



GUBERNUR BALI

PERATURAN GUBERNUR BALI

NOMOR 38 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
PADA RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR BALI,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi sosial ekonomi, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan obyek hukum, perlu adanya antisipasi kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional, perlu Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali;
- Mengingat : 1. [Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958](#) tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
2. [Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004](#) tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

3. [Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009](#) tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. [Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009](#) tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 130, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. [Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011](#) tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
6. [Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014](#) tentang Kesehatan Jiwa (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185);
7. [Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014](#) tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan [Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015](#) tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. [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);
9. [Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005](#) tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
10. [Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005](#) tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
12. [Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007](#) tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 417/Menkes/Per/II/2011 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/ Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit;
17. [Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2014](#) tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Bali Tahun 2014 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Bali Nomor 7);
18. Peraturan Gubernur Bali Nomor 60 Tahun 2012 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2012 Nomor 60);
19. [Peraturan Gubernur Bali Nomor 2 Tahun 2013](#) tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2011 Nomor 2) sebagaimana telah diubah dengan [Peraturan Gubernur Nomor 46 Tahun 2015](#) tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Bali Nomor 2 Tahun 2013 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali pada Rumah Sakit Jiwa provinsi Bali (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2015 Nomor 46);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Provinsi Bali.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Provinsi Bali.
3. Gubernur adalah Gubernur Bali.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Jiwa milik Pemerintah Provinsi yang selanjutnya disebut Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
5. Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
7. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Pemilik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah Pemerintah Provinsi.
9. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit.
10. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali oleh Gubernur.
11. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

12. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "*hospital bylaws*" dan "*medical staf bylaws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
13. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
14. Kelompok Medis Fungsional (KMF) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
15. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
16. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
17. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus.
18. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
19. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
20. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
21. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
22. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

23. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik dan Komite Keperawatan sesuai peraturan yang berlaku, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Komite Medik dan Komite Keperawatan.
24. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
25. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
28. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
30. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, di mana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.
31. Rencana Strategi, Rencana tahunan, Kebijakan dan Prosedur serta Pendidikan disetujui oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
32. Instalasi Pelayanan Kesehatan adalah unit-unit usaha strategis Rumah Sakit tempat diselenggarakannya kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, baik pelayanan secara langsung maupun tidak langsung.
33. Unit adalah bagian terkecil dari sesuatu dalam hal ini Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali yang dapat berdiri sendiri.
34. Kuoruma adalah jumlah syarat minimum yang harus hadir dalam suatu rapat atau pertemuan untuk sahnya pengambilan keputusan.

BAB II
NAMA, VISI DAN MISI, JANJI LAYANAN, MOTTO, TUJUAN,
SASARAN, DAN KEBIJAKAN MUTU

Pasal 2

- (1) Visi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah “Menjadi Pusat Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa Paripurna menuju Bali Mandara, di Provinsi Bali.
- (2) Misi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah:
 - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa yang profesional untuk mewujudkan pelayanan prima;
 - b. mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, terjangkau melalui peningkatan profesionalisme sumber daya manusia; dan
 - c. mengupayakan pelayanan berorientasi pada kepuasan pelanggan dan mengembangkan pendidikan, pelatihan, dan penelitian di bidang kesehatan jiwa.
- (3) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) direview secara berkala setiap 5 tahun sekali.
- (4) Visi dan Misi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali diumumkan ke publik oleh Humas Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali melalui fasilitas yang dimiliki.
 - a. tujuan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah:
 - 1) meningkatkan pelayanan dibidang Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif;
 - 2) meningkatkan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa oleh masyarakat; dan
 - 3) meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan jiwa untuk memenuhi tuntutan pelayanan yang paripurna.
 - b. sasaran Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah :
 - 1) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan jiwa bagi masyarakat;
 - 2) meningkatnya tingkat kemandirian operasional rumah sakit; dan
 - 3) meningkatnya kepuasan masyarakat.
- (5) Motto Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah J I T U: masing-masing huruf dalam kata J I T U memiliki makna dan arti, sebagai berikut:
 - a. J = Jadikan tugas bagian dari kehidupan;
 - b. I = Ingat kewajiban dan tanggung jawab;
 - c. T = Tingkatkan terus kemampuan kerja; dan
 - d. U = Utamakan Kepuasan Pelanggan.

- (6) Janji Layanan
- a. profesional dalam memberikan pelayanan;
 - b. utamakan pasien lanjut usia dan berkebutuhan khusus;
 - c. akuntabel dan transparan dalam memberikan pelayanan; dan
 - d. semua pelanggan dilayani secara adil, jujur tanpa adanya diskriminasi.

(7) Kebijakan Mutu

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali bertekad menjadi pusat rujukan di bidang pelayanan kesehatan jiwa yang selalu mengutamakan pelayanan prima dengan sumber daya profesional serta mengikuti kemajuan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan jiwa untuk memenuhi harapan pelanggan serta selalu menaati peraturan perundangan yang berlaku dan selalu menerapkan perbaikan yang berkelanjutan.

BAB III KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

Pasal 4

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Bali dan merupakan unsur pendukung atas tugas Gubernur di bidang pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan jiwa.

Pasal 5

Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan mengutamakan pelayanan khusus kesehatan jiwa.

BAB IV TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Pasal 6

- (1) Tugas pokok Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan khusus jiwa, dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Fungsi Rumah Sakit dalam menunaikan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu:
 - a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan khusus jiwa. Pelayanan yang dilakukan dalam menyelenggarakan Pemerintah Daerah di bidang pelayanan adalah pelayanan kesehatan khusus jiwa;

- b. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan khusus jiwa;
- c. Pelayanan medis;
- d. Pelayanan penunjang medis dan non medis;
- e. Pelayanan keperawatan;
- f. Pelayanan rujukan;
- g. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- h. Pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
- i. Pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

BAB V KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

Bagian Kesatu Kewenangan Pemerintah Daerah

Pasal 7

Kewenangan Pemerintah Daerah, terdiri atas:

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

Bagian Kedua Tanggung Jawab Pemerintah Daerah

Pasal 8

- (1) Pemerintah bertanggung jawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen.
- (2) Pemerintah bertanggung jawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

BAB VI
PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT DAN STRUKTUR
ORGANISASI

Bagian Kesatu
Pengorganisasian Rumah Sakit

Pasal 9

- (1) Susunan organisasi Rumah Sakit, terdiri dari :
 - a. Dewan Pengawas;
 - b. Direktur;
 - c. Wakil Direktur;
 - d. Bidang/Bagian
 - e. Seksi/Sub Bagian
 - f. Satuan Pengawas Internal (SPI);
 - g. Komite-komite;
 - h. Kelompok Medik Fungsional (KMF);
 - i. Instalasi-Instalasi;
 - j. Kelompok Jabatan Fungsional; dan
 - k. Unit-unit.
- (2) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
 - a. Wakil Direktur Pelayanan; dan
 - b. Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya.
- (3) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

Pasal 10

- (1) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2) huruf a, terdiri dari:
 - a. bidang Pelayanan Medik;
 - b. bidang Perawatan; dan
 - c. bidang Penunjang Medik.
- (2) Bidang sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, huruf b, dan huruf c dipimpin oleh Kepala Bidang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Wakil Direktur.
- (3) Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (4) huruf a terdiri dari :
 - a. Seksi Pelayanan Medik Umum dan Diklat; dan
 - b. Seksi Keswamas.
- (4) Bidang Perawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (4) huruf b, terdiri dari:
 - a. Seksi Rawat Jalan dan Rehabilitasi; dan
 - b. Seksi Rawat Inap.

