



# GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR

SALINAN

PERATURAN GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR

NOMOR 28 TAHUN 2016

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BY LAWS)  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM  
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional maka perlu dibuatkan Peraturan Internal (Hospital Bylaws) Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal (Hospital by Laws) Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah-daerah Otonom Provinsi Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan dan Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 65, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1106);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 812, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. 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);
8. 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);
9. 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);
10. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 199);
11. Keputusan Presiden Nomor 137/P Tahun 2013 tentang Pengangkatan DR. H. Awang Faroek Ishak, M.M, M.Si sebagai Gubernur Kalimantan Timur dan HM. Mukmin Faisyal HP., S.H. sebagai Wakil Gubernur Kalimantan Timur masa Jabatan Tahun 2013-2018;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159.b/1988 tentang Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);

15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 231/MENKES/SK/II/2011 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Di Kota Samarinda Milik Pemerintah Kalimantan Timur;
19. Peraturan Daerah Nomor 10 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Kalimantan Timur (Lembaran Daerah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2008 Nomor 08) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Kalimantan Timur;
20. Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 81 Tahun 2011, tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Daerah Provinsi Kalimantan Timur;
21. Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 51 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL (HOSPITAL BY LAWS) RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM PROVINSI KALIMANTAN TIMUR.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
2. Pemerintahan Daerah adalah Penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi Kalimantan Timur menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Gubernur adalah Gubernur Kalimantan Timur.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Jiwa Milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur yang selanjutnya disebut Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
5. Peraturan Internal (*Hospital By laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.

6. Peraturan internal korporasi (corporate bylaws) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (corporate governance) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
7. Peraturan internal staf medis (medical staff bylaws) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (clinical governance) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Pemilik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam adalah Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur.
9. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit.
10. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur oleh Gubernur.
11. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
12. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan medicoetikolegal dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "hospital by laws" dan "medical staf by laws", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
13. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
14. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
15. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
16. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
17. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus;
18. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam.
19. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
20. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.

21. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
22. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
23. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur atas usul Komite Medik.
24. Kewenangan Klinis (Clinical Privilege) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).
25. Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (clinical privilege).
27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Mitra bestari (peer group) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
30. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, di mana Peserta didik didampingi oleh tenaga klinis dan non klinis.

## BAB II

### NAMA, VISI DAN MISI, NILAI, MOTTO, TUJUAN DAN STRATEGI

#### Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
- (2) Visi Dan Misi terdiri dari:
  - a. Visi yaitu "Menjadikan Rumah Sakit Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa se Kalimantan Tahun 2018".
  - b. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur mempunyai misi:
    1. Meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa yang prima.
    2. Meningkatkan kemudahan akses pelayanan kesehatan jiwa.

(3) Nilai/filosofi Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur :

a. Nilai-Nilai:

Sikap kerja pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai-nilai Nilai :SEHAT JIWA yaitu : Sederhana, Efisiensi, Harmonis, Aktif, Tertib, Jujur, Inisiatif, Wawasan, Antisipasi.

b. Filosofi:

Filosofi Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur adalah Bekerja Dengan niat tulus dan ikhlas serta profesional.

(4) Motto Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur yaitu SAMARINDA memiliki makna dan arti, sebagai berikut:

SA = Satu dalam kata, satu dalam perbuatan  
MA = Maju terus harapan kami  
RIN = Rindu akan sukses obsesi kami  
DA = Dari pada berbicara saja, lebih baik berbuat.

(5) Tujuan

1. Meningkatkan mutu manajemen pelayanan kesehatan jiwa.
2. Meningkatkan kualitas pengelolaan keuangan rumah sakit
3. Meningkatkan pengelolaan akses pelayanan rumah sakit

### BAB III

#### Sejarah Pendirian, Kelas, Alamat dan Logo

#### Pasal 3

(1) Rumah sakit jiwa Pusat (RSJP) samarinda didirikan pada tahun 1933 di atas tanah seluas 20.157 m<sup>2</sup> yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa Pada tahun 2005 Luas Rumah sakit bertambah dengan adanya bangunan baru Gedung Narkoba seluas 1.035,8M<sup>2</sup>. Pada awalnya RSPJ didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Pada tanggal 1 Januari 1951, pembiayaan diambil alih oleh pemerintah pusat. Berdasarkan Surat Keputusan bulan November 1951, kantor Rumah Sakit Jiwa dipisahkan dari Rumah Sakit Umum.

