



SALINAN

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

NOMOR 86 TAHUN 2015

TENTANG

TATA KELOLA RUMAH SAKIT JIWA GRHASIA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat, memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan tata kelola yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh masyarakat;
- b. bahwa untuk menjamin operasional Rumah Sakit Jiwa Grhasia dan hubungan kerja antara pemilik, pengelola, dan staf medis dapat berjalan dengan baik perlu diatur dalam suatu Tata Kelola;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan dalam Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, salah satu kewajiban rumah sakit adalah menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*);
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, maka perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Grhasia;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5339);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff ByLaws*);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG TATA KELOLA RUMAH SAKIT JIWA GRHASIA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*) yang selanjutnya disebut Tata Kelola Rumah Sakit adalah produk hukum yang merupakan anggaran rumah tangga rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit, yang memuat peraturan organisasi rumah sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis rumah sakit (*medical staff bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).

2. Peraturan Organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) yang selanjutnya disebut Tata Kelola Organisasi Rumah Sakit adalah peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta sebagai pemilik atau yang mewakili dengan Direktur Rumah Sakit (pengelola rumah sakit) beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan haknya masing-masing.
3. Peraturan Staf Medis Rumah Sakit (*medical staff bylaws*) yang selanjutnya disebut Tata Kelola Staf Medis Rumah Sakit adalah peraturan yang mengatur tentang staf Medis di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
5. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dan ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
6. Pengelola BLUD adalah Pimpinan BLUD yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional BLUD, yang terdiri atas pimpinan, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada BLUD yang bersangkutan.
7. Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
8. Jabatan Struktural adalah suatu kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, wewenang dan hak seorang pegawai dalam rangka memimpin suatu satuan organisasi yang secara nyata dan tegas diatur dalam Peraturan Daerah tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja yang berlaku.
9. Jabatan Fungsional adalah jabatan fungsional tertentu yang dalam melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku
10. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
11. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis Jiwa dan Dokter Spesialis lain.

12. Staf Keperawatan Fungsional adalah staf tenaga keperawatan yang bekerja di instalasi dalam jabatan fungsional.
13. Profesi Kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapatkan pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan jiwa untuk menjadi sehat.
14. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian rumah sakit
15. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, radiologi, rehabilitasi medik, laboratorium, rehabilitasi mental, farmasi, dan lain-lain.
16. Unit Kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk instalasi, bagian atau bidang.
17. Pelayanan Medis Spesialistik adalah pelayanan medik spesialis penyakit jiwa, saraf, penyakit dalam, kulit dan kelamin, kesehatan anak, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
18. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan tenaga profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
19. SubKomite adalah kelompok kerja di bawah Komite yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus, yang anggotanya terdiri dari tenaga ahli dan tenaga profesi secara *ex officio*.
20. Satuan Pemeriksaan Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Pengelola untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (social responsibility) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
21. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas pelayanan.
22. Rencana Bisnis Anggaran BLUD yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran BLUD.
23. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.
24. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disingkat APBN adalah rencana keuangan tahunan Pemerintah Pusat yang ditetapkan dengan undang-undang.

25. Daerah adalah Daerah Istimewa Yogyakarta.
26. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta
27. Gubernur adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta.
28. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.
29. Direktur adalah pimpinan BLUD di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

BAB II TATA KELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Ruang Lingkup, Fungsi, dan Tujuan

Pasal 2

Ruang lingkup tata kelola rumah sakit meliputi :

- a. organisasi pemilik atau yang mewakili;
- b. peran, tugas, dan kewenangan pemilik;
- c. organisasi staf medis; dan
- d. peran, tugas, dan kewenangan staf medis.

Pasal 3

Fungsi tata kelola rumah sakit sebagai berikut:

- a. sebagai acuan pemilik rumah sakit dalam melakukan pengawasan;
- b. sebagai acuan bagi direktur rumah sakit dalam mengelola rumah sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional;
- c. sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi, dan mutu.

Pasal 4

Tujuan tata kelola rumah sakit sebagai berikut:

- a. mengatur hubungan pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan staf medis;
- b. pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis operasional rumah sakit;
- c. pedoman dalam pengaturan staf medis.

Pasal 5

- (1) Petunjuk pelaksanaan Tata Kelola Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Peraturan Rumah Sakit termasuk kebijakan pengelola harus mengacu kepada Peraturan Gubernur ini.
- (3) Peraturan Rumah Sakit meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, pelayanan keperawatan, pelayanan administrasi, keuangan dan akuntansi.

Bagian Kedua
Prinsip Tata Kelola

Pasal 6

- (1) Rumah Sakit beroperasi berdasarkan pola tata kelola atau peraturan internal, yang memuat antara lain :
 - a. struktur organisasi;
 - b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi yang logis; dan
 - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Pola tata kelola sebagaimana dimaksud ayat (1) memperhatikan prinsip, antara lain :
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. resposibilitas; dan
 - d. independensi.
- (3) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab dan wewenang dalam organisasi.
- (4) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (5) Pengelompokan fungsi yang logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (6) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif dan produktif.

Pasal 7

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.

