



BUPATI BARRU

**PROVINSI SULAWESI SELATAN
PERATURAN BUPATI BARRU**

NOMOR 60 TAHUN 2017

TENTANG

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BARRU
KABUPATEN BARRU**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI BARRU,**

- Menimbang :**
- a. bahwa berdasarkan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dan dengan adanya pergeseran paradigma rumah sakit dari lembaga social menjadi lembaga sosio-ekonomi, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit ;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by laws*) Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Barru Kabupaten Barru;
- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

- (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
 5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);



10. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
11. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor: PER/02/M.PAN/1/2007 Tanggal 25 Januari 2007 tentang Pedoman Organisasi Satuan Kerja di Lingkungan Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 360);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan dan Klasifikasi Cabang Dinas dan Unit Pelaksana Teknis Daerah;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);
21. Peraturan Daerah Kabupaten Barru Nomor 06 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Barru (Lembaran Daerah Kabupaten Barru Tahun 2008 Nomor 6);



22. Keputusan Bupati Barru Nomor 289/RSUD/VI/2013 tentang Izin Operasional Tetap Rumah Sakit Umum Daerah Barru.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BARRU KABUPATEN BARRU.**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Barru.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat daerah sebagai Unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Barru.
4. Sekretaris Daerah selanjutnya disingkat Sekda adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Barru.
5. Dinas Kesehatan adalah satuan kerja pemerintahan daerah kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di kabupaten/kota.
6. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
7. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
8. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah Barru, selanjutnya disebut BLUD-RSUD Barru adalah Rumah Sakit Daerah Kabupaten Barru yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.
9. Peraturan Internal rumah sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) dan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) dalam rangka penyelenggaraan tata kelola rumah sakit yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).


10. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah Peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai pemilik dengan Pengelola BLUD-RSUD dan Staf Medis Rumah Sakit.
11. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah Peraturan yang mengatur tentang hubungan, hak dan kewajiban serta pengorganisasian Staf Medis.
12. Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*) adalah peraturan internal pada rumah sakit yang menerapkan PPK BLU/BLUD yang antara lain menetapkan organisasi dan tata laksana, akuntabilitas dan transparansi.
13. Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.
14. Dewan Pengawas adalah Unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsure masyarakat.
15. Pejabat pengelola adalah Pemimpin BLUD-RSUD atau Direktur, Pejabat ketatausahaan dan keuangan serta Pejabat Teknis yang ditetapkan Bupati sesuai kewenangannya.
16. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Barru Kabupaten Barru.
17. Pemimpin BLUD-RSUD adalah Pemimpin BLUD-RSUD Barru Kabupaten Barru.
18. Pejabat Pengelola Ketatausahaan dan Keuangan adalah pejabat rumah sakit yang mengepalai bagian /subbagian ketatausahaan dan keuangan secara operasional bertanggungjawab kepada Direktur
19. Pejabat pengelola Teknis adalah pejabat rumah sakit yang mengepalai Bidang / seksi tekhnis yang secara operasional bertanggung jawab kepada Direktur.
20. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.
21. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit. yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Kelompok Staf Medis Fungsional (SMF).

22. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
23. Tenaga Medis adalah Dokter dan Dokter Gigi yang memiliki tanda registrasi dokter/dokter gigi sesuai perundang-undangan.
24. Tenaga Keperawatan adalah Perawat dan Bidan yang memiliki tanda registrasi perawat/ bidan sesuai perundang-undangan.
25. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/teladan bagi masyarakat.
26. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
27. Kewenangan Klinis adalah kewenangan staf medis untuk melaksanakan pelayanan medis, pendidikan kedokteran/dokter spesialis dan penelitian sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
28. Penugasan Klinis adalah penempatan staf medis ke kelompok staf medis (Staf Medis Fungsional/SMF) sesuai dengan Kewenangan Klinis yang diberikan.
29. Kredensial/rekredensial adalah proses verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dan lingkup spesialis/kompetensinya.
30. Konsil kedokteran adalah selanjutnya disingkat KKI adalah suatu badan otonom, mandiri, non struktural dan bersifat independen yang terdiri atas konsil kedokteran dan konsil kedokteran gigi.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) dimaksudkan sebagai peraturan dasar yang mengatur pemilik rumah sakit, pengelola, dan staf medis, sebagai pedoman dalam pengelolaan rumah sakit.
 - (2) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) ditujukan untuk :
 - a. tercapainya kerjasama dan tatanan yang baik antara Pemerintah Daerah (pemilik), Pengelola dan Staf Medis; dan
 - b. memacu profesionalisme yang bertanggung jawab terhadap peningkatan mutu layanan rumah sakit.
- 

BAB III
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BYLAWS)

Bagian Kesatu

**Nama, Tujuan, Visi, Misi, Filosofi, Motto, dan Nilai-Nilai Dasar Rumah
Sakit**

Pasal 3

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Barru Kabupaten Barru disingkat BLUD-RSUD Barru.
- (2) Tujuan Rumah Sakit
Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan kesehatan umum dan spesialistik atau tingkat lanjut yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi social.
- (3) Visi BLUD RSUD Barru adalah
“Unggul dalam Pelayanan dan Kebanggaan Masyarakat”
- (4) Misi BLUD RSUD Barru adalah :
 - a. mewujudkan pelayanan kesehatan dengan sumber daya manusia rumah sakit yang handal, professional dan beretika;
 - b. mewujudkan pelayanan kesehatan yang memenuhi standar mutu dan terjangkau oleh masyarakat;
 - c. menerapkan teknologi mutakhir dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;
 - d. menciptakan suasana nyaman dan tenang kepada masyarakat yang memanfaatkan pelayanan rumah sakit;
 - e. menciptakan lingkungan kerja yang nyaman dan mendukung bagi seluruh pegawai rumah sakit;
 - f. menyelenggarakan upaya-upaya penjagaan dan peningkatan kompetensi yang berkesinambungan kepada seluruh pegawai rumah sakit; dan
 - g. menerapkan prinsip manajerial yang Efektif, Efisien, Tertib dan bertanggungjawab.
- (5) Filosofi BLUD RSUD Barru adalah Menjunjung Tinggi Harkat dan Martabat Manusia yang dilandasi oleh nilai –nilai luhur bangsa dan kearifan lokal.
- (6) Motto BLUD RSUD Barru:
CERDAS (Cepat, Empati, Ramah, Dinamis, Akuntabel, Senyum) yang bermakna bahwa setiap individu dan kelompok dalam rumah sakit mampu menerapkan kaidah-kaidah dasar dalam setiap memberikan pelayanan

- a. Cepat : merupakan keakuratan waktu dan standar pelayanan yang ditetapkan;
- b. Empati : wujud rasa kepedulian yang tinggi terhadap sesama dan lingkungan;
- c. Ramah : sifat santun yang harus diberikan dalam setiap pelaksanaan pelayanan;
- d. Dinamis : cepat beradaptasi terhadap perkembangan situasi dan kondisi terkini dalam upaya pelayanan kesehatan;
- e. Akuntabel : merupakan pertanggungjawaban secara terukur dalam pelaksanaan tugas-tugas baik kuantitas maupun kualitas dan memenuhi standar yang ditetapkan; dan
- f. Senyum : merupakan cerminan sikap kepuasan terhadap hasil kerja yang harus dapat dirasakan oleh seluruh pegawai BLUD RSUD Barru.

