

- e. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 83

- (1) Seksi Pemasaran dan komunikasi dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf t dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Pemasaran dan Inovasi.
- (2) Seksi Pemasaran dan komunikasi melaksanakan tugas Manajer Pemasaran dan Inovasi. bertanggungjawab atas pelayanan teknis dan administrasi pemasaran dan komunikasi di bidang kegiatan hubungan masyarakat dan protokoler secara proaktif, melaksanakan pemasaran dan promosi pelayanan rumah sakit, dan melakukan inisiasi dan penyusunan PKS Nasional dan Internasional.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pemasaran dan Komunikasi mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP/Risk Register dan Alur terkait dengan Pemasaran Pelayanan RS, Kerjasama Nasional dan Internasional, dan Komunikasi internal dan Eksternal;
 - b. penyusunan program kerja dan kebutuhan anggaran terkait seksi Pemasaran & Komunikasi;
 - c. pelaksanaan program kerja pemasaran, kerjasama, kehumasan, dan layanan informasi kepada publik atau institusi lain yang sesuai dengan produk layanan rumah sakit secara efektif dan efisien;
 - d. penyusunan, pembuatan, pendokumentasian serta Penyebarluasan informasi terkait seluruh kegiatan rumah sakit dan layanan rumah sakit;
 - e. pelaksanaan kegiatan promosi & manuver pemasaran produk pelayanan rumah sakit;
 - f. pelaksanaan branding terhadap citra baik rumah sakit di media cetak, elektronik dan sosial media;
 - g. pelaksanaan monitoring dan evaluasi program kerja seksi pemasaran dan komunikasi;
 - h. penyusunan, peninjauan, monitoring, dan pelaksanaan evaluasi perjanjian kerjasama di rumah sakit;
 - i. penyiapan bahan monitoring dan evaluasi kerjasama dengan berbagai stakeholder rumah sakit;
 - j. penyusunan laporan capaian program kerja dan indikator mutu seksi pemasaran dan komunikasi;

- k. pengelolaan media sosial dan website rumah sakit;
 - l. penyusunan dan pembuatan buku profil rumah sakit;
 - m. penyusunan dan pembuatan profil rumah sakit di website official;
 - n. pelaksanaan program Customer Relationship Marketing;
 - o. pelaksanaan survey pasar; dan
 - p. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh manajer pemasaran & inovasi.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pemasaran dan Komunikasi mempunyai tanggung jawab;
- a. tersusunnya Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP/Risk Register dan Alur terkait dengan Pemasaran Pelayanan RS, Kerjasama Nasional dan Internasional, dan Komunikasi internal dan Eksternal;
 - b. tersusunnya program kerja dan kebutuhan anggaran terkait seksi Pemasaran & Komunikasi;
 - c. terlaksananya program kerja pemasaran, kerjasama, kehumasan, dan layanan informasi kepada publik atau institusi lain yang sesuai dengan produk layanan rumah sakit secara efektif dan efisien;
 - d. terlaksananya penyusunan, pembuatan, pendokumentasian serta Penyebarluasan informasi terkait seluruh kegiatan rumah sakit dan layanan rumah sakit;
 - e. terlaksananya kegiatan promosi & manuver pemasaran produk pelayanan rumah sakit;
 - f. terlaksananya branding terhadap citra baik rumah sakit di media cetak, elektronik dan sosial media;
 - g. terlaksananya monitoring dan evaluasi program kerja seksi pemasaran dan komunikasi;
 - h. terlaksananya penyusunan, peninjauan, monitoring, dan pelaksanaan evaluasi perjanjian kerjasama di rumah sakit;
 - i. tersedianya laporan capaian program kerja dan indikator mutu seksi pemasaran dan komunikasi;
 - j. terkelolanya media sosial dan website rumah sakit;
 - k. tersusunnya dan tersedianya buku profil rumah sakit;
 - l. tersusunnya dan tersedianya profil rumah sakit di website official; dan
 - m. terlaksananya program Customer Relationship Marketing.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pemasaran dan Komunikasi mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan unit pemasaran dan komunikasi;

- b. melakukan koordinasi dengan berbagai pihak atas arahan atasan langsung;
- c. memberikan informasi, data terkait perencanaan, pelaksanaan program unit pemasaran dan komunikasi;
- d. melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan pemasaran dan komunikasi;
- e. memberikan rekomendasi reward dan teguran kepada staf yang ada dibawahnya; dan
- f. melaporkan kendala dan permasalahan yang dihadapi terkait alur proses unit pemasaran dan komunikasi kepada atasan langsung.

Pasal 84

- (1) Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi dimaksud dalam Pasal 63 ayat (3) huruf u dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Manajer Pemasaran dan Inovasi.
- (2) Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi melaksanakan tugas Manajer Pemasaran dan Inovasi yang bertanggung jawab atas pengelolaan dan pelaksanaan pengembangan bisnis development secara efektif, efisien, dan akuntabel sesuai bidang tugasnya.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi mempunyai fungsi:
 - a. memfasilitasi kegiatan pengembangan bisnis dan inovasi;
 - b. memfasilitasi unit kerja untuk melakukan inovasi;
 - c. penyusunan Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP dan alur terkait dengan Pengembangan Bisnis dan Inovasi;
 - d. penyusunan program kerja dan kebutuhan anggaran terkait dengan Pengembangan Bisnis dan Inovasi;
 - e. penyusunan, pelaksanaan dan monitoring Risk Register;
 - f. pengusulan strategi pengembangan bisnis yang tepat untuk pasar sasaran rumah sakit;
 - g. pengidentifikasian dan penganalisaan kelayakan dan prospek bisnis layanan baru dan eksisting rumah sakit guna meningkatkan pertumbuhan pendapatan dan efisiensi biaya;
 - h. pengidentifikasian risiko dan pemastian bahwa hambatan internal dan eksternal terhadap pertumbuhan dan retensi bisnis dapat diidentifikasi dan diminimalkan atau dihilangkan sehingga berkontribusi pada pemeliharaan kesadaran komersial organisasi;
 - i. pemberian saran dan dukungan teknis pada pengembangan bisnis dan inovasi rumah sakit berbasis data dan informasi;

- j. pengkontribusiian pada perbaikan berkelanjutan dari kebijakan organisasi dalam pengembangan bisnis dan inovasi;
 - k. bekerja sama dengan unit-unit layanan rumah sakit untuk menciptakan pendekatan terpadu sebagai bentuk transformasi layanan dan pengembangan bisnis;
 - l. penyusunan laporan capaian program kerja dan indikator mutu;
 - m. pertanggungjawaban atas pengelolaan dan pelaksanaan Business Development secara efektif, efisien, dan akuntabel sesuai bidang tugasnya; dan
 - n. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pemasaran dan Inovasi.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi mempunyai tanggung jawab;
- a. tersedianya fasilitas kegiatan pengembangan bisnis dan inovasi;
 - b. tersedianya fasilitas unit kerja untuk melakukan inovasi;
 - c. tersusunnya Kebijakan/Pedoman Kerja/SOP dan alur terkait dengan Pengembangan Bisnis dan Inovasi;
 - d. tersusunnya program kerja dan kebutuhan anggaran terkait dengan Pengembangan Bisnis dan Inovasi;
 - e. terlaksananya penyusunan, pelaksanaan dan monitoring Risk Register;
 - f. tersusunnya strategi pengembangan bisnis yang tepat untuk pasar sasaran rumah sakit;
 - g. terlaksananya pengidentifikasian dan penganalisaan kelayakan dan prospek bisnis layanan baru dan eksisting rumah sakit guna meningkatkan pertumbuhan pendapatan dan efisiensi biaya;
 - h. terlaksananya pengidentifikasian risiko dan pemastian bahwa hambatan internal dan eksternal terhadap pertumbuhan dan retensi bisnis dapat diidentifikasi dan diminimalkan atau dihilangkan sehingga berkontribusi pada pemeliharaan kesadaran komersial organisasi;
 - i. tersedianya sarana dan dukungan teknis pada pengembangan bisnis dan inovasi rumah sakit berbasis data dan informasi;
 - j. terkoordinasinya kerja sama dengan unit-unit layanan rumah sakit untuk menciptakan pendekatan terpadu sebagai bentuk transformasi layanan dan pengembangan bisnis; dan
 - k. tersusunnya laporan capaian program kerja dan indikator mutu.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi mempunyai kewenangan:

- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan bidang Pemasaran dan Inovasi;
- b. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan Business Development;
- c. mengambil data dari instalasi/unit lain misalnya dari rawat jalan, rawat inap, telemedicine, dll untuk dilakukan analisis, guna mendukung strategi bisnis dan kebijakan rumah sakit;
- d. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya; dan
- e. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 85

- (1) Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana sebagaimana dimaksud pasal 63 ayat (3) huruf v dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan.
- (2) Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana melaksanakan tugas Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan dan bertanggungjawab atas melaksanakan dukungan administrasi keuangan dan kepegawaian yang efektif dan efisien.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana memiliki fungsi:
 - a. penyusunan, pengusulan, dan pengoordinasian strategi kegiatan Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana;
 - b. pengelolaan anggaran yang meliputi penerimaan, penyimpanan, dan pengeluaran dana sesuai dengan rencana kerja dan anggaran tahunan;
 - c. pengelolaan dan penggunaan anggaran Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan (RKAT) Rumah Sakit Unhas;
 - d. pelaksanaan pengendalian dan pertanggungjawaban keuangan yang meliputi perencanaan kas;
 - e. pengelolaan, pengontrolan, dan penagihan piutang, dan pembayaran sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku;
 - f. pengoordiniran kinerja kasir dan verifikator keuangan dalam pengelolaan penerimaan rumah sakit;
 - g. penanganan permasalahan pembayaran pasien sesuai peraturan yang berlaku;

- h. penyiapan data dan analisis data untuk penyusunan laporan kinerja;
 - i. pelaksanaan monitoring dan verifikasi penerimaan dan pengeluaran harian kas/bank, bukti setoran bank beserta dokumen pendukung untuk penerimaan tunai maupun penerimaan piutang, bantuan/hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, dan pendapatan rumah sakit lainnya;
 - j. pengelolaan perpajakan meliputi analisis, penghitungan, pemungutan/pemotongan, penyeteroran, pencatatan dan pelaporan;
 - k. pengoptimalisasian penggunaan sistem informasi keuangan;
 - l. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Bidang Keuangan;
 - m. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan validasi pendapatan dan pengeluaran rumah sakit; dan
 - n. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan dan atau Direktur Perencanaan, Pemasaran, dan Keuangan.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana mempunyai tanggung jawab:
- a. terselenggaranya kegiatan rutin Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana;
 - b. terlaksananya kegiatan pengelolaan dan pengendalian keuangan yang efektif dan efisien Bidang keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan RS Unhas; dan
 - c. Terlaksananya koordinasi dengan unit lain baik internal maupun eksternal terkait kinerja Bidang Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan RS Unhas.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana mempunyai kewenangan:
- a. memimpin dan mengarahkan staf Seksi Perbendaharaan dan mobilisasi Dana;
 - b. memberikan rekomendasi penilaian kinerja, rekomendasi izin staf Seksi Perbendaharaan dan mobilisasi Dana kepada Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan;
 - c. mengatur jadwal dinas dan penempatan kasir dan verifikator keuangan;
 - d. mengusulkan kebijakan kepada Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan; dan
 - e. mengajukan pertimbangan kepada Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan.