- (5) Bidang Penunjang Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (4) huruf c, terdiri dari:
 - a. Seksi Pemeliharaan Sarana; dan
 - b. Seksi Penunjang Diagnostik, Farmasi dan Gizi.
- (6) Seksi dipimpin Kepala Seksi berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Bidang.

Pasal 11

- (1) Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2) huruf b, terdiri dari:
 - a. Bagian Data dan Penyusunan Program;
 - b. Bagian Keuangan; dan
 - c. Bagian Tata Usaha.
- (2) Bagian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya.
- (3) Bagian Data dan Penyusunan Program sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, terdiri dari :
 - a. Sub Bagian Penyusunan Program dan Pelaporan; dan
 - b. Sub Bagian Data dan Rekam Medis.
- (4) Bagian Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, terdiri dari:
 - a. Sub Bagian Pendapatan; dan
 - b. Sub Bagian Perbendaharaan.
- (5) Bagian Tata Usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, terdiri dari:
 - a. Sub Bagian Umum; dan
 - b. Sub Bagian Kepegawaian.
- (6) Sub Bagian dipimpin Kepala Sub Bagian berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Bagian.

Bagian Kedua Struktur Organisasi

Pasal 12

Struktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB VII
DEWAN PENGAWAS

Pasal 13

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

Bagian Kesatu
Pengangkatan dan Pemberhentian

Pasal 14

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (3) Gubernur dapat memberhentikan anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya.

- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit atau; dan
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 15

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Gubernur mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas, terdiri atas:
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*Hospital Bylaws/Statuta*) Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - c. bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
 - d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Gubernur dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.

- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

Bagian Ketiga
Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka Ketua Dewan Pengawas merangkap anggota mempunyai tugas:
- a. mengkoordinasikan penyusunan langkah-langkah kegiatan secara berkala dan berkesinambungan;
 - b. mengkoordinasikan pelaksanaan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan rumah sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - c. mengkoordinasikan tentang pemberian pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 - d. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan mengkoordinasikan pemberian saran dan pendapat kepada Gubernur mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
 - e. mengkoordinasikan pelaporan kepada Gubernur tentang kinerja rumah sakit;
 - f. mengkoordinasikan tentang pemberian nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit;
 - g. mengkoordinasikan pelaksanaan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan serta memberikan saran dan catatan penting untuk ditindak lanjuti oleh pejabat pengelola rumah sakit;
 - h. mengkoordinasikan tentang pelaksanaan tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan kepada Gubernur melalui Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban:
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali;

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

Pasa 18

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*).
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit.
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- f. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Bali; dan
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

BAB VIII

TATA KERJA DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Rapat Rutin

Pasal 19

- (1) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- (2) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.

- (3) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat dua hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (4) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Bagian Kedua Rapat Khusus

Pasal 20

- (1) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.
- (2) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b di atas, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan. Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Bagian Ketiga Rapat Tahunan

Pasal 21

- (1) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam satu tahun.
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Bagian Keempat
Undangan Rapat

Pasal 22

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 23

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

Bagian Keenam
Pejabat Ketua

Pasal 24

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

Bagian Ketujuh
Kuorum

Pasal 25

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

Bagian Kedelapan
Risalah Rapat

Pasal 26

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

Bagian Kesembilan
Pemungutan Suara

Pasal 27

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

Bagian Kesepuluh
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 28

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

Bagian Kesebelas
Peran terhadap Kelompok Medis Fungsional

Pasal 29

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

BAB IX
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Pasal 30

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. Direktur;
 - b. Wakil Direktur;
 - c. Kepala Bidang;
 - d. Kepala Bagian;
 - e. Kepala Seksi; dan
 - f. Kepala Sub Bagian.
- (2) Gubernur mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola Rumah Sakit.
- (3) Direktur bertanggung jawab terhadap operasional rumah sakit kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Gubernur.

Pasal 31

- (1) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1) huruf a mempunyai tugas pokok untuk memimpin pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Tugas Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. menyusun rencana kerja dan program Rumah Sakit;
 - b. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja rumah sakit;
 - c. merumuskan kebijakan umum Rumah Sakit serta menyelenggarakan administrasi;
 - d. mendistribusikan tugas kepada bawahan;
 - e. menilai prestasi kerja bawahan;
 - f. menjalin kerjasama lintas sector pemerintah maupun dengan pihak swasta;
 - g. merencanakan, merumuskan sasaran yang hendak dicapai baik jangka panjang, jangka menengah maupun jangka pendek;
 - h. menyusun visi, misi dan kebijakan rumah sakit;
 - i. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Direktur Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan rumah sakit yang dibantu oleh Wakil Direktur.
- (4) Gubernur melakukan Evaluasi/penilaian kinerja Direktur paling sedikit satu kali dalam setahun.
- (5) Direktur rumah sakit yang merupakan Aparatur Sipil Negara menjadi pejabat pengguna anggaran/barang daerah.
- (6) Dalam hal Direktur sebagaimana dalam ayat (5) berasal dari non aparatur sipil negara pejabat keuangan rumah sakit wajib dari aparatur sipil negara yang merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.

Pasal 32

- (1) Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2) huruf a mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana dan program rumah sakit;
 - b. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja rumah sakit;
 - c. merumuskan kebijakan umum rumah sakit serta menyelenggarakan administrasi berdasarkan kewenangan;

- d. mendistribusikan tugas kepada bawahan;
- e. menilai prestasi kerja bawahan;
- f. menjalankan fungsi pelayanan medis baik dalam menyelenggarakan peralatan dan pengembangan pelayanan medis;
- g. memimpin dan mengkoordinasikan kegiatan rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan medis. Pelayanan perawatan, dan pelayanan penunjang;
- h. merumuskan/menyusun kebijakan dan melaksanakan tugas – tugas pelayanan medis;
- i. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan dan;
- k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.

(2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi:

- a. pengkoordinasian seluruh kebutuhan pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan;
- b. penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medik dan keperawatan;
- c. perencanaan segala kebutuhan, baik administratif medik dan Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk tenaga medik, tenaga kesehatan keperawatan dan tenaga kesehatan profesi lainnya;
- d. pemantauan, pengawasan, penggunaan fasilitas kegiatan pelayanan medik, penunjang medik dan keperawatan;
- e. pengawasan dan pengendalian penerimaan serta pemulangan pasien;
- f. penyelenggaraan asuhan keperawatan; dan
- g. peningkatan etika keperawatan, pengembangan dan pengendalian mutu keperawatan.