(7) Nilai-nilai dasar :

- a. Pegawai BLUD RSUD Barru meyakini bahwa bekerja adalah bentuk ibadah kepada Allah SWT.
- b. Kebersamaan :
 - 1. menyadari bahwa dalam semua pekerjaan, kerjasama tim merupakan faktor terpenting; dan
 - 2. melalui kerja sama tim dalam pelayanan akan dapat dicapai kepuasan pelanggan.
- c. Profesionalisme :
 - 1. bekerja sesuai dengan sistem dan prosedur yang berlaku;
 - 2. bersedia melakukan pekerjaan yang penuh tantangan;
 - 3. memiliki keyakinan atas kemampuan sendiri (kemandirian);
 - 4. selalu berusaha memberikan kemampuan terbaik (ilmu, ketrampilan dan sikap/attitude);
 - 5. selalu meningkatkan kemampuan secara aktif dengan mengikuti dan mempelajari perkembangan ilmu dan teknologi terkini; dan
 - 6. memegang teguh rahasia jabatan.
- d. Kejujuran :
 - 1. senantiasa menjunjung tinggi kejujuran;
 - 2. berani menyatakan kebenaran dan kesalahan berdasarkan data dan fakta dengan cara bertanggung jawab dan proporsional; dan
 - 3. transparan dan akuntabel dalam menjalankan sistem kerja.
- e. Keterbukaan :
 - 1. terbuka dalam mengemukakan dan menerima pendapat secara bertanggung jawab;

2. mampu beradaptasi dengan dinamika perubahan yang terjadi; dan
3. saling menghargai dan menghormati pendapat orang lain.

f. Disiplin :

1. selalu menegakkan disiplin terhadap diri sendiri dan lingkungan kerja;
2. memiliki kesungguhan kerja dalam melaksanakan tugas; dan
3. wajib mematuhi peraturan yang berlaku.

Bagian Kedua

Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi

Pasal 4

- (1) Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik daerah yang merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), dipimpin oleh seorang Pemimpin rumah sakit yang disebut Direktur, berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui kepala dinas kesehatan.
- (3) BLUD RSUD Barru mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan kesehatan umum dan spesialisik tingkat lanjutan atau rujukan.
- (4) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3), BLUD RSUD Barru mempunyai fungsi:
 - a. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan paripurna;
 - b. pemberian dukungan atas penyelenggaraan urusan pemerintahan di bidang pelayanan kesehatan; dan
 - c. pembinaan dan pelaksanaan tugas bidang pelayanan medik dan penunjang medik, keperawatan dan penunjang non medik, sarana dan sanitasi.

Bagian Ketiga

Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 5


- (1) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, kemajuan dan perkembangan rumah sakit sesuai yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.

- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggungjawabnya, mempunyai kewenangan :
 - a. menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit;
 - b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
 - c. menyetujui dan mengesahkan Rencana Belanja dan Anggaran (RBA); dan
 - d. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai Rumah Sakit.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran yang dialami oleh rumah sakit, yang bukan karena kesalahan pengelolaan keuangan dan setelah diaudit secara independen.
- (4) Defisit anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan selisih kurang antara realisasi pendapatan dengan realisasi biaya rumah sakit pada satu tahun anggaran.
- (5) Defisit anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diajukan usulan pembiayaannya pada tahun anggaran berikutnya kepada Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD).
- (6) Kerugian pada rumah sakit yang disebabkan oleh tindakan melanggar hukum atau kelalaian seseorang, diselesaikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penyelesaian kerugian daerah.

Bagian Keempat

Dewan Pengawas

Pasal 6

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
 - (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
 - (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial
 - (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat 3, Dewan Pengawas bertugas:
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- 

- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (6) Dewan Pengawas melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kepada pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah Sakit.
- (8) Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
 - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. meminta penjelasan dari pejabat pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) dan Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
 - d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) dan Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
 - e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) dan Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
 - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (9) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (10) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (9) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (11) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (10) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

- (12) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) Tahun terhitung bulan september Tahun 2017 sampai dengan bulan september Tahun 2022 dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (13) Ketentuan mengenai tata kerja Dewan Pengawas diatur oleh pemilik Rumah Sakit dan dituangkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*).
- (14) Segala biaya yang diakibatkan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.
- (15) Anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Paragraf 1

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 7

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya, dan tokoh masyarakat.
- (2) Unsur pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh pemilik Rumah Sakit.
- (3) Unsur organisasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.
- (4) Unsur asosiasi perumahsakitannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakitannya.
- (5) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakitannya.
- (6) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim *Ad-hoc*.
- (8) Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:
 - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitannya, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;

- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit.

Paragraf 2

Pembentukan, Pemberhentian dan Pergantian

Pasal 8

- (1) Dewan Pengawas pada Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur Rumah Sakit.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (3) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (4) Anggota Dewan Pengawas pada Rumah Sakit dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.
- (5) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti :
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (6) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.
- (7) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam ayat (5) dan (6), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan
- (8) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (7) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian kelima

Organisasi

Pejabat Pengelola

Pasal 9

- (1) Struktur Organisasi BLUD RSUD Barru ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (2) Pejabat Pengelola BLUD RSUD Barru terdiri dari Pemimpin, Pejabat Ketatausahaan dan keuangan, Pejabat Teknis yang dapat disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD RSUD Barru, yaitu :
 - a. Direktur;
 - b. Bagian Tata Usaha dan Keuangan
 - c. Bidang Pelayanan Medik dan Asuhan Keperawatan ;
 - d. Bidang Penunjang Medik dan Penunjang Non-Medik
 - e. Bidang Perencanaan, pengembangan dan Diklat
- (3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola BLUD RSUD Barru ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (4) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pejabat Pengelola BLUD RSUD Barru berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (5) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kepentingan BLUD RSUD Barru untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik.
- (6) Pejabat Pengelola BLUD RSUD Barru diangkat dan diberhentikan oleh Bupati Barru.
- (7) Pemimpin BLUD RSUD Barru dengan sebutan Direktur, bertanggungjawab kepada Bupati Barru melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupatten Barru terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan
- (8) Pejabat Ketatausahaan dan Keuangan serta pejabat teknis BLUD RSUD Barru dengan sebutan Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Subbagian, Kepala Seksi yang bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 1

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 10

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS)

- e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian sebagai Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 11

Syarat untuk dapat diangkat menjadi pejabat pengelola Ketatausahaan dan Keuangan adalah :

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang Ketatausahaan, keuangan dan/ atau akuntansi;
- b. berijazah minimal Sarjana (S1) kesehatan dan non kesehatan;
- c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk menjalankan ketatausahaan yang baik dan mengembangkan usaha untuk kemandirian keuangan;
- d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- e. berstatus PNS atau Non PNS;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi yang berasal dari PNS.

Pasal 12

Syarat untuk dapat diangkat menjadi pejabat pengelola bidang teknis adalah :

- a. seorang tenaga kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas baik, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
- b. berijazah minimal Sarjana (S1) kesehatan;
- c. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
- d. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- e. berstatus PNS atau Non PNS;
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit; dan
- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi yang berasal dari PNS.

Paragraf 2

Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 13

Pejabat Pengelola BLUD RSUD Barru dapat diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;

- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman hukuman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih; dan
- g. Status Pegawai Negeri Sipil berakhir bagi yang berstatus PNS.

Paragraf 3

Tugas dan Kewajiban, fungsi dan Wewenang Pejabat Pengelola

Pasal 14

Tugas dan Kewajiban, fungsi serta wewenang pejabat pengelola tertuang dalam dokumen pola tata kelola (*Corporate Governance*) Rumah Sakit

Bagian Keenam

Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung

Pasal 15

- (1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan dibentuk instalasi-instalasi yang merupakan unit-unit pelaksana pelayanan.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional atau tenaga non medis; baik pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil.
- (5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di rumah sakit meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.
- (6) Instalasi yang ada di Rumah Sakit, yaitu:
 - a. Instalasi Rawat Inap;
 - b. Instalasi Rawat Jalan;
 - c. Instalasi Bedah Sentral;
 - d. Instalasi Gawat Darurat;
 - e. Instalasi Perawatan Intensif;

- f. Instalasi Rehabilitasi Medis;
- g. Instalasi Laboratorium;
- h. Instalasi Radiologi;
- i. Instalasi Farmasi;
- j. Instalasi Gizi;
- k. Instalasi Pemulasaraan Jenazah dan Ambulance; dan
- l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.

