



GUBERNUR KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN GUBERNUR KALIMANTAN SELATAN

NOMOR 084 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL

RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR KALIMANTAN SELATAN,

- Menimbang:**
- a. bahwa untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit dalam melaksanakan kewajibannya kepada masyarakat dan untuk memberikan kepastian hukum, serta mengatur hubungan antar pemilik rumah sakit dengan pengelola/manajemen serta staf medik fungsional, perlu membuat peraturan internal rumah sakit agar dapat terwujud tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik;
 - b. bahwa sesuai ketentuan dalam Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, disebutkan bahwa rumah sakit berkewajiban membuat dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum;
- Mengingat:**
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2020 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan/atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6516);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah 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);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
7. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
8. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2022 tentang Provinsi Kalimantan Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6779);

9. 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);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
14. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Komite Keperawatan Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 Tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Tahun 2014 Nomor 360);

19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Tahun 2014 Nomor 1609);
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2019 tentang Perubahan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 Tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
23. Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 4 Tahun 2013 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2013 Nomor 4);
24. Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 64 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Publik (Berita Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2014 Nomor 64);
25. Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 1 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Berita Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2021 Nomor 1);
26. Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 61 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum (Berita Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2021 Nomor 61);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT JIWA SAMBANG LIHUM PROVINSI KALIMANTAN SELATAN.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Kalimantan Selatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksana urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Gubernur adalah Gubernur Kalimantan Selatan.
4. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan organisasi rumah sakit dan peraturan Staf Medis rumah sakit yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
5. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
6. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan.
7. Dewan Pengawas adalah unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggungjawab kepada pemilik Rumah Sakit, yang terdiri dari ketua dan anggota, yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh direksi dan memberikan nasihat kepada direksi dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit.
8. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat SKPD adalah unsur perangkat daerah pada Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan yang melaksanakan urusan Pemerintahan Daerah.
9. Direktur Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur Rumah Sakit oleh Gubernur.
10. Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah.
11. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar Staf Medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
12. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit.
13. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
14. Peraturan Internal Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik serta komite keperawatan di Rumah Sakit.

15. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
16. Kewenangan Klinis Medis 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.
17. Penugasan Klinis Medis adalah penugasan Direktur kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar Kewenangan Klinis Medis yang telah ditetapkan baginya.
18. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap berupa asesmen medis sampai dengan implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien dengan satu patologi/penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di Rumah Sakit, baik pada pelayanan gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap.
19. Kredensial Medis adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis Medis.
20. Rekredensial Medis adalah proses re-evaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis Medis untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis Medis tersebut.
21. SubKomite Medis adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk memberikan masukan kepada Komite Medik dalam berbagai bidang yang dibutuhkan, yang ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan dari Komite Medik.
22. Subkomite adalah anggota Komite Medik yang terdiri dari SubKomite kredensial, mutu profesi, serta etika dan disiplin profesi.
23. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural yang mempunyai tugas utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
24. Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
25. Penugasan Klinis adalah penugasan Direktur kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan di Rumah Sakit tersebut berdasarkan daftar Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan.
27. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan tersebut.
28. Audit Keperawatan adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan.

29. Mitra Bestari adalah sekelompok Tenaga Kesehatan dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan Tenaga Kesehatan.
30. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medico-etikolegal* dan etika pelayanan Rumah Sakit, penyelesaian masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit, etika penelitian di Rumah Sakit, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
31. Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi yang selanjutnya disingkat Komite PPI adalah wadah non struktural yang mempunyai tugas menyusun, menetapkan, serta mengevaluasi kebijakan tentang pengendalian pencegahan infeksi di Rumah Sakit yang dibuat oleh Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi dan disetujui oleh Direktur setelah melalui proses dibidang hukum Rumah Sakit.
32. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang selanjutnya disingkat Komite PMKP adalah wadah non struktural yang mempunyai tugas utama sebagai penjaga kualitas mutu dan keselamatan pasien yang berdasar pada kebijakan yang dibuat oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang telah disetujui oleh Direktur setelah melalui proses di bidang hukum Rumah Sakit.
33. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah non struktural yang terdiri dari berbagai macam profesi kesehatan lainnya yang mempunyai tugas utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
34. Kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya adalah proses verifikasi suatu keahlian atau kompetensi berdasarkan pengalaman dan profesionalisme Tenaga Kesehatan lain dalam memberikan pelayanan yang spesifik sesuai area praktiknya dengan mengedepankan mutu dan keselamatan pasien
35. Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya adalah uraian intervensi yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan lain sesuai dengan area praktiknya.
36. Penugasan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya adalah penugasan Direktur kepada Tenaga Kesehatan lainnya untuk melakukan pelayanan kesehatan atau asuhan berdasarkan daftar kewenangan klinis, melalui proses kredensial.
37. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non-struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
38. Staf Medik Fungsional yang selanjutnya disingkat SMF adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis/sub spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.
39. Rapat Rutin Dewan Pengawas yang selanjutnya disebut Rapat Rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.

40. Rapat Tahunan Dewan Pengawas yang selanjutnya disebut Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
41. Rapat Khusus Dewan Pengawas yang selanjutnya disebut Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan dan hal-hal yang dianggap khusus.
42. Dokter dan Dokter Gigi adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit.
43. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintesis maupun semisintesis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, yang dibedakan ke dalam golongan-golongan.
44. Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.
45. Zat Adiktif adalah bahan yang menyebabkan adiksi atau ketergantungan yang membahayakan kesehatan dengan ditandai perubahan perilaku, kognitif, dan fenomena fisiologis, keinginan kuat untuk mengonsumsi bahan tersebut, kesulitan dalam mengendalikan penggunaannya, memberi prioritas pada penggunaan bahan tersebut daripada kegiatan lain, meningkatnya toleransi dan dapat menyebabkan keadaan gejala putus zat.
46. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem Pola Pengelolaan Keuangan yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dan pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
47. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Bagian Kesatu Maksud

Pasal 2

Peraturan Internal Rumah Sakit ini adalah sebagai:

- a. acuan Pemilik Rumah Sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. acuan bagi direksi dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional;

- c. sarana menjamin efektivitas, efisiensi, dan mutu;
- d. sarana dalam perlindungan hukum;
- e. acuan penyelesaian konflik; dan
- f. persyaratan dalam akreditasi Rumah Sakit.

**Bagian Kedua
Tujuan**

Pasal 3

Peraturan Internal Rumah Sakit ini bertujuan untuk mengatur batas kewenangan, hak, kewajiban, dan tanggung jawab Pemilik Rumah Sakit melalui perwakilannya (Dewan Pengawas), direksi selaku pengelola dan Staf Medis/ Tenaga Kesehatan yang terhimpun dalam Komite Medik dan komite lainnya sehingga setiap persoalan antar mereka lebih mudah diselesaikan akibat adanya hubungan yang selaras dan serasi.

