



PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOMOR 13/UN4.1/2023
TENTANG

HOSPITAL BYLAWS RUMAH SAKIT UNHAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka penyelenggaraan dan pelaksanaan peraturan internal rumah sakit yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan Direktur Rumah Sakit (pengelola Rumah Sakit), diperlukan penataan peraturan internal Rumah Sakit Unhas;
- b. perubahan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Unhas sesuai Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin nomor 24/UN4.1/2022;
- c. pemenuhan instrument Standar Akreditasi Rumah Sakit TKRS 1 (Tata Kelola Rumah Sakit);
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b dan c di atas perlu menetapkan Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin.
- Mengingat : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5336);
3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 16); Perubahan dari Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2010;
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penetapan Universitas Hasanuddin sebagai Perguruan Tinggi Negeri Badan Hukum (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 303);

6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 5722);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 Tahun 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit;
9. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 12/UN4.1/ 2022 tanggal 1 Juli 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Pengelola Universitas Hasanuddin;
10. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 24/UN4.1/2022 tanggal 17 Oktober 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin;
11. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 51973/UN4.1/KU.21/2016 tanggal 28 Desember 2016 tentang Penetapan Pengelolaan Keuangan dan aset Universitas Hasanuddin Tahun 2017;
12. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7074/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pengangkatan Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Sumber Daya Manusia pada Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin;
13. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7076/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pengangkatan Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik pada Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin;
14. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7077/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pengangkatan Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik pada Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin;
15. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7087/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pengangkatan Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan pada Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin;
16. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 7071/UN4.1/KEP/2022 tanggal 18 Oktober 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN
TENTANG *HOSPITAL BYLAWS* RUMAH SAKIT UNHAS.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam aturan ini yang dimaksud dengan:

- (1) Peraturan internal rumah sakit adalah suatu produk hukum yang merupakan anggaran rumah tangga rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit atau yang mewakili;
- (2) Peraturan internal korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah peraturan internal yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan Direktur rumah sakit (Pengelola rumah sakit).
- (3) Peraturan internal staf medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata Kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
- (4) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- (5) Pemilik Rumah Sakit adalah Universitas Hasanuddin yang dipimpin oleh seorang Rektor;
- (6) Dewan Pegawai adalah organ non struktural yang bersifat independen yang mewakili Rektor Universitas Hasanuddin dan bertanggung jawab kepada Rektor;
- (7) Direktur Utama adalah seseorang yang ditunjuk oleh Rektor Universitas Hasanuddin untuk menjabat posisi tersebut sebagaimana ditetapkan dalam statuta ini dan dalam hal yang bersangkutan berhalangan tetap, maka pelaksana tugas Direktur Utama adalah orang yang ditunjuk Rektor Universitas Hasanuddin untuk bertindak dalam jabatan tersebut untuk sementara waktu;
- (8) Direktur adalah seseorang yang ditunjuk oleh Rektor Universitas Hasanuddin menjadi Direktur Teknis Rumah Sakit Unhas sesuai dengan bidang tugasnya;
- (9) 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;
- (10) 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.
- (11) Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis di Rumah Sakit Unhas.
- (12) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah Staf Medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab pelayanan kepada pasien mulai dari pasien dirawat hingga pasien keluar dari rumah sakit.
- (13) 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.
- (14) KSM dipimpin oleh Ketua KSM yang ditunjuk secara *ex officio* dari jabatan selaku Ketua Departemen di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
 - (15) Mitra Bestari adalah sekelompok Staf Medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang berkaitan dengan profesi medis, termasuk evaluasi kewenangan klinis (*clinical privilege*).
 - (16) Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
 - (17) Subkomite adalah kelompok kerja yang berada di bawah Komite Medik, dibentuk untuk membantu menjalankan tugas-tugas Komite Medik.
 - (18) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit Unhas untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
 - (19) Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas kepada seorang Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit Unhas berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
 - (20) Kredensial adalah proses evaluasi yang dilakukan terhadap seorang staf medis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu.
 - (21) Rekredensial adalah proses evaluasi kembali staf medis yang telah bekerja di rumah sakit untuk menentukan apakah yang bersangkutan masih layak diberikan kewenangan klinis tertentu dan atau untuk menilai kelayakan jika staf medis mengajukan penambahan kewenangan klinis untuk suatu periode tertentu.
 - (22) Evaluasi Kinerja Staf Medis adalah proses skrining yang dilakukan untuk mengidentifikasi dan menilai kelayakan staf medis dalam melakukan pelayanan/ tindakan medis dengan cara mengumpulkan dan menganalisis data/informasi meliputi sikap, pengembangan professional dan hasil kinerja klinis staf medis.
 - (23) *Good corporate governance* adalah sistem yang mengatur hubungan peran direktur utama, peran direktorat, peran dewan pengawas, dan pemangku kepentingan lainnya di rumah sakit.
 - (24) *Good clinical governance* adalah suatu sistem dalam peningkatan mutu layanan dan jaminan kualitas layanan dengan membangun pelayanan klinis yang baik di rumah sakit.

BAB II
Nama
Pasal 2

Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Unhas milik Universitas Hasanuddin. Universitas Hasanuddin merupakan perguruan tinggi negeri badan hukum (PTNBH). Rumah Sakit Unhas berkedudukan di Jalan Perintis Kemerdekaan KM 11, Kelurahan Tamalanrea Indah, Kecamatan Tamalanrea, Kota Makassar, Kode Pos 90245 beroperasi berdasarkan nomor izin dari Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Sulawesi Selatan Nomor 12536/Yankes-2/XII/2013 yang merupakan unit penunjang akademik Universitas Hasanuddin yang pengelolaan keuangannya diberikan otonomi berdasarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 51861/UN4.1/KU.21/2016 tentang Penetapan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagai Unit Kerja yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan secara Otonomi.

Pasal 3
Tujuan

Tujuan Rumah Sakit Unhas Didirikan adalah:

- (1) Menciptakan sumber daya manusia handal yang tulus dalam mengintegrasikan pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan Kesehatan;
- (2) Menciptakan suasana akademik yang mendukung pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan yang bermutu dan aman;
- (3) Mewujudkan upaya pemeliharaan kesehatan paripurna yang menyeluruh dan terintegrasi dan berkesinambungan;
- (4) Menyelenggarakan jejaring rumah sakit yang mengemban tugas pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan;
- (5) Membina tim kerjasama professional yang solid dengan perbaikan mutu kinerja berkesinambungan.

Pasal 4
Filosofi

Rumah Sakit Unhas didirikan agar lulusan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dapat mencapai kompetensi sesuai standar kompetensi Dokter Indonesia, selain itu Rumah Sakit Unhas juga menjadi wahana pendidikan bagi dokter spesialis/ sub spesialis dan juga seluruh mahasiswa yang berasal dari fakultas ilmu-ilmu kesehatan di Universitas Hasanuddin.

Pasal 5
Visi

Menjadi pelopor terpercaya dalam mengintegrasikan pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional.