(7) Pelaksana kegiatan pelayanan adalah pejabat fungsional rumah sakit, terdiri dari sejumlah tenaga medis, tenaga keperawatan fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang ketrampilan dan keahliannya :

- a. masing-masing tenaga fungsional berada di lingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya;
- b. jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja;
- c. jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- d. staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
- e. dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesional lain yang terkait;
- f. staf paramedis fungsional mempunyai tugas melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan, pelayanan penunjang Medik, pelayanan penunjang non medik, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan; dan
- g. dalam melaksanakan tugasnya, staf paramedis fungsional melakukan kolaborasi dengan tim tenaga profesional lain yang terkait.

(8). Pelaksana kegiatan pendukung pelayanan adalah :

- a. semua pejabat struktural;
- b. semua sumber daya strategis yang ada di bidang-bidang dan tata usaha; dan
- c. kegiatan pendukung antara lain sistem manajemen, keuangan, SDM, teknologi, informasi dan lain-lain.

Bagian Ketujuh
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 16

- (1) Kelompok jabatan fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok jabatan fungsional bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Kedelapan
Staf Medis Fungsional

Pasal 17

- (1) Staf Medis Fungsional adalah Dokter/Dokter Gigi yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Bagian Kesembilan
Organisasi Pendukung


Pasal 18

Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan Rumah Sakit, Direktur Rumah Sakit membentuk Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan Satuan Pemeriksaan Internal serta unit-unit khusus yang dianggap perlu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 1

Komite Medis

Pasal 19

- (1) Komite Medis adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur dalam rangka meningkatkan profesionalisme staf medis.
 - (2) Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
- 

- (3) Komite Medis dibentuk dan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit.
- (4) Susunan organisasi Komite Medis sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua
 - b. Sekretaris dan
 - c. Sub-komite.
- (5) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Medis sekurang-kurangnya dapat terdiri dari ketua dan sekretaris merangkap anggota subkomite.
- (6) Ketua Komite Medis ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis Rumah Sakit.
- (7) Sekretaris Komite Medis dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan dari staf medis Rumah Sakit.
- (8) Keanggotaan Komite Medis ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (9) Jumlah personil kepengurusan Komite Medis disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit
- (10) Kepengurusan Komite medis mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun
- (11) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 terdiri dari:
 - a. subkomite Kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (12) Fungsi Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan cara:
 - a. Melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis
 - b. Memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian
 - c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis
- (13) Dalam melaksanakan fungsinya, Komite Medis menyusun dan membuat Pedoman-Pedoman yang diperlukan. Pedoman tersebut ditetapkan dan disahkan penggunaannya oleh Direktur Rumah Sakit
- (14) Kepengurusan Komite Medis berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan Rumah Sakit.
- (15) Pelaksanaan kegiatan Komite medis didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 2
Komite Keperawatan
Pasal 20

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
- (3) Komite Keperawatan dibentuk dan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit.
- (4) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. ketua,
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (5) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri dari ketua dan sekretaris merangkap anggota subkomite.
- (6) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan Rumah Sakit.
- (7) Sekretaris Komite Keperawatan dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan Rumah Sakit.
- (8) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (9) Jumlah personil kepengurusan Komite Keperawatan disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.
- (10) Kepengurusan Komite Keperawatan mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun
- (11) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) terdiri dari:
 - a. subkomite Kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
- (12) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (13) Dalam melaksanakan fungsinya, Komite Keperawatan menyusun dan

membuat Pedoman yang diperlukan. Pedoman tersebut ditetapkan dan disahkan penggunaannya oleh Direktur Rumah Sakit

- (14) Kepengurusan Komite Keperawatan berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan Rumah Sakit.
- (15) Pelaksanaan kegiatan Komite Keperawatan didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 3

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 21

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan Komite Farmasi dan Terapi minimal terdiri dari :
 - a. ketua ;
 - b. sekretaris ; dan
 - c. ketua dan sekretaris sekaligus merangkap anggota.
- (4) Komite Farmasi dan terapi dapat diketuai oleh seorang dokter atau seorang apoteker. Apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah apoteker, namun apabila diketuai oleh apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter.
- (5) Ketua Komite dipilih oleh direktur Rumah Sakit. Sekretaris dan Anggota dipilih oleh direktur atas pertimbangan dan masukan ketua Komite terpilih
- (6) Komite Farmasi dan terapi mengadakan rapat secara teratur sedikitnya 2 (dua) bulan sekali.
- (7) Komite Farmasi dan terapi dapat mengundang pakar dari dalam atau dari luar Rumah Sakit yang dapat memberi masukan bagi pengelolaan komite farmasi dan terapi.
- (8) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai Tugas:
 - a. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan Obat di Rumah Sakit;
 - b. melakukan seleksi dan evaluasi Obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
 - c. mengembangkan standar terapi;
 - d. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan Obat;
 - e. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan Obat yang rasional;
 - f. mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki;
 - g. mengkoordinir penatalaksanaan *medication error* ; dan

- h. menyebarluaskan informasi terkait kebijakan penggunaan Obat di Rumah Sakit.
- (9) Masa Kerja Pengurus Komite Farmasi dan Terapi selama 3 (tiga) tahun.
 - (10) Uraian jabatan, Tugas, Fungsi dan Wewenang serta prosedur kerja Komite Farmasi dan Terapi dijelaskan dalam dokumen pola tata kelola rumah sakit (*Corporate Governance*).
 - (11) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Farmasi dan Terapi menyusun dan membuat Pedoman-Pedoman yang diperlukan. Pedoman tersebut ditetapkan dan disahkan penggunaannya oleh Direktur Rumah Sakit.
 - (12) Ketua Komite Farmasi dan Terapi bertanggungjawab melaporkan tugasnya paling kurang sekali dalam 6 bulan.
 - (13) Kepengurusan Komite Farmasi dan Terapi berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan Rumah Sakit.
 - (14) Pelaksanaan kegiatan Komite Farmasi dan Terapi didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 4

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 22

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan Organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari :
 - a. ketua ;
 - b. sekretaris ; dan
 - c. anggota.
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dipilih oleh direktur Rumah Sakit. Sekretaris dan Anggota dipilih oleh direktur atas pertimbangan dan masukan ketua Komite
- (5) Persyaratan personil yang diusulkan untuk menjadi Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi minimal sebagai berikut:
 - a. tenaga Kesehatan berijazah minimal sarjana (S1);
 - b. lulus kursus/Pelatihan PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) dan bersertifikat yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan; dan
 - c. mempunyai dedikasi dalam proses pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (6) Masa Kerja Pengurus Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi selama 3 (tiga) tahun.
- (7) Uraian jabatan, Tugas, Fungsi dan Wewenang serta prosedur kerja Komite

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dijelaskan dalam dokumen pola tata kelola rumah sakit (*Corporate Governance*).