**BAB III
NAMA DAN TUGAS RUMAH SAKIT**

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum.
- (2) Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum mempunyai tugas menyelenggarakan sebagian urusan Pemerintah Daerah di bidang penyelenggaraan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan kesehatan lainnya dan pencegahan gangguan kejiwaan serta pelaksanaan upaya rujukan.

**BAB IV
VISI, MISI, MOTTO, SEMBOYAN, DAN NILAI RUMAH SAKIT**

**Bagian Kesatu
Visi**

Pasal 5

Visi Rumah Sakit adalah selangkah di depan.

**Bagian Kedua
Misi**

Pasal 6

Misi Rumah Sakit adalah menjadi pusat pelayanan, pendidikan, dan penelitian dalam bidang kesehatan jiwa.

Bagian Ketiga
Motto

Pasal 7

Motto Rumah Sakit adalah melayani dengan penuh kepedulian.

Bagian Keempat
Semboyan

Pasal 8

Semboyan Rumah Sakit adalah “JUJUR”, meliputi jujur, unggul, jaga teman, utamakan pelayanan, rela.

Bagian Kelima
Nilai Rumah Sakit

Pasal 9

- (1) Nilai Rumah Sakit yang disingkat dengan nilai TAPE KEJU meliputi:
 - a. tanggung jawab;
 - b. peduli;
 - c. kebersamaan; dan
 - d. jujur.
- (2) Nilai tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a memiliki makna bahwa setiap karyawan bertanggung jawab penuh terhadap tindakan yang dilakukannya dan melaksanakan kewajibannya.
- (3) Nilai peduli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b memiliki makna bahwa melakukan proses pelayanan secara profesional dengan rasa empati dan kepedulian penuh terhadap kemanusiaan.
- (4) Nilai kebersamaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c memiliki makna bahwa bertindak, bersikap, berkata, berfikir untuk kebersamaan dan menjauhkan diri dari fikiran, perkataan, sikap serta tindakan yang dapat memecahbelah kebersamaan.
- (5) Nilai jujur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d memiliki makna bahwa mengemukakan secara terbuka setiap permasalahan untuk mendapatkan pemecahan masalah tanpa merugikan pihak lain.

BAB V
WEWENANG DAN TANGGUNG JAWAB PEMILIK RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Wewenang Pemilik Rumah Sakit

Pasal 10

Pemilik Rumah Sakit memiliki wewenang:

- a. mengangkat dan memberhentikan direksi;
- b. mengangkat dan memberhentikan pejabat struktural lainnya atas usulan Direktur;
- c. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
- d. menyetujui dan mengkaji visi Rumah Sakit secara priodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui nilai Rumah Sakit;
- e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit;
- f. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- g. melakukan pengawasan dan pengendalian terhadap operasional Rumah Sakit;
- h. meminta pertanggung jawaban atas tugas dan kewenangan yang diberikan kepada Direktur; dan
- i. mendelegasikan wewenangnya kepada Direktur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Tanggung Jawab Pemilik Rumah Sakit

Pasal 11

(1) Pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab untuk:

- a. menyediakan Rumah Sakit berdasarkan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. membina dan mengawasi penyelenggaraan Rumah Sakit;
- d. memberikan perlindungan kepada Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- e. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- g. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- h. menjamin pembiayaan pelayanan kegawat daruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- i. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan

- j. mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.
- (2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan kewenangan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Tugas, Kewajiban, Tanggung Jawab dan Wewenang

Pasal 12

- (1) Dalam hal melaksanakan fungsi, Dewan Pengawas bertugas:
- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana bisnis anggaran serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas yang dibentuk pada Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD, selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan BLUD sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Gubernur.

Pasal 13

Dalam hal melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada pasal 12 Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab dan wewenang:

- a. melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
- b. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai rencana bisnis anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
- c. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Gubernur mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;

- d. memberikan nasehat kepada direksi dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
- e. meminta penjelasan kepada pejabat pengelola;
- f. meminta pejabat pengelola/atau pejabat lain sepengetahuan pejabat pengelola untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
- g. menyetujui dan mengkaji visi Rumah Sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui nilai Rumah Sakit;
- h. menyetujui rencana strategis dan rencana operasional Rumah Sakit;
- i. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan, profesional kesehatan dan dalam penelitian serta pengawasan mutu terhadap program-program Rumah Sakit;
- j. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dan memenuhi misi dan rencana strategi Rumah Sakit;
- k. melakukan evaluasi tahunan kinerja direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
- l. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dengan mendatangkan ahli, konsultasi atau lembaga independen lainnya jika diperlukan;
- m. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
- n. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali & memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Bagian Kedua
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Gubernur dapat mengangkat seorang sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau dokumen pola tata kelola dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (5) Persyaratan sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memahami:
 - a. tata administrasi surat menyurat dan pengarsipan;
 - b. memiliki pengetahuan dalam tata kelola BLUD; dan

- c. memiliki integritas serta berwawasan perumahsakit.

Pasal 15

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.
- (2) Anggota Dewan Pengawas dan sekretaris Dewan Pengawas dapat diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Bagian Ketiga Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 16

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari unsur:
 - a. pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - c. tenaga ahli dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi kegiatan BLUD.
- (2) Unsur pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditunjuk oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (3) Unsur pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Unsur tenaga ahli dari profesional atau perguruan tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi/asosiasi perguruan tinggi.
- (5) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah maksimal 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota atau 3 (tiga) orang dengan 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota.
- (6) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau tim *ad hoc* dengan anggaran biaya dibebankan pada rencana bisnis anggaran Rumah Sakit.
- (7) Kriteria pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 17

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan BLUD;
- c. memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakit;
- d. memiliki pengetahuan tentang tugas dan fungsi BLUD;

- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah S-1 (strata satu);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh tahun) terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (1);
- h. mampu/cakap melaksanakan perbuatan hukum;
- i. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- j. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana dan tidak sedang menjalani sanksi pidana;
- k. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
- l. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 18

Ketentuan mengenai tugas dan wewenang Dewan Pengawas bagi Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.

BAB VII

PEMBENTUKAN, MASA JABATAN, PEMBERHENTIAN, DAN PENGGANTIAN

Bagian Kesatu Pembentukan

Pasal 19

Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur.

Bagian Kedua Masa Jabatan

Pasal 20

Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Pemberhentian Keanggotaan

Pasal 21

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.

- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Pemilik Rumah Sakit dalam hal:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau Daerah.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Pemilik Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Penggantian Keanggotaan

Pasal 22

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (3), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 dan Pasal 17.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana di maksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

BAB VIII
RAPAT DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Rapat Rutin

Pasal 23

- (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 direksi Rumah Sakit dan Komite Medik, Komite Keperawatan serta pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.