Pasal 6

Misi

1. Menciptakan tenaga yang profesional dan unggul dalam *interprofessional collaboration*;
2. Menciptakan lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pengintegrasian pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan;
3. Mempelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu pelayanan berkesinambungan;
4. Memberikan pemeliharaan kesehatan secara *interprofessional collaboration* dengan pendidikan dan penelitian yang mengedepankan aspek humanis; dan
5. Menyelenggarakan tata kelola berdasarkan prinsip *Good Governance*.

Pasal 7

Motto

Tulus Melayani

Pasal 8

Nilai

1. Nilai Dasar Rumah Sakit Unhas, meliputi:
 - a. *Longlife Learning*
Rumah Sakit melakukan proses pembelajaran secara terus menerus dan berkesinambungan.
 - b. *Innovation*
Rumah Sakit menciptakan sistem/ kreativitas baru dalam meningkatkan kualitas pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan Kesehatan.
 - c. *Togetherness*
Rumah Sakit ini milik bersama yang harus dikembangkan bersama melalui kerjasama dan kebersamaan (kerjasama dan kebersamaan).
 - d. *Trustfullness*
Pelayanan yang diberikan menjunjung tinggi kepercayaan, kejujuran, konsistensi, dan keterbukaan.
 - e. *Compassionate*
Dalam memberikan pelayanan atas dasar tulus melayani dengan penuh kasih sayang dan perhatian.
2. Nilai Operasional:
 - a. Teguh terpercaya dan jujur dalam pengembangan ilmu dan keprofesian.
 - b. Bekerjasama dalam kebersamaan baik inter-profesi maupun antar-profesi.
 - c. Tulus melayani dengan penuh perhatian dan kasih sayang.

Pasal 9

Budaya Kerja

Budaya kerja Rumah Sakit Unhas, meliputi:

- a. Cepat Tanggap.
- b. Cekatan Bertindak.
- c. Cermat Menilai.

- d. Cerdas Berinovasi.
- e. Ceria Melayani.
- f. Canggih Teknologi.
- g. Curahan Hati Pelanggan.

Pasal 10

Logo



Gambar Logo Rumah Sakit Unhas

Makna Logo Rumah Sakit Unhas, yaitu:

1. Lambang Rumah Sakit Unhas
Universitas Hasanuddin sebagai organisasi induk Rumah Sakit Unhas dengan warna kuning melambangkan kemuliaan dan kejayaan bagi organisasi.
2. Salempang
Melambangkan identitas dan kompetensi sedangkan tiga salempang melambangkan pelapor terpercaya dalam memadukan Pendidikan, penelitian dan pemeliharaan Kesehatan di Rumah Sakit Unhas, warna hijau melambangkan kegiatan Rumah Sakit Unhas yang senantiasa ramah lingkungan.
3. Bola dunia dengan siluet bulan sabit
Melambangkan misi pelayanan Kesehatan yang diemban oleh Rumah Sakit Unhas, dengan warna dasar merah melambangkan semangat, keberanian dan tekad yang kuat membara.

BAB III

PEMILIK RUMAH SAKIT

Pasal 11

Pemilik Rumah Sakit memiliki tanggung jawab dan wewenang untuk:

- (1) Menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
- (2) Menunjuk dan menetapkan Direksi Rumah Sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- (3) Menunjuk dan menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
- (4) Menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
- (5) Menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
- (6) Memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;

- (7) Menetapkan visi dan misi Rumah Sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit serta mereview secara berkala misi Rumah Sakit;
- (8) Menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- (9) Menyetujui rencana strategi Rumah Sakit;
- (10) Mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- (11) Menyetujui diselenggarakan pendidikan professional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
- (12) Menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- (13) Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- (14) Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan Rumah Sakit;
- (15) Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit dilaksanakan Rumah Sakit;
- (16) Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Pasal 12

Sebagian tanggung jawab dan wewenang pemilik tersebut di atas dilimpahkan kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit Unhas.

BAB IV DEWAN PENGAWAS

Pasal 13

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 Tahun 2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit, salah satu tanggung jawab dari pemilik atau yang mewakili adalah melakukan pengawasan terhadap kegiatan rumah sakit. Oleh karena itu, pemilik atau yang mewakili perlu mempunyai mekanisme pengawasan dengan menunjuk Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan.

Pasal 14

Komposisi atau Keanggotaan

- (1) Dewan Pengawas adalah organ non struktural yang bersifat independen yang mewakili Universitas Hasanuddinn dan bertanggung jawab kepada Rektor.
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit Unhas terdiri dari sekelompok orang yang mewakili pemilik (Unhas) yang bertugas melaksanakan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Direksi dalam menjalankan kegiatan pendidikan, penelitian, pemeliharaan kesehatan dan pengelolaan organisasi serta keuangan rumah sakit.
- (3) Komposisi Dewan Pengawas terdiri dari:
 - a. Unsur dari Rektorat;
 - b. Unsur Fakultas Kedokteran; dan

- c. Unsur Fakultas dari rumpun kesehatan lain.

Pasal 15

Tanggung Jawab dan Wewenang

Tanggung jawab dan wewenang Dewan Pengawas Rumah Sakit Unhas, yaitu:

- a. Menyetujui dan mengkaji visi misi Rumah Sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi Rumah Sakit;
- b. Menyetujui berbagai strategis dan rencana operasional Rumah Sakit yang diperlukan untuk berjalannya Rumah Sakit sehari-hari;
- c. Menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan professional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut;
- d. Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis Rumah Sakit.
- e. Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
- f. Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- g. Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
- h. Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Pasal 16

Peran terhadap Staf Medis

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan sebagai upaya memberdayakan staf medis untuk mencapai tujuan rumah sakit sesuai dengan visi, misi, filosofi dan tujuan Rumah Sakit Unhas.
- (2) Peran terhadap staf medis sebagai dimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit Unhas.

Pasal 17

Pengaturan Rapat

- (1) Rapat Dewan Pengawas dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan diinisiasi oleh salah satu dari Dewan Pengawas dan hanya dihadiri oleh Direksi Rumah Sakit Unhas serta Sekretaris Dewan Pengawas sebagai notulis rapat.

- (2) Keputusan Dewan Pengawas diambil secara musyawarah dan mufakat bersifat kolektif kolegial.
- (3) Apabila dalam pengambilan keputusan tidak mencapai mufakat maka diberlakukan pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak.

Pasal 18

Organisasi Dewan Pengawas

- (1) Jumlah anggota Dewan Pengawas disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit berjumlah ganjil, minimal 3 (tiga) orang, maksimal 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan lainnya adalah anggota;
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan ketua dalam suatu kepengurusan maka anggota dewan pengawas mengangkat seorang ketua di antara mereka untuk sisa masa jabatannya;
- (3) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan Tugas Dewan Pengawas, Direktur Utama dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas;
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) di atas bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas;
- (5) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Pasal 19

Fungsi, Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakititan secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis.
 - b. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran.
 - c. Mengawasi dan pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya.
 - d. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien.
 - e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit.
 - f. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
 - g. Melaksanakan pengawasan dan memberikan nasehat kepa Direksi dalam pengelolaan Rumah Sakit.
- (3) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkewajiban:
 - a. Memberikan pendapat dan saran kepada Rektor Universitas Hasanuddin mengenai Rencana Kerja Anggaran (RKA) tahun berjalan.
 - b. Mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat dan saran kepada Rektor Universitas Hasanuddin mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi Manajemen Rumah Sakit.
 - c. Meminta keterangan kepada Direksi terhadap hasil pemeriksaan atau hasil pelaksanaa tugas Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).