- (8) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi bertanggungjawab melaporkan tugasnya paling kurang sekali dalam 6 bulan.
- (9) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menyusun dan membuat Pedoman Pedoman yang diperlukan. Pedoman tersebut ditetapkan dan disahkan penggunaannya oleh Direktur Rumah Sakit.
- (10) Kepengurusan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan Rumah Sakit.
- (11) Pelaksanaan kegiatan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 5

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 23

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan pasien dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien minimal terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (4) Ketua Komite dipilih oleh direktur Rumah Sakit, Sekretaris dan Anggota dipilih oleh direktur atas pertimbangan dan masukan ketua Komite.
- (5) Anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari penanggungjawab unit kerja, Dokter, Perawat dan Tenaga Non Medis lain.
- (6) Masa Kerja Pengurus Komite Mutu dan Keselamatan pasien selama 3 (tiga) tahun.
- (7) Uraian jabatan, Tugas, Fungsi dan Wewenang serta Prosedur kerja Komite Mutu dan Keselematan pasien dijelaskan dalam dokumen pola tata kelola rumah sakit (*Corporate Governance*).
- (8) Dalam melaksanakan Tugas, Fungsi dan Kewenangannya Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menyusun dan membuat Pedoman Pedoman yang diperlukan. Pedoman tersebut ditetapkan dan disahkan penggunaannya oleh Direktur Rumah Sakit.
- (9) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan pasien bertanggungjawab melaporkan tugasnya paling kurang sekali dalam 6 bulan.

- (10) Kepengurusan Komite Mutu dan Keselamatan pasien berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan Rumah Sakit.
- (11) Pelaksanaan kegiatan Komite Mutu Dan Keselamatan Pasien didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 6

Satuan Pemeriksa Internal

Pasal 24

- (1) Satuan Pemeriksa Internal adalah unsur organisasi yang berfungsi sebagai auditor kinerja internal rumah sakit.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada direktur, dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh Direktur
- (3) Susunan Anggota Satuan Pemeriksa Internal berjumlah ganjil minimal 3 orang terdiri dari :
 - a. ketua,
 - b. sekretaris ; dan
 - c. anggota.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana disebut dalam ayat (1) satuan pemeriksa internal menyelenggarakan tugas :
 - a. memantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - b. menilai sistem pengendalian, pengelolaan, dan memantau efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh direktur rumah sakit;
 - d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - e. memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
- (5) Masa Kerja Pengurus Satuan Pemeriksa Internal selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Uraian jabatan, Tugas, Fungsi dan Wewenang serta Prosedur kerja Satuan Pemeriksa Internal dijelaskan dalam dokumen pola tata kelola rumah sakit (*Corporate Governance*).
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya, fungsi dan kewenangannya Satuan Pemeriksa Internal menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan. Pedoman tersebut ditetapkan dan disahkan penggunaannya oleh Direktur Rumah Sakit.
- (8) Ketua Satuan Pengawas Internal bertanggungjawab melaporkan tugasnya paling kurang sekali dalam 6 bulan.

- (9) Kepengurusan Satuan Pemeriksaan Internal berhak memperoleh insentif sesuai dengan aturan dan kebijakan Rumah Sakit.
- (10) Pelaksanaan kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal didanai dengan anggaran Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bagian Kesepuluh

Prosedur Kerja


Pasal 25

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan rumah sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung-jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (4) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku berupa Standar Prosedur Operasional (SPO) menurut ketentuan Akreditasi Rumah Sakit.
- (5) Prinsip Prosedur Kerja adalah jelas Kebijakannya, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan, konsisten, sesuai dengan falsafah dan tujuan, jelas pelaksanaannya, jelas tanggungjawabnya, ada evaluasi mutu dan kinerjanya.

Bagian Kesebelas

Standar Pelayanan Minimal

Pasal 26

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Bupati menetapkan Standar Pelayanan Minimal yang diatur dengan Peraturan Bupati tersendiri.
 - (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit.
 - (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
 - (4) Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan :
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
- 

- c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
 - e. tepat waktu.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
 - (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
 - (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
 - (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD-RSUD.
 - (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Kedua Belas

Pengelolaan Sumber Daya Manusia dan Remunerasi

Pasal 27

- (1) Pegawai BLUD RSUD Barru terdiri dari PNS dan Non PNS.
- (2) Penerimaan pegawai :
 - a. penerimaan CPNS dilakukan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. penerimaan Pegawai Non PNS dilakukan dengan rekrutmen melalui : Kontrak (*Out Sourcing*), Kerja Sama Operasional (KSO), magang yang efektif dan efisien yang ditetapkan oleh Direktur; dan
 - c. penerimaan Pegawai Non PNS dilakukan dengan cara seleksi, yaitu Seleksi Administrasi, Psikotest, Seleksi Akademik dan Keterampilan, Wawancara, Pemeriksaan kesehatan fisik, mental dan narkoba.
- (3) *Out Sourcing* Pegawai :
 - a. pelaksanaan *Out Sourcing* pegawai dilaksanakan berdasar kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur; dan
 - b. mekanisme *Out Sourcing* dilaksanakan oleh Panitia Pengadaan Barang/Jasa sesuai ketentuan yang berlaku.
- (4) Kerja Sama Operasional (KSO) :
 - a. pelaksanaan Kerja Sama operasional dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan; dan
 - b. mekanisme Kerja Sama operasional dilaksanakan oleh Direktur dengan pihak ketiga yang berbadan hukum.

Pasal 28

- (1) Kenaikan Pangkat PNS adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian Pegawai Negeri Sipil terhadap negara dan pemberian kenaikan pangkat diberikan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai BLUD RSUD Barru yang berasal dari Non PNS, diatur dalam keputusan Direktur.
- (3) Pegawai Non PNS dapat diberikan penghargaan atas prestasi kerja terhadap kinerja BLUD RSUD Barru yang diberikan berdasarkan sistem remunerasi Rumah Sakit.

Pasal 29

- (1) Rotasi PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai, yang dilaksanakan dengan mekanisme Baperjakat.
- (2) Rotasi Non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai, yang dilaksanakan atas pertimbangan Direktur.

Pasal 30

Rotasi sebagaimana tersebut pada Pasal 29 dilaksanakan dengan pertimbangan :

- a. penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan tingkat pendidikan dan ketrampilannya;
- b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
- c. pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu dimasa lalu;
- d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan; dan
- e. kondisi fisik dan mental pegawai.

Pasal 31

- (1) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari PNS dan / atau non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.

- (3) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari PNS disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.

Pasal 32

Direktur sebagai Pemimpin BLUD RSUD Barru merupakan pejabat pengguna anggaran / barang daerah.


Pasal 33

Disiplin Pegawai Negeri Sipil adalah kesanggupan Pegawai Negeri Sipil untuk menaati kewajiban dan menghindari larangan yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan dan/atau peraturan kedisiplinan yang apabila tidak ditaati atau dilanggar dijatuhi hukuman disiplin.

Pasal 34

- (1) Pemberhentian PNS diatur menurut peraturan tentang pemberhentian Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Pemberhentian Pegawai BLUD Non PNS dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai BLUD Non PNS mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan/atau tidak memperpanjang masa kontrak; dan
 - b. pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai BLUD Non PNS melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam Peraturan Pemimpin BLUD-RSUD tentang Disiplin.