Pasal 86

- (1) Seksi Akuntansi dan Manajemen sebagaimana dimaksud pasal 63 ayat (3) huruf w dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan.
- (2) Seksi Akuntansi Manajemen melaksanakan tugas Manajer Keuangan, Akuntansi dan Pelaporan dan bertanggung jawab atas terlaksananya sistem akuntansi dan manajemen yang efektif, efisien, akuntabel dan transparan.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Akuntansi Manajemen mempunyai tugas:
 - a. penyusunan, pengusulan, dan pengoordinasian strategi kegiatan Seksi Akuntansi dan Pelaporan;
 - b. penyusunan, pengusulan, dan pengoordinasian strategi kegiatan Seksi Akuntansi dan Pelaporan;
 - c. pelaksanaan kegiatan pencatatan semua transaksi penerimaan dan pengeluaran yang dilakukan oleh bendahara;
 - d. penyusunan laporan keuangan rumah sakit secara periodik dan tahunan dan laporan lain yang berhubungan dengan keuangan rumah sakit;
 - e. penyiapan data gaji, jasa medik dan non medik, dan tunjangan pegawai;
 - f. penyiapan data gaji, jasa medik dan non medik, dan tunjangan pegawai;
 - g. pengelolaan perpajakan meliputi pencatatan dan pelaporan;
 - h. penyiapan data dan analisis data untuk penyusunan laporan kinerja;
 - i. pengoptimalisasian penggunaan sistem informasi keuangan;
 - j. penyusunan dan pengelolaan tarif pelayanan jasa dan penjualan produk;
 - k. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Bidang Keuangan;
 - l. pengevaluasian pelaksanaan tarif pelayanan jasa dan penjualan produk secara periodik;
 - m. pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan akuntansi dan pelaporan; dan

- n. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan dan atau Direktur Perencanaan, Pemasaran, dan Keuangan.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Akuntansi Manajemen mempunyai tanggung jawab:
 - a. terselenggaranya kegiatan rutin Seksi Akuntansi dan Pelaporan;
 - b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan keuangan rumah sakit; dan
 - c. terlaksananya koordinasi dengan unit lain baik internal maupun eksternal terkait kinerja Bidang Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan RS Unhas.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Seksi Akuntansi Manajemen mempunyai kewenangan:
 - a. memimpin dan mengarahkan staf Seksi Akuntansi dan Pelaporan;
 - b. memberikan rekomendasi penilaian kinerja, rekomendasi izin staf Seksi Akuntansi dan Pelaporan kepada Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan;
 - c. mengusulkan kebijakan kepada Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan; dan
 - d. mengajukan pertimbangan kepada Manajer Keuangan, Akuntansi, dan Pelaporan.

Pasal 87

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Seksi oleh Direktur Utama berdasarkan usulan Direktur dan Manajer.
- (2) Masa jabatan Kepala Seksi selama 4 (empat) tahun mengikuti periode jabatan Direktur dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 88

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Seksi, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Persyaratan Umum
 - 1) beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - 2) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 3) sehat jasmani dan rohani;

- 4) berusia maksimal 60 tahun untuk dosen dan 56 tahun untuk tenaga kependidikan saat pelantikan;
 - 5) memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - 6) memiliki pengalaman manajerial di Rumah Sakit;
 - 7) memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
 - 8) memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
 - 9) tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat; dan
 - 10) tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan.
- b. Persyaratan khusus:
- 1) Kepala Seksi Pendidikan minimal dokter umum;
 - 2) Kepala Seksi Penelitian minimal Sarjana bidang kesehatan;
 - 3) Kepala Seksi Pelatihan Medik minimal dokter umum atau Sarjana bidang kesehatan;
 - 4) Kepala Seksi Pelatihan Non Medik minimal dokter umum atau Sarjana bidang kesehatan;
 - 5) Kepala Seksi Perencanaan dan Pengembangan SDM minimal dokter atau Sarjana;
 - 6) Kepala Seksi Evaluasi dan Retensi SDM minimal dokter atau Sarjana;
 - 7) Kepala Seksi Pelayanan Medik minimal dokter atau Sarjana;
 - 8) Kepala Seksi Mutu Pelayanan Medik minimal dokter atau Sarjana;
 - 9) Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik minimal dokter atau Sarjana;
 - 10) Kepala Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik minimal dokter atau Sarjana;
 - 11) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan minimal Ners;
 - 12) Kepala Seksi Mutu Layanan Keperawatan minimal Ners;
 - 13) Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian minimal S1 Apoteker;
 - 14) Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik minimal Sarjana Manajemen/Sarjana bidang kesehatan;
 - 15) Kepala Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik minimal Sarjana Manajemen/Sarjana bidang kesehatan;
 - 16) Kepala Seksi Perencanaan dan Evaluasi minimal Sarjana;
 - 17) Kepala Seksi Administrasi Umum dan Legislasi minimal Sarjana;

- 18) Kepala Seksi Logistik & BMU minimal Sarjana serta memiliki pengalaman mengelola logistik RS, aset BMN/BMU, dan pelatihan penyusunan laporan evaluasi kinerja rumah sakit;
- 19) Kepala Seksi Rumah Tangga minimal Sarjana serta memiliki pengalaman pengelolaan, pemeliharaan aset, dan sistem perkantoran dan pelatihan penyusunan laporan evaluasi kinerja rumah sakit;
- 20) Kepala Seksi Pemasaran dan Komunikasi minimal S1/ Sarjana serta bersertifikasi Humas Senior BNSP, Pelatihan marketing RS, dan pelatihan hukum;
- 21) Kepala Seksi Pengembangan Bisnis dan Inovasi minimal S1/ Sarjana serta memiliki pelatihan bisnis development dan pelatihan HT;
- 22) Kepala Seksi Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana minimal Sarjana Ekonomi dan pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan keuangan; dan
- 23) Kepala Seksi Akuntansi Manajemen minimal Sarjana Akuntansi dan pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan keuangan;

Pasal 89

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Seksi oleh Direktur Utama atas usul masing-masing Direktur dan Manajer.
- (2) Kepala Seksi memangku jabatan selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Direktur dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 90

- (1) Kepala Seksi berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
 - e. diberhentikan sementara dari pegawai negeri sipil;

- f. menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan atau izin belajar dalam rangka studi lanjut yang meninggalkan tugas tridharma perguruan tinggi; dan/atau
 - g. cuti di luar tanggungan negara.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
- a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan Berita Acara Majelis Pemeriksa Kesehatan.

Pasal 91

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Kepala Seksi sebelum masa jabatannya berakhir, Direktur Utama mengangkat Kepala Seksi untuk meneruskan sisa masa jabatan Kepala Seksi.
- (2) Kepala Seksi yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Kesepuluh Instalasi

Pasal 92

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 huruf i berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Terkait.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) terdiri atas:
 - a. Instalasi Pusat Simulasi (*Simulation Center*);
 - b. Instalasi Gawat Darurat;
 - c. Instalasi Rawat Jalan;
 - d. Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - e. Instalasi Bedah Sentral;
 - f. Instalasi Perawatan Intensif yang terdiri atas HCU, ICU, NICU, PICU dan ICCU;
 - g. Instalasi Perawatan Khusus;
 - h. Instalasi Radioterapi;
 - i. Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - j. Instalasi Gigi dan Mulut;
 - k. Instalasi Layanan FER (Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi);
 - l. Instalasi Layanan Mata;
 - m. Instalasi Radiologi;
 - n. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - o. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - p. Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;

- q. Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - r. Instalasi Farmasi;
 - s. Instalasi Gizi;
 - t. Instalasi Rekam Medis;
 - u. Instalasi CSSD dan Laundry;
 - v. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
 - w. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS);
 - x. Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan (K3KL); dan
 - y. Instalasi Layanan Pengadaan.
- (3) Instalasi lainnya dapat dibentuk sesuai kebutuhan dengan peraturan Rektor.

Pasal 93

- (1) Instalasi Pusat Simulasi (*Simulation Center*) sebagaimana dimaksud dalam pasal 92 pada ayat (2) huruf a dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian & SDM mengkoordinasikan pelayanan pendidikan dan pelatihan berbasis laboratorium simulasi di RS Unhas;
- (2) Instalasi Simulation Center melaksanakan tugas Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelatihan dan pendidikan di ruang simulation center.
- (3) Instalasi Pusat Simulasi (*Simulation Center*) mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan regulasi/kebijakan operasional: kebijakan, manual book, pedoman SOP dan alur proses kegiatan di simulation center;
 - b. penyusunan risk register dan perencanaan kegiatan di simulation center (RKAT);
 - c. penyusunan Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di simulation center;
 - d. pengoordinasian kegiatan di simulation center dengan bidang pendidikan dan pelatihan;
 - e. pengoordinasian kegiatan di simulation center dengan instalasi dan prodi/institusi pendidikan;
 - f. pengoordinasian pengembangan kegiatan di simulation center;
 - g. Pelaksanaan kegiatan sistem penjaminan mutu di simulation center;
 - h. perencanaan usulan kebutuhan di simulation center berupa sumber daya manusia, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana serta keperluan ATK;
 - i. pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di simulation center;

- j. penyusunan laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan di simulation center rumah sakit kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM serta pihak terkait;
 - k. pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan di simulation center;
 - l. pelaksanaan monitoring dan evaluasi penerapan good corporate governance dalam pengelolaan simulation center;
 - m. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan validasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di simulation center; dan
 - n. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Pusat Simulasi (*Simulation Center*) mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya regulasi/kebijakan operasional: kebijakan, manual book, pedoman SOP dan alur proses kegiatan di simulation center;
 - b. tersusunnya risk register dan perencanaan kegiatan di Simulation Center (RKAT);
 - c. terlaksananya koordinasi kegiatan di simulation center dengan bidang pendidikan dan pelatihan;
 - d. terlaksananya koordinasi kegiatan di simulation center dengan instalasi dan prodi terkait;
 - e. terlaksananya koordinasi pengembangan kegiatan di simulation center;
 - f. tersedianya Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di simulation center;
 - g. terlaksananya perencanaan usulan kebutuhan di simulation center berupa sumber daya manusia, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana serta keperluan ATK;
 - h. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi simulation center;
 - i. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di simulation center;
 - j. tersedianya laporan secara berkala atas pelaksanaan kegiatan di simulation center rumah sakit kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan SDM serta pihak terkait;
 - k. terlaksananya monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan di simulation center;
 - l. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi simulation center;
 - m. terlaksananya monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan di ruang simulation center;
 - n. monitoring dan evaluasi penerapan good corporate governance dalam pengelolaan simulation center; dan

- o. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Pusat Simulasi (*Simulation Center*) mempunyai wewenang:
 - a. memimpin dan mengarahkan staf di simulation center;
 - b. mengusulkan pengembangan dan kebijakan terkait pelaksanaan di simulation center kepada direktur pendidikan, pelatihan, penelitian dan SDM;
 - c. melaporkan hasil monitoring dan evaluasi kinerja di simulation center; dan
 - d. pengawasan pada staf dan mutu kegiatan di simulation center.