Pasal 33

(1) Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2) huruf b mempunyai tugas :

- a. menyusun rencana kerja dan program Rumah Sakit;
- b. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan program kerja rumah sakit;
- c. merumuskan kebijakan umum Rumah Sakit serta menyelenggarakan administrasi;
- d. mendistribusikan tugas kepada bawahan;
- e. menilai prestasi kerja bawahan;
- f. menjalankan fungsi administrasi keuangan dan pengelolaan sumber daya;
- g. memimpin dan mengkoordinasikan kegiatan rumah sakit dalam menyelenggarakan administrasi umum, dan kerumahtanggaan Rumah Sakit;
- h. merumuskan/menyusun kebijakan dalam melaksanakan tugas administrasi umum, keuangan dan personalia;

- i. melaksanakan sistem pengendalian intern
- j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan dan
- k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Direktur.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya mempunyai fungsi:

- a. penyelenggaraan urusan ketatausahaan, kepegawaian, umum, perlengkapan dan rumah tangga;
- b. penyelenggaraan perencanaan dan rekam medik, penyusunan program dan laporan, hukum dan informasi rumah sakit;
- c. menyelenggarakan keuangan, penyusunan anggaran dan mobilisasi dana;
- d. penyelenggaraan instalasi penunjang non medik, pendidikan dan pelatihan, pemeliharaan sarana rumah sakit, pengelolaan limbah, laundry, broiler dan genset; dan
- e. penyelenggaraan penyuluhan kesehatan.

Pasal 34

(1) Kepala Bidang Pelayanan Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas:

- a. menyusun rencana dan program kerja Bidang;
- b. mengkoordinasikan rencana kegiatan Bidang dalam menyusun program kerja bidang;
- c. mengkoordinasikan Kepala Seksi;
- d. menilai prestasi kerja bawahan;
- e. membimbing dan memberi petunjuk kepada Kepala Seksi;
- f. menyelenggarakan pengembangan pelayanan medis dalam pengembangan SDM dan peralatan bidang pelayanan medis;
- g. menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat berdasarkan kebijakan bidang pelayanan medis rumah sakit;
- h. menyelenggarakan kegiatan pelayanan dan pencegahan berdasarkan kebijakan bidang pelayanan medis ;
- i. mengkoordinasikan dengan bidang pelayanan, perawatan dan bidang pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan kegiatan rumah sakit;
- j. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, peningkatan pengetahuan dan ketrampilan staf medis maupun paramedis;
- k. membina kerjasama dengan institusi/masyarakat dalam upaya memajukan kesehatan jiwa;
- l. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- m. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- n. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Wakil Direktur.

- (2) Kepala Seksi Pelayanan Medik Umum dan Pendidikan dan Pelatihan mempunyai tugas :
- a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. merencanakan kerja pelayanan medis umum dan rujukan;
 - e. menyiapkan, mengadakan, dan memelihara peralatan medis untuk kelancaran pelaksanaan medis;
 - f. mengatur tugas-tugas pelayanan medis, baik dokter jaga, dokter ruangan maupun tugas -tugas diluar gedung;
 - g. menyelenggarakan pembinaan/peningkatan pengetahuan dan ketrampilan baik staf medis maupun paramedis;
 - h. membina kerjasama dengan institusi pendidikan dalam menyelenggarakan diklat;
 - i. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.
- (3) Kepala Seksi Kesehatan Jiwa Masyarakat mempunyai tugas
- a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. menjalankan penyelenggaraan kegiatan Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat disesuaikan dengan kebijakan Bidang Pelayanan Medis rumah sakit;
 - e. menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat khususnya bagi keluarga yang mempunyai masalah dengan kesehatan jiwa;
 - f. menyelenggarakan/membangun kerjasama dengan institusi/masyarakat dalam upaya meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat;
 - g. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - h. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.

Pasal 35

- (1) Kepala Bidang Perawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1) huruf b, mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana dan program kerja Bidang;
 - b. mengkoordinasikan rencana dan program kerja bidang;
 - c. mengkoordinasikan para kepala seksi;
 - d. menilai prestasi kerja bawahan;
 - e. merencanakan dan menetapkan peraturan/tata tertib pelayanan keperawatan;

- f. merencanakan jumlah dan jenis terapi perawatan;
- g. merencanakan pembinaan dan pengembangan karier tenaga keperawatan;
- h. mengkoordinasikan kegiatan perawatan di Poliklinik, Instalasi Rawat Darurat, Rehabilitasi Mental dan Rawat Inap;
- i. mengevaluasi/menyeleksi kondisi pasien sebagai hasil selama perawatan;
- j. menyelenggarakan pembinaan jabatan fungsional keperawatan;
- k. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Wakil Direktur.

(2) Kepala Seksi Rawat Jalan dan Rehabilitasi mempunyai tugas :

- a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
- b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
- c. Menilai prestasi kerja bawahan;
- d. merencanakan kegiatan rawat jalan dan rehabilitasi mental;
- e. mengkoordinir pelaksanaan asuhan keperawatan rawat jalan dan rehabilitasi mental;
- f. mengatur tugas-tugas keperawatan rawat jalan dan rehabilitasi mental;
- g. mengevaluasi hasil perkembangan asuhan keperawatan dan rehabilitasi;
- h. mengkoordinasikan kegiatan poliklinik dan instalasi gawat darurat;
- i. menyelenggarakan kegiatan rehabilitasi mental;
- j. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- k. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- l. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.

(3) Kepala Seksi Rawat Inap mempunyai tugas :

- a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
- b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
- c. menilai prestasi kerja bawahan;
- d. merencanakan kegiatan rawat inap mencakup tenaga, sarana dan fasilitas;
- e. mengkoordinir pelaksanaan asuhan keperawatan diseluruh bangsal rawat inap;
- f. mengatur tugas-tugas keperawatan bangsal rawat inap;
- g. mengevaluasi hasil perkembangan asuhan perawatan di bangsal rawat inap;
- h. menyiapkan kelengkapan peralatan rawat inap di bangsal perawatan;
- i. melaksanakan sistem pengendalian intern;

- j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.

Pasal 36

- (1) Kepala Bidang Penunjang Medik mempunyai tugas :
 - a. menyusun rencana dan program kerja bidang;
 - b. mengkoordinasikan program kerja masing-masing seksi;
 - c. mengkoordinasikan para kepala seksi;
 - d. menilai prestasi kerja bawahan;
 - e. membimbing dan memberi petunjuk kepada Kepala Seksi dan bawahan;
 - f. menyelenggarakan kegiatan pemeliharaan bangunan, peralatan medik, non medik dan peralatan mobilitas; Menyelenggarakan kegiatan pemeliharaan bangunan, peralatan medik, peralatan non medik, dan peralatan mobilitas;
 - g. melaksanakan sistem pengendalian intern
 - h. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Wakil Direktur.
- (2) Kepala Seksi Penunjang Diagnostik, Farmasi, dan Gizi mempunyai tugas :
 - a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. melaksanakan penyelenggaraan kegiatan-kegiatan pelayanan penunjang diagnostik meliputi laboratorium, elektromedis, dan rontgen;
 - e. melaksanakan kegiatan pemenuhan gizi bagi pasien dan petugas jaga lainnya;
 - f. melaksanakan penyelenggaraan peralatan diagnostik pelayanan laboratorium, elektromedis, dan rontgen;
 - g. menyiapkan perbekalan farmasi, reagesia, dan alat kesehatan;
 - h. melaksanakan koordinasi dengan seksi rawat jalan dan rehabilitasi, rawat inap, dan seksi pelayanan penunjang farmasi dan gizi dalam kegiatan rumah sakit;
 - i. melaksanakan sistem pengendalian intern
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.
- (3) Kepala Seksi Pemeliharaan Sarana mempunyai tugas :
 - a. menyusun rencana dan program kerja seksi;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. melaksanakan upaya – upaya pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit;

- e. menyelenggarakan pemeliharaan sarana dan prasarana kantor;
- f. melaksanakan sistem pengendalian intern;
- g. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- h. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bidang.