- d. Melaporkan dengan segera kepada Rektor Universitas Hasanuddin apabila terjadi gejala menurunnya kinerja Rumah Sakit.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) kepada Rektor Universitas Hasanuddin paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu bila diperlukan atas permintaan Rektor Universitas Hasanuddin.

Pasal 20

Syarat Menjadi Dewan Pengawas

- (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, integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual serta memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya.
 - e. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai negeri sipil tingkat sedang dan berat.
 - f. Tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit.
 - g. Tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan.
 - h. Tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit.

Pasal 21

Pengangkatan dan Pemberhentian Dewan Pengawas

- (1) Anggota Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Rektor Universitas Hasanuddin;
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pasal ini tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan anggota Direksi;
- (3) Dewan pengawas memegang jabatan selama 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Rektor dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan;
- (4) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir;
- (5) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum berakhir masa jabatannya oleh Rektor Universitas Hasanuddin apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
 - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik.

- b. Tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan dan atau ketentuan peraturan Pemerintah tentang kelembagaan Rumah Sakit Unhas.
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit Unhas.
 - d. Mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit.
 - e. Dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
 - f. Berhalangan tetap.
 - g. Permohonan sendiri.
 - h. Berhalangan tetap sebagaimana dimaksud pada poin (g) meliputi meninggal dunia dan sakit yang tidak dapat disembuhkan dibuktikan dengan Berita Acara Pemeriksaan Kesehatan.
- (6) Prosedur pemberhentian dilakukan sesuai dengan ketentuan pemberhentian dalam lingkup Universitas Hasanuddin;
 - (7) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam ayat 5 (lima), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan/ persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14;
 - (8) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (6) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pasal 22

Mekanisme Pengawasan

- (1) Mekanisme Pengawasan Dewan Pengawas, yaitu:
 - a. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direksi.
 - b. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direksi dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
 - c. Meminta penjelasan dari Direksi dan/ atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direksi.
 - d. Meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas.
 - e. Berkoordinasi dengan Direksi Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh Dewan Pengawas sebagai perwakilan Rektor Universitas Hasanuddin.
 - f. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
 - g. Meminta Direksi atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direksi untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas.
 - h. Menghadiri rapat Direksi dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan.
 - i. Melakukan evaluasi kinerja Direktur dan atau Direksi secara berkala yaitu persemester.

- j. Memberikan persetujuan atau bantuan kepada Direksi dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

BAB V
DIREKSI
Pasal 23

Kedudukan dan Keanggotaan Direksi Rumah Sakit

- (1) Kedudukan Direksi Rumah Sakit Unhas sebagai Pimpinan Rumah Sakit sederajat Lembaga yang pengelolaan keuangannya otonom;
- (2) Keanggotaan Direksi Rumah Sakit Unhas berjumlah 5 (lima) orang dan seorang diantaranya menjadi Direktur Utama;
- (3) Direksi terdiri dari:
 - a. Direktur Utama;
 - b. Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM;
 - c. Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik;
 - d. Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik;
 - e. Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan.

Pasal 24
Persyaratan Menjadi Direksi

Yang dapat diangkat menjadi anggota Direksi adalah orang perorangan dengan syarat sebagai berikut:

- (1) Persyaratan Umum:
 - 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 aparatur sipil negara tingkat sedang dan berat.
 - j. Tidak pernah dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan.
 - k. Minimal berpendidikan S2.
- (2) Persyaratan Khusus:
 - a. Direktur Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan SDM berpendidikan minimal Dokter Spesialis atau Dokter Umum dengan pendidikan S2 bidang Kesehatan.
 - b. Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik berpendidikan minimal Dokter Spesialis atau Dokter Umum dengan pendidikan S2 bidang Kesehatan.

- c. Direktur Keperawatan dan Penunjang Non Medik berpendidikan minimal S2 Keperawatan.
- d. Direktur Umum, Pemasaran, dan Keuangan berpendidikan minimal S2 bidang kesehatan atau S2 Manajemen atau Akuntansi.

Pasal 25

Tugas dan Wewenang Direksi

- (1) Direksi Rumah Sakit Unhas bertugas untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas sebagai perwakilan Rektor Universitas Hasanuddin sesuai dengan pertauran perundang-undangan dan segala ketentuan umum yang berlaku dan berbagai aturan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini serta memperhatikan hasil pelaksanaan tindakan/ audit yang dilaksanakan oleh Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit dan Satuan Pengawas Internal Universitas Hasanuddin;
- (2) Direksi Rumah Sakit Unhas mengemban tugas pokok dan fungsi terselenggaranya kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian, SDM, pemeliharaan kesehatan, pelayanan penunjang, pelayanan umum, kerjasama dan pengelolaan keuangan;
- (3) Direksi Rumah Sakit Unhas mempunyai tugas dan wewenang untuk:
 - a. Memimpin dan mengurus Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit Unhas dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna.
 - b. Mengusulkan visi dan misi Rumah Sakit untuk disahkan dan disetujui oleh Rektor Universitas Hasanuddin.
 - c. Menjaga, memelihara, dan mengelola kekayaan Rumah Sakit Unhas.
 - d. Mewakili Rumah Sakit dalam menjalankan tugas-tugas kedinasan.
 - e. Mewakili Rumah Sakit Unhas di dalam dan di luar pengadilan.
 - f. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Rektor Universitas Hasanuddin.
 - g. Mendefinisikan visi dan misi kepada *stakeholder* internal dan eksternal.
 - h. Menyusun rencana jangka panjang dan rencana kerja serta anggaran Rumah Sakit.
 - i. Menetapkan kebijakan operasional RKA Rumah Sakit setiap tahun.
 - j. Menyusun dan mengusulkan RKA ke Rektor atas persetujuan Dewan Pengawas.
 - k. Menyusun dan/ atau mengusulkan struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit lengkap dengan uraian tugasnya ke Rektor.
 - l. Mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan dan peraturan keuangan yang berlaku.
 - m. Mengusulkan ke Rektor untuk persetujuan atas anggaran modal dan operasional Rumah Sakit.
 - n. Menyetujui pendidikan para profesional dan memberikan pengawasan terhadap mutu.

- o. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- p. Mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pegawai Non PNS kepada Rektor Universitas Hasanuddin.
- q. Menyampaikan laporan tahunan dan laporan berkala ke Dewan Pengawas dan Rektor Universitas Hasanuddin.