Pasal 35

- (1) Pejabat pengelola, Dewan Pengawas dan pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggungjawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
 - (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/ atau pensiun.
 - (3) Remunerasi Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya diberikan dalam bentuk honorarium.
- 

- (4) Dalam hal penetapan remunerasi, direktur mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan :
 - a. ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktivitas;
 - b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
 - c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit; dan
 - d. kinerja operasional Rumah Sakit ditetapkan oleh Bupati dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (5) Honorarium Dewan Pengawas, ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (6) Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
 - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b. keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
 - c. risiko kerja (*risk index*);
 - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e. jabatan yang disandang (*position index*); dan
 - f. hasil/capaian kerja (*performance index*).
- (7) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketigabelas

Penatausahaan Keuangan dan Tarif Layanan

Pasal 36

- (1) Pengelolaan Keuangan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
- (2) Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Bupati tersendiri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Penatausahaan keuangan diatur sebagai berikut:
 - a. penerimaan dan pengeluaran Rumah Sakit, dibukukan pada buku besar penerimaan dan buku besar pengeluaran berdasarkan SPMG nihil dan daftar pembukuan Administrasi (DPA) yang dilengkapi

- dengan bukti-bukti sah penerimaan dan pengeluaran yang telah disahkan pejabat yang berwenang;
- b. penerimaan operasional Rumah Sakit oleh pemegang kas dibukukan dalam buku kas umum / buku kas pembantu dengan didukung bukti bukti penerimaan yang sah;
 - c. penerimaan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada huruf b, segera disetorkan ke rekening Rumah Sakit di Bank; dan
 - d. pengeluaran Rumah Sakit pada pemegang kas dibukukan dalam buku kas umum / Buku Kas Pembantu.
- (4) Penatausahaan Keuangan Rumah Sakit selain dana penerimaan operasional, tetap berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undang yang berlaku.
 - (5) Untuk keperluan pengendalian / pengelolaan keuangan dan barang/jasa Rumah Sakit, dipergunakan penatausahaan menurut sistem akuntansi.
 - (6) Pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan pada prinsip, efektifitas, efisiensi dan produktifitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
 - (7) Dalam rangka penerapan prinsip sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) maka dalam penatausahaan keuangan diterapkan sistem akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintah (SAP).

Pasal 37

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau pola tarif sesuai jenis layanan.
- (5) Tarif layanan diusulkan oleh Direktur kepada Bupati.
- (6) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ditetapkan dengan Peraturan Bupati tersendiri.
- (7) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.

- (8) Bupati dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (7), dapat membentuk Tim.
- (9) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (8), ditetapkan oleh Bupati yang keanggotaannya dapat berasal dari :
 - a. pembina teknis;
 - b. pembina keuangan;
 - c. unsur perguruan tinggi; dan
 - d. lembaga profesi.

Bagian Keempat Belas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 38

- (1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.
- (2) Tanah dan Bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi Rumah Sakit, dapat dialihgunakan oleh Direktur dengan persetujuan Bupati.
- (3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan/atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.
- (5) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan (3), merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (6) Barang inventaris milik Rumah Sakit dapat dihapus dan/atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis, dengan cara dijual dan atau ditukar.
- (7) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (8) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (6) merupakan pendapatan Rumah Sakit dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (9) Direktur beserta pejabat di bawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset Rumah Sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana prasarana Rumah Sakit.

Bagian Kelima Belas
Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit


Pasal 39


- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan lingkungan Rumah Sakit yang meliputi pengelolaan limbah, lingkungan kimia, fisik dan biologis:
 - a. kebersihan lingkungan Rumah Sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/ kamar mandi;
 - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
 - c. pengelolaan limbah cair;
 - d. pengamatan area bebas rokok; dan
 - e. memperluas area taman dan tanaman penghijauan untuk mengurangi pemanasan global.
- (2) Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit disesuaikan dengan ketentuan dalam perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pengelolaan limbah Rumah Sakit dilakukan dengan cara pemilahan antara limbah medis dengan limbah non medis.
- (4) Limbah non medis atau limbah domestik adalah limbah yang tidak terkontaminasi limbah medis, diantaranya :
 - a. plastik;
 - b. botol;
 - c. kaleng;
 - d. kertas;
 - e. dus;
 - f. makanan; dan
 - g. limbah dapur.
- (5) Limbah medis adalah limbah yang berasal dari kegiatan perawatan, ruang operasi, laboratorium, farmasi dan sejenisnya.
- (6) Pengolahan limbah medis dilakukan dengan cara dibakar menggunakan insenerator dengan suhu pembakaran minimal 1000°C.

Bagian Keenam Belas

Prinsip Tata Kelola

Pasal 40

- (1) Rumah Sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain :
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
- 

- c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud ayat (1) memperhatikan prinsip, antara lain :
- a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. responsibilitas; dan
 - d. independensi.
- (3) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggungjawab, dan wewenang dalam organisasi.
- (4) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (5) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (6) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif/ kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.
- (7) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (8) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (9) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (10) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.
- 

Bagian Ketujuhbelas
Pembinaan dan Pengawasan


Pasal 41

- (1) Proses penyelesaian kasus yang terjadi dan muncul dalam kegiatan pelayanan medis dilaksanakan secara berjenjang :
 - a. laporan kejadian (oleh siapapun) harus menjadi perhatian staf medis di lingkungan itu, untuk selanjutnya disampaikan ke ketua kelompok staf medis fungsional, komite medis dan Direktur;
 - b. ketua kelompok staf medis fungsional berkepentingan untuk menjaga martabat kelompoknya di kalangan sesama staf medis maupun di kalangan staf lain di rumah sakit, perlu menghubungi yang bersangkutan untuk memperoleh informasi pembanding;
 - c. komite Medis memperhatikan mekanisme audit medis melalui kerjasama baik dengan Direktur, untuk mendorong pengumpulan data dari unsur terkait (staf keperawatan, staf laboratorium, staf radiologi, bagian rekam medis ataupun dokter jaga);
 - d. pada keadaan data yang diperlukan dinilai sudah lengkap, harus dilaksanakan secepatnya rapat klinik multi-disiplin dengan atau tanpa mengundang Mitra Bestari / *peer group* (audit tahap pertama);
 - e. rapat klinik sebagaimana dimaksud pada huruf d, dilakukan untuk mempertajam kajian diagnosis, prosedur pelayanan, ketepatan tindakan/pengobatan (audit tahap kedua dilakukan di komite medik);
 - f. hasil rapat klinik sebagaimana dimaksud pada huruf e, harus menjadi pertimbangan untuk perbaikan mutu; dan
 - g. komite Medik memberikan rekomendasi sanksi profesional dan atau administratif kepada Direktur.
- (2) Evaluasi penampilan kinerja praktek dokter dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau program peningkatan mutu.
- (3) Kelompok Staf Medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada Direktur Rumah Sakit mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran. Misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru dan lain-lain.

Bagian Kedelapan Belas

Evaluasi dan Penilaian Kinerja dalam Sistem Akuntabilitas

Pasal 42

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, misalnya mengenai disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur.
- 

- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medis dan atau Komite Keperawatan.
- (3) Berdasarkan ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit pelayanan tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medis dan atau Komite Keperawatan khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu dan secara administrasi di bawah Kepala Instalasi.
- (4) Sistem Akuntabilitas disusun berdasarkan evaluasi dan penilaian kinerja aspek keuangan dan non keuangan.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan Rumah Sakit dalam :
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solfabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (6) Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) dapat diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB III

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS


(MEDICAL STAFF BYLAWS)

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 43

Tujuan peraturan internal staf medis (*medical staf by laws*) adalah ;

- a. memberikan keleluasaan kepada staf medis untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan prinsip prinsip yang dapat diterima secara umum;
 - b. menjamin penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan standar profesi yang berlaku;
 - c. menjamin seluruh pasien Rumah Sakit mendapatkan layanan medis dan perhatian serta memastikan pemberian pelayanan medis tidak didasarkan pada suku, agama, ras, etnis, warna kulit, kebangsaan, jenis kelamin,
- 

- cacat mental atau fisik, umur, kondisi kesehatan, status perkawinan, asal usul, dan orientasi seksual;
- d. merumuskan dan memelihara tata tertib, ketentuan dan peraturan untuk pengaturan sendiri staf medis yang menyelenggarakan paraktik kedokteran di RSUD;
 - e. memastikan seluruh staf medis selalu berusaha mempertahankan kualitas profesionalnya dalam bekerja sebagai wujud konsekwensi kewenangan klinis yang diberikan dalam melaksanakan pemeriksaan, penegakan diagnosis, pemberiam tindakan medis dan pemberiam terapi yang tepat; dan
 - f. membantu merencanakan pengembangan fasilitas, tenaga dan program RSUD.