Struktur organisasi berdasarkan SK Menkes No135/Menkes/SK/IV/1978, Rumah Sakit Jiwa ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa kelas B

Sejalan Dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD ke Pemerintah Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes no. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penentuan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 di bawah pemerintah kota Samarinda

Pada tahun 2005, untuk menghilangkan stigma di masyarakat, Rumah Sakit Jiwa Samarinda berubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan Surat Keputusan Gubernur no. 03 tahun 2005, tanggal 17 Januari tahun 2005. Keputusan tersebut diperkuat dengan Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Timur Nomor 10 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah dengan Klasifikasi Kelas B. Pada Tahun 2011 berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 231/Menkes/SK/II/2011 serta Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Timur Nomor 06 Tahun 2011 Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam ditetapkan sebagai Rumah Sakit Khusus Kelas A.

- (2) Rumah Sakit Jiwa Kalimantan Timur adalah Rumah Sakit Khusus Kelas A;
- (3) Alamat Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam yaitu Jl. Kakap No.23 Kel. Sungai Dama Kec. Samarinda Ilir, Provinsi Kalimantan Timur.
- (4) Logo Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur sebagai berikut :



#### BAB IV

#### KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

#### Pasal 4

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Gubernur di bidang pelayanan kesehatan.

#### BAB V

#### TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

#### Pasal 5

- (1) Berdasarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Timur Nomor 81 tahun 2011 Tugas pokok Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam adalah melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah bidang pelayanan kesehatan pelayanan kesehatan jiwa dan narkotika, psikotropika, serta zat adiktif lainnya (NAPZA).

- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok, Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam mempunyai fungsi :
- a. perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian sesuai dengan rencana strategis yang ditetapkan oleh pemerintah daerah;
  - b. perumusan kebijakan bidang pelayanan kesehatan jiwa dan narkotika, psikotropika, serta zat-zat adiktif lainnya (NAPZA) sesuai rencana strategis yang ditetapkan Pemerintah Daerah;
  - c. pemberian dukungan atas perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan pelayanan kesehatan jiwa dan narkotika, psikotropika, serta zat adiktif lainnya (NAPZA) sesuai rencana strategis yang ditetapkan Pemerintah daerah;
  - d. pemberian dukungan atas perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian urusan umum dan keuangan;
  - e. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian urusan umum dan keuangan;
  - f. rumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian pelayanan bidang medik dan keperawatan;
  - g. rumusan, perencanaan, pembinaan dan koordinasi dan pengendalian, penunjang dan pengembangan sumberdaya manusia serta peningkatan mutu;
  - h. pembinaan kelompok jabatan Fungsional; dan
  - i. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

## BAB VI KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

### Bagian Kesatu

#### Kewenangan Pemerintah Daerah

#### Pasal 6

Kewenangan Pemerintah Daerah selaku pemilik Rumah Sakit terdiri dari :

- a. menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola/Hospital Bylaws dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya;
- b. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- c. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- d. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang disetujui oleh Dewan Pengawas;
- e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; dan
- f. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan.



Bagian Kedua  
Tanggung Jawab Pemerintah Daerah  
Pasal 7

Tanggung jawab pemerintah daerah selaku pemilik Rumah Sakit terdiri dari:

- a. Pemerintah dalam hal ini Gubernur selaku pemilik bertanggung jawab atas pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang didelegasikan ke Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam
- b. Pemerintah bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen;
- c. Pemerintah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

BAB VIII

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Organisasi

Pasal 8

- (1) Dewan Pengawas pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur dibentuk dengan Keputusan Gubernur Kalimantan Timur.
- (2) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (3) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
  - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
  - b. pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas terdiri atas :
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
  - d. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Bagian Kedua  
Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 9

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila :
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang- undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit atau; dan
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Bagian Ketiga  
Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur atas usul Direktur Rumah Sakit;
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Gubernur mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit;
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
  - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
  - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (Hospital Bylaws/Statuta) Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur melalui Rapat Dewan Pengawas;
  - c. bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan

- d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial;
- (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Gubernur dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.
- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

## BAB VIII TUGAS, KEWAJIBAN DAN WEWENANG

### Bagian Kesatu Tugas Dewan Pengawas

#### Pasal 11

Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit. Dalam melaksanakan fungsi tersebut di atas, maka Dewan Pengawas bertugas :

- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
- b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
- c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
- d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit sesuai ketentuan perundang-undangan.