Pasal 26

Pengangkatan dan Pemberhentian

- (1) Direksi Rumah Sakit Unhas diangkat dan diberhentikan oleh Rektor Universitas Hasanuddin;
- (2) Pengangkatan dilakukan apabila terdapat lowongan jabatan direksi;
- (3) Lowongan jabatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terjadi karena:
 - a. Masa jabatan berakhir.
 - b. Diangkat dalam jabatan lain.
 - c. Diberhentikan dari jabatan Direksi sebelum masa jabatan berakhir.
 - d. Berhalangan tetap.
 - e. Permintaan sendiri.
- (4) Pemberhentian Jabatan Direksi oleh Rektor Universitas Hasanuddin sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Anggota Direksi dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota Direksi:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik.
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit.
 - d. Sedang dalam proses hukum.
 - e. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/ atau kesalahan yang bersangkutan dengan kepengurusan Rumah Sakit.
 - f. Atas permintaan sendiri.
- (6) Rencana pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diberitahukan secara tertulis oleh Rektor Universitas Hasanuddin kepada Direksi yang bersangkutan.
- (7) Keputusan pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a, huruf b dan huruf c ditetapkan setelah yang bersangkutan diberi kesempatan membela diri.
- (8) Pembelaan diri sebagaimana dimaksud dalam ayat (7), diajukan secara tertulis kepada Rektor Universitas Hasanuddin dalam jangka waktu 1 (satu) bulan terhitung sejak Direksi yang bersangkutan diberitahu secara tertulis sebagaimana dimaksud pada ayat (6).
- (9) Selama rencana pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (6) masih dalam proses, maka Direksi yang bersangkutan dapat melanjutkan tugasnya.
- (10) Jika dalam waktu 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggal penyampaian pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (7), Rektor Universitas Hasanuddin tidak memberi keputusan pemberhentian anggota Direksi tersebut, maka rencana pemberhentian tersebut menjadi batal.

- (11) Kedudukan sebagai Direksi berakhir dengan dikeluarkannya keputusan pemberhentian oleh Rektor Universitas Hasanuddin.

Pasal 27

Masa Kerja Direksi

Direksi Rumah Sakit Unhas diangkat dan dilantik untuk masa jabatan 4 (empat) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pasal 28

Hubungan Direksi dengan Dewan Pengawas

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit ditentukan oleh Direksi dengan persetujuan Rektor.
- (2) Direksi bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Hasanuddin yang dapat diwakili oleh Dewan Pengawas.
- (3) Dewan pengawas bersama direksi mengumumkan visi dan misi ke publik melalui pertemuan atau sosialisasi dan dalam berbagai kegiatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Unhas.
- (4) Dewan pengawas melakukan pembinaan, arahan, dan pengawasan teknis dalam pengelolaan Rumah Sakit.
- (5) Direksi bertanggung jawab kepada Rektor terhadap tata kelola Rumah Sakit termasuk rencana Rumah Sakit untuk mutu dan keselamatan pasien dengan persetujuan dewan pengawas.

Pasal 29

Hubungan Direksi dengan Staf Medis

- (1) Sebagai pengelola, Direksi mempunyai tugas dan wewenang untuk menetapkan strategi organisasi dan tata kerja lengkap dengan rincian tugasnya, mengangkat dan menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dalam pengelolaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direksi berkewajiban menjamin staf medis melaksanakan tugas dan kewajiban dengan nyaman dan aman.
- (3) Staf medis dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), bertanggung jawab kepada Direksi.
- (4) Pertanggungjawaban sebagaimana dimaksud pada ayat (3) pasal ini dapat bersifat pertanggungjawaban profesional administratif antara pengelola (Direksi) dengan staf medis dan/atau bersifat pertanggungjawaban secara mandiri oleh staf medis (bersifat pilihan).

Pasal 30

Koordinasi Antar Direksi

Dalam menjalankan tugas-tugas Direksi sebagaimana dimaksud dalam pasal 25, maka:

1. Direktur Utama dapat bertindak atas nama Direksi berdasarkan persetujuan para anggota Direksi lainnya.
2. Para Direksi berhak dan berwenang bertindak atas nama Direksi masing-masing untuk bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.
3. Apabila salah satu atau beberapa anggota Direksi berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terulang dan penggantinya belum memangku jabatan maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh anggota Direksi lainnya yang ditunjuk sementara oleh Rektor.
4. Dalam jangka waktu paling lambat 2 (dua) bulan terhitung sejak terjadinya keadaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Rektor Universitas Hasanuddin dapat menunjuk anggota Direksi yang baru untuk memangku jabatan.
5. Apabila semua anggota Direksi berhalangan tetap melakukan pekerjaan atau jabatan Direksi dan belum diangkat maka sementara waktu pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Rektor Universitas Hasanuddin.
6. Apabila salah satu Direksi berhalangan sementara maka Direktur Utama menjadi Pelaksana Harian (PLH).
7. Jika Direktur utama berhalangan maka Direktur Utama menunjuk PLH dari salah seorang Direktur.
8. Masing-masing Direksi menyadari bahwa tidak ada satupun pihak yang dapat berfungsi tanpa dukungan yang lain, dan masing-masing membudayakan hubungan harmonis dan seimbang.
9. Koordinasi antar Direksi didasarkan atas saling memahami, saling menghormati peran, fungsi, dan tanggung jawab masing-masing dalam kerangka nilai-nilai inti Visi, Misi dan Renstra Rumah Sakit.

BAB VI

KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Pasal 31

Komite

- (1) Komite adalah organ rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pembangunan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan komite di rumah sakit Unhas disesuaikan dengan kebutuhan yang terdiri dari :
 1. Komite Medik.
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.
- p. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

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.
- h. Terlaksananya pemeriksaan staf yang melakukan pelanggaran etis.

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.
 - k. Menyetujui penyusunan RKAT, perencanaan inventaris dan ART Komite Medik.
2. Komite Keperawatan.
- 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.
- y. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

Komite Keperawatan mempunyai tanggung jawab:

- a. Terwujudnya mutu staf keperawatan dan kebidanan yang professional.
- 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.

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.

- n. Mengajukan kebijakan terkait peningkatan kualitas SDM dan layanan keperawatan kepada Direktur Utama.

3. Komite Mutu.

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.
- z. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

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.
- m. Terlaksananya tugas lain yang diberikan Direktur Utama.

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.
 - i. melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS.
4. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- 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.
- x. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai tanggung jawab:

- a. Terwujudnya mutu staf tenaga kesehatan lainnya yang professional.
- 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.
- e. Terlaksananya fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya.

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.
- k. Mengajukan kebijakan terkait peningkatan kualitas SDM dan layanan tenaga kesehatan kepada Direktur Utama.