Pasal 37

- (1) Kepala Bagian Penyusunan Program mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana dan program kerja bagian;
 - b. mengkoordinasikan program kerja masing-masing sub. Bagian dan Bawahan;
 - c. mengkoordinasikan para kepala sub bagian;
 - d. menilai prestasi kerja bawahan;
 - e. Membimbing dan memberi petunjuk kepada kepala sub bagian dan bawahan;
 - f. melaksanakan penghitungan kebutuhan program baik jangka pendek, menengah maupun panjang;
 - g. menyiapkan informasi tentang kinerja rumah sakit;
 - h. menyelenggarakan pengelolaan SIM-RS, dan Rekam Medis;
 - i. menyusun perencanaan program dan kegiatan rumah sakit;
 - j. menyelenggarakan pelaporan rumah sakit;
 - k. menyelenggarakan fungsi kehumasan rumah sakit;
 - l. melaksanakan sistem pengendalian intern
 - m. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - n. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Wakil Direktur.

- (2) Kepala Sub Bagian Data dan Rekam Medis mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana dan program kerja sub bagian;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. menyelenggarakan jaringan system informasi rumah sakit (SIM-RS);
 - e. menyelenggarakan rekam medis;
 - f. mengumpulkan bahan – bahan dan data sarana dan kegiatan rumah sakit;
 - g. menyiapkan dan menyusun informasi tentang kinerja rumah sakit;
 - h. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - i. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - j. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian.

- (3) Kepala Sub Bagian Penyusunan Program dan Pelaporan mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana dan program kerja sub bagian;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. menyusun perencanaan jangka pendek, menengah dan panjang;
 - e. mengevaluasi kemajuan program dan kegiatan;
 - f. menyusun laporan kinerja rumah sakit;
 - g. menyusun bahan kehumasan;
 - h. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - i. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan;
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian.

Pasal 38

- (1) Kepala Bagian Keuangan mempunyai tugas :
- a. menyusun rencana dan program kerja bagian;
 - b. mengkoordinasikan program kerja masing-masing sub bagian;
 - c. mengkoordinasikan para kepala sub.bagian;
 - d. menilai prestasi kerja bawahan;
 - e. membimbing dan memberi petunjuk kepada kepala sub bagian dan bawahan;
 - f. menyelenggarakan administrasi keuangan;
 - g. mengelola administrasi pendapatan daerah melalui rumah sakit;
 - h. menyelenggarakan administrasi barang;
 - i. menyelenggarakan akuntansi dan pertanggungjawaban keuangan;
 - j. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - k. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - l. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Wakil Direktur.
- (2) Kepala Sub Bagian Pendapatan mempunyai tugas :
- a. menyusun rencana dan program kerja sub bagian;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. melaksanakan administrasi pendapatan rumah sakit;
 - e. menyelenggarakan akuntansi keuangan dan laporan keuangan;
 - f. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - g. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - h. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian.

- (3) Kepala Sub Bagian Perbendaharaan mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana dan program kerja sub bagian;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. membayarkan gaji dan tunjangan lainnya kepada pegawai rumah sakit;
 - e. menyelenggarakan pembayaran-pembayaran yang menjadi beban rumah sakit;
 - f. menyusun kelengkapan bukti-bukti pengeluaran pertanggungjawaban keuangan;
 - g. melaksanakan sistem pengendalian intern
 - h. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian.

Pasal 39

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana dan program kerja bagian;
 - b. mengkoordinasikan para kepala sub bagian;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. membimbing dan memberi petunjuk kepada kepala sub bagian dan bawahan;
 - e. menyelenggarakan administrasi umum rumah sakit;
 - f. menyelenggarakan administrasi kepegawaian;
 - g. menyelenggarakan administrasi barang;
 - h. menjaga kebersihan, ketertiban dan keamanan rumah sakit;
 - i. menghitung kebutuhan jenis dan jumlah tenaga rumah sakit;
 - j. mengembangkan kondisi kerja yang memungkinkan setiap staf berkembang dan berprestasi;
 - k. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - l. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - m. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Wakil Direktur.
- (2) Kepala Sub Bagian Umum mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana dan program kerja sub bagian;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. menjalankan proses administrasi umum dan perkantoran;
 - e. menyelenggarakan kebersihan lingkungan, ketertiban, keamanan Rumah Sakit dan binatu;
 - f. melaksanakan proses Administrasi barang
 - g. menjalankan tugas kerumahtanggaan;
 - h. memelihara inventaris kantor dan peralatan kantor;
 - i. melaksanakan sistem pengendalian intern;

- j. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
- k. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian.

- (3) Kepala Sub Bagian Kepegawaian mempunyai tugas:
- a. menyusun rencana dan program kerja sub bagian;
 - b. memberikan petunjuk kepada bawahan;
 - c. menilai prestasi kerja bawahan;
 - d. menyiapkan bahan usul kepangkatan, pemindahan, pemberhentian, mutasi, kenaikan gaji, berkala, kartu pegawai, Karis/Karsu, Askes, Taspen, penilaian pegawai, diklat, penghargaan, kesejahteraan pegawai;
 - e. melaksanakan sistem pengendalian intern;
 - f. melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan; dan
 - g. melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada Kepala Bagian

Pasal 40

Direktur mempunyai wewenang untuk :

- a. memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. menggunakan, memelihara dan mengelola aset Rumah Sakit;
- c. mewakili Rumah Sakit baik di dalam dan di luar Pengadilan;
- d. menetapkan kebijakan anggaran modal dan operasional rumah sakit;
- e. menetapkan Kebijakan dan prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional dibidang kesehatan;
- f. pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Jiwa Provinsi Bali sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah Provinsi Bali;
- g. menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali;
- h. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit;
- i. mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugasnya untuk disetujui oleh Gubernur;
- j. menyetujui kebijakan dan prosedur serta menyetujui pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian;
- k. mengangkat dan memberhentikan tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- l. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
- m. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

Pasal 41

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :
 - a. seorang dokter yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - d. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
 - e. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.
- (2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Administrasi Sumber Daya adalah:
 - a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di Bagian keuangan, umum, administrasi, dan sumber daya;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum, administrasi beserta sumberdaya dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum, keuangan, administrasi, dan sumber daya Rumah Sakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
 - e. berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah:
 - a. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi dilingkup pelayanan Rumah Sakit; dan
 - d. berstatus Aparatur Sipil Negara dan memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