Pasal 94

- (1) Instalasi Gawat Darurat sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf b dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Gawat Darurat Melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.
- (3) Instalasi Gawat Darurat mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, Logistik, ATK obat, dan BHP Instalasi Rawat Jalan;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, patient safety, timely, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan Validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu, di Instalasi Gawat Darurat;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;

- h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
 - i. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Instalasi Gawat Darurat;
 - j. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Gawat Darurat meliputi:
 - 1. Pelayanan medik dan perawatan gawat darurat secara paripurna kepada pasien IGD;
 - 2. Administrasi/ catatan medik dan perawatan;
 - 3. Laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - k. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Gawat Darurat mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Gawat Darurat, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Gawat Darurat;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Gawat Darurat;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Gawat Darurat;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Gawat Darurat;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Gawat Darurat;
 - g. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Gawat Darurat; dan
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Gawat Darurat mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik di Instalasi Gawat Darurat;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait di Instalasi Gawat Darurat;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Gawat Darurat;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Gawat Darurat; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Gawat Darurat.

Pasal 95

- (1) Instalasi Rawat Jalan sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf c dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan

bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.

- (2) Instalasi Rawat Jalan Melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Rawat Jalan.
- (3) Instalasi Rawat Jalan mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan Instalasi Rawat Jalan;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, Logistik, ATK obat, dan BHP Instalasi Rawat Jalan;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, patient safety, timely, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan Validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu, di Instalasi Gawat Darurat;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan Instalasi Rawat Jalan;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Rawat Jalan;
 - i. pelaksanaan good corporate governance dan good clinical governance dalam pengelolaan pelayanan;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Instalasi Rawat Jalan;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Rawat Jalan Meliputi:
 1. Pelayanan medik dan perawatan gawat darurat secara pari purna kepada pasien poliklinik;
 2. Administrasi/ catatan medik dan perawatan di poliklinik;
 3. Laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rawat Jalan mempunyai tanggung jawab:

- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Rawat Jalan, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Rawat Jalan;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Rawat Jalan;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Rawat Jalan;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Rawat Jalan;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Rawat Jalan;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Rawat Jalan;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Rawat Jalan; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rawat Jalan mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik di Instalasi Rawat Jalan;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait di Instalasi Rawat Jalan;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Rawat Jalan;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Rawat Jalan; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Rawat Jalan.

Pasal 96

- (1) Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf d dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin Melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin.
- (3) Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;

- b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, Logistik, ATK obat, dan BHP Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, patient safety, timely, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan Validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu, di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - i. pelaksanaan good corporate governance dan good clinical governance dalam pengelolaan pelayanan;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin meliputi:
 - 1. Pelayanan medik dan perawatan gawat darurat secara paripurna kepada pasien Ranap;
 - 2. Administrasi/ catatan medik dan perawatan;
 - 3. Laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;

- f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Kamar Bersalin;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik di instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin.

Pasal 97

- (1) Instalasi Bedah Sentral sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf e dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Bedah Sentral melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Bedah Sentral.
- (3) Instalasi Bedah Sentral mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien di Instalasi Bedah Sentral;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, Logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Bedah Sentral;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;

- d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, patient safety, timely, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan Validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu, di Instalasi Bedah Sentral;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Bedah Sentral;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Bedah Sentral;
 - i. pelaksanaan good corporate governance dan good clinical governance dalam pengelolaan pelayanan;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Bedah Sentral;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Bedah Sentral meliputi:
 - 1. Pelayanan medik dan perawatan gawat darurat secara paripurna kepada pasien Kamar Operasi;
 - 2. Administrasi/ catatan medik dan perawatan di Kamar Operasi;
 - 3. Laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Bedah Sentral mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan di Instalasi Bedah Sentral, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi di Instalasi Bedah Sentral;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya di Instalasi Bedah Sentral;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan di Instalasi Bedah Sentral;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Bedah Sentral;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Bedah Sentral;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga di Instalasi Bedah Sentral;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Bedah Sentral; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik

- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Bedah Sentral mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik di Instalasi Bedah Sentral;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait di Instalasi Bedah Sentral;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Bedah Sentral;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di di Instalasi Bedah Sentral; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Bedah Sentral.

Pasal 98

- (1) Instalasi Perawatan Intensif sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf f dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Perawatan Intensif mempunyai fungsi memfasilitasi kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian, pelaksanaan dan meningkatkan mutu pelayanan intensif.
- (3) Instalasi Perawatan Intensif mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, risk register, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan Instalasi Perawatan Intensif;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, Logistik, ATK obat, dan BHP Instalasi Perawatan Intensif;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, patient safety, timely, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan Validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu, di Instalasi Perawatan Intensif;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Perawatan Intensif;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;

- h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Perawatan Intensif;
 - i. pelaksanaan good corporate governance dan good clinical governance dalam pengelolaan pelayanan;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Instalasi Perawatan Intensif;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Perawatan Intensif Meliputi:
 - 1. Pelayanan medik dan perawatan insentif secara paripurna kepada pasien HCU, ICU, NICU, PICU dan ICCU
 - 2. Administrasi/ catatan medik dan perawatan Intensif
 - 3. Laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Perawatan Intensif mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan di Instalasi Perawatan Intensif, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi di Instalasi Perawatan Intensif;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya di Instalasi Perawatan Intensif;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan di Instalasi Perawatan Intensif;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Perawatan Intensif;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Perawatan Intensif;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga di Instalasi Perawatan Intensif;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK, Logistik di Instalasi Perawatan Intensif; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Perawatan Intensif mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik di Instalasi Perawatan Intensif;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait di Instalasi Perawatan Intensif;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Perawatan Intensif

- d. memberikan pembinaan pada SDM di di Instalasi Perawatan Intensif; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Perawatan Intensif.
- (6) Instalasi Perawatan Intensif meliputi:
- a. *Intensive Care Unit* (ICU) dan *High Care Unit* (HCU);
 - b. *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU);
 - c. *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU); dan
 - d. *Intensif Coronary Care Unit* (ICCU).

Pasal 99

- (1) Instalasi Perawatan Khusus sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf g dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Perawatan Khusus melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Perawatan Khusus.
- (3) Instalasi Perawatan Khusus mempunyai fungsi:
- a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Perawatan Khusus;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Perawatan Khusus;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Perawatan Khusus;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Perawatan Khusus;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Perawatan Khusus;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan;

- j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan dengan pelayanan di Instalasi Perawatan Khusus;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Perawatan Khusus meliputi:
 - 1. pelayanan medik dan perawatan khusus secara paripurna kepada pasien perawatan khusus;
 - 2. administrasi/catatan medik dan perawatan khusus;
 - 3. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Perawatan Khusus mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan perawatan khusus, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya penyediaan dokumen perencanaan Instalasi Perawatan Khusus;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Perawatan Khusus;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Perawatan Khusus;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Perawatan Khusus;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Perawatan Khusus;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Perawatan Khusus;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Perawatan Khusus; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Perawatan Khusus mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang Medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik Instalasi Perawatan Khusus;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait Instalasi Perawatan Khusus;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Perawatan Khusus;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Perawatan Khusus; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Perawatan Khusus.
- (6) Instalasi Perawatan Khusus meliputi:
- a. Ruang Perawatan Hemodialisa; dan

b. Ruang Perawatan Kemoterapi.

Pasal 100

- (1) Instalasi Radioterapi sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf h dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Radioterapi melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Radioterapi.
- (3) Instalasi Radioterapi mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan Instalasi Radioterapi;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP Instalasi Radioterapi;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Radioterapi;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan Instalasi Radioterapi;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Radioterapi;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Instalasi Radioterapi;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Radioterapi meliputi:
 1. pelayanan medik dan perawatan gawat darurat secara paripurna kepada pasien rawat inap;
 2. administrasi/catatan medik dan perawatan;

3. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
1. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Radioterapi mempunyai tanggung jawab:
 - a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Radioterapi, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Radioterapi;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Radioterapi;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Radioterapi;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Radioterapi;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Radioterapi;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Radioterapi;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Radioterapi; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Radioterapi mempunyai wewenang:
 - a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik Instalasi Radioterapi;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait Instalasi Radioterapi;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Radioterapi;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Radioterapi; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Radioterapi.

Pasal 101

- (1) Instalasi Rehabilitasi Medik sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf i dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Rehabilitasi Medik melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik.
- (3) Instalasi Rehabilitasi Medik mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk

- teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik;
- b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik meliputi:
 - 1. pelayanan medik dan perawatan rehabilitasi medik dan fisioterapi secara paripurna kepada pasien;
 - 2. administrasi/catatan medik dan perawatan rehabilitasi medik dan fisioterapi;
 - 3. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rehabilitasi Medik mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan di Instalasi Rehabilitasi Medik, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Rehabilitasi Medik;

- f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Rehabilitasi Medik; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rehabilitasi Medik mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang Medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Rehabilitasi Medik; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Rehabilitasi Medik.

Pasal 102

- (1) Instalasi Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf j dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Gigi dan Mulut melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Gigi dan Mulut.
- (3) Instalasi Gigi dan Mulut mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;

- e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Gigi dan Mulut meliputi:
 - 1. pelayanan medik dan perawatan gigi dan mulut secara paripurna kepada pasien gigi;
 - 2. administrasi/catatan medik dan perawatan gigi dan bedah mulut;
 - 3. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Gigi dan Mulut mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Gigi dan Mulut, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Gigi dan Mulut;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Gigi dan Mulut;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Gigi dan Mulut;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Gigi dan Mulut;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Instalasi Instalasi Gigi dan Mulut;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Gigi dan Mulut;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Gigi dan Mulut; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Gigi dan Mulut mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik Instalasi Gigi dan Mulut;

- b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
- c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Gigi dan Mulut;
- d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Gigi dan Mulut; dan
- e. menilai kinerja SDM di Instalasi Gigi dan Mulut.

Pasal 103

- (1) Instalasi Layanan FER (Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi) sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf k dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Layanan FER (Fertilitas Endokrinologi dan Reproduksi) melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Layanan FER.
- (3) Instalasi Layanan FER mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Layanan FER;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Layanan FER;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Layanan FER;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Layanan FER;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Layanan FER;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Layanan FER;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan di Instalasi Layanan FER;

- j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Layanan FER;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Layanan FER meliputi:
 - 1. pelayanan medik dan perawatan paripurna kepada pasien Layanan FER;
 - 2. administrasi/catatan medik dan perawatan Layanan FER; dan
 - 3. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - 1. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Layanan FER mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Layanan FER, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Layanan FER;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Layanan FER;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Layanan FER;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Layanan FER;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Layanan FER;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Layanan FER;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Layanan FER;
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Layanan FER mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik Instalasi Layanan FER;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Layanan FER;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Layanan FER; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Layanan FER.

Pasal 104

- (1) Instalasi Layanan Mata sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf 1 dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.

- (2) Instalasi Layanan Mata melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Layanan Mata.
- (3) Instalasi Layanan Mata mempunyai fungsi:
- a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Layanan Mata;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Layanan Mata;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Layanan Mata;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Layanan Mata;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Layanan Mata meliputi:
 1. pelayanan medik dan perawatan paripurna kepada pasien Layanan Mata;
 2. administrasi/catatan medik dan perawatan Layanan Mata; dan
 3. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Layanan Mata mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Layanan Mata, dan peraturan lainnya;

- b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Layanan Mata;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Layanan Mata;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Layanan Mata;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Layanan Mata;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Layanan Mata;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Layanan Mata;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Instalasi Layanan Mata;
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Layanan Mata mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan medik Instalasi Layanan Mata;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Layanan Mata;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Layanan Mata; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Layanan Mata.