- (3) Rapat Rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (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, direksi, Komite Medik, Komite Keperawatan dan pihak lain yang tertentu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya (bila ada).

Bagian Kedua Rapat Khusus

Pasal 24

- (1) Dewan Pengawas menyelenggarakan Rapat Khusus untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam Rapat Rutin maupun Rapat Tahunan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengundang untuk Rapat Khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan/atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan Rapat Khusus disampaikan oleh sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum Rapat Khusus diselenggarakan.
- (4) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) 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 Rapat Khusus.

Bagian Ketiga Rapat Tahunan

Pasal 25

- (1) Dewan Pengawas menyelenggarakan Rapat Tahunan setiap tahun.
- (2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (3) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam setahun.

- (4) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Bagian Keempat
Undangan Rapat

Pasal 26

Setiap rapat dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Bagian Kelima
Peserta Rapat

Pasal 27

Setiap Rapat Rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh:

- a. para wakil Direktur;
- b. Komite Medik;
- c. Komite Keperawatan; dan
- d. pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit dan/atau di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

BAB IX
DIREKSI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 28

- (1) Pengelolaan atau pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan di Rumah Sakit dilakukan oleh direksi bersama dengan pejabat struktural dan fungsional lainnya.
- (2) Anggota direksi berjumlah 4 (empat) orang, yang terdiri atas 1 (satu) orang Direktur dan 3 (tiga) orang wakil Direktur.
- (3) Direktur merupakan pimpinan Rumah Sakit yang dalam melaksanakan tugas kepemimpinannya dibantu oleh 3 (tiga) orang wakil Direktur.
- (4) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri atas:
 - a. 1 (satu) orang wakil Direktur administrasi umum dan keuangan;
 - b. 1 (satu) orang wakil Direktur penunjang non medik, hukum dan litbang; dan
 - c. 1 (satu) orang wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik.
- (5) Anggota direksi diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.

- (6) Direksi bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit melalui Dewan Pengawas dalam hal pengelolaan dan pengawasan Rumah Sakit beserta fasilitasnya, personil, dan sumber daya terkait.
- (7) Direksi bertugas untuk melaksanakan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.
- (8) Tugas pokok, fungsi, wewenang, dan tanggung jawab direksi ditentukan oleh Gubernur dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Peraturan Gubernur.
- (9) Selain yang diatur dalam peraturan perundang-undangan, direksi mempunyai tugas dan wewenang untuk:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, mengevaluasi dan mengelola penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan visi dan misi serta tujuan Rumah Sakit;
 - b. bertanggung jawab memelihara dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
 - c. mewakili Rumah Sakit baik didalam maupun di luar pengadilan;
 - d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemilik Rumah Sakit;
 - e. menyusun rencana strategis;
 - f. menyiapkan rencana jangka panjang dan rencana bisnis anggaran Rumah Sakit;
 - g. mengawasi pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai dengan peraturan dan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit;
 - h. menetapkan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit pada tingkat kelengkapan operasional sesuai dengan kebutuhan organisasi;
 - i. mengangkat dan memberhentikan tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - j. mengangkat dan memberhentikan kepala instalasi, kepala ruang rawat inap dan poliklinik;
 - k. memberikan perlindungan hukum kepada semua sumber daya manusia yang dipekerjakan;
 - l. melakukan kerjasama dengan pihak lain untuk pengembangan Rumah Sakit;
 - m. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honor dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - n. menyiapkan laporan berkala dan tahunan; dan
 - o. menyusun kebijakan teknis operasional Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Pengangkatan, Masa Kerja, dan Pemberhentian Direksi

Pasal 29

- (1) Anggota direksi diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
- (2) Anggota direksi diangkat untuk masa jabatan tertentu.
- (3) Anggota direksi dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan baik karena kesengajaan atau kelalaiannya.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Gubernur kepada anggota direksi yang bersangkutan.
- (5) Pemberhentian karena alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d, merupakan pemberhentian tidak dengan hormat.
- (6) Kedudukan sebagai direksi berakhir dengan dikeluarkannya keputusan pemberhentian oleh Gubernur.
- (7) Apabila salah satu atau beberapa anggota direksi berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh anggota direksi lainnya yang ditunjuk sementara oleh Pemilik Rumah Sakit.

Bagian Ketiga
Persyaratan Menjadi Direksi

Pasal 30

Yang dapat diangkat menjadi anggota direksi adalah orang-perorangan yang terdiri atas:

- a. berkewarganegaraan Indonesia;
- b. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- c. berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan Rumah Sakit;
- d. memiliki pengetahuan dan wawasan dalam bidang manajemen perumahsakitian, baik pendidikan formal maupun telah mengikuti pelatihan khusus manajemen Rumah Sakit;
- e. khusus bagi jabatan Direktur harus dari seorang tenaga medis, kecuali dalam keadaan tertentu sebagai pelaksana tugas; dan
- f. bersedia melepaskan jabatan fungsionalnya.

**Bagian Keempat
Tugas Pokok, dan Tanggung Jawab Direktur**

Pasal 31

- (1) Direktur mempunyai tugas:
- a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kesehatan jiwa secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan peningkatan kesehatan lainnya dan pencegahan gangguan kejiwaan serta pelaksanaan upaya rujukan;
 - b. mematuhi peraturan pundang-undangan yang berlaku;
 - c. menjalankan visi dan misi yang Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
 - d. menetapkan kebijakan Rumah Sakit;
 - e. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
 - f. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
 - g. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada representatif Pemilik Rumah Sakit/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
 - h. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit;
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi Pemilik Rumah Sakit/Dewan Pengawas; dan
 - j. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan jabatannya, Direktur bertanggung jawab terhadap:
- a. operasional Rumah Sakit sesuai dengan fungsinya; dan
 - b. tata kelola keuangan Rumah Sakit.

**Bagian Kelima
Wakil Direktur Administrasi Umum dan Keuangan**

Pasal 32

- (1) Wakil Direktur administrasi umum dan keuangan mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan urusan umum dan kepegawaian, program, organisasi Rumah Sakit, pengelolaan aset, sumber daya manusia, penyusunan anggaran dan pengelolaan keuangan.

- (2) Dalam hal melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wakil Direktur administrasi umum dan keuangan menyelenggarakan fungsi:
- a. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan urusan umum dan kepegawaian;
 - b. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian pengelolaan keuangan;
 - c. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan kegiatan penyusunan anggaran;
 - d. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian kegiatan penyusunan program Rumah Sakit;
 - e. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian sumber daya manusia;
 - f. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan analisis dan efektifitas organisasi dan ketatalaksanaan Rumah Sakit;
 - g. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian kegiatan pengelolaan aset; dan
 - h. pelaksanaan koordinasi dengan instansi atau lembaga terkait lainnya di bidang administrasi, umum, dan keuangan.