Bagian Kedua
Kewenangan Klinis

Pasal 44

- (1) Pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberikan Kewenangan Klinis.
- (2) Kewenangan klinis untuk melakukan pemeriksaan, penegakan diagnosa, pemberian terapi dan prosedur serta tindakan medis lainnya diberikan pada staf medis sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya.
- (3) Pemberian dan Perubahan Kewenangan Klinis staf medis ditetapkan atas rekomendasi Komite Medik dan disahkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Kewenangan klinis staf medis berakhir dengan sendirinya pada saat masa berlaku Surat Tanda Registrasinya habis.
- (5) Direktur atas usulan komite medis dapat memberikan kewenangan klinis sementara (*temporary privileges*) pada staf medis tertentu.
- (6) Staf medis tertentu sebagaimana yang dimaksud ayat (5) diberikan pada staf medis yang berakhir masa berlaku Surat Tanda Registrasinya atau dokter/dokter gigi yang ditempatkan pada kelompok Staf Medis Spesialis.
- (7) Masa pemberian kewenangan klinis sementara (*temporary privileges*) maksimal 6 (enam) bulan untuk staf medis yang masa berlaku Surat Tanda Registrasinya habis dan berakhirnya penempatan pada kelompok Staf Medis Spesialis untuk dokter dan dokter gigi.
- (8) Pemberian kewenangan klinis pada dokter/dokter gigi yang ditempatkan pada Kelompok Staf Medis Spesialis harus disertai dengan uraian kewenangan secara tertulis.
- (9) Dalam situasi tertentu direktur dapat memberikan kewenangan klinis darurat (*emergency privileges*) pada staf medis Rumah Sakit atau dokter, dokter gigi, dokter spesilis dan dokter gigi spesilis yang bukan staf medis

Rumah Sakit untuk menjaga kelangsungan pelayanan medis di BLUD RSUD Barru.

- (10) Pemberian kewenangan klinis darurat (*emergency privileges*) pada staf medis RSUD berakhir dengan sendirinya setelah staf medis yang memiliki kompetensi telah berada dan bertugas kembali di RSUD Barru.
- (11) Pemberian kewenangan klinis untuk dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bukan staf medis RSUD sebagaimana yang dimaksud ayat (9) berakhir setelah situasi memungkinkan panitia kredensial melakukan rapat penilaian.

Paragraf 1

Tata Cara Pemberian Kewenangan Klinis

Pasal 45

- (1) Proses kredensial/rekredensial diwajibkan bagi calon staf medis dan staf medis tetap untuk mendapatkan surat/ persetujuan kewenangan klinis sebelum memulai tugas sebagai staf medis.
- (2) Proses kredensial/rekredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, objektif, sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Calon Staf Medis dan staf medis tetap mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur rumah sakit dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis (RKK) yang disediakan rumah sakit dilengkapi dengan derajat kewenangan yang dimintakan beserta dokumen pendukung.
- (4) Berkas permohonan yang telah dilengkapi oleh direktur RS diserahkan ke Komite Medik disertai dengan surat permintaan kredensial/rekredensial bagi staf medis yang bersangkutan.
- (5) Komite Medik dalam hal ini subkomite kredensial melakukan seleksi anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
- (6) Komite Medik membentuk panel / panitia adhoc dengan melibatkan mitra bestari (*peer review*) dari disiplin ilmu yang sesuai.
- (7) Subkomite kredensial dan panitia /panel melakukan kajian terhadap berkas permohonan dan dokumen pendukungnya (lihat pedoman pengkajian permohonan kredensial / rekredensial).
- (8) Menetapkan kewenangan klinis yang diberikan beserta derajat kewenangannya dan cakupan praktik.
- (9) Penerbitan Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dan rincian kewenangan klinis pemohon oleh komite medis berdasarkan masukan subkomite kredensial yang ditujukan kepada direktur BLUD RSUD Barru.

Kategori Staf Medis

Pasal 46

- (1) Staf medis yang bergabung dengan rumah sakit dikelompokkan ke dalam kategori:
 - a. staf medis organik, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah sakit sebagai pegawai tetap dan berkedudukan sebagai sub-ordinat; yaitu bekerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggung-jawab kepada Pimpinan BLUD RSUD Barru;
 - b. staf medis mitra, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah sakit sebagai mitra yang kedudukannya sederajat dengan rumah sakit, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung-gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit atau sesuai kesepakatan yang disetujui bersama;
 - c. staf medis konsultan, yaitu dokter yang karena keahliannya direkrut oleh rumah sakit untuk memberikan konsultasi tanpa merawat (*consultation only*) atau untuk memberikan konsultasi dan merawat (*consultation with management*);
 - d. staf medis tamu (*visiting doctor*), yaitu dokter dari luar rumah sakit yang karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus oleh rumah sakit untuk melakukan atau membantu melakukan penanganan atas kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis rumah sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru;
 - e. staf medis pengganti, yaitu dokter yang menggantikan dokter yang berhalangan dengan keahlian sejenis; dan
 - f. staf medis kontrak, yaitu dokter yang direkrut oleh rumah sakit sebagai dokter kontrak.

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Paragraf 1

Pengangkatan dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

Pasal 47

- (1) Pengangkatan staf medis dan pengangkatan kembali wajib memperhatikan kebutuhan masyarakat dan kesinambungan pelayanan kesehatan di BLUD RSUD Barru.
- (2) Kelompok staf medis dan/atau Komite medis wajib membuat tata cara dan persyaratan administrasi untuk pengangkatan staf medis dan pengangkatan kembali.
- (3) Dalam membuat tata cara dan persyaratan administrasi sebagaimana

yang dimaksud pada ayat (a) harus mengacu pada standar profesi dan standar kompetensi yang dikembangkan oleh perhimpunan profesi.

- (4) Untuk dapat diangkat sebagai staf medis di BLUD RSUD, seorang dokter harus memenuhi ketentuan sebagai berikut;
 - a. telah dinyatakan lulus oleh fakultas kedokteran yang terakreditasi di Indonesia atau lulusan fakultas kedokteran luar negeri yang telah menyelesaikan masa adaptasi, dibuktikan dengan ijazah atau keterangan yang sejenis oleh lembaga yang berwenang; dan
 - b. telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku.
- (5) Membuat surat pernyataan bersedia mengurus ijin praktek setelah diterima secara resmi sebagai staf medis
- (6) Tidak pernah melakukan pelanggaran etika yang diberikan sanksi oleh organisasi profesi
- (7) Tidak pernah melakukan pelanggaran hubungan kerja dengan rumah sakit tempat bekerja sebelumnya.

Paragraf 2

Pemberhentian Staf Medis

Pasal 48

Staf medis dapat diberhentikan baik secara tetap atau sementara apabila:


- a. meninggal dunia;
- b. menyatakan mengundurkan diri sebagai staf medis RSUD Barru;
- c. pindah tempat tugas ke rumah sakit lain;
- d. mendapat hukuman disiplin karena pelanggaran peraturan kepegawaian, kode etik profesi dan kode etik rumah sakit; dan
- e. mendapat hukuman karena melakukan tindakan pidana yang telah memiliki kekuatan hukum tetap.
- f. dinyatakan oleh dokter penguji kesehatan mengalami cacat fisik atau cacat mental baik yang bersifat permanen atau sementara sehingga tidak memungkinkan untuk menyelenggarakan praktik kedokteran.