Pasal 105

- (1) Instalasi Radiologi sebagaimana dimaksud pasal pasal 92 ayat (2) huruf m dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Radiologi melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Radiologi.
- (3) Instalasi Radiologi mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan Instalasi Radiologi;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP Instalasi Radiologi;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;

- d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Radiologi
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan Instalasi Radiologi;
 - g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik Instalasi Radiologi;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Radiologi;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan Instalasi Radiologi
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Radiologi meliputi:
 - 1. supervisi keselamatan fasilitas keselamatan radiasi di seluruh unit pelayanan;
 - 2. supervisi QC/QA peralatan radiologi di seluruh unit pelayanan;
 - 3. monitoring pelaksanaan kegiatan pelayanan radiologi;
 - 4. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Radiologi mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Rawat Jalan, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Radiologi;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Radiologi;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Radiologi;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Radiologi;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Radiologi;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Radiologi;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Radiologi;
 - i. terlaksananya *supervise* keselamatan radiasi di unit pelayanan radiologi; dan

- j. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Radiologi mempunyai wewenang:
 - a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan radiologi;
 - b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
 - c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Radiologi;
 - d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Radiologi; dan
 - e. menilai kinerja SDM di Instalasi Radiologi.

Pasal 106

- (1) Instalasi Laboratorium Patologi Klinik sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf n dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Laboratorium Patologi Klinik melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik.
- (3) Instalasi Laboratorium Patologi Klinik mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;

- g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik meliputi:
 - 1. supervisi pelaksanaan manajemen pelayanan laboratorium di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - 2. melaksanakan pemantapan mutu internal dan pemantapan mutu eksternal;
 - 3. supervisi dan evaluasi kualitas reagen;
 - 4. laporan-Laporan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Laboratorium Patologi Klinik mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Laboratorium Patologi Klinik mempunyai wewenang:

- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang Medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
- b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
- c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
- d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik; dan
- e. menilai kinerja SDM di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik.

Pasal 107

- (1) Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf o dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi.
- (3) Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;

- g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi meliputi:
 - 1. supervisi pelaksanaan manajemen pelayanan laboratorium di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - 2. melaksanakan pemantapan mutu internal dan pemantapan mutu eksternal;
 - 3. supervisi dan evaluasi kualitas reagen;
 - 4. laporan-Laporan yang berlaku.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi mempunyai wewenang:

- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
- b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
- c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
- d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi; dan
- e. menilai kinerja SDM di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi.

Pasal 108

- (1) Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf p dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik.
- (3) Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;

- g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik meliputi:
 - 1. supervisi pelaksanaan manajemen pelayanan laboratorium di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - 2. melaksanakan pemantapan mutu internal dan pemantapan mutu eksternal;
 - 3. supervisi dan evaluasi kualitas reagen;
 - 4. laporan-laporan yang berlaku
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik mempunyai wewenang:

- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang Medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
- b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit;
- c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
- d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik; dan
- e. menilai kinerja SDM di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik.

Pasal 109

- (1) Instalasi Forensik dan Medikolegal sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf q dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (2) Instalasi Forensik dan Medikolegal melaksanakan penyelenggaraan, perencanaan, pengoordinasian, pemantauan/monitoring dan evaluasi kegiatan pengelolaan pelayanan, pendidikan dan penelitian, dan peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Forensik dan Medikolegal.
- (3) Instalasi Forensik dan Medikolegal mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, logistik, ATK obat, dan BHP di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - d. pelaksanaan pengelolaan pelayanan untuk pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi dan validasi kinerja: Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - f. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan di di Instalasi Forensik dan Medikolegal;

- g. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - i. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - j. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - k. pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan di Instalasi Forensik dan Medikolegal meliputi:
 - 1. pelayanan jenazah khusus secara paripurna kepada jenazah;
 - 2. administrasi/catatan medik jenazah terdokumentasi;
 - 3. laporan-laporan lain sesuai ketentuan yang berlaku;
 - 4. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Forensik dan Medikolegal mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan di Instalasi Forensik dan Medikolegal, dan peraturan lainnya;
 - b. tersedianya dokumen perencanaan di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - c. terlaksananya POS serta peraturan lainnya di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - d. tersedianya laporan pelaksanaan kegiatan di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - e. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
 - h. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Forensik dan Medikolegal; dan
 - i. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Forensik dan Medikolegal mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan dan rekomendasi serta pertimbangan kepada Direktur Penunjang dan Penunjang Medik dalam rangka perbaikan pelayanan dan pengembangan mutu pelayanan di Instalasi Forensik dan Medikolegal;

- b. mengusulkan, merekomendasikan, dan mereview dokumen rumah sakit sesuai dengan kebijakan penerbitan regulasi rumah sakit terkait di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
- c. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Forensik dan Medikolegal;
- d. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Forensik dan Medikolegal; dan
- e. menilai kinerja SDM di Instalasi Forensik dan Medikolegal.

Pasal 110

- (1) Instalasi Farmasi sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf r dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (2) Instalasi Farmasi melaksanakan tugas Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dan bekerja sama dengan seksi kefarmasian dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan kefarmasian.
- (3) Instalasi Farmasi mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan dan pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran tahunan Instalasi Farmasi;
 - b. perencanaan, penyusunan regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) dan merevisi kebijakan untuk menjamin keselamatan pasien pada pelayanan kefarmasian;
 - c. penyusunan panduan pelaksanaan kegiatan pelayanan kefarmasian yang berkaitan dengan unit terkait lainnya;
 - d. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Farmasi;
 - e. penyusunan rencana pengembangan pendidikan dan pelatihan apoteker dan tenaga teknis kefarmasian RS Unhas dan pelaksanaan koordinasi dengan Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian;
 - f. pengoordinasian pengaturan kegiatan pelayanan kefarmasian kepada Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian, Kepala Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Non Medik dan Manajer Pelayanan Penunjang Non Medik serta seluruh instalasi terkait;
 - g. penyusunan dan perencanaan program kerja manajemen pengelolaan perbekalan farmasi dan pelayanan kefarmasian untuk mendukung rencana strategis RS Unhas dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit, seperti pengadaan pelatihan terkait pelayanan kefarmasian dan pelibatan dalam *workshop/benchmarking* manajemen pengelolaan perbekalan farmasi;

- h. penyusunan rencana pengembangan layanan produksi sediaan steril untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien selama mendapatkan pelayanan kefarmasian;
- i. pelaksanaan program orientasi khusus bagi calon pegawai untuk meningkatkan kedisiplinan dan prestasi kerja di Instalasi Farmasi;
- j. pemberian petunjuk, arahan dan bimbingan kepada Koordinator Apotek/Depo untuk menjamin seluruh staf Instalasi Farmasi dapat memberikan pelayanan kefarmasian dan kepada unit kerja lain dengan mengedepankan pelayanan *patient safety* secara efektif, efisien, *timely*, transparan dan akuntabel;
- k. penyusunan dan penetapan Indikator Mutu dan Indikator Kinerja Unit Instalasi Farmasi RS Unhas;
- l. pelaksanaan monitor dan evaluasi IKU, indikator mutu, dan SPM Instalasi Farmasi;
- m. penyiapan laporan kegiatan Instalasi Farmasi;
- n. pemastian usulan perencanaan kebutuhan pelayanan kefarmasian sesuai dengan metode yang ditetapkan dan akuntabel;
- o. pemastian pelayanan kefarmasian dan pengelolaan perbekalan farmasi sesuai regulasi yang ditetapkan secara efektif, efisien, *timely*, transparan dan akuntabel;
- p. pelaksanaan koordinasi dengan Komite Farmasi Terapi, Komite Medik dan PPI dalam pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang berkaitan dengan pelayanan kefarmasian;
- q. pemantauan, pengevaluasian, dan pelaksanaan tindak lanjut yang direkomendasikan oleh Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian dan Kepala Seksi Mutu Penunjang Non Medik dan Kepala Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik;
- r. pengawasan, pengendalian, dan penilaian penerapan kebijakan pelayanan dan etika profesi kefarmasian, serta pengoordinasian dengan Koordinator/Kasie/Karu/Kepala Instalasi terkait;
- s. penyusunan rencana kebutuhan perbekalan sesuai dengan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan mengacu pada formularium rumah sakit;
- t. pelaksanaan supervisi terkait penyimpanan obat perbekalan farmasi secara berkala sesuai dengan regulasi dan pelaksanaan koordinasi dengan Kepala Instalasi/Kasie terkait;
- u. pelaksanaan koordinasi dengan Bidang Pelayanan Medik dan Komite Farmasi Terapi dalam pelaksanaan Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien yang berkaitan dengan pelayanan kefarmasian;
- v. pelaksanaan pendokumentasian kegiatan pelayanan kefarmasian meliputi pencatatan, pelaporan, administrasi keuangan, dan penghapusan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan;
- w. pelaksanaan koordinasi dengan pemerintah, instansi dan organisasi di luar rumah sakit dalam rangka pelaporan administrasi pelayanan kefarmasian rumah sakit;

- x. pelaksanaan supervisi pelayanan farmasi klinik meliputi pelayanan PIO, pemantauan terapi obat, monitoring efek samping obat, dispensing steril dan rekonsiliasi obat secara berkala sesuai dengan regulasi dan pelaksanaan koordinasi dengan Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian;
 - y. pemantauan administrasi pelayanan farmasi klinik secara berkala sesuai dengan regulasi dan pelaksanaan koordinasi dengan Kepala Seksi Pelayanan Kefarmasian; dan
 - z. pelaksanaan tugas yang diberikan Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dan Manajer Pelayanan Penunjang Non Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Farmasi mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya rencana kerja, pedoman organisasi, pedoman pelayanan, POS, alur proses, dan *risk register* dan regulasi lainnya yang dibutuhkan di Instalasi Farmasi;
 - b. terlaksananya kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian di Instalasi Farmasi;
 - c. tersedianya dokumen usulan perencanaan kebutuhan perbekalan farmasi, fasilitas, aset dan inventaris dan pengembangan layanan kefarmasian di Instalasi Farmasi;
 - d. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian di Instalasi Farmasi;
 - e. tersedianya usulan penambahan dan pengembangan SDM dan layanan kefarmasian sesuai dengan standar pelayanan;
 - j. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Gizi;
 - f. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Farmasi;
 - g. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga di Instalasi Farmasi;
 - h. terselenggaranya pelayanan kefarmasian yang efektif dan efisien, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel;
 - i. terlaksananya kegiatan dan pendokumentasian pelayanan kefarmasian yang sesuai standar;
 - j. tercapainya indikator mutu yang ditetapkan;
 - k. terlapornya hasil pencapaian kinerja dan evaluasi kinerja Instalasi Farmasi; dan
 - l. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dan Manajer Penunjang Non Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Farmasi mempunyai wewenang:
- a. memastikan pelaksanaan kegiatan pelayanan kefarmasian menerapkan fungsi administrasi dan dokumentasi sesuai ketentuan di Instalasi Farmasi;
 - b. membuat perencanaan kebutuhan dan penempatan staf Instalasi Farmasi;

- c. mengoordinasikan, mengendalikan dan monitoring penggunaan perbekalan farmasi, fasilitas, aset, inventaris dan kegiatan pelayanan kefarmasian;
- d. menandatangani surat dan dokumen yang ditetapkan menjadi wewenang Kepala Instalasi Farmasi;
- e. memberi saran dan pertimbangan kepada atasan;
- f. memberikan arahan, petunjuk dan bimbingan pelaksanaan tugas staf di Instalasi Farmasi;
- g. melaksanakan pengawasan dan evaluasi kinerja semua staf yang bekerja di Instalasi Farmasi;
- h. memberikan pembinaan kepada staf Instalasi Farmasi yang membutuhkan;
- i. mengevaluasi indikator kinerja unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Indikator Mutu Instalasi Farmasi; dan
- j. memberikan bimbingan kepada peserta didik.