5. Komite Etik dan Hukum.

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 perumahsakitan.
- g. Pengkoordinasian penyelenggaraan pengawasan terhadap pelaksanaan penerapan Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggara.
- h. Pengkoordinasian dalam mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (alternative dispute resolution) dan /atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum.
- i. Pengkoordinasian 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.
- s. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

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 Etika 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.
- g. Terkoordinasinya sistem penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal Rumah Sakit Unhas.
- h. Penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etik profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

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.
- e. Mengusulkan atau merekomendasikan SDM Komite Etik dan Hukum untuk promosi, rotasi dan pengembangan SDM.

6. Komite Farmasi dan Terapi Rasional (KFTR).

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.
- q. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

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.
- g. Terlaksananya pelayanan informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan di lingkungan internal maupun eksternal rumah sakit.

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.
7. Komite Pencegahan dan Pengawasan Infeksi (PPI).
- 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.
- t. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

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).
- i. Terlaksananya tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

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.
- g. Melaporkan hasil penilaian kinerja staf.

- (3) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur Utama.
- (4) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- (5) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama.

Pasal 32
Satuan Pemeriksaan Internal

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal Rumah Sakit.
- (2) SPI adalah unit kerja yang berkedudukan langsung di bawah dan bertanggung jawab ke Direktur Utama.
- (3) Fungsi SPI melakukan evaluasi dan pemantauan tindak lanjut temuan Laporan Hasil Audit (LHA).
- (4) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Ketua yang bertanggungjawab kepada Direktur Utama dalam melaksanakan pemeriksaan internal keuangan dan operasional Rumah Sakit serta menilai pengendalian/ pengelolaan dan pelaksanaannya pada Rumah Sakit dan memberikan saran-saran perbaikannya.
- (5) Ketua SPI diangkat dan diberhentikan oleh Rektor atas usulan Direktur Utama.
- (6) Masa jabatan Ketua SPI 4 (empat) tahun mengikuti masa jabatan Direktur Utama dan dapat diangkat kembali 1 kali dalam masa jabatannya.
- (7) SPI menyusun Laporan Hasil Audit (LHA) kepada Direktur Utama serta saran yang bersifat preventif maupun represif.
- (8) 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.
- x. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama.

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.
- h. Terlaksananya Rencana Kerja Tahunan (RKT) SPI.

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.
 - h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur Utama dan/ atau Dewas RS Unhas dan/ atau Rektor Unhas dengan pertimbangan khusus.

BAB VII

RAPAT-RAPAT

Pasal 33

- (1) Rapat kerja tahunan membicarakan pelaksanaan program kerja, menyetujui rencana tahunan, menyetujui kebijakan dan prosedur serta masalah-masalah yang timbul serta evaluasi hambatan dan kendala yang terjadi pada masa lalu.
- (2) Rapat rutin internal Direksi dilakukan setiap pekan.
- (3) Rapat rutin Direksi Manajemen yaitu rapat yang diadakan setiap dua pekan sekali yang melibatkan semua elemen Rumah Sakit Unhas yang meliputi Direksi, Ketua Komite, Ketua SPI, Kepala Pusat, Manajer, Kepala Seksi, Kepala Instalasi, Kepala Unit, Kepala Ruangan, dan elemen lain yang terkait.
- (4) Rapat koordinasi adalah rapat rutin yang diadakan 3 bulan sekali guna membahas capaian kinerja dan capaian indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit dan indikator mutu prioritas unit.
- (5) Rapat koordinasi antar komite dan SPI adalah rapat rutin yang diadakan sebulan sekali.
- (6) Dalam rapat dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban masing-masing.
- (7) Keputusan rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (8) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (9) Dalam rapat-rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Dewan Pengawas untuk menghadiri rapat.
- (10) Untuk setiap rapat harus dibuat notulen rapat oleh penyelenggara rapat.
- (11) Notulen rapat didokumentasikan dan didesiminasikan oleh bidang Perencanaan dan Administrasi Umum Rumah Sakit Unhas.

Pasal 34
Sumber Dana

- (1) Dalam penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pelayanan, sumber dana Rumah Sakit diperoleh dari subsidi pemerintah, penerimaan Rumah Sakit, bantuan, dan hibah dari dalam negeri maupun dari luar negeri.
- (2) Pembiayaan Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Biaya Operasional.
 - b. Biaya Investasi.
 - c. Biaya Pelatihan.
 - d. Biaya Pendidikan
 - e. Biaya Penelitian.
- (3) Penerimaan Rumah Sakit berasal dari:
 - a. Pengguna layanan Rumah Sakit.
 - b. Subsidi pemerintah BPPTNBH.
 - c. APBN.
 - d. Penerimaan lain-lain yang tidak mengikat.
- (4) Bantuan, sumbangan, dan hibah dari perorangan, lembaga pemerintah dari dalam negeri dan dari luar negeri melalui Universitas Hasanuddin.
- (5) Penggunaan dana yang berasal dari pemerintah baik dalam bentuk subsidi operasional maupun anggaran pembangunan diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Penggunaan dana penerimaan rumah sakit dikelola berdasarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 51861/UN4.1/KU.21/2016 tentang Penetapan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagai Unit Kerja yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan secara Otonomi.

Pasal 35
Kerjasama

- (1) Kerja sama antara Rumah Sakit Unhas dengan pihak luar dilaksanakan dengan tujuan untuk menjamin relevansi pelaksanaan pendidikan, penelitian, dan pelayanan dengan pembangunan bidang kesehatan dengan menitikberatkan Program Nasional.
- (2) Semua bentuk kerjasama kemitraan dengan pihak luar difasilitasi oleh Bidang Pemasaran dan Inovasi serta Bagian Hukum kemudian dikonsultasikan ke instansi yang terkait.
- (3) Pihak ketiga yang bekerjasama dengan Rumah Sakit Unhas dapat berupa badan usaha, badan hukum/ yayasan baik profit maupun non profit, yang menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pelayanan, baik pemerintah maupun swasta, baik dalam negeri maupun luar negeri.
- (4) Kerjasama dengan pihak ketiga dapat berupa:
 - a. Pelaksanaan kegiatan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pemeliharaan Kesehatan.
 - b. Pemanfaatan aset Rumah Sakit Unhas untuk pendidikan/ penelitian/pelayanan dan upaya lain-lain.