### Bagian Kedua Kewajiban Dewan Pengawas

#### Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit;
  - c. memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;

- d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit kepada Pejabat Pengelola; dan
  - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disampaikan sebagai berikut:
- a. laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir; dan
  - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat:
- a. penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
  - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
  - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
- a. penurunan kinerja BLUD
  - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas

Bagian Ketiga  
Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 13

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, 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 dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
- c. Meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance).

- d. Memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.
- e. Meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);
- f. Berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur (hospital by laws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur.
- g. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit

## BAB IX TATA KERJA DEWAN PENGAWAS

### Bagian Kesatu

#### Rapat Rutin

#### Pasal 14

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
  - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).
- (6) Setiap rapat dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Bagian Kedua  
Rapat Khusus

Pasal 15

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
  - a. permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
  - b. permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.
- (5) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Bagian Ketiga  
Rapat Tahunan

Pasal 16

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Bagian Keempat

Peserta Rapat

Pasal 17

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

Bagian Kelima  
Pejabat Ketua

Pasal 18

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Bagian Keenam

Kuorum

Pasal 19

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Bagian Ketujuh  
Risalah Rapat

Pasal 20

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditanda tangani oleh ketua Dewan Pengawas dalam waktu maksimal empat belas hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan  
Pemungutan Suara

Pasal 21

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

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

Bagian Kesembilan  
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 22

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal (Hospital By laws/Statuta) ini.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Kesepuluh  
Cap

Pasal 23

Cap Dewan Pengawas berentuk bulat seperti gambar berikut:

Bagian Kesebelas

Peran Terhadap Staf Medis Fungsional

Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Staf Medis Fungsional (SMF) untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap Staf Medis Fungsional (SMF) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi- fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.



BAB X  
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT  
Bagian Kesatu  
Pejabat Pengelola

Pasal 25

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Gubernur.

Bagian Kedua  
Tugas Pokok Pejabat Pengelola

Pasal 26

- (1) Direktur adalah pimpinan tertinggi sebagai penanggung jawab umum operasional serta keuangan rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Dalam rangka pelaksanaan tugasnya Direktur dibantu oleh dua orang Wakil Direktur yang bertanggung jawab kepada Direktur yakni : Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Direktur memiliki tugas dan fungsi sebagai memimpin pelaksanaan tugas pokok dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5.
- (4) Evaluasi/penilaian kinerja Direktur dilakukan oleh Gubernur paling sedikit satu kali dalam setahun.
- (5) Direktur rumah sakit yang merupakan Aparatur Sipil Negara menjadi pejabat pengguna anggaran/barang daerah.
- (6) Dalam hal Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berasal dari non aparatur sipil negara pejabat keuangan rumah sakit wajib dari aparatur sipil negara yang merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.

Pasal 27

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

BAB XI

SATUAN PEMERIKSA INTERNAL (SPI)

Pasal 28

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) terdiri atas :
- a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit; dan
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
    1. Informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya.
    2. Fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif.
    3. Penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan.
    4. Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi:
- a. unit monitoring yang bersifat independen untuk membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
  - b. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan

- c. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit;
  - d. satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur;
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

## BAB X

### KOMITE-KOMITE

#### Pasal 29

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Pembentukan komite-komite yaitu:
- a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
  - e. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan
  - f. Komite Farmasi dan Terapi.
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

#### Bagian Kesatu

#### Komite Medik

#### Pasal 30

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit; dan
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

Bagian Kedua  
Organisasi dan Keanggotaan Komite Medis

Pasal 31

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

Bagian Ketiga  
Pemilihan Komite Medik

Pasal 32

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua-ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

Bagian Keempat  
Tugas dan Fungsi Komite Medik

Pasal 33

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi :
  - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
    - 1. Kompetensi.
    - 2. Kesehatan fisik dan mental.
    - 3. Perilaku.
    - 4. Etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik Komite Medik memiliki fungsi:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
  - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Bagian Kelima

#### Wewenang Komite Medik

#### Pasal 34

- (1) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/delineation of clinical privilege.
- (2) Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/clinical appointment.
- (3) Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/clinical privilege.
- (4) Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/delineation of clinical privilege.
- (5) Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis.
- (6) Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.