Pasal 111

- (1) Instalasi Gizi sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf s dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (2) Instalasi Gizi melaksanakan tugas Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelaksanaan asuhan pelayanan gizi.
- (3) Instalasi Gizi mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan rencana kerja anggaran tahunan Instalasi Gizi;
 - b. penyusunan dan perevisian kebijakan, pedoman, POS dan alur pelayanan Instalasi Gizi;
 - c. penyusunan *risk register* dari pelayanan asuhan gizi dan penyelenggaraan makanan gizi;
 - d. penyusunan kebutuhan tenaga pelaksana pelayanan gizi (Nutrisionis, Juru masak, Pramusaji, Petugas Gudang);
 - e. pelaksanaan pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik di Instalasi Gizi;
 - f. penyusunan kebutuhan pendidikan, pelatihan dan pengembangan kompetensi tenaga pelaksana pelayanan gizi (Nutrisionis, Juru masak, Pramusaji, Petugas Gudang);
 - g. penyusunan kebutuhan APD untuk operasional penjamah makanan (Petugas gudang, juru masak dan pramusaji);
 - h. pelaksanaan kegiatan proses asuhan gizi terstandar;
 - i. pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan makanan;
 - j. penyusunan indikator mutu pelayanan Instalasi Gizi;
 - k. penyusunan laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Gizi;

- l. penyusunan rencana pengadaan layanan penyediaan makanan bagi keluarga pasien;
 - m. penyusunan perencanaan kebutuhan tahunan bahan makanan, bahan makanan tambahan, dan barang rumah tangga;
 - n. pelaksanaan verifikasi penerimaan bahan makanan, bahan makanan tambahan, dan barang rumah tangga Instalasi Gizi setiap bulan;
 - o. pelibatan dalam rapat rutin dan rapat koordinasi dengan Direktorat Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - p. pengoordinasian dengan Komite Mutu, PPI, K3 dan instalasi/unit lain yang terkait dalam pelaksanaan Program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien yang berkaitan dengan pelayanan gizi;
 - q. pelaksanaan koordinasi dengan pemerintah, instansi, lembaga pendidikan, dan organisasi di luar rumah sakit dalam rangka pengelolaan dan pengembangan pelayanan pelayanan gizi;
 - r. pemantauan dan pengevaluasian pelayanan gizi, proses asuhan gizi, dan penyelenggaraan makanan;
 - s. pelaksanaan rapat rutin dengan seluruh staf Instalasi Gizi untuk monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan Instalasi Gizi; dan
 - t. pelaksanaan tugas yang diberikan Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Gizi mempunyai tanggung jawab:
- a. tersusunnya rencana kerja, pedoman pengorganisian, pedoman pelayanan, POS, dan *risk register* pada kegiatan pelayanan gizi;
 - b. tersedianya usulan penambahan dan pengembangan SDM;
 - c. tersedianya dokumen perencanaan, pencatatan dan pelaporan pengadaan makanan, penyelenggaraan makanan, perlengkapan dan peralatan, anggaran belanja bahan makanan, pelayanan gizi, penyusunan dan konsultasi Instalasi Gizi;
 - d. terlaksananya pelayanan gizi yang terdiri dari proses asuhan gizi terstandar dan penyelenggaraan makanan di Instalasi Gizi;
 - e. terlaksananya kegiatan dan pendokumentasian proses asuhan gizi terstandar;
 - f. terlaksananya perencanaan dan pengembangan menu;
 - g. terciptanya keamanan makanan, *hygiene* dan sanitasi serta keselamatan kerja;
 - h. terlaksananya pengawasan kegiatan dan pengembangan mutu pelayanan Instalasi Gizi;
 - k. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Gizi;
 - i. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Gizi;
 - j. terlaksananya evaluasi penilaian kinerja tenaga Instalasi Gizi;

- k. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Gizi mempunyai wewenang:
 - a. melaporkan hasil pencapaian kinerja Instalasi Gizi kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - b. memberikan usulan dan rekomendasi kepada atasan dalam rangka perbaikan dan pengembangan mutu Instalasi Gizi;
 - c. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Gizi; dan
 - d. mengesahkan jadwal dinas jaga.

Pasal 112

- (1) Instalasi Rekam Medis sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf t dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (2) Instalasi Rekam Medis mempunyai fungsi memfasilitasi kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian, melaksanakan dan meningkatkan mutu pelayanan rekam medis.
- (3) Instalasi Rekam Medis mempunyai fungsi:
 - b. penyusunan rencana kerja, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien pelayanan rekam medis;
 - c. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, prasarana, gedung, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, ATK obat, dan BHP;
 - d. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
 - e. pelaksanaan pelayanan rekam medis untuk menunjang pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan di rumah sakit secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan, dan akuntabel serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
 - f. pelaksanaan penyusunan, pengukuran, monitoring dan evaluasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu, dan indikator lainnya di Instalasi rekam medis;
 - g. pelaksanaan tugas pendidikan dan penelitian orientasi pelayanan rekam medis;
 - h. pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - i. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan Instalasi.

- j. pelaksanaan *good corporate governance* dan *good clinical governance* dalam pengelolaan pelayanan rekam medis;
 - k. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan rekam medis;
 - l. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan rekam medis, pencatatan dan pelaporan, penyimpanan, pemusnahan dan kerahasiaan di Instalasi Rekam Medis; dan
 - m. pelaksanaan tugas yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rekam Medis mempunyai tanggung jawab:
- a. terlaksananya pelayanan di Instalasi Rekam Medis;
 - b. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan Instalasi Rekam Medis;
 - c. tersedianya dokumen perencanaan Instalasi Rekam Medis;
 - d. tersusunnya pedoman pengorganisasian dan pelayanan, POS dan peraturan lainnya;
 - e. terlaksananya POS serta peraturan lainnya di Instalasi Rekam Medis;
 - f. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Rekam Medis;
 - g. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Rekam Medis;
 - h. terlaporkannya hasil pencapaian kinerja Instalasi Rekam Medis;
 - i. terlaksananya evaluasi kinerja tenaga Instalasi Rekam Medis;
 - j. tersedianya usulan kebutuhan sumber daya meliputi SDM, sarana dan prasarana, serta ATK di Instalasi Rekam Medis;
 - k. tersedianya laporan insiden keselamatan pasien yang terjadi di instalasi rekam medis; dan
 - l. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Rekam Medis mempunyai wewenang:
- a. tersedianya laporan evaluasi kinerja di Instalasi Rekam Medis kepada atasan;
 - b. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi Rekam Medis;
 - c. memberikan saran dan pertimbangan kepada atasan untuk pengembangan Instalasi Rekam Medis; dan
 - d. mengesahkan jadwal dinas jaga.

Pasal 113

- (1) Instalasi CSSD dan Laundry sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf u dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik

- (2) Instalasi CSSD dan Laundry melaksanakan tugas Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan laundry dan CSSD.
- (3) Instalasi CSSD dan Laundry mempunyai fungsi:
- a. penyusunan rencana kerja Instalasi CSSD dan Laundry;
 - b. pelaksanaan kebijakan, prosedur dan alur proses layanan Instalasi CSSD dan Laundry;
 - c. perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan kegiatan mutu Instalasi CSSD dan Laundry;
 - d. penyusunan usulan kebutuhan fasilitas, tenaga, pemeliharaan sarana dan prasarana serta pendidikan dan pelatihan pegawai di Instalasi CSSD dan Laundry;
 - e. pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan Instalasi CSSD dan Laundry;
 - f. penyusunan program kerja instalasi untuk mendukung dan memenuhi standar akreditasi;
 - g. pengoordinasian kegiatan pelayanan pasien Instalasi CSSD dan Laundry dengan komite PPI;
 - h. pengoordinasian dengan unit terkait tentang penyiapan dan penanganan alat/bahan steril dan linen yang dibutuhkan;
 - i. pelaksanaan pengukuran, monitoring dan pengevaluasian Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Indikator Mutu Instalasi CSSD dan Laundry;
 - j. pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - k. pengawasan, pengendalian, dan penilaian pendayagunaan tenaga CSSD dan Laundry secara efektif dan efisien;
 - l. pembuatan permintaan triwulan untuk kebutuhan perbekalan/logistik instalasi CSSD dan Laundry;
 - m. penatalaksanaan dokumen dan kearsipan instalasi CSSD dan Laundry;
 - n. pelaksanaan rapat rutin instalasi dan pelibatan dalam rapat koordinasi dengan unit terkait pelayanan CSSD dan Laundry;
 - o. pengoordinasian dengan komite mutu dan PPI dalam pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berkaitan dengan instalasi CSSD dan Laundry;
 - p. persetujuan kerja sama dengan rumah sakit lain terkait sterilisasi suhu tinggi dan suhu rendah;
 - q. penyediaan laporan kegiatan pegawai di lingkungan Instalasi CSSD dan Laundry; dan
 - r. pelaksanaan tugas yang diberikan Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi CSSD dan Laundry mempunyai tanggung jawab:

- a. terlaksananya pelayanan Instalasi CSSD dan Laundry;
 - b. terlaksananya prinsip-prinsip PPI yang diterapkan pada pengelolaan alat steril dan linen/laundry yang memerlukan kondisi bersih, terbebas dari noda/kotoran dan mikroorganisme penyebab infeksi, kering, rapi, utuh dan siap pakai;
 - c. terlaksananya pengawasan dan pengembangan mutu Instalasi CSSD dan Laundry;
 - d. pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan Instalasi CSSD dan Laundry;
 - e. tersusunnya pedoman pengorganisian dan pelayanan, POS dan peraturan lainnya;
 - f. terlaksananya peraturan dan POS serta peraturan lainnya;
 - g. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi CSSD dan Laundry;
 - h. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi CSSD dan Laundry;
 - i. terlaporkannya hasil pencapaian kinerja tenaga Instalasi CSSD dan Laundry;
 - j. menjamin ketersediaan linen bersih dan alat medik steril;
 - k. tersedianya usulan kebutuhan fasilitas, penambahan dan pengembangan SDM, pemeliharaan sarana dan prasarana di Instalasi CSSD dan Laundry; dan
 - l. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi CSSD dan Laundry mempunyai wewenang:
- a. melaporkan hasil pencapaian kinerja Instalasi CSSD dan Laundry kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Medik;
 - b. memberikan saran kepada atasan untuk pengembangan Instalasi CSSD dan Laundry;
 - c. memberikan pembinaan kepada SDM di Instalasi CSSD dan Laundry; dan
 - d. mengesahkan jadwal dinas jaga.

Pasal 114

- (1) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS) sebagaimana dimaksud pasal 92 ayat (2) huruf v dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik
- (2) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit melaksanakan tugas Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dalam memimpin dan bertanggung jawab terhadap pemeliharaan yang meliputi sistem elektrik, mekanikal, tata udara, gas medis, dan alat kesehatan secara

profesional, cepat dan berorientasi pada pelayanan yang cepat, tepat, efektif serta efisien untuk menunjang kegiatan pelayanan rumah sakit.