BAB IX
SATUAN PEMERIKSA INTERNAL (SPI)

Pasal 42

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

- (6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB X KOMITE

Pasal 43

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

Bagian Kesatu Komite Medik

Pasal 44

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (2) huruf a merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

Paragraf 1 Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

Pasal 45

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

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

Pasal 46

- (1) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 ayat (2) huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua-ketua Sub komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 ayat (2) huruf b dan huruf c ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

Paragraf 2

Tugas dan Fungsi Komite Medik

Pasal 47

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi 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;
 - 4) Etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;

- d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
 - e. penilaian dan keputusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi 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; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan 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 perilaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 3
Wewenang Komite Medik

Pasal 48

Wewenang Komite Medik, terdiri dari:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*;
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/ *clinical appointment*;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/ *clinical privilege*;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/ *delineation of clinical privilege*;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;

- g. memberikan rekomendasi pendampingan/*proctoring*; dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 4
Sub Komite

Pasal 49

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

Pasal 50

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam pasal 49 ayat (2) huruf a untuk memproteksi masyarakat.
- (2) Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

Pasal 51

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

Pasal 52

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

- e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
- f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

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

Pasal 53

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

Pasal 54

Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (2) huruf b, Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

Pasal 55

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

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

Pasal 56

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

Pasal 57

Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (2) huruf c, Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

Pasal 58

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

- c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
- d) pasien atau keluarga pasien.
- 2) non perorangan:
 - a) hasil konferensi kematian;
 - b) hasil konferensi klinis.
- b. Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
 - 1) kompetensi klinis;
 - 2) penatalaksanaan kasus medis;
 - 3) pelanggaran disiplin profesi;
 - 4) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
 - 5) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
- c. pemeriksaan:
 - 1) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - 2) melalui proses pembuktian;
 - 3) dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
 - 4) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
 - 5) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
 - 6) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
- d. keputusan:

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

- f. pelaksanaan Keputusan:
keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.
- 1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
 - 2) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Paragraf 5
Rapat komite Medik

Pasal 59

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

- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin, Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6
Rapat Khusus

Pasal 60

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

Paragraf 7
Rapat Tahunan

Pasal 61

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun.

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

Bagian Kedua
Komite Etik dan Hukum

Pasal 62

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 43 ayat (2) huruf b dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Biro Hukum dan HAM Sekretariat Daerah Provinsi Bali dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah Provinsi Bali dalam menyelesaikan masalah medikolegal.
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi:
- a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi *medikoetikolegal*, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali; dan
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga
Komite Perawatan

Pasal 63

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

Pasal 64

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite.
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Sub komite.

Pasal 65

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

Pasal 66

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
 - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
 - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
 - d. penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;

- e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 67

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

Pasal 68

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

Paragraf 1

Sub Komite Kredensial

Pasal 69

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (2) huruf a mempunyai tugas ;
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
 - b. menyusun buku putih;
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
 - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
 - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan
 - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.

- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc*, kepada semua komite keperawatan

Paragraf 2
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 70

- (1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 68 ayat (2) huruf b mempunyai tugas :
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team add hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

Paragraf 3
Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

Pasal 71

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam pasal 68 ayat (2) huruf c mempunyai tugas:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
 - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam pasal 69 ayat (1), komite keperawatan membentuk *team ad hoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team ad hoc* sebagaimana dimaksud dalam pasal 70 ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Pasal 72

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

Pasal 73

- (1) Rapat Kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 ayat (2) huruf a, meliputi:
 - a. rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
 - c. sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan; dan
 - d. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (2) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 ayat (2) huruf b, meliputi:
 - a. rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
 - b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan; dan
 - c. rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Rapat Pleno sebagaimana dimaksud dalam pasal 72 ayat (2) huruf c, meliputi:
 - a. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan;
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (4) Sidang Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 ayat (2) huruf d, meliputi:
 - a. Sidang tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;

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

Bagian Keempat
Komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 74

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

Bagian Kelima
Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 75

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
 - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus;
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Wakil Direktur.

BAB XI
KELOMPOK MEDIS FUNGSIONAL (KMF)

Pasal 76

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

BAB XII INSTALASI

Pasal 77

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali membentuk Instalasi yang terdiri dari:
 - a. Instalasi IGD;
 - b. Instalasi Rawat Inap Khusus;
 - c. Instalasi Rawat Inap Dewasa;
 - d. Instalasi Rawat Jalan;
 - e. Instalasi Rehabilitasi;
 - f. Instalasi Gizi;
 - g. Instalasi Radiologi;
 - h. Instalasi Farmasi;
 - i. Instalasi Laboratorium;
 - j. Instalasi IPSRS;
 - k. Instalasi Diklat;
 - l. Instalasi Laundry;
 - m. Instalasi Sanitasi
 - n. Instalasi Pemulasaraan jenazah; dan
 - o. Instalasi Humas.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.
- (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

BAB XIII
KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 75

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

BAB XIV
UNIT PENJAMIN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
(UPMKP)

Pasal 76

- (1) Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali berupa komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) terdiri dari :
 - a. ketua KPMKP
 - b. ketua tim peningkatan mutu
 - 1) koordinator mutu klinik;
 - 2) koordinator mutu manajemen;
 - c. ketua tim keselamatan pasien
 - 1) koordinator investigasi;
 - 2) koordinator pelaporan;
 - 3) koordinator diklat;
 - 4) koordinator *patient safety officer*
 - d. ketua manajemen risiko
 - 1) koordinator risikoklinis
 - 2) koordinator risiko non klinis
- (3) Masa tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali selama 3 (tiga) tahun.

- (4) Dalam pelaksanaan tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) pada Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 77