- c. Pemanfaatan asset pihak ketiga untuk pendidikan/ penelitian/ pelayanan dan upaya lain-lain, oleh pihak Rumah Sakit Unhas secara sendiri atau kerjasama dengan pihak ketiga.
 - d. Pembangunan atau pengadaan barang modal (bergerak atau tidak bergerak) untuk pendidikan/penelitian/pelayanan dan upaya lain-lain.
- (5) Pola kerjasama yang dapat dilaksanakan adalah:
- a. Kerjasama pemberian sumbangan atau hibah.
 - b. Kerjasama penyewaan lahan/ alat/ atau pemanfaatan SDM.
 - c. Kerjasama pembangunan/ pengadaan (oleh pihak ketiga), pengoperasian (oleh pihak ketiga atau pihak Rumah Sakit Unhas atau bersama-sama) dan penyerahan (oleh pihak ketiga kepada Rumah Sakit Unhas).
 - d. Kerjasama pembangunan/ pengadaan oleh pihak ketiga dan diserahkan kepada Rumah Sakit Unhas untuk dioperasikan sesuai dengan PP Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/ Daerah (atau BMU).
 - e. Kerjasama pembangunan/ pengadaan (oleh pihak ketiga), penyerahan (oleh pihak ketiga kepada Rumah Sakit Unhas) atau *Build – Lease – Transfer*.
 - f. Kerjasama pembangunan/ pengadaan (oleh pihak ketiga), pengoperasian bersama dan bagi hasil (Kerjasama Operasional/ KSO atau *Join Venture*).
 - g. Kerjasama jejaring dalam bidang pendidikan, penelitian, dan pelayanan serta pemeliharaan kesehatan.
- (6) Kerjasama dalam bentuk KSO (Kerjasama Operasional), Kontrak Service skala besar harus mendapat persetujuan Direksi dengan mempertimbangkan mutu dan keselamatan.

Pasal 36

Pengadaan Barang/ Jasa

- (1) Pengadaan barang dan jasa di Rumah Sakit Unhas dilakukan oleh Panitia Pengadaan dan atau Pejabat Pengadaan yang diangkat oleh Rektor Universitas Hasanuddin atas usul Direktur Utama;
- (2) Pejabat pengadaan yang ditugaskan secara khusus untuk melaksanakan pengadaan barang/ jasa guna keperluan Rumah Sakit Unhas sesuai perundang-undangan dan ketentuan yang berlaku bagi pengadaan barang/ jasa pemerintah;
- (3) Pelaksanaan Barang/ Jasa harus dilakukan berdasarkan prinsip efisien, efektif, transparan, terbuka, bersaing, adil dan akuntabel;
- (4) Pejabat pengadaan bertanggung jawab langsung kepada Pejabat Pembuat Komitmen Rumah Sakit Unhas.

BAB VIII
MEDICAL STAFF BYLAWS

Pasal 37
Tujuan

- (1) Tujuan Umum
Sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Tujuan Khusus
 - a. Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medis dengan pemilik/yang mewakili pemilik Rumah Sakit Unhas dengan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas.
 - b. Tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien.
 - c. Terciptanya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis di rumah sakit.

BAB IX
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 38

- (1) Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit Unhas melalui tahap rekrutmen dan seleksi yang dilaksanakan oleh Tim rekrutmen dan seleksi yang terdiri dari unsur Direktorat Pelayanan Medik dan keperawatan; Direktorat Keuangan, SDM & Administrasi Umum; Komite Medik; SPI; dan KSM terkait.
- (2) Staf Medis yang telah melewati tahap rekrutmen dan seleksi serta dinyatakan lulus, kemudian diusulkan ke Komite Medik untuk dilakukan proses kredensial.
- (3) Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit Unhas hanya dapat memberikan tindakan medis kepada pasien jika telah memperoleh surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang memuat rincian kewenangan klinis (*clinical privilege*) melalui proses kredensial dan rekredensial yang dilakukan oleh Komite Medik melalui subkomite kredensial.

Pasal 39

Lingkup Kewenangan Klinis

Lingkup kewenangan klinis yang ada di Rumah Sakit Unhas, terdiri dari :

- (1) Kewenangan klinis tetap yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada dokter setelah melalui proses kredensial, berlaku paling lama 3 (tiga) tahun sejak diterbitkannya surat penugasan klinis dengan ketentuan STR dan SIP Dokter masih berlaku.
- (2) Kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*) yaitu kewenangan klinis yang diberikan kepada dokter konsultan tamu yang diberlakukan sementara oleh rumah sakit.

Pasal 40

Penetapan Kewenangan Klinis

- (1) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik dengan berpedoman pada Buku Putih (*white paper*).
- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis kepada staf medis adalah dengan mempertimbangkan beberapa kriteria diantaranya:
 - a. Sertifikasi
 - b. Registrasi
 - c. Perizinan
 - d. Kompetensi
 - e. Pengalaman
 - f. Keterampilan
 - g. Kesehatan
 - h. Perilaku etika
- (3) Rekomendasi hasil kredensial dan rekredensial yang memuat rincian kewenangan klinis diterbitkan oleh Ketua Komite Medik dan selanjutnya diusulkan ke Direktur Utama Rumah Sakit Unhas untuk penerbitan Surat Penugasan Klinis (SPK).

Pasal 41

Pengakhiran Kewenangan Klinis

- (1) Kewenangan klinis Staf Medis Rumah Sakit Unhas akan berakhir apabila surat penugasan klinis yang diberikan habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur Utama Rumah Sakit Unhas atas rekomendasi Komite Medik.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis terbagi atas :
 - a. Pengakhiran Kewenangan Klinis secara sementara
Masa berlaku Kewenangan Klinis yakni sesuai masa berlaku STR dan SIP dokter yang bersangkutan dan paling lama 3 (tiga) tahun sejak diterbitkannya surat penugasan klinis.
 - b. Pengakhiran Kewenangan Klinis secara permanen dilakukan apabila :
 - 1) Kinerja profesi Staf Medis kurang baik dikarenakan yang bersangkutan terganggu kesehatannya baik fisik maupun mental;
 - 2) Terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi Staf Medis;
 - 3) Staf Medis terkait terbukti telah melakukan tindakan melanggar kode etik profesi medik sehingga memperoleh tindakan disiplin dari Komite Medik;
 - 4) Bagi Staf Medis yang dibekukan atau telah berakhir kewenangan klinisnya tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Unhas.
- (3) Mekanisme pengakhiran kewenangan klinis diatur dalam Surat Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas atas usul Ketua Komite Medik dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Medical Staff Bylaws (MSBL).

Pasal 42

Pengembalian Kewenangan Klinis (*Reappointment*)

- (1) Pengembalian Kewenangan klinis dapat diberlakukan kembali melalui proses rekredensial dengan ketentuan STR dan SIP masih berlaku atau telah diperpanjang atau dianggap telah pulih kompetensinya.

- (2) Kompetensi Staf Medis dianggap telah pulih kembali apabila Staf Medis yang bersangkutan telah melalui proses pembinaan ataupun mekanisme pendampingan (*proctoring*) yang dilakukan oleh *Peer Group* atas rekomendasi Komite Medik melalui subkomite mutu profesi.

Pasal 43

Buku Putih (*White Paper*)

- (1) Buku putih (*White Paper*) adalah acuan yang digunakan oleh Komite Medik dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis yang berisi syarat tentang kompetensi yang dibutuhkan dalam melakukan setiap tindakan medis sesuai dengan norma profesi yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialis.
- (2) Komite Medik menyusun dan menetapkan Buku Putih (*White Paper*) bersama Kelompok Staf Medis/KSM yang ada di Rumah Sakit Unhas.