Bagian Keenam

Wakil Direktur Penunjang Non Medik, Hukum, dan Litbang

Pasal 33

- (1) Wakil Direktur penunjang medik, hukum dan litbang mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan penunjang non medik, pengembangan sumber daya non medik, kebijakan hukum dan informasi serta pendidikan, penelitian dan pengembangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wakil Direktur penunjang non medik, hukum dan litbang menyelenggarakan fungsi:
- a. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan urusan pemeliharaan sarana prasarana non medik serta sumber daya non medik;
 - b. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia di Rumah Sakit;
 - c. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan penelitian dan pengembangan Rumah Sakit;
 - d. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan urusan hukum dan informasi Rumah Sakit; dan
 - e. koordinasi dengan instansi dan/atau lembaga terkait lainnya di bidang pengembangan sumber daya.

**Bagian Ketujuh
Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik**

Pasal 34

- (1) Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik mempunyai tugas mengkoordinasikan dan mengendalikan penyelenggaraan pelayanan medik dan spesialistik, pelayanan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya, upaya rujukan, pengembangan fasilitas medik dan penunjang medik, ketenagaan dan etika profesi, asuhan keperawatan dan tindakan medik lainnya.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik menyelenggarakan fungsi:
 - a. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik dan spesialistik;
 - b. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan kegiatan pelayanan jiwa dan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya;
 - c. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan upaya rujukan;
 - d. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan kegiatan mutu pelayanan Rumah Sakit;
 - e. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan kegiatan pengembangan fasilitas medik dan penunjang medik;
 - f. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan kegiatan penunjang medik dan fasilitas sarana prasarana medik;
 - g. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengendalian penyelenggaraan kegiatan keperawatan;
 - h. perumusan kebijakan, koordinasi dan pengembangan serta pemberdayaan sumber daya manusia dan etika profesi; dan
 - i. pelaksanaan koordinasi dengan instansi dan/atau lembaga terkait lainnya di bidang pelayanan dan penunjang medik.

**Bagian Kedelapan
Rapat Direksi**

Pasal 35

- (1) Rapat direksi diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan, dan kewajibannya.
- (3) Keputusan rapat direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata mufakat sebagaimana dimaksud pada ayat (3), maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

- (5) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, direksi dapat mengundang Dewan Pengawas, yang disampaikan secara tertulis dalam waktu 3 (tiga) hari sebelumnya.
- (6) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan notulen rapat oleh notulis.

**Bagian Kesembilan
Koordinasi Antar Direksi**

Pasal 36

- (1) Dalam menjalankan tugasnya direksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31, Pasal 32, Pasal 33, dan Pasal 34 maka:
 - a. Direktur bertindak atas nama direksi berdasarkan persetujuan para anggota direksi lainnya; dan
 - b. para wakil Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Direksi, untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.
- (2) Dalam hal salah satu atau beberapa anggota direksi berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu kosong dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh anggota direksi lainnya yang ditunjuk sementara oleh Direktur atas persetujuan Gubernur.
- (3) Paling lambat 2 (dua) bulan terhitung sejak terjadinya keadaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Gubernur dapat menunjuk anggota direksi yang baru untuk memangku jabatan yang terluang.
- (4) Dalam hal semua anggota direksi berhalangan tetap melakukan pekerjaannya atau jabatan direksi terluang seluruhnya dan belum diangkat, maka sementara pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Pemerintah Daerah.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat 1, Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:
 - a. seorang atau beberapa orang anggota direksi; atau
 - b. seorang atau beberapa orang pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama.
- (6) Dalam pelaksanaan tugasnya, direksi dibantu oleh:
 - a. bagian umum dan kepegawaian, terdiri dari:
 1. sub bagian umum dan rumah tangga;
 2. sub bagian perlengkapan dan aset; dan
 3. sub bagian kepegawaian.
 - b. bagian perencanaan dan organisasi, terdiri dari:
 1. sub bagian perencanaan;
 2. sub bagian organisasi dan tata laksana; dan
 3. sub bagian evaluasi dan pelaporan.

- c. bagian keuangan, terdiri dari:
 - 1. sub bagian akuntansi dan pelaporan keuangan;
 - 2. sub bagian penerimaan dan mobilisasi dana; dan
 - 3. sub bagian perbendaharaan dan pelaksanaan anggaran.
- d. bidang penunjang non medik, terdiri dari:
 - 1. seksi pemeliharaan sarana dan prasarana non medik; dan
 - 2. seksi sumber daya penunjang non medik.
- e. bidang hukum dan informasi, terdiri dari:
 - 1. seksi hukum dan kerjasama; dan
 - 2. seksi humas dan informasi.
- f. bidang pendidikan, penelitian dan pengembangan, terdiri dari :
 - 1. seksi pendidikan dan pelatihan; dan
 - 2. seksi penelitian dan pengembangan.
- g. bidang pelayanan medik, terdiri dari:
 - 1. seksi mutu pelayanan medik; dan
 - 2. seksi sumber daya medik.
- h. bidang pendidikan, penelitian dan pengembangan, terdiri dari:
 - 1. seksi mutu pelayanan keperawatan; dan
 - 2. seksi sumber daya keperawatan.
- i. bidang penunjang medik, terdiri dari:
 - 1. seksi perbekalan dan pemeliharaan alat medis dan kesehatan; dan
 - 2. seksi sumber daya penunjang, diagnostik dan terapi.
- j. instalasi/unit;
- k. kelompok jabatan fungsional;
- l. SPI; dan
- m. komite.

BAB X ORGANISASI PELAKSANA

Bagian Kesatu Instalasi

Pasal 37

- (1) Direktur membentuk dan menetapkan instalasi.
- (2) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (3) Instalasi dipimpin oleh kepala instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau sub bidang terkait.
- (5) Kepala instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (6) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (7) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Gubernur.
- (8) Kepala instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing.
- (9) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Bagian Kedua Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 38

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

BAB XI ORGANISASI PENDUKUNG

Bagian Kesatu SPI

Pasal 39

- (1) Direktur membentuk dan menetapkan SPI di Rumah Sakit.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengelolaan sumber daya yang ada di Rumah Sakit.
- (3) SPI adalah kelompok non struktural yang bertugas:
 - a. melaksanakan pengawasan dan pemeriksaan terhadap setiap unsur/kegiatan di lingkungan Rumah Sakit yang meliputi pengelolaan administrasi keuangan, administrasi pelayanan serta administrasi umum dan kepegawaian yang dipandang perlu;
 - b. melakukan pengujian serta penilaian atas hasil laporan berkala atau sewaktu-waktu dari setiap unsur/kegiatan di lingkungan Rumah Sakit atas petunjuk Direktur Rumah Sakit;