(3) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. penyusunan program kerja, regulasi (kebijakan, panduan, pedoman pengorganisasian dan pelayanan, serta POS dan alur proses) petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan, *risk register*, laporan kinerja unit, mutu dan keselamatan pasien, pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, pemeliharaan gedung, pemeliharaan peralatan pengadaan air, dan pemeliharaan alat elektronik lainnya;
- b. penyusunan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana, penggunaan aset rumah sakit, inventaris kantor, ATK peralatan, BHP dan logistik;
- c. pelaksanaan regulasi dan kebijakan yang telah ditetapkan;
- d. pelaksanaan kegiatan pemeliharaan sarana dan sistem utility, jaringan komunikasi, peralatan dan mesin untuk mendukung pemeliharaan kesehatan dan penyelenggaraan Pendidikan di RS secara efisien, efektif, *patient safety*, *timely*, transparan dan akuntabel, serta memperhatikan peningkatan kualitas yang berkelanjutan dan pemenuhan standar akreditasi rumah sakit;
- e. pelaksanaan penyusunan, pengukuran, monitoring dan evaluasi Indikator Kinerja Unit (IKU), Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu dan Indikator lainnya di IPSRS;
- f. pelaksanaan tugas pembimbingan, pendidikan dan penelitian, orientasi IPSRS;
- g. pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
- h. pelaksanaan fungsi administrasi dan dokumentasi kegiatan pelayanan instalasi;
- i. pelaksanaan koordinasi dan pengawasan terhadap pemeliharaan dan perbaikan yang dilakukan oleh pihak ke-3;
- j. pelaksanaan *good corporate governance* dalam pengelolaan pelayanan IPSRS;
- k. pelaksanaan koordinasi internal dan eksternal rumah sakit yang berhubungan pelayanan IPSRS;
- l. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut hasil monitoring pelayanan IPSRS;
- m. pelaksanaan evaluasi kinerja staf IPSRS;
- n. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik; dan
- o. pelaksanaan koordinasi dengan Kepala Seksi Penunjang Non Medik dan Kepala Seksi Mutu Penunjang Non Medik.

(4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit mempunyai tanggung jawab:

- a. terselenggaranya pelayanan pemeliharaan dan perbaikan sarana;
 - b. terlaksananya monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan IPSRS;
 - c. tersusunnya dokumen perencanaan IPSRS;
 - d. terlaporkannya hasil monev kinerja IPSRS;
 - e. tersusunnya pedoman pengorganisian dan pelayanan, POS, dan peraturan lainnya;
 - f. terlaksananya POS dan peraturan di IPSRS;
 - g. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di IPSRS;
 - h. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di IPSRS;
 - i. terlaporkannya monitoring dan evaluasi penilaian kinerja tenaga IPSRS;
 - j. tersedianya usulan untuk penambahan dan pengembangan SDM di IPSRS; dan
 - k. terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit mempunyai wewenang:
- a. melaporkan hasil pencapaian kinerja IPSRS kepada Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - b. memberikan saran kepada atasan untuk pengembangan IPSRS;
 - c. memberikan pembinaan pada SDM di IPSRS; dan
 - d. mengesahkan jadwal dinas jaga.

Pasal 115

- (1) Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 92 pada ayat (2) huruf w dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi di bawah Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (2) Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) melaksanakan tugas Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik dalam menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan promosi kesehatan rumah sakit.
- (3) Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan pedoman/panduan, Prosedur Operasional Standar (POS), pelaksanaan, dan regulasi PKRS;
 - b. pelaksanaan perencanaan advokasi dan sosialisasi kebijakan PKRS;
 - c. pelaksanaan, pencatatan, pelaporan, pemantauan, dan penilaian pelaksanaan Promosi Kesehatan dengan sasaran pasien dan keluarga, pengunjung rumah sakit, SDM rumah sakit dan masyarakat sekitar rumah sakit/umum;
 - d. pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;

- e. pembuatan, pengembangan, dan pengaturan pengadaan media promosi kesehatan;
 - f. dan pemantauan pelaksanaan promosi kesehatan yang terintegrasi dengan seluruh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di seluruh unit pelayanan di rumah sakit;
 - g. pelaksanaan koordinasi dan pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan yang bekerja sama dengan instansi/pihak luar dan atau KSM/unit lain di rumah sakit;
 - h. pelaksanaan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan;
 - i. pelaksanaan upaya promosi kesehatan pada setiap tingkat masyarakat yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan/FKTP/kelompok masyarakat/komunitas kesehatan serta sektor lain terkait;
 - j. pemberian rekomendasi sebagai bahan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit;
 - k. pelaksanaan peningkatan pada sumber daya manusia penyelenggara PKRS;
 - l. pelaksanaan peningkatan dan melakukan monitoring kompetensi komunikasi dan edukasi efektif pada PPA di seluruh unit pelayanan di rumah sakit
 - m. pelaksanaan pengembangan metode dan penelitian terkait PKRS; dan
 - n. pelaksanaan upaya promotif untuk terwujudnya rumah sakit sebagai tempat kerja yang sehat dan aman.
- (4) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) mempunyai tanggung jawab:
- a. terselenggaranya kegiatan Instalasi PKRS;
 - b. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan Instalasi PKRS;
 - c. tersedianya Prosedur Operasional Standar (POS), alur proses, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan Instalasi PKRS rumah sakit;
 - d. terlaksananya POS dan regulasi lainnya dalam Instalasi PKRS;
 - e. tersedianya sistem manajemen Instalasi PKRS;
 - f. pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan pada pasien dan keluarga, pengunjung rumah sakit, SDM rumah sakit dan masyarakat umum;
 - g. koordinasi pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan yang bekerjasama dengan pihak/instansi dari luar dan atau KSM/unit lain di rumah sakit;
 - h. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi CSSD dan Laundry;
 - i. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi CSSD dan Laundry;
 - j. terlaporkannya hasil pencapaian kinerja tenaga Instalasi CSSD dan Laundry;

- k. tersedianya media promosi kesehatan;
 - l. tersedianya usulan untuk penambahan SDM PKRS; dan
 - m. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik.
- (5) Dalam menjalankan fungsi sebagaimana disebutkan pada ayat (2), Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan promosi kesehatan rumah sakit;
 - b. merekomendasikan pemberian *reward* kepada staf yang ada di bawahnya, dan
 - c. memberikan teguran kepada staf yang ada di bawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 116

- (1) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan (K3KL) pasal 92 ayat (2) huruf x dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan untuk peningkatan keselamatan dan kesehatan pekerja, pendamping pasien, dan pengunjung, dan masyarakat sekitar rumah sakit;
- (2) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan (K3KL) melaksanakan tugas Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan dalam peningkatan keselamatan dan kesehatan pekerja, pendamping pasien, dan pengunjung, dan masyarakat sekitar rumah sakit.
- (3) Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan (K3KL) mempunyai fungsi:
 - a. pengembangan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3KL, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan standar prosedur operasional (SOP) K3KL;
 - b. penganalisisan kebutuhan sumber daya meliputi: tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana terkait K3KL;
 - c. penyusunan program K3KL;
 - d. pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - e. pengawasan dan penilaian pelaksanaan program K3KL;
 - f. pengumpulan, pengolahan, analisis dan pendokumentasian data/informasi dan pelaporan K3KL;

- g. pemeliharaan dan pendistribusian informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal K3KL, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan SPO K3KL yang telah ditetapkan;
- h. penyelenggaraan SMK3 rumah sakit, promosi K3RS, pelatihan, penelitian K3RS dan pengembangan manajemen tanggap darurat di rumah sakit;
- i. pengembangan, penyusunan, pengukuran, monitoring dan evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Indikator Mutu Instalasi K3KL;
- j. penyusunan rekomendasi untuk saran dan bahan pertimbangan pimpinan rumah sakit yang berkaitan dengan K3KL rumah sakit;
- k. pelibatan dalam perencanaan pembelian peralatan baru dan pembangunan serta renovasi gedung terkait K3KL;
- l. pelaksanaan koordinasi wakil unit-unit kerja Rumah Sakit yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS;
- m. penginvestigasian kejadian PAK dan KAK sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- n. penyelenggaraan upaya penyehatan terhadap media lingkungan berupa air (air minum, air bersih dan air khusus) udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan serta fasilitas;
- o. penyelenggaraan pengamanan terhadap limbah (padat, cair dan gas) serta radiasi;
- p. penyelenggaraan pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit;
- q. pengawasan proses dekontaminasi dan kegiatan konstruksi atau renovasi bangunan rumah sakit;
- r. penyelenggaraan rumah sakit ramah lingkungan;
- s. penentuan komponen lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia dan pelaksanaan pemeriksaan dan pengukuran komponen lingkungan secara tepat berdasarkan prosedur yang telah ditetapkan;
- t. pelaporan penyelenggaraan K3KL secara teratur kepada pimpinan rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang ada di rumah sakit.;
- u. pelaporan hasil pemantauan lingkungan hidup dan limbah B3 kepada Kementerian Lingkungan Hidup, Dinas Lingkungan Hidup Provinsi dan Kota;
- v. penindaklanjutan hasil pemeriksaan/ penilaian dari pihak eksternal;
- w. pelaksanaan *good corporate governance* dalam pengelolaan pelayanan K3KL
- x. pemantauan sistem manajemen risiko terkait K3KL rumah sakit;

- y. pelaksanaan pengelolaan dokumen perizinan terkait K3KL seperti standar teknis pembuangan air limbah dan SLO IPAL, rincian teknis penyimpanan limbah B3, persetujuan teknis pembuangan emisi, SLO Genset, izin alat angkut (lift), uji fungsi dan lainnya; dan
 - z. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan (K3KL) mempunyai tanggung jawab:
- a. terselenggaranya kegiatan instalasi K3KL;
 - b. tersusunnya perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan instalasi K3KL;
 - c. tersedianya Prosedur Operasional Standar (POS), alur proses, pedoman dan regulasi lainnya yang dibutuhkan instalasi K3KL;
 - d. terlaksananya upaya sanitasi rumah sakit;
 - e. terlaksananya pengelolaan limbah rumah sakit;
 - f. terlaksananya program keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit;
 - g. tersedianya sistem manajemen risiko K3KL;
 - h. tersedianya dokumen perizinan terkait K3KL seperti standar teknis pembuangan air limbah dan SLO IPAL, rincian teknis penyimpanan limbah B3, persetujuan teknis pembuangan emisi, SLO Genset, izin alat angkut (lift), uji fungsi dan lainnya;
 - i. tersedianya usulan untuk penambahan SDM di Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja serta Kesehatan Lingkungan (K3KL);
 - j. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi K3KL;
 - k. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi K3KL;
 - l. melaporkan hasil pencapaian kinerja tenaga Instalasi K3KL; dan
 - m. terlaksananya tugas lain yang diberikan Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan (K3KL) mempunyai wewenang:
- a. memberikan usulan rekomendasi kepada atasan dalam rangka perbaikan dan pengembangan K3KL rumah sakit;
 - b. memberikan rekomendasi kepada atasan mengenai pemutusan kontrak kerja dengan pihak ketiga terkait K3KL;

- c. melaporkan hasil monitoring dan evaluasi kinerja instalasi K3KL kepada atasan;
- d. mengevaluasi laporan internal terkait pelaksanaan fungsi K3 rumah sakit;
- e. memberikan pembinaan pada SDM di Instalasi K3KL; dan
- f. melaporkan hasil penilaian kinerja staf instalasi K3KL.