BAB X

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 44

- (1) Seluruh Staf Medis yang akan melakukan tindakan medis di Rumah Sakit Unhas harus memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*).
- (2) Surat penugasan yang dimaksud adalah surat penugasan klinis yang diberikan oleh Direktur Rumah Sakit Unhas berdasarkan rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) dari Komite Medik setelah melalui proses kredensial yang dilakukan oleh subkomite kredensial.
- (3) Surat penugasan klinis Staf Medis Rumah Sakit Unhas berlaku paling lama 3 (Tiga) tahun sejak diterbitkannya dengan ketentuan STR dan SIP Dokter masih berlaku.
- (4) Bagi Staf Medis yang telah berakhir surat penugasan klinisnya, akan dilakukan proses rekredensial untuk memperoleh kewenangan klinis terbaru. Rekomendasi dari Komite Medik dapat berupa :
 - a. Kewenangan klinis Staf Medis dilanjutkan
 - b. Kewenangan klinis Staf Medis ditambah
 - c. Kewenangan klinis Staf Medis dikurangi
 - d. Kewenangan Staf Medis dibekukan untuk waktu tertentu
 - e. Kewenangan Staf Medis diubah/dimodifikasi
 - f. Kewenangan Staf Medis diakhiri.

Pasal 45

Kewajiban Staf Medis

Staf medis yang memberikan pelayanan di Rumah Sakit Unhas memiliki beberapa kewajiban antara lain :

- (1) Staf medis berkewajiban untuk mematuhi ketentuan pelaksanaan praktik kedokteran yang berlaku di Rumah Sakit Unhas.
- (2) Staf medis berkewajiban untuk mematuhi Standar Profesi.
- (3) Staf medis berkewajiban untuk mematuhi Standar Pelayanan dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit Unhas.

- (4) Staf medis berkewajiban untuk mematuhi kebijakan Rumah Sakit Unhas tentang rekam medis.
- (5) Staf medis berkewajiban untuk mematuhi kebijakan Rumah Sakit Unhas tentang informed consent.
- (6) Staf medis berkewajiban untuk mematuhi kebijakan Rumah Sakit Unhas tentang rahasia kedokteran.
- (7) Staf medis berkewajiban untuk mematuhi kebijakan Rumah Sakit Unhas tentang obat dan formularium Rumah Sakit Unhas.

BAB XI
KOMITE MEDIK
Pasal 46

Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Susunan organisasi Komite Medik Rumah Sakit Unhas saat ini terdiri dari :

- (1) Ketua Komite Medik
- (2) Sekretaris
- (3) Ketua Subkomite Kredensial dan anggota
- (4) Ketua Subkomite Mutu Profesi dan anggota
- (5) Ketua Subkomite Etik dan Disiplin Profesi dan anggota

Pasal 47

- (1) Keanggotaan Komite Medik Rumah Sakit Unhas ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Unhas dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (2) Komite Medik menjalankan fungsi 3 (tiga) subkomite yang terdiri dari :
 - a. kredensial yaitu mengevaluasi profesionalisme staf medis.
 - b. Penjaminan mutu profesi yaitu mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis.
 - c. etika dan disiplin profesi yaitu menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 48
Tugas dan Fungsi

- (1) Komite Medik Rumah Sakit Unhas, memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. Memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Komite Medik Rumah Sakit Unhas memiliki fungsi untuk menegakkan profesionalisme dengan mengendalikan staf medis yang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Unhas.

Pasal 49

Masa Jabatan dan Cara Penetapan

- (1) Ketua Komite Medik Rumah Sakit Unhas ditetapkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Unhas dengan masa jabatan mengikuti masa jabatan Direktur Utama.
- (2) Sekretaris, Ketua subkomite dan anggota ditetapkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Unhas berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik.

BAB XII

RAPAT

Pasal 50

Rapat Rutin

- (1) Rapat rutin Komite Medik dilaksanakan setiap 1 (satu) bulan sekali dan/atau dilaksanakan sesuai dengan jadwal kredensial pada waktu dan tempat yang ditentukan oleh Komite Medik.
- (2) Rapat rutin wajib diikuti oleh seluruh anggota Komite Medik.

Pasal 51

Rapat Kerja

- (1) Rapat Kerja Komite Medik dilaksanakan 1 (satu) kali dalam satu tahun untuk membahas pencapaian program kerja.
- (2) Rapat Kerja Komite Medik dihadiri oleh seluruh anggota Komite Medik dan staf medis yang ditunjuk dari masing-masing yang ada di Rumah Sakit Unhas, dengan agenda rapat membahas kegiatan yang akan dan telah dilaksanakan oleh Komite Medik serta agenda lainnya yang ditetapkan oleh Komite Medik.

Pasal 52

Kuorum

- (1) Kuorum tercapai bila rapat tahunan dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah staf medis Rumah Sakit Unhas ditambah satu peserta yang berhak untuk memberikan suara yang ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit atas usul Ketua Komite Medik.
- (2) Bila kuorum tidak tercapai maka rapat dapat di skors paling banyak 2 (dua) kali
- (3) Jika setelah 2 (dua) kali skors dan kuorum tidak tercapai maka rapat tetap dilanjutkan dan hasilnya tetap dapat disahkan.

Pasal 53

Notulen Rapat

- (1) Setiap rapat Komite Medik harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat dicatat oleh sekretaris Komite Medik.
- (3) Notulen rapat sebelumnya dibacakan kepada semua peserta rapat pada saat rapat dimulai.

- (4) Notulen rapat tidak boleh diubah kecuali untuk keakuratan notulen tersebut.
- (5) Notulen rapat ditandatangani oleh Ketua Komite Medik

Pasal 54
Pengambilan Putusan Rapat

- (1) Keputusan rapat diambil melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
- (2) Apabila dalam pengambilan keputusan tidak mencapai mufakat maka diberlakukan sistem pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota rapat yang hadir.
- (3) Apabila dalam pemungutan suara hasil yang diperoleh adalah sama, maka Ketua Komite Medik berhak membuat keputusan rapat.

Pasal 55
Tata Tertib Rapat

- (1) Setiap rapat Komite Medik wajib diikuti oleh seluruh anggota Komite Medik.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau anggota lain yang ditunjuk oleh Ketua Komite Medik.
- (3) Sebelum rapat dimulai, sekretaris wajib membacakan hasil notulensi rapat sebelumnya dan intisari rapat yang sedang berlangsung setelah rapat selesai.
- (4) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai dan hanya dapat meninggalkan ruang rapat setelah memperoleh izin dari pimpinan rapat.
- (5) Setiap peserta rapat wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.

BAB XIII
SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 56
Pengorganisasian

- (1) Fungsi subkomite kredensial dilaksanakan oleh Ketua Subkomite Kredensial dengan dibantu oleh anggota dan sekretaris.