- c. melakukan penelusuran mengenai kebenaran laporan atau informasi tentang hambatan, penyimpangan dan penyalahgunaan wewenang yang terjadi;
 - d. menganalisa sistem organisasi Rumah Sakit serta memberikan memberikan saran dan alternatif pemecahan masalah secara rasional dan efektif;
 - e. melakukan audit secara berkala terhadap alat kerja, bahan kerja, sumber daya manusia, sistem dan lingkungan kerja dan menyampaikan laporan hasil pemeriksaan kepada Direktur; dan
 - f. melakukan evaluasi terhadap tindak lanjut hasil temuan SPI;
- (4) Pengelolaan Sumber Daya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah sumber daya keuangan, sumber daya manusia, dan sumber daya sarana/prasarana.
 - (5) Struktur organisasi dari SPI terdiri atas 1 (satu) orang ketua, 1 (satu) orang sekretaris dan beberapa orang anggota yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
 - (6) Penetapan keanggotaan dalam SPI dilakukan dengan mempertimbangkan kompetensi dan jabatan seseorang yang disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (7) Masa kerja SPI adalah selama 3 (tiga) tahun.

Bagian Kedua Komite Keperawatan

Pasal 40

- (1) Direktur membentuk Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk:
 - a. keselamatan pasien lebih terjamin
 - b. mutu pelayanan keperawatan terlindungi.
- (3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan organisasi non-struktural yang dibentuk di Rumah Sakit.
- (4) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Pasal 41

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri atas:
 - a. ketua Komite Keperawatan;
 - b. sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri atas ketua dan sekretaris merangkap SubKomite.

Pasal 42

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

Pasal 43

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Ketua Komite Keperawatan dapat diganti oleh Direktur sebelum habis masa jabatannya dalam hal:
 - a. tidak menunjukkan program kerja yang nyata;
 - b. tidak mendukung program pelayanan dan pengembangan Rumah Sakit; dan/atau
 - c. tidak mampu mengatur dan mengawasi staf keperawatan yang menyimpang dan atau melanggar peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Sekretaris Komite Keperawatan dan ketua SubKomite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 44

- (1) SubKomite sebagaimana dimaksud dalam pasal 41 ayat (1) huruf c terdiri dari:
 - a. SubKomite Kredensial;
 - b. SubKomite mutu profesi; dan
 - c. SubKomite etik dan disiplin profesi.
- (2) SubKomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (3) SubKomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (4) SubKomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 45

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.

Pasal 46

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 47

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

Pasal 48

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan, dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kebidanan.

Bagian Ketiga Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 49

- (1) Direktur membentuk Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dibentuk dengan tujuan menghimpun, merumuskan dan mengkomunikasi pendapat dan ide-ide tenaga kesehatan lainnya

- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non-struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang terdiri dari berbagai macam profesi antara lain:
- a. tenaga psikologi klinis;
 - b. tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian);
 - c. tenaga kesehatan lingkungan (tenaga sanitasi lingkungan);
 - d. tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien);
 - e. tenaga keterampilan fisik (fisioterapis, okupasi terafis, terapi wicara);
 - f. tenaga keteknisian medis (perekam medis dan informasi kesehatan, terafis gigi dan mulut); dan
 - g. tenaga biomedika (radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium, fisikawan medis).
- (4) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Pasal 50

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri atas:
- a. ketua Komite;
 - b. sekretaris Komite; dan
 - c. SubKomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya dapat terdiri atas ketua dan sekretaris merangkap SubKomite.

Pasal 51

- (1) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah Tenaga Kesehatan lainnya di Rumah Sakit.

Pasal 52

- (1) Ketua Komite Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Tenaga Kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat diganti oleh Direktur sebelum habis masa jabatannya dalam hal:
- a. tidak menunjukkan program kerja yang nyata;
 - b. tidak mendukung program pelayanan dan pengembangan Rumah Sakit; dan /atau

- c. tidak mampu mengatur dan mengawasi staf Tenaga Kesehatan lainnya yang menyimpang dan atau melanggar peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan ketua SubKomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan memperhatikan masukan dari Tenaga Kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 53

- (1) SubKomite sebagaimana dimaksud dalam pasal 50 ayat (1) huruf c terdiri dari:
 - a. SubKomite Kredensial;
 - b. SubKomite mutu profesi; dan
 - c. SubKomite etik dan disiplin profesi.
- (2) SubKomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap Tenaga Kesehatan lainnya.
- (3) SubKomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertugas melakukan audit Tenaga Kesehatan lainnya dan merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan bagi Tenaga Kesehatan lainnya.
- (4) SubKomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 54

- (1) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai tugas:
 - a. mengkoordinasikan seluruh fungsi, peran komite dan staf Tenaga Kesehatan lainnya;
 - b. mengusulkan dan mengajukan seluruh program komite Tenaga Kesehatan lainnya kepada Direktur;
 - c. menjalin kerjasama yang baik dengan komite medik dan komite keperawatan; dan
 - d. meninjau ulang program kerja tahunan komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Sekretaris memiliki tugas memfasilitasi administrasi komite Tenaga Kesehatan lainnya.
- (3) Sub Komite Kredensial memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun dan mengakomodir deskripsi pekerjaan profesi di Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - b. mengkoordinasikan lingkungan praktek dari profesi Tenaga Kesehatan lainnya; dan
 - c. mengkoordinasikan dan memberi rekomendasi hasil seleksi penerimaan pegawai kontrak.

- (4) Sub Komite Mutu dan Profesi memiliki tugas sebagai berikut:
- a. menyusun data dasar profil Tenaga Kesehatan lainnya sesuai area praktek;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan Tenaga Kesehatan lainnya;
 - c. melakukan audit;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
 - e. melakukan koordinasi dengan unit mutu Rumah Sakit dan atau telaah temuan kualitas sehingga dapat dilakukan tindak lanjut perubahan mutu.
- (5) Sub Komite Etika dan Displin Profesi memiliki tugas sebagai berikut:
- a. mendokumentasikan etika profesi dari komite Tenaga Kesehatan lainnya;
 - b. merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi;
 - c. melakukan pembinaan kepada staf Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang melanggar etika profesi;
 - d. melakukan pemantauan pelaksanaan etika profesi dan disiplin Tenaga Kesehatan lainnya;
 - e. mengkoordinasikan dan mendata surat izin profesi; dan
 - f. menyerap aspirasi dan menyalurkannya kepada komite dan pihak terkait.