Paragraf 3

Pengorganisasian Staf Medis

Pasal 49

- (1) Kelompok Staf Medik fungsional (SMF) adalah kelompok-kelompok yang beranggotakan para tenaga profesional medis yang memberikan pelayanan langsung secara mandiri dalam jabatan fungsional, seperti Dokter Umum, Dokter Spesialis, Dokter Gigi dan dokter gigi spesialis.
- (2) Dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja di unit pelayanan RSUD Barru wajib menjadi anggota kelompok staf medis.

- (3) Penempatan staf medis ke salah satu kelompok staf medis fungsional (SMF) berdasarkan Surat Penugasan Klinis Rumah Sakit dari Direktur yang direkomendasikan oleh Komite Medis.
 - (4) Perubahan Penugasan Klinis staf medis dapat dilakukan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medis.
 - (5) Dalam melaksanakan tugasnya, staf medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
 - (6) Setiap kelompok staf medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
 - (7) Pengelompokan staf medis berdasarkan spesialisasi/keahlian adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) kelompok staf medis.
 - (8) Pengelompokan staf medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut:
 - a. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda, penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu;
 - b. pembentukan kelompok staf medis dokter umum dapat dilakukan dengan membentuk kelompok staf medis dokter umum atau bergabung dengan kelompok staf medis dimana dokter umum tersebut memberikan pelayanan; dan
 - c. dokter gigi dapat menjadi kelompok staf medis sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis bedah atau kelompok staf medis dokter umum-gigi.
 - (9) Penempatan staf medis dalam kelompok staf medis ditetapkan dengan surat keputusan direktur atas usulan komite medis.
 - (10) Kelompok staf medis fungsional dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh staf medis yang ditempatkan dalam kelompok staf medis fungsional tersebut.
 - (11) Ketua kelompok staf medis fungsional dapat berasal dari dokter tetap atau dokter organik.
 - (12) Pemilihan ketua kelompok staf medis fungsional diatur dengan mekanisme atau prosedur tetap yang disusun oleh komite medis.
 - (13) Proses pemilihan ketua kelompok staf medis fungsional wajib melibatkan komite medis, kepala bidang pelayanan medik dan atau direktur.
 - (14) Penetapan ketua kelompok staf medis fungsional disahkan dengan surat keputusan direktur.
- 

- (15) Masa bakti ketua kelompok staf medis fungsional ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Bagian Keempat

Komite Medik

Pasal 50

- (1) Komite Medik adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis secara :
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (3) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
 - a. ketua Komite Medik;
 - b. sekretaris Komite Medik;
 - c. anggota terdiri dari:
 1. Sub Komite Kredensial;
 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugas (2) di atas, Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman Pedoman yang diperlukan. Pedoman tersebut ditetapkan dan disahkan penggunaannya oleh Direktur.

Bagian Kelima

Pengambilan Keputusan

Paragraf 1

Rapat Komite Medis

Pasal 51

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

- d. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir/berhalangan.
 - (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
 - (4) Rapat khusus diadakan apabila :
 - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
 - (5) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medis kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
 - (6) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
 - (7) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (4) huruf a harus dilakukan 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.
 - (8) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun.
 - (9) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undangan rapat tahunan secara tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.
 - (10) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
 - (11) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas permufakatan.
 - (12) Dalam hal pengambilan keputusan tidak dapat mencapai mufakat, maka dilakukan pemungutan suara (voting).
 - (13) Keputusan selanjutnya ditetapkan berdasarkan suara terbanyak.
 - (14) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
 - (15) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

- (16) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (17) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (10) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 2

Rapat Kelompok Staf Medis Fungsional (SMF)

Pasal 52

- (1) Rapat kelompok staf medis dilakukan bersama dengan anggota staf medis yang tergabung dalam Kelompok SMF diselenggarakan paling sedikit 1(satu) bulan sekali.
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua kelompok staf medis atau sekertaris bilamana ketua Kelompok SMF berhalangan.
- (3) Hasil keputusan Rapat Kelompok Staf Medis fungsional secara administratif dapat diteruskan langsung ke Direktur / pejabat pengelola dan secara fungsional disampaikan melalui komite medis.

Bagian Keenam

Subkomite Kredensial

Pasal 53

- (1) Sub Komite Kredensial bertugas menapis profesionalisme staf medis dengan cara melakukan kredensial dan rekredensial.
- (2) Pengkajian oleh subkomite kredensial –rekredensial meliputi elemen :
 - a. kompetensi:
 1. Berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh Kolegium Ilmu kedokteran atau yang berwenang untuk itu;
 2. Kognitif;
 3. Afektif; dan
 4. Psikomotor.
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku; dan
 - d. perilaku etis (*ethical standing*).
- (3) Tata cara pengkajian kredensial dan rekredensial meliputi ;
 - a. pemeriksaan dokumen / kelengkapan berkas permohonan;
 - b. pengamatan secara tidak langsung melalui Pengumpulan data/ informasi yang dapat dipercaya;

- c. wawancara Langsung (Interview) oleh panel/panitia adhoc subkomite kredensial; dan
 - d. uji Pemahaman(Knowledge)/keterampilan klinis (skill).
- (4) Hasil penilaian panitia / panel kredensial bersifat rahasia.

Bagian Ketujuh

Subkomite Mutu Profesi

Pasal 54

- (1) Sub Komite Mutu Profesi bertugas memelihara mutu profesi staf medis dengan cara mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.
- (2) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui kegiatan :
 - a. pemantauan Kualitas:
 - 1. morning Report;
 - 2. pembahasan Kasus sulit; dan
 - 3. ronde ruangan.
 - b. Tindak Lanjut terhadap temuan kualitas
 - 1. kasus kematian (*death case*);
 - 2. audit medis; dan
 - 3. journal reading.
 - c. aktivitas pendidikan berkelanjutan (*continuing professional development*); dan
 - d. pendidikan kewenangan tambahan.

Bagian Kedelapan

Subkomite Etika dan disiplin Profesi

Pasal 55

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi bertugas menjaga etika, disiplin dan perilaku staf medis dengan cara melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (unqualified) dan tidak layak (unfit/unproper) untuk melakukan asuhan klinis (clinical care) serta membina staf medis.
- (2) Pembinaan etika dan disiplin dilakukan dengan semangat yang berlandaskan Peraturan internal rumah sakit, Peraturan internal staf medis, Etika rumah sakit, dan norma etika medis dan norma-norma biotika.

- (3) Subkomite etika menangani setiap dugaan pelanggaran etika dan disiplin profesi dengan berpedoman pada pedoman yang ditetapkan dengan keputusan direktur.

Bagian Kesembilan

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Paragraf 1

Tugas dan Fungsi Staf Medis

Pasal 56

- (1) Staf Medis mempunyai tugas :
- a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan, dan mendokumentasikan dalam dokumen Rekam Medik;
 - b. meningkatkan kemampuan profesinya melalui program pendidikan/ pendidikan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
 - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Staf Medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.


Paragraf 2

Kewajiban Staf Medis

Pasal 57

- (1) Staf Medis Rumah Sakit mempunyai kewajiban terhadap institusi sebagai berikut:
- a. mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. mentaati semua Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
 - c. mentaati etika, antara lain :
 1. etika Rumah Sakit;
 2. etika profesi Kedokteran;
 3. etika Staf Medis; dan
 4. etika antar Rumah Sakit.