Pasal 57
Mitra Bestari (*peer group*)

- (1) Direktur Utama dan Komite Medik Rumah Sakit Unhas dapat membentuk mitra bestari (*peer group*) dalam pelaksanaan fungsi Komite Medik.
- (2) Mitra bestari (*peer group*) berasal dari staf medis Rumah Sakit Unhas, perhimpunan spesialis, kolegium, atau berasal dari Fakultas Kedokteran Unhas.
- (3) Mitra bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang sama untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk kewenangan klinis.
- (4) Mitra bestari (*peer group*) diusulkan oleh Komite Medik kemudian ditetapkan oleh Direktur Utama.

Pasal 58
Tata Kerja

Fungsi subkomite kredensial meliputi :

- (1) Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari KSM yang ada di Rumah Sakit Unhas berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
- (2) Menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian yang meliputi kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi;
- (3) Evaluasi data pendidikan kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- (4) Melakukan wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- (5) Melakukan penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
- (6) Melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Ketua Komite Medik;
- (7) Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan penambahan kewenangan klinis dari dokter yang bersangkutan.

BAB XIV
SUBKOMITE MUTU PROFESI
Pasal 59
Pengorganisasian

- (1) Fungsi subkomite mutu profesi dilaksanakan oleh Ketua Subkomite Mutu Profesi dengan dibantu oleh anggota dan sekretaris.

Pasal 60
Tata Kerja

Fungsi subkomite mutu profesi meliputi :

- (1) Melaksanakan audit medis, audit klinik, audit insidental, dan audit kematian;
- (2) Merekomendasikan pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- (3) Merekomendasikan kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
- (4) Merekomendasikan proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

Pasal 61
Monitoring dan Evaluasi Kinerja Staf Medis

- (1) Monitoring dan Evaluasi kinerja staf medis dilakukan secara berkelanjutan yang memuat 3 (tiga) area umum yaitu :
 - a. Perilaku
 - b. Pengembangan profesional
 - c. Kinerja klinis
- (2) Mekanisme pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja staf medis diatur secara tersendiri diluar medical staff bylaws.

BAB XVII
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI
Pasal 62
Pengorganisasian

- (1) Fungsi subkomite mutu profesi dilaksanakan oleh Ketua Subkomite Etik dan Disiplin Profesi dengan dibantu oleh anggota dan sekretaris.

Pasal 63
Tata Kerja

Fungsi subkomite etik dan disiplin profesi meliputi :

- (1) Melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- (2) Melakukan pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
- (3) Memberikan rekomendasi pendisiplinan pelaku professional di rumah sakit; dan
- (4) Memberikan nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 64
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan upaya korektif yang diarahkan dalam meningkatkan kinerja staf medis sehingga mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit dapat terjamin.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap Staf Medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, etika dan disiplin profesi yang dilaksanakan melalui:
 - a. Advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis
 - b. Rekomendasi peningkatan kapasitas sumber daya manusia
 - c. Monitoring dan evaluasi
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu pelayanan termasuk disiplin profesi.
- (4) Pembinaan dan pengawasan ini dilakukan dengan memberikan peringatan tertulis sampai penangguhan kewenangan klinis staf medis baik seluruhnya maupun sebagian.

Pasal 65
Pemeriksaan dan Pemberian Sanksi

- (1) Pemeriksaan dan pemberian sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Unhas berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
- (2) Staf medis yang ditangguhkan kewenangan klinisnya tidak diperkenankan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Unhas.
- (3) Perubahan kewenangan klinis akibat tindakan disiplin profesi sesuai pasal 28 ayat (4) diatas ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas atas rekomendasi Komite Medik.
- (4) Tata cara pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap Staf Medis ditetapkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Unhas.

Pasal 66
Perubahan *Hospital Bylaws*

- (1) Perubahan *Hospital Bylaws* ini dilakukan setiap 3 (tiga) tahun sekali melalui rapat khusus Direksi dengan jajaran bagian/ bidang terkait yang diselenggarakan untuk itu.
- (2) Direksi senantiasa mengupayakan agar peraturan internal ini dapat dilihat oleh berbagai pihak yang berkepentingan dan disosialisasikan di lingkungan Rumah Sakit Unhas.
- (3) Perubahan *Hospital Bylaws* ini sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut oleh Dewan Pengawas.

Pasal 67
Ketentuan-Ketentuan Lain

- (1) Kebijakan teknis operasional rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan *Hospital Bylaws* ini.
- (2) Semua kebijakan Operasional Rumah Sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya *Hospital Bylaws* ini, dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan *Hospital Bylaws* ini.
- (3) Penetapan kebijakan Operasional Rumah Sakit berlaku sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direksi atas Persetujuan Dewan Pengawas.
- (4) Hal-hal yang belum diatur dalam *Hospital Bylaws* ini diatur lebih lanjut dalam peraturan Rumah Sakit.

BAB XVIII
PENUTUP
Pasal 68

- (1) Dengan berlakunya Peraturan ini, maka:
 - a. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 39/UN4.1/2019 tentang *Corporate Bylaws* Rumah Sakit Unhas tanggal 30 Desember 2019, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
 - b. Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas Nomor 27/UN4.24/2022 tentang *Medical Staff Bylaws* tanggal 9 Agustus 2022, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
- (2) *Hospital Bylaws* ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan jika di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan atau dianggap tidak lagi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan, maka akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 10 April 2023

REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN,

JAMALUDDIN JOMPA

Perubahan *Hospital Bylaws*

Pasal 66

- (1) Perubahan *Hospital Bylaws* ini dilakukan setiap 3 (tiga) tahun sekali melalui rapat khusus Direksi dengan jajaran bagian/ bidang terkait yang diselenggarakan untuk itu.
- (2) Direksi senantiasa mengupayakan agar peraturan internal ini dapat dilihat oleh berbagai pihak yang berkepentingan dan disosialisasikan di lingkungan Rumah Sakit Unhas.
- (3) Perubahan *Hospital Bylaws* ini sebagaimana dimaksud pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut oleh Dewan Pengawas.

Ketentuan Lain-Lain

Pasal 67

- (1) Kebijakan teknis operasional rumah sakit tidak boleh bertentangan dengan *Hospital Bylaws* ini.
- (2) Semua kebijakan Operasional Rumah Sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya *Hospital Bylaws* ini, dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan *Hospital Bylaws* ini.
- (3) Penetapan kebijakan Operasional Rumah Sakit berlaku sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direksi atas Persetujuan Dewan Pengawas.
- (4) Hal-hal yang belum diatur dalam *Hospital Bylaws* ini diatur lebih lanjut dalam peraturan Rumah Sakit.

BAB XVIII

PENUTUP

Pasal 68

- (1) Dengan berlakunya Peraturan ini, maka:
 - a. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor 39/UN4.1/2019 tentang *Corporate Bylaws* Rumah Sakit Unhas tanggal 30 Desember 2019, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi; dan
 - b. Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas Nomor 27/UN4.24/2022 tentang *Medical Staff Bylaws* tanggal 9 Agustus 2022, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
- (2) *Hospital Bylaws* ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan jika di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan atau dianggap tidak lagi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan, maka akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal 10 April 2023

REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN, 

JAMALUDDIN JOMPA