- (7) Memberikan rekomendasi pendampingan/proctoring.
- (8) Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Keenam  
Sub Komite

Pasal 35

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit terdiri dari :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Bagian Keenam  
Sub Komite Kredensial

Pasal 36

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf edic di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

Bagian Ketujuh  
Organisasi Sub Komite Kredensial

Pasal 37

- (1) Organisasi Sub Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Anggota.
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

Bagian Kedelapan  
Tata Kerja Sub Komite Kredensial

Pasal 38

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
  - a. kompetensi:
    1. Berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu.
    2. Kognitif.
    3. Afektif.
    4. Psikomotor.
  - b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis;
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
  - a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik;
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa :
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri;

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

Bagian Kesembilan  
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 39

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

Bagian Kesepuluh  
Organisasi Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 40

Organisasi Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. anggota.

Bagian Kesebelas  
Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 41

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting:
- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis/clinical privilege sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/Clinical Privilege; dan
  - d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.
- (2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis :
- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar/criteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - f. menerapkan perbaikan; dan
  - g. rencana reaudit.



- (3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis :
- a. Menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
  - b. Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (death case), kasus sulit maupun kasus langka;
  - c. Setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
  - d. Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
  - e. Sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
  - f. Setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
  - g. Sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
  - h. Menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
  - i. Memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan :
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis; dan
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (proctoring) tersebut.

Bagian Keduabelas  
Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 42

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

Bagian Ketigabelas  
Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 43

Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. anggota.

Bagian Keempatbelas  
Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 44

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis terdiri dari:
  - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - d. kode etik kedokteran indonesia;
  - e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
  - f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di indonesia;
  - g. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
  - h. standar prosedur operasional asuhan medis.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan:
  - a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
  - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur atau Direktur Rumah Sakit terlapor.

- (4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, terdiri dari:
- a. Sumber laporan:
    1. Perorangan:
      - 1.1 Manajemen rumah sakit.
      - 1.2 Staf medis lain.
      - 1.3 Tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan.
      - 1.4 Pasien atau keluarga pasien.
    2. Non perorangan:
      - 2.1 hasil konferensi kematian.
      - 2.2 hasil konferensi klinis.
  - b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal seperti:
    1. Kompetensi klinis.
    2. Penatalaksanaan kasus medis.
    3. Pelanggaran disiplin profesi.
    4. Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit.
    5. Ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
  - c. Pemeriksaan:
    1. Dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi.
    2. Melalui proses pembuktian.
    3. Dicatat oleh petugas sekretariat komite medic.
    4. Terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut.
    5. Panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan.
    6. Seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
  - d. Keputusan:

Keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Medik.
  - e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:
    1. Peringatan tertulis.
    2. Limitasi (reduksi) kewenangan klinis.
    3. Bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut.
    4. Pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.

f. Pelaksanaan Keputusan:

Keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.

- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, symposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Bagian Kelimabelas  
Rapat Komite Medik

Pasal 45

(1) Rapat Komite Medik terdiri dari :

- a. Rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. Rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. Rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya urgent; dan
  - d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir.
  - (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum.
  - (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.
  - (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak.
  - (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
  - (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Keenambelas  
Rapat Khusus

Pasal 46

- (1) Rapat khusus diadakan apabila :
  - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
  - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
  - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a harus dilakukan 7(tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Bagian Ketujuhbelas  
Rapat Tahunan

Pasal 47

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

BAB XI  
KOMITE ETIK DAN HUKUM

Pasal 48

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Biro Hukum dan HAM Sekretariat Daerah Provinsi Kalimantan Timur dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah Provinsi Kalimantan Timur dalam menyelesaikan masalah medikolegal.
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi :
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetikolegal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
  - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit; dan
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB XII  
KOMITE KEPERAWATAN  
Bagian Kesatu  
Organisasi Komite Keperawatan