Pasal 117

- (1) Instalasi Layanan Pengadaan sebagaimana dimaksud pada pasal 92 ayat (2) huruf y dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan
- (2) Instalasi Layanan Pengadaan melaksanakan tugas Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan dalam pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa secara efektif dan efisien.
- (3) Instalasi Layanan Pengadaan mempunyai fungsi:
 - a. pengoordinasian seluruh kegiatan Instalasi Layanan Pengadaan;
 - b. penyusunan dan pelaksanaan strategi pengadaan barang/jasa di ILP;
 - c. penyusunan program kerja, Rencana Kegiatan dan Anggaran Tahunan (RKAT) Instalasi Layanan Pengadaan;
 - a. pengawasan seluruh kegiatan barang/jasa di Instalasi Layanan Pengadaan dan pelaporan apabila ada penyimpangan dan/atau indikasi penyimpangan;
 - b. pengelolaan sumber daya meliputi tenaga, fasilitas, pemeliharaan sarana dan prasarana, ATK, dan logistik;
 - c. pembuatan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan pengadaan barang/jasa di RSUH;
 - d. pelaksanaan pengembangan dan pembinaan Sumber Daya Manusia Instalasi Layanan Pengadaan;
 - e. penugasan, penempatan, dan pemindahan staf di unitnya sesuai dengan beban kerja masing-masing;
 - f. pengusulan staf pendukung Instalasi Layanan Pengadaan sesuai dengan kebutuhan;
 - g. pelaksanaan analisis, evaluasi, dan pemantauan mutu terhadap pelaksanaan kegiatan dan program kerja di Instalasi Layanan Pengadaan; dan
 - h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan.

- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Layanan Pengadaan memiliki tanggung jawab:
 - a. tersusunnya Program Kerja, Rencana Kegiatan, dan Anggaran Tahunan (RKAT) Instalasi Layanan Pengadaan RSUD;
 - b. terselenggaranya proses pengadaan barang dan jasa yang efektif, efisien dan transparan di RSUD;
 - c. terselenggaranya pengembangan dan pembinaan Sumber Daya Manusia Instalasi Layanan Pengadaan di RSUD;
 - d. terlaksananya monitoring dan evaluasi pencapaian Indikator Kinerja Unit (IKU) dan Indikator Mutu di Instalasi Layanan Pengadaan;
 - e. terlaksananya pengelolaan sumber daya (SDM, ATK, sarana dan prasarana) di Instalasi Layanan Pengadaan;
 - f. terlaporkannya hasil pencapaian kinerja tenaga Instalasi Layanan Pengadaan;
 - g. tersedianya laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan pengadaan barang/jasa di RSUD; dan
 - h. terlaksananya tugas lain yang diberikan Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan.
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2), Instalasi Layanan Pengadaan mempunyai kewenangan:
 - a. mengawasi seluruh kegiatan pengadaan Barang/Jasa di ILP;
 - b. menyusun dan melaksanakan strategi pengadaan;
 - c. mengusulkan pemberhentian staf Instalasi Layanan Pengadaan melalui persetujuan Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan; dan
 - d. mengawasi seluruh kegiatan pengadaan Barang/Jasa di ILP.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai organisasi Instalasi Layanan Pengadaan diatur sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Pasal 118

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Instalasi Oleh Direktur Utama berdasarkan usulan masing-masing Direktur.
- (2) Masa jabatan Kepala instalasi selama 4 (empat) tahun mengikuti periode jabatan Direktur dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 119

- (1) Untuk dapat diangkat Kepala Instalasi, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. Persyaratan Umum:
- 1) beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - 2) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 3) sehat jasmani dan rohani;
 - 4) berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
 - 5) memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
 - 6) memiliki pengalaman manajerial di rumah sakit;
 - 7) memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
 - 8) memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
 - 9) tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat; dan
 - 10) tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan.
- b. Persyaratan khusus:
- 1) Kepala Instalasi Gawat Darurat minimal pendidikan Dokter Umum dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 2) Kepala Instalasi Rawat Jalan minimal pendidikan Dokter Umum dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 3) Kepala Instalasi Rawat Inap dan Kamar Bersalin minimal pendidikan pendidikan Dokter Umum dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 4) Kepala Instalasi Bedah Sentral minimal pendidikan Dokter Spesialis dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 5) Kepala Instalasi ICU, HCU, NICU, PICU, ICCU minimal pendidikan minimal pendidikan Dokter Spesialis Anestesiologi dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 6) Kepala Instalasi Perawatan Khusus minimal pendidikan Dokter Umum dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 7) Kepala Instalasi Radioterapi pendidikan Dokter Spesialis Onkologi Radiasi atau Dokter Spesialis Radiologi Konsultan Onkologi Radiasi dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 8) Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik pendidikan Dokter Spesialis Kesehatan Fisik dan Rehabilitasi Medik dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 9) Kepala Instalasi Gigi dan Mulut minimal pendidikan Dokter Gigi dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
 - 10) Kepala Instalasi Rekam Medik minimal pendidikan Minimal D3 Perekam Medis & Informasi Kesehatan;

- 11) Kepala Instalasi Radiologi minimal pendidikan Dokter Spesialis Radiologi dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
- 12) Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik pendidikan minimal Dokter Spesialis Patologi Klinik dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
- 13) Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi pendidikan minimal Dokter Spesialis Patologi Anatomi dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
- 14) Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik pendidikan minimal Dokter dengan pendidikan S2 Mikrobiologi Klinik dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
- 15) Kepala Instalasi Farmasi pendidikan Minimal Apoteker dengan pengalaman bekerja di Instalasi Farmasi minimal 3 tahun;
- 16) Kepala Instalasi Gizi pendidikan minimal Pendidikan profesi dietisien dan diutamakan yang telah memperoleh pendidikan manajemen;
- 17) Kepala Instalasi CSSD dan Laundry pendidikan minimal Apoteker;
- 18) Kepala Instalasi Forensik dan Medikolegal pendidikan minimal Dokter Spesialis Kedokteran Forensik dengan pengalaman minimal setara dengan kepala instalasi;
- 19) Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah sakit pendidikan minimal Sarjana di Bidang Teknik Kesehatan atau Teknik Umum dengan pengalaman min 3 tahun di bidang terkait;
- 20) Kepala Pusat Simulasi (*Simulation Center*) minimal Dokter Spesialis atau S2 bidang Kesehatan;
- 21) Kepala Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja K3KL) dan Kesehatan Lingkungan, pendidikan minimal S1 bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja;
- 22) Kepala Instalasi PKRS minimal pendidikan minimal S2 Kesehatan; dan
- 23) Kepala Instalasi Layanan Pengadaan minimal pendidikan S1/Sarjana.

Pasal 120

- (1) Kepala Instalasi berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
 - e. diberhentikan sementara dari pegawai negeri sipil;

- f. cuti di luar tanggungan negara.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa kesehatan.

Pasal 121

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Kepala Instalasi sebelum masa jabatannya berakhir, Direktur Utama mengangkat Kepala Instalasi lain untuk meneruskan sisa masa jabatan.
- (2) Kepala Instalasi yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Kesebelas Kelompok Staf Medis

Pasal 122

- (1) KSM bertanggung jawab kepada Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik untuk menyelaraskan staf medik fungsional terhadap kebijakan rumah sakit dalam menjaga mutu pelayanan medis, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), KSM mempunyai fungsi:
 - a. pemberian rekomendasi permohonan penempatan dokter di rumah sakit melalui komite medik kepada Direktur Utama;
 - b. pelaksanaan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter melalui peer review, audit medis atau program quality improvement;
 - c. perencanaan dan evaluasi program Continuing Professional Development (CPD) bagi seluruh staf medik fungsional;
 - d. pemberian masukan kepada Direktur Rumah Sakit terkait dengan praktik kedokteran sesuai evidence base medicine melalui Komite medik;
 - e. perbaikan (updating) Panduan Praktik Klinik (PPK) dan Clinical Pathway (CP) secara berkala sesuai dengan situasi dan kondisi;
 - f. pengusulan penyusunan prosedur operasional bidang administrasi/manajerial dokter spesialis meliputi:
 - 1) Pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, dan rawat intensif;
 - 2) Pengaturan tugas jaga;
 - 3) Pengaturan tugas kamar operasi;
 - 4) Pengaturan tugas visite/ronde;
 - 5) Pengorganisasian pertemuan klinik dan prosedur konsultasi; dan

- 6) Presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, dan kasus penyakit tertentu).
 - g. penyusunan uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing staf medik;
 - h. pengordinasian program pendidikan dan pelatihan peserta didik medik kepada Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM melalui Koordinator Pendidikan Mahasiswa (KPM); dan
 - i. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- (3) Kelompok Staf Medis meliputi:
- a. KSM Anestesi;
 - b. KSM Anak;
 - c. KSM Bedah;
 - d. KSM Bedah Saraf;
 - e. KSM Bedah Urologi;
 - f. KSM Bedah Orthopedi dan Traumatologi
 - g. KSM Bedah Mulut dan Maksilofasial;
 - h. KSM Forensik;
 - i. KSM Gizi Klinik;
 - j. KSM Kardiologi;
 - k. KSM Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik;
 - l. KSM Kesehatan Kulit dan Kelamin;
 - m. KSM Mata;
 - n. KSM Mikrobiologi;
 - o. KSM Obstetri dan Ginekologi;
 - p. KSM Patologi Anatomi;
 - q. KSM Patologi Klinik;
 - r. KSM Parasitologi;
 - s. KSM Penyakit Dalam;
 - t. KSM Pulmonologi;
 - u. KSM Psikiatri;
 - v. KSM Radiologi;
 - w. KSM Saraf; dan
 - x. KSM THT-KL.

Pasal 123

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Ketua KSM, harus memenuhi persyaratan tertentu.
- (2) Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - c. beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa;
 - d. berkewarganegaraan Indonesia;
 - e. sehat jasmani dan rohani;
 - f. berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;

- g. memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
- h. memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
- i. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir;
- j. tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat;
- k. tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
- l. minimal berpendidikan Dokter Spesialis Konsultan.
- m. merupakan anggota KSM

Pasal 124

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM ditetapkan berdasarkan Keputusan Direktur Utama RS Unhas.
- (2) Masa jabatan Ketua KSM mengikuti masa jabatan Direktur Utama dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 125

- (1) Ketua KSM berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
 - e. diberhentikan sementara dari pegawai negeri sipil;
 - f. menjalani tugas belajar lebih dari 6 (enam) bulan atau izin belajar dalam rangka studi lanjut yang meninggalkan tugas tridharma perguruan tinggi; dan/atau
 - g. cuti di luar tanggungan negara.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan berita acara majelis pemeriksa kesehatan.

Pasal 126

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Ketua KSM sebelum masa jabatannya berakhir, Direktur Utama mengangkat pengganti Ketua KSM, untuk meneruskan sisa masa jabatan.