Pasal 55

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan dan pendidikan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 56

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Komite Etika Dan Hukum

Pasal 57

- (1) Komite Etik dan Hukum memiliki tugas dan wewenang:
 - a. membantu Direktur dalam melaksanakan pengawasan dan pelaksanaan kode etik rumah sakit indonesia yang ditetapkan oleh persatuan rumah sakit seluruh indonesia;
 - b. membantu Direktur dalam melaksanakan pengawasan dan pelaksanaan hukum Rumah Sakit dengan berkoodinasi dengan bidang hukum rumah sakit;
 - c. memanggil, melakukan pemeriksaan dan memberikan rekomendasi penjatuhan sanksi terhadap pelaku yang diduga melanggar etika Rumah Sakit; dan
 - d. memanggil, melakukan pemeriksaan, dan memberikan rekomendasi penjatuhan sanksi terhadap pelaku yang diduga melanggar hukum Rumah Sakit setelah mendapatkan tugas pendelegasian dari bidang hukum Rumah Sakit.
- (2) Komite Etika dan Hukum Rumah Sakit memiliki tugas:
 - a. mengidentifikasi dilema etik dan permasalahan hukum di Rumah Sakit;
 - b. membuat laporan hasil kegiatan pelaksanaan yang berkaitan dengan dilema etik dan permasalahan hukum di Rumah Sakit.
 - c. menyelesaikan masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit, etika penelitian di Rumah Sakit; dan
 - d. sebagai gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit setelah mendapat mandat tugas dari bidang hukum Rumah Sakit.

Bagian Kelima
Komite PPI

Pasal 58

- (1) Komite PPI merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite PPI dibentuk dengan tujuan untuk membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi Rumah Sakit, meliputi:
 - a. manajemen resiko
 - b. *clinical governance*; dan
 - c. Kesehatan dan Keselamatan Kerja.
- (3) Komite PPI dibentuk oleh Direktur.

- (4) Komite PPI dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Susunan Komite PPI terdiri dari seorang Ketua dan seorang Sekretaris yang kesemuanya merangkap anggota.
- (6) Anggota yang dimaksud pada ayat (5) adalah *Infection Prevention Control Nurse*, anggota lainnya yang terdiri atas unit atau instalasi terkait, dan *Infection Prevention Control Link Nurse*.

Pasal 59

Tugas Komite PPI adalah:

- a. membuat dan mengevaluasi kebijakan pengendalian pencegahan infeksi;
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan pengendalian pencegahan infeksi Rumah Sakit, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan Rumah Sakit;
- c. membuat SPO pengendalian pencegahan infeksi;
- d. menyusun dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian pencegahan infeksi dan program pendidikan dan pelatihan pengendalian pencegahan infeksi;
- e. bekerja sama dengan tim pengendalian pencegahan infeksi dalam melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa *healthcare associated infections*;
- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam pengendalian pencegahan infeksi;
- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pengendalian pencegahan infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia Rumah Sakit dalam pengendalian pencegahan infeksi;
- j. melakukan pertemuan berkala termasuk evaluasi kebijakan;
- k. menerima laporan dari tim pengendalian pencegahan infeksi dan membuat laporan kepada Direktur;
- l. berkoordinasi dengan unit terkait;
- m. memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di Rumah Sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
- n. turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
- o. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja;
- p. mengembangkan, mengimplementasikan dan mengkaji kembali secara periodik rencana manajemen pengendalian pencegahan infeksi apakah telah sesuai kebijakan manajemen Rumah Sakit;

- q. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip pengendalian pencegahan infeksi;
- r. menentukan sikap penutupan ruang rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- s. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring *surveilans* proses; dan
- t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada kejadian luar biasa di Rumah Sakit.

**Bagian Keenam
Komite Mutu Rumah Sakit**

Pasal 60

- (1) Direktur membentuk Komite Mutu Rumah Sakit.
- (2) Komite Mutu Rumah Sakit merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan Rumah Sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Komite Mutu Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dengan tujuan untuk memberikan rekomendasi pada pimpinan Rumah Sakit program peningkatan mutu Rumah Sakit.
- (4) Komite Mutu Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Susunan Mutu Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari seorang ketua dan seorang sekretaris yang merangkap anggota serta beberapa orang anggota.

Pasal 61

Tugas Komite Mutu Rumah Sakit adalah:

- a. memberikan masukan kepada pimpinan dalam penetapan arah dan kebijakan peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit;
- b. menyusun *plan of action* implementasi kebijakan mutu Rumah Sakit;
- c. melakukan koordinasi dengan asesor internal dan SPI di Rumah Sakit;
- d. mengkoordinir kegiatan mutu di Rumah Sakit;
- e. mengkoordinir penyusunan regulasi dan dokumen di unit kerja masing-masing;
- f. mendampingi pelaksanaan self asesmen pokja akreditasi Rumah Sakit;
- g. membuat monitoring evaluasi implementasi kebijakan mutu Rumah Sakit; dan
- h. membuat laporan pelaksanaan kegiatan Komite Mutu Rumah Sakit.

**Bagian Ketujuh
Komite Medik**

Pasal 62

- (1) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Komite Medik merupakan wadah non struktural yang dibentuk oleh Direktur terdiri dari tenaga ahli dan profesi untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan Rumah Sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (3) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan wadah perwakilan dari Staf Medis.

Pasal 63

- (1) Susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya terdiri atas:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. SubKomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya dapat terdiri atas:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa SubKomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota SubKomite.

Pasal 64

- (1) Direktur menetapkan dan membentuk Komite Medik.
- (2) Direktur menetapkan keanggotaan Komite Medik dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah Staf Medis di Rumah Sakit.

Pasal 65

- (1) Ketua Komite Medik dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Ketua Komite Medik dapat diganti oleh Direktur sebelum habis masa jabatannya dalam hal:
 - a. tidak menunjukkan program kerja yang nyata;
 - b. tidak mendukung program pelayanan dan pengembangan Rumah Sakit; dan/atau
 - c. tidak mampu mengatur Staf Medis yang menyimpang dan atau melanggar peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (3) Sekretaris Komite Medik dan ketua SubKomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 66

- (1) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam SubKomite.
- (2) SubKomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. SubKomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme Staf Medis;
 - b. SubKomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme Staf Medis; dan
 - c. SubKomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis.
- (4) Tata kerja SubKomite kredensial, SubKomite mutu profesi, dan SubKomite etika dan disiplin profesi dilaksanakan dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 67

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - 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; dan
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat/memenuhi syarat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis Rumah Sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit;
 - d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien; dan
 - e. membuat panduan pengelolaan DPJP (penentuan DPJP utama, pengaturan apabila ada DPJP yang cuti, sakit dan izin).

Pasal 68

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 69

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.
- (2) Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur melalui wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik.