Pasal 49

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan;

Bagian Kedua  
Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

Pasal 50

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur;
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. ketua;
  - b. sekretaris; dan
  - c. sub komite;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

Bagian Ketiga  
Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan

Pasal 51

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit;
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Bagian Keempat  
Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan

Pasal 52

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
  - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
  - d. penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Bagian Kelima  
Wewenang Komite Keperawatan

Pasal 53

- (1) Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
- (2) Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- (3) Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- (4) Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
- (5) Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Bagian Keenam  
Sub Komite

Pasal 54

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di Rumah Sakit terdiri atas :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Bagian Ketujuh  
Sub Komite Kredensial

Pasal 55

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas:
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada semua komite keperawatan.



Bagian Kedelapan  
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 56

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas :
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 70 ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya team add hoc kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

Bagian Kesembilan  
Sub Komite Etik dan Disiplin

Pasal 57

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk team ad hoc baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja team ad hoc sebagaimana dimaksud pada 71 ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Bagian Kesepuluh  
Rapat-Rapat

Pasal 58

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari: Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang tahunan.

(3) Rapat Kerja meliputi:

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

(4) Rapat Rutin meliputi:

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

(5) Rapat Pleno meliputi:

- a. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
- b. rapat pleno dipimpin oleh ketua komite keperawatan atau kepala bidang keperawatan dan dihadiri oleh sekretaris komite keperawatan, sub komite dan kasi keperawatan; dan
- c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.

(6) Sidang Tahunan meliputi:

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

### BAB XIII

#### KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

##### Pasal 59

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
  - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit; dan
  - h. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur;
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

### BAB IV

#### KOMITE FARMASI DAN TERAPI

##### Pasal 60

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan kalimantan timur;

- d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

## BAB XV

### STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)

#### Pasal 61

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

## BAB XVI

### INSTALASI

#### Pasal 62

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur membentuk Instalasi yang terdiri dari :
  - a. Instalasi Rekam Medik;
  - b. Instalasi Rawat Jalan;
  - c. Instalasi Gawat Darurat;
  - d. Instalasi Rawat Inap;
  - e. Instalasi Pemulihan ketergantungan Napza;
  - f. Instalasi Sterilisasi dan Laundry;
  - g. Instalasi Laboratorium;
  - h. Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat;
  - i. Instalasi Farmasi;
  - j. Instalasi Gizi;

- k. Instalasi Rehabilitasi;
  - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
  - m. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Limbah;
  - n. Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3); dan
  - o. Instalasi Radiologi.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan cross functional approach secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.
- (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

## BAB XVII

### KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

#### Pasal 63

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

BAB XVIII  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (MEDICAL STAFF BY LAWS)

Pasal 64

- (1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (Good Clinical Governance) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi:
  - a. tercapinya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
  - b. tercapinya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
  - c. terciptanya tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit; dan
  - d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (peer group) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Ruma Sakit.

BAB XIX  
KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGE)

Pasal 65

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

Bagian Kesatu  
Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 66

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis :

- a. Pendidikan:
  1. Lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi.
  2. Menyelesaikan program pendidikan kedokteran.
- b. Perizinan (lisensi):
  1. Memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi.
  2. Memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. Kegiatan penjagaan mutu profesi:
  1. Menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya.
  2. Berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. Kualifikasi personal:
  1. Riwayat disiplin dan etik profesi.
  2. Keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui.
  3. Keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien.
  4. Riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan.
  5. Memiliki asuransi proteksi profesi.
- e. Pengalaman di bidang keprofesian:
  1. Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi.
  2. Riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Bagian Kedua  
Pembatalan Kewenangan Klinis

Pasal 67

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.

- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota SMF setelah terlebih dahulu:
- a. ketua SMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - c. komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota SMF yang bersangkutan;
  - d. subkomite Kredensial berhak memanggil anggota SMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti- bukti tertulis tentang pelanggaran / penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - e. subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

### Bagian Ketiga

#### Pencabutan Kewenangan Klinis

##### Pasal 68

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
  - c. mendapat tindakan disiplin dari komite medik.