- (2) Ketua KSM yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

Bagian Keduabelas
Unit

Pasal 127

- (1) Unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 huruf k berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur/Manajer.
- (2) Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Unit Layanan pengaduan dan Layanan Pelanggan

Pasal 128

- (1) Unit Pelayanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 128 ayat (2) huruf a dipimpin oleh seorang Kepala yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Manajer Pemasaran dan Inovasi.
- (2) Kepala Unit Pelayanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan melaksanakan tugas Manajer Bidang Pemasaran dan Inovasi yang bertanggung jawab atas pengelolaan, pelaksanaan pelayanan pengaduan dan customer care yang efektif, efisien, dan akuntabel sesuai bidang tugasnya.
- (3) Unit Pelayanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan mempunyai fungsi:
 - a. pemberian Informasi kepada pelanggan terkait produk pelayanan Rumah Sakit baik secara langsung maupun melalui telepon ataupun sarana komunikasi lainnya;
 - b. penerimaan dan pengelolaan pengaduan dari pelanggan rumah sakit baik internal dan eksternal yang disampaikan secara langsung ataupun secara tidak langsung dapat berupa pengaduan ketidakpuasan atas pelayanan rumah sakit, pelanggaran etik profesi, etika non profesi, di luar etika profesi dan atau etika non profesi, insiden keselamatan pasien serta insiden non keselamatan pasien;
 - c. penyelesaian masalah terkait pengaduan pelanggan dengan melakukan komunikasi, berkoordinasi secara cepat dan tepat untuk mendapat pemecahan masalah;
 - d. pelaksanaan pencatatan, menelaah/memilah dan Pendistribusian pengaduan dan pelaporan untuk disampaikan kepada unit terkait untuk ditindaklanjuti;

- e. pelaksanaan pengukuran indeks kepuasan pelanggan eksternal;
 - f. pelaksanaan pelaporan terkait capaian pelaksanaan program kerja; dan
 - g. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Manajer Pemasaran dan Inovasi.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (3), Unit Pelayanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan mempunyai tanggung jawab:
- a. tersedianya Informasi kepada pelanggan terkait produk pelayanan Rumah Sakit baik secara langsung maupun melalui telepon ataupun sarana komunikasi lainnya;
 - b. terlaksananya pengelolaan pengaduan dari pelanggan rumah sakit baik internal dan eksternal yang disampaikan secara langsung ataupun secara tidak langsung dapat berupa pengaduan ketidakpuasan atas pelayanan rumah sakit, pelanggaran etik profesi, etika non profesi, di luar etika profesi dan atau etika non profesi, insiden keselamatan pasien serta insiden non keselamatan pasien;
 - c. terselesaikannya masalah terkait pengaduan pelanggan dengan melakukan komunikasi, berkoordinasi secara cepat dan tepat untuk mendapat pemecahan masalah;
 - d. terlaksananya pencatatan, menelaah/memilah dan Pendistribusian pengaduan dan pelaporan untuk disampaikan kepada unit terkait untuk ditindaklanjuti;
 - e. terlaksananya pengukuran indeks kepuasan pelanggan eksternal; dan
 - f. terlaksananya pelaporan terkait capaian pelaksanaan program kerja.
- (5) Dalam Menjalankan tugasnya sebagaimana disebutkan pada ayat (3), Unit Pelayanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan mempunyai kewenangan:
- a. memberikan saran kepada atasan atas pengembangan Unit Unit Pelayanan Pengaduan dan Layanan Pelanggan;
 - b. merekomendasikan pemberian reward kepada staf yang ada dibawahnya; dan
 - c. memberikan teguran kepada staf yang ada dibawahnya apabila terjadi pelanggaran.

Pasal 129

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Kepala Unit oleh Direktur Utama berdasarkan usulan Direktur dan Manajer.
- (2) Ketua Unit memangku jabatan selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Direktur dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan.

Pasal 130

- (1) Ketua Unit berhenti atau diberhentikan dari jabatan karena:
 - a. berhalangan tetap;
 - b. permohonan sendiri;
 - c. masa jabatannya berakhir;
 - d. dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana kurungan;
 - e. diberhentikan sementara dari pegawai negeri sipil;
 - f. menjalani tugas belajar lebih
 - g. dari 6 (enam) bulan atau izin belajar dalam rangka studi lanjut yang meninggalkan tugas tridharma perguruan tinggi; dan/atau
 - h. cuti di luar tanggungan negara.
- (2) Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. meninggal dunia; dan
 - b. sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan Berita Acara Majelis Pemeriksa Kesehatan.

Pasal 131

- (1) Apabila terjadi pemberhentian Ketua Unit sebelum masa jabatannya berakhir, Direktur Utama mengangkat Ketua Unit untuk meneruskan sisa masa jabatan Kepala Unit.
- (2) Ketua Unit yang diangkat untuk meneruskan sisa masa jabatan lebih dari 2 (dua) tahun, dihitung sebagai 1 (satu) periode masa jabatan.

BAB V TATA KERJA

Pasal 132

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, setiap pimpinan satuan organisasi/unit kerja di lingkungan rumah sakit, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi, baik di lingkungannya maupun antar satuan organisasi/unit kerja serta instansi lain di luar Unhas sesuai tugas masing-masing.

Pasal 133

Direktur Utama, Dewan Pengawas, Direktur, Ketua Satuan Pemeriksaan Internal, Ketua Komite, Ketua Kelompok Staf Medik, Manajer, Kepala Instalasi, Kepala Seksi dan Ketua Unit dalam melaksanakan tugas dan fungsi wajib untuk tetap konsisten dan menaati peraturan perundang-undangan.

Pasal 134

Setiap pimpinan satuan organisasi/unit kerja di lingkungan rumah sakit bertanggung jawab langsung, memimpin dan mengkoordinasikan serta menjadi teladan baik dalam melaksanakan tugas dan fungsi maupun dalam memberikan bimbingan serta petunjuk kepada bawahannya masing-masing.

Pasal 135

Setiap pimpinan satuan organisasi/unit kerja wajib mengawasi langsung atau tidak langsung kepada bawahannya serta memberikan bimbingan dan petunjuk demi kesempurnaan pelaksanaan tugas dan kewajiban masing-masing.

Pasal 136

Setiap pimpinan satuan organisasi/unit kerja wajib mengawasi bawahannya dan ketika terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Pasal 137

Setiap pimpinan satuan organisasi/unit kerja wajib mengikuti, mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan dalam jangka waktu yang ditentukan.

Pasal 138

Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi/unit kerja, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan untuk menyusun laporan.

Pasal 139

Direktur, Ketua Satuan Pemeriksaan Internal, Ketua Komite, Ketua Kelompok Staf Medik, Manajer, Kepala Instalasi, Kepala Seksi dan Kepala Unit menyampaikan laporan kepada Direktur Utama dan Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan, sebagai bahan penyusunan laporan.

Pasal 140

Dalam menyampaikan laporan kepada atasan, diwajibkan memberi tembusan kepada satuan organisasi/unit kerja yang secara fungsional memiliki hubungan kerja.

BAB VI KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 141

- (1) Unsur-unsur lain di bawah Direktur Utama yang telah ada, tetap diakui keberadaannya dan melaksanakan fungsinya selama belum diatur dengan ketentuan yang baru berdasarkan Peraturan Rektor ini.
- (2) Semua tugas dan fungsi sebagaimana diatur dalam Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 6/UN4.1/2022 tanggal 22 April 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin tetap dilaksanakan sampai dengan dilakukannya penyesuaian Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Rumah Sakit sebagaimana diatur dalam Peraturan Rektor ini.
- (3) Penyesuaian Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagaimana diatur dalam Peraturan Rektor ini dilakukan sejak tanggal ditetapkan.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 142

Bagan organisasi dan Tata Kerja Pengelola Rumah Sakit tercantum dalam lampiran yang tidak terpisahkan dengan Peraturan Rektor ini.

Pasal 143

Rektor dapat membentuk unsur pengelola rumah sakit dengan kebutuhan dan perkembangan dengan Peraturan Rektor.

Pasal 144

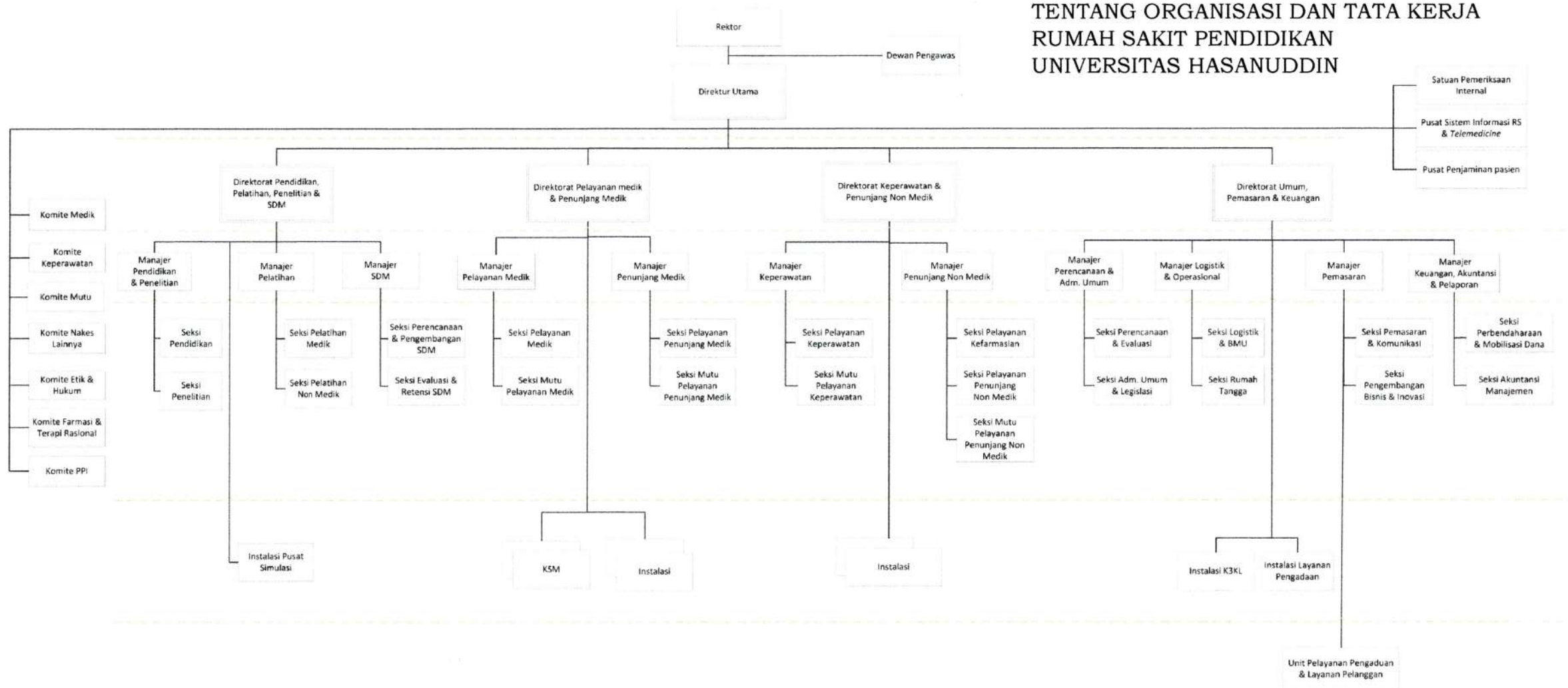
Direktur Utama dapat membuat kebijakan dengan membentuk peraturan internal dalam penyelenggaraan pengelolaan RS Unhas

Peraturan Rektor ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Makassar
pada tanggal 17 Oktober 2022

REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN,
JAMALUDDIN JOMPA

LAMPIRAN
PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOMOR 24/UN4.1/2022
TANGGAL 17 OKTOBER 2022
TENTANG ORGANISASI DAN TATA KERJA
RUMAH SAKIT PENDIDIKAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN



Ditetapkan di Makassar
pada tanggal 17 Oktober 2022

REKTOR
JAMALUDDIN JOMPA
NIP 196703081990031001