- (1) Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KPMKP) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 ayat (2) huruf a mempunyai tugas:
- a. memastikan kehandalan perencanaan mutu dan keselamatan pasien berikut teknik dan alat dalam melaksanakan kegiatan tersebut;
 - b. memastikan terlaksananya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui kegiatan-kegiatan sosialisasi, fasilitasi, dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuai akuntabilitas masing-masing;
 - c. memastikan terlaksananya efektifitas manajemen risiko khususnya kegiatan pelayanan dan manajemen sehingga terwujud penurunan angka risiko dan berdampak kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - d. memastikan terciptanya komunikasi dan hubungan yang baik dengan *partner-partner* terkait dengan akreditasi mutu dan keselamatan pasien;
 - e. melakukan validasi data untuk memastikan kehandalan informasi pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien;
 - f. melaksanakan pendampingan dan koordinasi dengan pembimbing akreditasi dalam melaksanakan *surveillance* dalam mewujudkan pemenuhan standar mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan;
 - g. menyusun kebijakan, strategi dan prosedur di bidang manajemen mutu;
 - h. menyusun indikator mutu dan keselamatan pasien;
 - i. menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - j. memantau dan mengevaluasi seluruh program peningkatan mutu keselamatan pasien;
 - k. mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - l. mengkoordinasikan pelaksanaan audit mutu internal;
 - m. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan jadwal kegiatan terkait dengan akreditasi mutu;
 - n. memfasilitasi pembimbing internal dan eksternal terkait dengan pelaksanaan akreditasi mutu;
 - o. memfasilitasi kegiatan yang terkait dengan inovasi mutu baik internal maupun eksternal;
 - p. melaksanakan pengumpulan dan analisis data terkait dengan pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien; dan
 - q. melaksanakan kegiatan konsultasi terhadap seluruh unit kerja terkait dengan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- (2) Ketua Tim Peningkatan Mutu mempunyai tugas :
- a. menyusun kebijakan dan strategi manajemen mutu;
 - b. menyusun program indikator mutu;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program peningkatan mutu lainnya;
 - d. melakukan koordinasi dengan SPI dalam penyusunan *tools* audit mutu internal;
 - e. memantau pelaksanaan seluruh program peningkatan mutu;
 - f. mengevaluasi pelaksanaan seluruh program peningkatan mutu;
 - g. menyusun laporan hasil pencapaian indikator;
 - h. mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu;
 - i. memfasilitasi tindak lanjut hasil rekomendasi;
 - j. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional;
 - k. melakukan koordinasi terkait penyusunan rencana kegiatan akreditasi nasional;
 - l. memfasilitasi pembimbingan rapat atau pertemuan terkait pelaksanaan akreditasi nasional;
 - m. memfasilitasi pembimbing internal dan eksternal terkait pelaksanaan akreditasi nasional;
 - n. melakukan koordinasi dengan tim *patient safety* dan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA;
 - o. melakukan koordinasi dengan tim *patient safety* dan unit terkait dengan pembimbing quality dan *patient safety*;
 - p. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan inovasi dan gugus kendali mutu;
 - q. memfasilitasi rapat dan atau pertemuan koordinasi bulanan dengan direksi dan unit terkait;
 - r. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada pasien dan manajemen; dan
 - s. mengahdiri rapat, pertemuan, *workshop* dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal maupun eksternal.

- (3) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas :
- a. membuat rencana strategis program pengembangan mutu klinik;
 - b. menyusun panduan pemantauan indikator mutu klinik;
 - c. membuat matrik teknis dan metodologi pemantauan indikator mutu klinik;
 - d. menyusun alat ukur pemantauan indikator mutu klinik;
 - e. berkoordinasi dengan unit terkait dalam menyelenggarakan pemantauan indikator mutu klinik;
 - f. menganalisa hasil pencapaian indikator mutu klinik;
 - g. melakukan komparasi hasil pemantauan indikator mutu klinik secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis;

- h. membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu klinik;
- i. menyelesaikan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu klinik;
- j. menyusun bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu klinik;
- k. mendistribusikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator mutu klinik ke unit terkait;
- l. membuat rekapitan dan laporan evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait;
- m. melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian program PMKP kepada unit kerja di lingkungan internal dan pihak luar melalui surat/email/telpon;
- n. membantu koordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program tim peningkatan mutu;
- o. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal maupun eksternal rumah sakit;
- p. menyusun panduan validasi data internal khusus indikator mutu klinik;
- q. membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu klinik;
- r. menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu klinik berkoordinasi dengan unit terkait;
- s. melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait;
- t. membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu klinik;
- u. membuat program inovasi dan gugus kendali mutu internal;
- v. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
- w. mengkoordinasikan program penyegaran dan pelatihan gugus kendali mutu;
- x. membuat laporan kegiatan pengembangan inovasi dan gugus kendali mutu;
- y. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada pasien.

(4) Koordinator Mutu Manajemen mempunyai tugas:

- a. membuat rencana strategis program pengembangan mutu manajemen;
- b. menyusun panduan pemantauan indikator mutu manajemen;
- c. membuat matrik teknis dan metodologi pemantauan indikator mutu manajemen;
- d. menyusun alat ukur pemantauan indikator mutu manajemen;
- e. berkoordinasi dengan unit terkait dalam menyelenggarakan pemantauan indikator mutu manajemen;

- f. menganalisa hasil pencapaian indikator mutu manajemen;
- g. melakukan komparasi hasil pemantauan indikator mutu manajemen secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis;
- h. membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu manajemen;
- i. menyelesaikan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu manajemen;
- j. menyusun bahan rekomendasi terhadap pencapaian indikator mutu manajemen;
- k. mendistribusikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator mutu manajemen ke unit terkait;
- l. membuat rekapitan dan laporan evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait;
- m. melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian program PMKP kepada unit kerja di lingkungan internal dan pihak luar melalui surat/email/telpon;
- n. membantu koordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program tim peningkatan mutu;
- o. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal maupun eksternal rumah sakit;
- p. menyusun panduan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
- q. membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu manajemen;
- r. menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu manajemen berkoordinasi dengan unit terkait;
- s. melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait;
- t. membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu manajemen;
- u. membuat program inovasi dan gugus kendali mutu internal;
- v. mengkoordinasikan program penyegaran dan pelatihan gugus kendali mutu;
- w. mengkoordinasikan program penyegaran dan pelatihan gugus kendali mutu;
- x. membuat laporan kegiatan pengembangan inovasi dan gugus kendali mutu; dan
- y. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada pasien.

(5) Ketua Tim Keselamatan Pasien mempunyai tugas:

- a. membuat kebijakan sasaran keselamatan pasien;
- b. bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit terhadap pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit;
- c. menyusun kebijakan terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;

- d. membuat program kerja keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. mengkoordinasikan kegiatan sekretariat;
 - f. merencanakan pelatihan anggota KPRS;
 - g. melakukan koordinasi dengan unit lain untuk melaksanakan program KPRS;
 - h. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan seluruh anggota KPRS; dan
 - i. memberikan rekomendasi pemecahan masalah keselamatan pasien kepada Direktur Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti.
- (6) Koordinator Investigasi mempunyai tugas:
- a. menerima dan menganalisa kembali setiap kejadian atau insiden yang dilaporkan;
 - b. mengajukan solusi pencegahan masalah yang diajukan kepada ketua TIM KPRS;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi ke unit – unit terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan investigasi; dan
 - d. membuat laporan berkala dan laporan khusus tentang kegiatan bidang investigasi.
- (7) Koordinator Pelaporan mempunyai tugas :
- a. menerima dan mencatat seluruh data kejadian/insiden yang dilaporkan oleh unit;
 - b. mengelompokkan/mengkategorikan jenis laporan kejadian yang diterima;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan pelaporan insiden; dan
 - d. menyusun laporan berkala dan khusus dengan kegiatan bidang pelaporan.
- (8) Koordinator *Patient Safety Officer* mempunyai tugas:
- a. melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien;
 - b. mensosialisasikan 6 sasaran keselamatan pasien di unit masing – masing;
 - c. membuat laporan insiden keselamatan pasien;
 - d. melakukan investigasi sederhana Insiden Keselamatan Pasien;
 - e. mencatat Insiden Keselamatan Pasien; dan
 - f. melaporkan semua insiden keselamatan pasien yang terjadi ke ketua TIM KPRS.
- (9) Koordinator Diklat mempunyai tugas:
- a. menyusun program pelatihan anggota Tim KPRS;
 - b. menyusun program orientasi untuk pegawai baru dan mahasiswa praktek;
 - c. menyusun program sosialisasi keselamatan pasien untuk seluruh pegawai;
 - d. membuat jadwal pelatihan internal; dan
 - e. membuat laporan berkala dan laporan khusus terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait diklat.