### Bagian Keempat

#### Pengakhiran Kewenangan Klinis

##### Pasal 69

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
  - a. habis masa berlakunya;
  - b. dicabut sesuai ketentuan Pasal 68 ayat (2).

### BAB XX

#### PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

##### Pasal 70

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



- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (member) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

## BAB XXI

### PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

#### Pasal 71

Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan- aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws). Aturan profesi tersebut antara lain:

- a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
- c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

## BAB XXII

### TATA CARA REVIU

### DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

#### Pasal 72

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur.

BAB XVII  
KERAHASIAN INFORMASI MEDIS  
Bagian Kesatu  
Kerahasiaan Pasien

Pasal 73

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur/Wadir Pelayanan.

Bagian Kedua  
Informasi Medis

Pasal 74

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
  - a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis; dan
  - e. kemungkinan Komplikasi.

Bagian Ketiga  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 75

- (1) Hak pasien meliputi :
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;

- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :

- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di rumah Sakit ;
- b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
- c. mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
- d. memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
- e. menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
- f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata ke dalam Rumah Sakit;
- g. menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
- h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
- i. meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
- j. memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit ; melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;

- k. bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
- l. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Pasal 76

(1) Hak dokter meliputi :

- a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
- d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.

(2) Kewajiban Dokter meliputi :

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
- b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
- c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
- d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
- e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Pasal 78

(1) Hak Rumah Sakit meliputi :

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

(2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;

- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital by laws);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

### BAB XXIII

#### KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

##### Pasal 78

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).

- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Umum dan Keuangan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Wakil Direktur Pelayanan.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural.
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal;
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum.

## BAB XXIV

### PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

#### Bagian Kesatu

#### Perencanaan

#### Pasal 79

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

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

## Bagian Kedua

### Penganggaran

#### Pasal 80

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit;
- (2) Penyusunan Renstra Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.
- (3) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100, memuat:
  - a. kinerja tahunan berjalan;
  - b. asumsi makro dan mikro;
  - c. target kinerja;
  - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
  - e. perkiraan harga;
  - f. anggaran pendapatan dan biaya;
  - g. besaran persentase ambang batas;
  - h. prognosa laporan keuangan;
  - i. perkiraan maju (forward estimate);
  - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
  - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan rencana kerja dan anggaran satuan kerja perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

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

Bagian Ketiga  
Persetujuan

Pasal 82

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 81 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud Pasal 103 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

BAB XXV

AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Bagian Kesatu  
Akuntansi

Pasal 84

- (1) Rumah Sakit menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan Rumah Sakit dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) Rumah Sakit menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) Rumah Sakit mengembangkan dan menerapkan system akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.



Bagian Kedua  
Pelaporan dan Pertanggungjawaban  
Pasal 84

- (1) Laporan keuangan Rumah Sakit terdiri dari :
  - a. laporan neraca;
  - b. laporan operasional;
  - c. laporan arus kas;
  - d. laporan realisasi anggaran; dan
  - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap tri wulan Rumah Sakit menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (5) Setiap semesteran dan tahunan Rumah Sakit wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB XXVI

PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 86

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

Bagian Kedua  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 87

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit. Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit diajukan oleh Direktur kepada Gubernur sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit ditetapkan dengan Keputusan Gubernur dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Umum dan Hukum.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil) yang mulai dilaksanakan pada tahun 2014.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Gubernur dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA sesuai ketentuan Pasal 12 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.
- (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Gubernur.
- (8) LAKIP Rumah Sakit berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

BAB XXVII

TUNTUTAN UMUM

Pasal 87

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutanannya.

- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

## BAB XXVIII

### KETENTUAN LAIN-LAIN

#### Pasal 88

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Hospital Bylaws ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan Rumah Sakit ditetapkan Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB XXIX

### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 89

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Kalimantan Timur.

Ditetapkan di Samarinda  
pada tanggal

GUBERNUR KALIMANTAN TIMUR,

ttd


DR. H. AWANG FAROEK ISHAK

Salinan sesuai dengan aslinya  
a.n. KEPALA BIRO HUKUM

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI KABAG. PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN,  
KALIMANTAN TIMUR,

ttd

DR. H. RUSMADI

  
Hj. WAHEDAWATI, SE  
PEMBINA TK. I  
NIP. 19611128 198601 2004