BAB XII
MITRA BESTARI

Pasal 70

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Mitra Bestari.
- (2) Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Tenaga Kesehatan lainnya yang terdiri dari berbagai profesi.
- (4) Tugas Mitra Bestari adalah:
 - a. melakukan pengkajian terhadap keilmuan, cara kerja dan prosedur yang dimiliki oleh pemohon;
 - b. melakukan *supervise* Tenaga Kesehatan di fasilitas kesehatan secara periodik dan spesifik jika ditemukan kemampuan teman sejawat dianggap keliru atau teridentifikasi melakukan prosedur yang membahayakan pasien;
 - c. melakukan pengawasan dan didokumentasikan dengan bukti seperti pendampingan kompetensi, orientasi dan pendampingan etika disiplin profesi;
 - d. memantau dan mengevaluasi kebutuhan Tenaga Kesehatan agar terpenuhi secara kebutuhan;
 - e. memberikan saran untuk mendukung program pengembangan dan perbaikan teman sejawat sesuai dengan kebutuhan; dan
 - f. memberikan laporan hasil kajian sesuai dengan kebijakan yang berlaku.

BAB XIII
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 71

- (1) Direktur melalui Komite Medik menyusun Peraturan Internal Staf Medis dengan mengacu pada Peraturan Internal Korporasi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Medik dan Staf Medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit.
- (3) Peraturan Internal Staf Medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah melalui proses di bidang hukum Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Pelimpahan Wewenang

Pasal 72

Pelimpahan kewenangan dari tenaga medis kepada tenaga medis yang lain antara lain:

- a. dapat dilakukan dalam keadaan darurat/mendesak serta membutuhkan pertolongan demi penyelamatan jiwa;
- b. pelimpahan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur secara tegas dalam standar prosedur operasional yang dibuat oleh bidang pelayanan medik Rumah Sakit;
- c. pelimpahan kewenangan tersebut dilakukan secara tertulis dan dicatat dalam rekam medis atau dapat menggunakan form khusus;
- d. pelimpahan tenaga medis kepada tenaga medis lainnya dalam hal adanya keperluan yang tidak termasuk dalam kategori gawat darurat, wajib mendapat persetujuan pasien atau keluarganya dan dilakukan kepada tenaga medis yang memiliki spesialisasi yang sama;
- e. pelimpahan wewenang harus mempertimbangkan kompetensi yang dimilikinya, DPJP wajib melakukan pengawasan dan dokter pemberi wewenang tetap bertanggung jawab;
- f. tanggung jawab utama secara pidana sesuai dengan asas hukum pidana;
- g. pelimpahan wewenang dari tenaga medis kepada perawat atau bidan wajib dilakukan secara tertulis, dengan dibubuhi tanda tangan dan nama jelas;
- h. pelimpahan wewenang kepada perawat dan atau bidan yang bersifat delegasi disertai dengan tanggung jawab dan hak akan imbalan jasanya menjadi hak penerima delegasi;
- i. tanggung jawab pelimpahan wewenang yang bersifat mandat, tetap menjadi tanggung jawab pemberi pelimpahan dan hak akan imbalan jasa menjadi hak bersama;
- j. pelimpahan wewenang tidak boleh diberikan kepada peserta didik mahasiswa kedokteran umum, keperawatan, dan/atau kebidanan; dan
- k. pemberian intruksi atau penugasan/pelimpahan via telepon hanya boleh diberikan dalam keadaan dokter berhalangan datang ke Rumah Sakit, penerima telepon wajib mencatat pada lembaran instruksi dokter dalam rekam medis, selanjutnya pada kunjungan berikutnya wajib diparaf oleh dokter yang memberikan instruksi/penugasan atau pelimpahan.

**Bagian Ketiga
Kelompok Staf Medis**

**Paragraf 1
Tanggung Jawab**

Pasal 73

- (1) Kelompok Staf Medis terdiri dari:
 - a. kelompok Staf Medis; dan
 - b. anggota kelompok Staf Medis.
- (2) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud ayat (1) paling sedikit terdiri dari 2 (dua) dokter yang mempunyai kolegium profesi yang sama, atau gabungan dari dokter sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (3) Anggota kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud ayat (1) dikelompokkan ke dalam masing-masing kelompok Staf Medis sesuai dengan kolegium atau berdasarkan kebutuhan organisasi.

Pasal 74

Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada pasal 73 ayat (1) mempunyai tanggung jawab terhadap indikator profesi yang bermutu dan beretika, meliputi:

- a. memberikan usulan kepada Direktur terhadap penempatan dokter baru maupun dokter ulang di Rumah Sakit;
- b. melakukan monitoring dan evaluasi kinerja dokter;
- c. menyusun standar operasional prosedur pelayanan medis;
- d. mengusulkan pembaharuan standar prosedur operasional dan dokumen terkait; dan
- e. melakukan monitoring dan evaluasi etika profesi kedokteran.

Pasal 75

Anggota kelompok Staf Medis mempunyai tanggung jawab untuk:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
- b. memberikan pelayanan medis yang bermutu, efektif, efisien dan berwawasan terhadap keselamatan pasien;
- c. memberikan pendidikan medis sesuai dengan kompetensinya kepada pasien/keluarga;
- d. meningkatkan kemampuan profesinya melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
- e. melakukan pendampingan klinis sesuai dengan penugasan kelompok Staf Medis atau rekomendasi Komite Medik; dan
- f. melaksanakan etika profesi secara profesional.

Paragraf 2
Perubahan Kewenangan Klinis Anggota Kelompok Staf Medis

Pasal 76

- (1) Kelompok Staf Medis berhak mengusulkan pemberian kewenangan Klinis terhadap anggotanya berdasarkan rapat internal Kelompok Staf Medis.
- (2) Kelompok Staf Medis berhak mengusulkan pengurangan kewenangan Klinis terhadap anggotanya berdasarkan rapat internal kelompok Staf Medis.
- (3) Kelompok Staf Medis berhak mengusulkan penambahan kewenangan Klinis terhadap anggotanya berdasarkan rapat internal kelompok Staf Medis.
- (4) Kelompok Staf Medis berhak mengusulkan pencabutan kewenangan Klinis terhadap anggotanya berdasarkan rapat internal kelompok Staf Medis.

Bagian Keempat
DPJP

Pasal 77

- (1) Pasien dengan lebih dari satu penyakit dikelola oleh lebih dari satu dokter sesuai kewenangan klinisnya dalam pola asuhan secara tim atau terintegrasi yang dipimpin oleh seorang DPJP utama.
- (2) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sesudah pasien masuk rawat inap.
- (3) DPJP melaksanakan tugas:
 - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosis dan pemberian terapi serta melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
 - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan dan pasien;
 - c. melakukan pembahasan kasus medis di forum kelompok Staf Medis;
 - d. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di Rumah Sakit; dan
 - e. menjadi koordinator profesional pemberi asuhan.