- (10) Ketua Tim Manajemen Risiko mempunyai tugas:
- a. menyusun program Manajemen Risiko yang konsisten dengan misi dan rencana organisasi, serta memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat, dan staf;
 - b. melaksanakan proses-proses Manajemen Risiko dengan menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan informasi lain berdasarkan rancangan praktik klinik, serta sesuai dengan praktik bisnis yang sehat dan relevan dengan informasi terkini;
 - c. mengkoordinasikan proses-proses identifikasi dari risiko;
 - d. melaksanakan skoring dan menetapkan prioritas risiko-risiko di seluruh unit / instalasi / bagian;
 - e. melaksanakan koordinasi dengan Unit Keselamatan pasien dalam hal penyelidikan KTD;
 - f. melakukan evaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat berubah dan berakibat terjadinya kejadian sentinel;
 - g. melaksanakan kegiatan RCA dan atau FMEA untuk suatu kejadian yang berujung kepada risiko tinggi dan sentinel;
 - h. melakukan monitoring dan evaluasi ke unit – unit terhadap pelaksanaan program Manajemen Risiko rumah sakit dan manajemen dari hal lain yang terkait;
 - i. memantau pelaporan berkala dan khusus tentang kegiatan Manajemen Risiko termasuk laporan RCA dan FMEA.
- (11) Koordinasi Risiko Klinis mempunyai tugas:
- a. menyusun program Manajemen Risiko klinis yang konsisten dengan misi dan rencana organisasi, serta memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat, dan staf;
 - b. melaksanakan proses – proses Manajemen Risiko klinis dengan menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan informasi lain berdasarkan rancangan praktik klinik, serta sesuai dengan praktik bisnis yang sehat dan relevan dengan informasi terkini;
 - c. memastikan terlaksananya proses-proses identifikasi dari risiko klinis;
 - d. memastikan terlaksananya skoring dan menetapkan prioritas risiko klinis di seluruh unit/ instalasi/ bagian;
 - e. melaksanakan pendampingan dan koordinasi dengan Unit keselamatan pasien dalam hal penyelidikan KTD;
 - f. memantau dan mengevaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat berubah dan berakibat terjadinya kejadian sentinel;
 - g. mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan RCA dan atau FMEA untuk suatu kejadian yang berujung kepada risiko tinggi dan sentinel;

- h. mengkoordinasikan monitoring dan evaluasi ke unit – unit terhadap pelaksanaan program manajemen risiko klinis rumah sakit dan manajemen dari hal lain yang terkait;
 - i. menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan manajemen risiko klinis termasuk laporan RCA dan FMEA.
- (12) Koordinator Risiko Non Klinis mempunyai tugas:
- a. menyusun program Manajemen Risiko non klinis yang konsisten dengan misi dan rencana organisasi, serta memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat, dan staf;
 - b. melaksanakan proses – proses Manajemen Risiko non klinis dengan menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan informasi lain berdasarkan rancangan praktik klinik, serta sesuai dengan praktik bisnis yang sehat dan relevan dengan informasi terkini;
 - c. melaksanakan proses – proses identifikasi dari risiko non klinis;
 - d. melaksanakan skoring dan menetapkan prioritas risiko non klinis di seluruh unit/ instalasi / bagian;
 - e. melaksanakan koordinasi dengan unit keselamatan pasien dalam hal penyelidikan KTD;
 - f. melakukan evaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat berubah dan berakibat terjadinya kejadian sentinel;
 - g. melaksanakan kegiatan RCA dan atau FMEA untuk suatu kejadian yang berujung kepada risiko tinggi dan sentinel;
 - h. melakukan monitoring dan evaluasi ke unit – unit terhadap pelaksanaan program Manajemen Risiko non klinis rumah sakit dan manajemen dari hal lain yang terkait;
 - i. menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan Manajemen Risiko non klinis termasuk laporan RCA dan FMEA.
- (13) PIC dalam hal ini Kepala Instalasi/Koordinator unit/Koordinator Pelaksana, mempunyai tugas:
- a. menyusun Program PMKP Unit Kerja;
 - b. mengumpulkan data mutu dari pengumpul data setiap bulan;
 - c. menganalisa data mutu yang dikumpulkan di unit setiap bulan;
 - d. melaporkan data mutu yang sudah dianalisa setiap bulan kepada Penanggung Jawab;
 - e. menyusun *FOCUS PDCA* apabila indikator tidak tercapai;
 - f. melaporkan Insiden Keselamatan Pasien pada Koordinator Pelaporan KPRS;
 - g. mengadakan rapat rutin terkait upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;

- h. mengajukan dan melaksanakan rencana perbaikan mutu dan keselamatan pasien;
- i. melaksanakan proses identifikasi risiko-risiko di masing – masing unit;
- j. melaksanakan analisis sederhana terhadap risiko-risiko yang ada;
- k. melakukan monitoring dan evaluasi program risiko di unit yang menjadi tanggung jawabnya; dan
- l. melaporkan secara berkala hasil evaluasi program manajemen risiko kepada *risk manager*.

BAB XV
TATA KERJA

Pasal 78

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross function approach*) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.
- (6) Kepala Bidang, Kepala bagian, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

BAB VI PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu Tujuan Pengelolaan

Pasal 79

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Bagian Kedua Pengangkatan Pegawai

Pasal 80

- (1) Pegawai Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Mutasi/ Rotasi Pegawai

Pasal 81

- (1) Mutasi/rotasi Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
- (2) Mutasi/rotasi pegawai dilaksanakan dengan mempertimbangkan:
 - a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
 - b. masa kerja diunit tertentu;
 - c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
 - d. kegunaannya dalam menunjang karir; dan
 - e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Bagian Kelima
Pemberhentian Pegawai

Pasal 82

- (1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan peraturan tentang pemberhentian pegawai negeri sipil.
- (2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. meninggal dunia;
 - b. atas permintaan sendiri;
 - c. mencapai batas usia 58 tahun;
 - d. perampangan organisasi Rumah Sakit;
 - e. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non PNS, dan
 - f. tidak tersedia anggaran untuk memberi nafkah kepada pegawai Non PNS.

BAB XVII
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Pasal 83

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

BAB VIII
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 84

- (1) Semua pelayanan medis dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

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

Bagian Kesatu
Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Pasal 85

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis:

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

Bagian Kedua
Pembatasan Kewenangan Klinis

Pasal 86

- (1) Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota KMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota KMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Subkomite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis anggota KMF setelah terlebih dahulu.
- (4) Ketua KMF mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik.
- (5) Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Subkomite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota KMF yang bersangkutan.
- (6) Subkomite Kredensial berhak memanggil anggota KMF yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan.
- (7) Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Bagian Ketiga
Pencabutan Kewenangan Klinis

Pasal 87

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.

- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila:
 - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
 - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
 - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Bagian Keempat
Penugasan Klinis

Pasal 88

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (SPK) dari Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap staf medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (SPK) maka seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

Bagian Kelima
Pengakhiran Kewenangan Klinis

Pasal 89

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dan Subkomite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (SPK):
 - a. habis masa berlakunya; dan
 - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam pasal 88 ayat (2).

BAB XIX
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 90

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

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

BAB XX
TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN
INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 91

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

BAB XXI
KERAHASIAAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu
Kerahasiaan Pasien

Pasal 92

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemaparan informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan pasien.
- (3) Pemaparan informasi medis untuk keperluan penelitian dan untuk kepentingan hukum, hanya dapat dilakukan atas persetujuan Direktur.

Bagian Kedua
Informasi Medis

Pasal 93

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

- d. prognosis; dan
- e. kemungkinan Komplikasi.

Bagian Ketiga
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 94

- (1) Hak pasien meliputi:
- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
 - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
 - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan

r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Kewajiban Pasien meliputi:

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

Bagian Keempat
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 95

(1) Hak dokter meliputi:

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

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

Bagian Kelima
Hak dan Kewajiban rumah Sakit

Pasal 96

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi:
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
 - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
 - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali kepada masyarakat;
 - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;

- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sebagai acuan dalam melayani pasien;
- h. menyelenggarakan rekam medis;
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;

- p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB XXII KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 97

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

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

BAB XXIII
KERJASAMA/ KONTRAK

Pasal 98

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat:
 - a. subjek kerja sama/kontrak;
 - b. objek kerja sama/kontrak;
 - c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
 - d. hak dan kewajiban para pihak;
 - e. jangka waktu kerja sama/kontrak;
 - f. pengakhiran kerja sama/kontrak;
 - g. keadaan memaksa; dan
 - h. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu:
 - a. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi pelayanan. Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis.
 - b. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjejang kepada pejabat berwenang sesuai hirarkhi administrasi sumber daya, Wakil Administrasi Sumber Daya Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa

keuntungan.

- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarkhi pejabat yang berwenang.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB XXIV PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian Kesatu Perencanaan

Pasal 99

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis rumah sakit.
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.

- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua Penganggaran

Pasal 100

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit.
- (2) Penyusunan Renstra Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.

Pasal 101

Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 100, memuat:

- a. kinerja tahunan berjalan;
- b. asumsi makro dan mikro;
- c. target kinerja;
- d. analisis dan perkiraan biaya satuan;
- e. perkiraan harga;
- f. anggaran pendapatan dan biaya;
- g. besaran persentase ambang batas;
- h. prognosa laporan keuangan;
- i. perkiraan maju (forward estimate);

- j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
- k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah; dan
- 1. Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

Bagian Ketiga
Persetujuan

Pasal 102

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

BAB XXV
AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN

Bagian Kesatu
Akuntansi

Pasal 103

- (1) Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.

- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua
Pelaporan dan Pertanggungjawaban

Pasal 104

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

BAB XXVI
PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN
KINERJA

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 105

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

Bagian Kedua
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 106

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali diajukan oleh Direktur kepada Gubernur sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- (3) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Gubernur dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian Sistem Informasi Manajemen dan Pelaporan Bagian Bina Program Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali melalui Humas Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- (4) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan) dan SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil).
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Gubernur dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.

- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.
- (7) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Gubernur.
- (8) LAKIP Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

BAB XXVII TUNTUTAN UMUM

Pasal 107

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutanannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XXVIII KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 108

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Peraturan Gubernur ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali ditetapkan Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB XXIX
KETENTUN PENUTUP

Pasal 109

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Denpasar
pada tanggal 30 Mei 2017

GUBERNUR BALI,

MADE MANGKU PASTIKA

Diundangkan di Denpasar
pada tanggal 30 Mei 2017

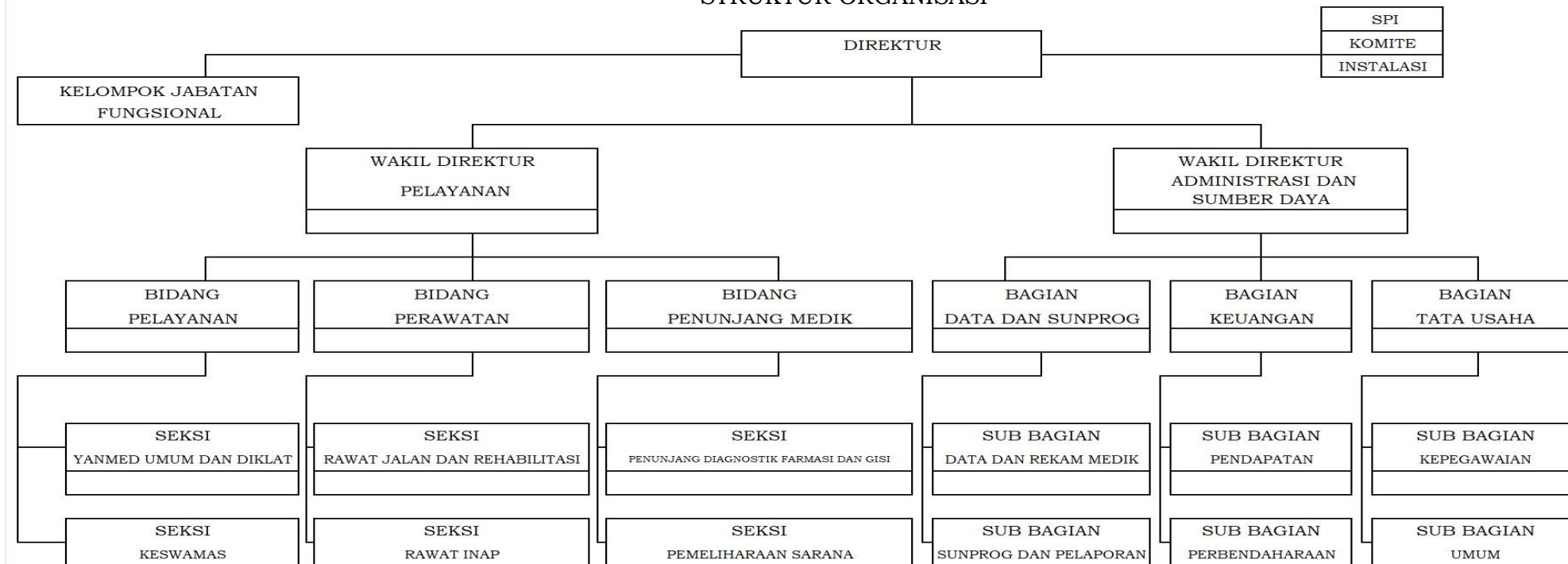
SEKRETARIS DAERAH PROVINSI BALI,

COKORDA NGURAH PEMAYUN

BERITA DAERAH PROVINSI BALI TAHUN 2017 NOMOR 38

LAMPIRAN
 PERATURAN GUBERNUR BALI
 NOMOR 38 TAHUN 2017
 TENTANG
 PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
 PADA RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI

STRUKTUR RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI
 STRUKTUR ORGANISASI



GUBERNUR BALI,

MADE MANGKU PASTIKA