- d. melaksanakan klausul-klausul dalam perjanjian antara Rumah Sakit dengan Staf Medis atau antara Rumah Sakit dengan pihak lain yang berbadan hukum;
 - e. memberi layanan medis kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya dan bersedia dihubungi atau dipanggil setiap saat apabila kondisi pasien yang bersangkutan berada dalam keadaan emergensi;
 - f. memberikan pertolongan emergensi kepada pasien lain yang bukan menjadi tanggung jawabnya apabila kondisi klinik pasien tersebut berada dalam keadaan emergensi;
 - g. menjaga citra Rumah Sakit dan berperilaku sopan terhadap Direktur, manajer, staf medis lain, profesi lain, pasien, keluarga pasien serta pengunjung;
 - h. menjalin kerja sama yang harmonis dengan profesi lain yang berada di Rumah Sakit dan menghormati kode etik profesi masing-masing;
 - i. menyelesaikan semua kewajiban administrasi sesuai peraturan yang berlaku;
 - j. menghadiri rapat-rapat yang diadakan oleh Direktur atau komite medis dan lainnya;
 - k. hadir dalam dengar pendapat (hearing) yang diadakan oleh Direktur, komite medis atau tim yang dibentuk oleh Rumah Sakit yang berkaitan dengan penanganan pasien/kasus;
 - l. menunjukkan loyalitas kepada Rumah Sakit ;
 - m. membantu Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;
 - n. membuat pencatatan rekam medis yang baik dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya;
 - o. menyelenggarakan pengendali mutu dan pengendali biaya yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit; dan
 - p. mematuhi kebijakan tentang obat dan formularium rumah sakit.
- (2) Staf Medis Rumah Sakit mempunyai kewajiban dalam melaksanakan pelayanan terhadap pasien sebagai berikut:
- a. melakukan upaya dengan sungguh-sungguh dan professional sesuai standar pelayanan;
 - b. segera merujuk ke dokter atau praktisi kesehatan lain yang dapat diterima apabila Staf Medis tidak mampu lagi untuk meneruskan upaya kesehatan terhadap pasien baik karena keterbatasan kemampuan, peralatan, waktu maupun karena alasan lain yang masuk akal;
 - c. menjalin kerjasama dan komunikasi yang baik dengan pasien;
 - d. menjalin kerjasama yang baik dan harmonis dengan tenaga kesehatan lainnya;
- 

- e. memenuhi apa yang menurut etika dan hukum menjadi hak pasien;
- f. menghormati kepentingan-kepentingan lain dari pasien;
- g. menghormati kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat secara khusus dengan pasien;
- h. memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum tindakan disetujui pasien (informed consent)
- i. menerbitkan surat keterangan yang diperlukan bagi kepentingan pasien;
- j. menghormati kerahasiaan (konfidensialitas) medis pasien;
- k. memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya dan sejujur-jujurnya kepada pasien tentang kondisi kesehatannya dengan mempertimbangkan aspek psikologis;
- l. apabila karena sesuatu hal yang menyebabkan tidak dapat melaksanakan kewajiban menangani pasien untuk sementara waktu, maka wajib memberi tahu atau ijin kepada Direktur serta wajib menunjuk dokter penggantinya;
- m. menunjuk staf medis lain dalam keahlian yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, jika tidak harus dikonfirmasi kepada pasien yang bersangkutan; dan
- n. dalam hal Staf Medis bekerja sebagai dokter mitra, maka sepenuhnya bertanggung gugat atas segala bentuk kerugian yang dialami oleh pasien sebagai akibat dari kesalahan medis yang dilakukannya kecuali ada kesepakatan tersendiri yang ditentukan lain.

Paragraf 3

Hak-Hak Staf Medis

Pasal 58

- (1) Memperoleh kesejahteraan sesuai peraturan yang berlaku, terdiri atas:
 - a. penghasilan yang layak sesuai peraturan yang berlaku;
 - b. status kepegawaian yang jelas dan pasti;
 - c. kenaikan pangkat sesuai ketentuan yang berlaku serta peraturan kepegawaian ;
 - d. pengembangan pengetahuan dan keterampilan ;
 - e. pengembangan karir sesuai kemampuan individu dan ketentuan yang berlaku; dan
 - f. mendapatkan cuti resmi sebagaimana yang diatur dalam peraturan yang ditetapkan pemerintah tentang hak cuti pegawai.
- (2) Mendapatkan lingkungan kerja yang sehat serta perlindungan terhadap :
 - a. kecelakaan kerja;
 - b. pemeriksaan kesehatan rutin dan khusus sesuai ketentuan yang

- c. ditetapkan oleh Pemerintah;
 - d. perawatan kesehatan selama sakit sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit ;
 - e. santunan terhadap kecelakaan kerja / musibah yang menimpa sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah; dan
 - f. bantuan hukum selama menjalani proses hukum.
- (3) Memanfaatkan fasilitas yang dimiliki Rumah Sakit untuk melakukan pelayanan kesehatan berdasarkan standar mutu pelayanan.
- (4) Melakukan konsultasi kepada dokter lain yang tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit .
- (5) Mengusulkan kepada Direktur untuk mendatangkan dokter tamu (*visiting doctor*) yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, baik untuk kepentingan konsultasi atau untuk membantu melaksanakan sebagian pekerjaan yang tidak dapat dilaksanakan oleh Staf Medis.

Paragraf 4

Tugas, Fungsi Ketua Kelompok dan Hubungan Kerja

Pasal 59

- (1) Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinnya.
- (2) Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individu untuk masing-masing anggota staf medis.
- (3) Menyusun indikator mutu klinis, masing-masing kelompok staf medis menetapkan minimal 3 (tiga) indikator mutu *output* atau *outcome*.
- (4) Kelompok Staf Medis secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur, sedangkan secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medis melalui Ketua Kelompok Staf Medis.

Paragraf 5

Tanggungjawab Kelompok Staf Medis

Pasal 60

- (1) Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis/*Sub Komite Kredensial* kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit yang diatur dalam Pedoman Tata Kelola Staf Medis .
- (2) Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau *program quality improvement*.
- (3) Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis/*Sub Komite Kredensial* kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang. Dokter di Rumah Sakit yang diatur dalam Pedoman Tata Kelola Staf Medis.

- (4) Memberikan kesempatan bagi para Dokter untuk mengikuti Pengembangan Profesi Berkelanjutan “*Continuing Professional Development*” (CPD), dan masing-masing kelompok staf medis wajib mempunyai program CPD bagi semua anggotanya.
- (5) Memberikan masukan kepada Direktur melalui Komite Medis hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran, misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru dan lain-lain.
- (6) Memberikan laporan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur. Kelompok Staf Medis diharapkan dapat memberikan laporan secara teratur, minimal satu tahun sekali kepada Direktur melalui Komite Medis. Laporan tersebut antara lain meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktek klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain.
- (7) Menyusun Standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional serta dokumen terkaitnya dan Melakukan perbaikan (*up-dating*) /revisi standar prosedur operasional dan dokumen terkait secara berkala sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran terbaru serta situasi, kondisi dan fasilitas BLUD RSUD Barru.

Bagian Kesepuluh

Tata cara review dan perbaikan peraturan internal staf medis

Pasal 61

- (1) Peraturan Internal Staf Medis ini dapat dilakukan review dan perubahan bilamana:
 - a. adanya Perubahan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Peraturan Internal Korporasi Rumah Sakit;
 - b. peraturan Internal Staf Medis ataupun peraturan/perundangan lainnya yang menyangkut profesi medis; dan
 - c. kebijakan baru lain mengenai status rumah sakit
- (2) Mekanisme dan cara perubahan (1) di atas diatur lebih lanjut dalam Pedoman Review dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medis.



Pasal 62

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Barru .

Ditetapkan di Barru

Pada tanggal 22 Desember 2017


BUPATI BARRU,


SUARDI SALEH

Diundangkan di Barru

Pada tanggal 22 Desember 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BARRU,


NASRUDDIN ABDUL MUTTALIB

BERITA DAERAH KABUPATEN BARRU TAHUN 2017 NOMOR 61