BAB XIV
KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS DAN PELEPASAN INFORMASI

Pasal 78

- (1) Kerahasiaan informasi pasien Rumah Sakit wajib dijaga oleh semua tenaga kerja di Rumah Sakit.
- (2) Pengungkapan kerahasiaan pasien dimungkinkan pada keadaan:
 - a. atas izin/otorisasi pasien;
 - b. menjalankan perintah undang-undang;

- c. menjalankan perintah jabatan; dan/atau
 - d. pendidikan dan penelitian untuk kepentingan negara.
- (3) Ketentuan akses dan pelepasan Informasi Rahasia Pasien ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

BAB XV
TATA KELOLA REKAM MEDIS DAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu
Rekam Medis

Pasal 79

- (1) Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiaannya.
- (2) Berkas rekam medis sekurang-kurangnya memuat:
- a. lembar identitas lengkap pasien;
 - b. lembar riwayat penyakit;
 - c. lembar catatan dan instruksi dokter;
 - d. lembar DPJP;
 - e. lembar pemberian informasi, edukasi, persetujuan tindakan kedokteran/keperawatan/kebidanan, penolakan tindakan kedokteran/keperawatan/kebidanan;
 - f. lembar catatan perawat/bidan atau Tenaga Kesehatan lainnya;
 - g. lembar resume medis;
 - h. lembar perkembangan asuhan keperawatan/kebidanan;
 - i. lembar catatan pemberian obat/terapi; dan
 - j. lembar lain sesuai keperluan dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan ijin tertulis dari pasien/pengampu.
- (4) Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa izin pasien/pengampu berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Pemaparan isi rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3), sekurang-kurangnya memuat:
- a. identitas pasien dengan inisial;
 - b. diagnosis akhir;
 - c. tindakan atau terapi yang diberikan;
 - d. keadaan pasien waktu pulang (pulang paksa, pulang perbaikan, atau meninggal dunia); dan
 - e. lembar resume medis.

**Bagian Kedua
Informasi Medis dan Persetujuan Tindakan Kedokteran**

Pasal 80

- (1) Setiap pasien berhak meminta informasi medis atau penjelasan kepada dokter yang merawat sesuai dengan haknya.
- (2) Informasi medis atau penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar sekurang-kurangnya mengenai:
 - a. diagnosa penyakitnya;
 - b. keadaan kesehatan pasien;
 - c. rencana terapi dan alternatifnya;
 - d. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
 - e. prognosis; dan
 - f. kemungkinan komplikasi.
- (3) Penjelasan mengenai informasi medis harus disampaikan oleh tenaga medis.
- (4) Dalam hal akan dilakukan tindakan medis operatif, terlebih dahulu harus diberikan penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan disaksikan oleh satu orang perawat dan satu orang dari keluarga pasien atau pihak lainnya.
- (5) teknis pembuatan form persetujuan dan atau penolakan tindakan kedokteran/keperawatan/kebidanan akan diatur dengan standar operasional prosedur yang dibuat oleh bidang hukum Rumah Sakit dan ditetapkan oleh Direktur.

**BAB XVI
KEWAJIBAN DAN HAK RUMAH SAKIT**

**Bagian Kesatu
Kewajiban Rumah Sakit**

Pasal 81

- (1) Rumah Sakit mempunyai kewajiban:
 - a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai 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, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di 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 di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
 - q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan lainnya;
 - r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
 - 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.
- (2) Pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Hak Rumah Sakit

Pasal 82

Rumah Sakit mempunyai hak:

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;

- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, 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; dan
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XVII

HUBUNGAN-HUBUNGAN DALAM PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Hubungan Direksi dengan Dewan Pengawas

Pasal 83

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh direksi.
- (2) Direksi bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit melalui Dewan Pengawas.
- (3) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan pelaksanaan, baik di bidang pelayanan medis, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah, dan tujuan Rumah Sakit.
- (4) Direksi dan Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya bersifat tanggung renteng.

Bagian Kedua

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite

Pasal 84

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan komite untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah, dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap komite 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 dalam organisasi komite Rumah Sakit.

Bagian Ketiga
Hubungan Direksi dengan Komite Medik dan Komite Keperawatan

Pasal 85

- (1) Komite Medik dan Komite Keperawatan berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dan Komite Keperawatan dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi melalui wakil Direktur.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keempat
Hubungan Direksi dengan SPI

Pasal 86

- (1) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Tugas pokok SPI adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), SPI berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian *intern*;
 - c. melakukan identifikasi risiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian *intern*; dan
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor atas izin Direktur.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

BAB XVIII
PENYELESAIAN SENGKETA TENAGA KESEHATAN

Pasal 87

- (1) Setiap pasien yang merasa tidak puas dan/atau dirugikan oleh pelayanan yang diberikan Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit, dapat menyampaikan pengaduan melalui seksi humas dan informasi yang ada di Rumah Sakit.
- (2) Seksi humas dan informasi meneruskan pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Direktur untuk diproses sesuai dengan standar yang berlaku.

- (3) Dalam hal terjadi kelalaian yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan dan menimbulkan kerugian bagi pasien, maka kelalaian tersebut harus terlebih dahulu diselesaikan melalui mediasi.
- (4) Mediasi penyelesaian sengketa Tenaga Kesehatan harus dipimpin oleh seorang mediator yang bersertifikat baik yang berasal dari internal Rumah Sakit, maupun mediator dari luar Rumah Sakit.
- (5) Mediator yang memimpin mediasi wajib bersikap netral dan memfokuskan pada tercapainya penyelesaian permasalahan secara damai.
- (6) Rumah Sakit menyediakan ruang mediasi sesuai dengan standar ruangan yang layak dan atau sesuai rekomendasi organisasi mediator Indonesia.
- (7) Mekanisme mediasi di internal Rumah Sakit secara teknis diatur dengan peraturan Direktur.

BAB XIX KETENTUAN PENUTUP

Pasal 88

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 0168 tahun 2017 tentang Peraturan internal Rumah Sakit Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Provinsi Kalimantan Selatan (Berita Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2017 Nomor 168) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

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 Selatan.

**Ditetapkan di Banjarbaru
pada tanggal 29 Desember 2022**

GUBERNUR KALIMANTAN SELATAN,

Ttd.

SAHBIRIN NOOR

**Diundangkan di Banjarbaru
pada tanggal 29 Desember 2022**

**SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
KALIMANTAN SELATAN,**

Ttd.

ROY RIZALI ANWAR

**BERITA DAERAH PROVINSI KALIMANTAN SELATAN
TAHUN 2022 NOMOR 84**