- (3) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset dan manajemen pelayanan.
- (4) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (5) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

Pasal 8

- (1) Dalam hal pengelolaan keuangan, Rumah Sakit menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- (2) Pejabat pengelola Badan Layanan Umum Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. pemimpin;
 - b. pejabat penatausahaan keuangan; dan
 - c. pejabat teknis.

Bagian Ketiga Pejabat Pengelola Rumah Sakit

Paragraf 1 Komposisi Pejabat Pengelola

Pasal 9

Pejabat Pengelola Rumah Sakit yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri atas :

- a. Direktur, selaku pimpinan BLUD yang merupakan Pejabat Pengguna Barang/Pengguna Anggaran;
- b. Pejabat Penatausahaan Keuangan, sebagai penanggung jawab Keuangan Rumah Sakit; dan
- c. Pejabat Teknis yang meliputi bidang Bidang Pelayanan Medis, Bidang Penunjang dan Sarana, Bidang Keperawatan, bertanggung jawab terhadap mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya.

Pasal 10

Direktur selaku Pimpinan BLUD bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara keseluruhan.

Pasal 11

Direktur mempunyai tugas dan wewenang untuk :

- a. memimpin dan mengurus Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- b. mengusai memelihara dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
- c. mewakili Rumah Sakit didalam dan diluar pengadilan;
- d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang ditetapkan Gubernur;
- e. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
- f. menyiapkan rencana jangka panjang dan rencana kerja dan anggaran Rumah Sakit;
- g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit;
- h. menerapkan struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit;
- i. menetapkan ketua-ketua komite, kepala Satuan Pemeriksaan Intern (SPI) dan ketua/kepala satuan kerja;
- j. mengangkat dan memberhentikan tenaga kontrak sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- k. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga kontrak sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- l. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
- m. menyelenggarakan keselamatan pasien sesuai dengan sifat dan fungsi sebuah Rumah Sakit;
- n. menerbitkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi seluruh staf medis;
- o. melakukan pengelolaan pelayanan medik, pelayanan perawatan dan pelayanan penunjang serta peningkatan mutu layanan kesehatan Rumah Sakit;
- p. melakukan pengelolaan sumber daya manusia, pelayanan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan;
- q. melakukan pengelolaan keuangan Rumah Sakit yang meliputi penyusunan dan evaluasi anggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana serta akuntansi dan verifikasi;
- r. melakukan pengelolaan pelayanan umum, perencanaan dan evaluasi kegiatan Rumah Sakit, hukum dan hubungan masyarakat;
- s. menjalankan Rumah Sakit dan mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- t. menentukan misi Rumah Sakit dan membuat rencana dan kebijakan yang dibutuhkan untuk memenuhi misi tersebut.

Pasal 12

Pejabat Penatausahaan Keuangan dan Pejabat Teknis bertanggung jawab kepada Pimpinan Rumah Sakit sesuai tanggung jawab masing-masing.

Pasal 13

- (1) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (2) Perubahan komposisi Pejabat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Gubernur.

Paragraf 2

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 14

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (4) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Gubernur.

Pasal 15

- (1) Dalam hal Pimpinan BLUD berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (2) Dalam hal Pimpinan BLUD berasal dari unsur non Pegawai Negeri Sipil, maka yang bersangkutan bukan merupakan pengguna anggaran dan barang daerah.
- (3) Dalam hal Pimpinan BLUD bukan Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2), maka yang menjadi pengguna anggaran dan barang daerah adalah Pejabat Penatausahaan Keuangan yang berasal dari unsur Pegawai Negeri Sipil.

Paragraf 3
Persyaratan Menjadi Pejabat Pengelola

Pasal 16

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Pimpinan BLUD sebagai berikut :

- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pimpinan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan/atau non Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Pegawai Negeri Sipil;
- g. bagi Direktur yang berstatus Non Pegawai Negeri Sipil sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- h. sudah mendapat pendidikan atau sudah terbiasa dengan konsep dan metode peningkatan mutu; dan
- i. menjamin tersedianya program yang standar untuk melaksanakan rekrutmen, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan bagi semua staf.

Pasal 17

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Penatausahaan Keuangan BLUD sebagai berikut:

- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman dibidang keuangan dan/atau akuntansi;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian keuangan;
- c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemegang keuangan perusahaan yang dinyatakan pailit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan atau non Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil; dan
- g. sudah mendapat pendidikan atau sudah terbiasa dengan konsep dan metode peningkatan mutu.

Pasal 18

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Teknis BLUD adalah :

- a. seorang dokter/dokter gigi/sarjana lain 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 di lingkup pelayanan Rumah Sakit;
- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dan atau non Pegawai Negeri Sipil;
- e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di Rumah Sakit;
- f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil; dan
- g. sudah mendapat pendidikan atau sudah terbiasa dengan konsep dan metode peningkatan mutu.

Paragraf 4

Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 19

Pejabat Pengelola dapat diberhentikan karena :

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman hukuman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih.

Paragraf 5

Tugas dan Kewajiban, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab Pejabat Pengelola

Pasal 20

(1) Tugas dan kewajiban Pimpinan BLUD sebagai berikut :

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD;
- b. menyusun rencana strategi bisnis BLUD;
- c. menyiapkan RBA;

- d. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada Gubernur sesuai ketentuan;
 - e. menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan; dan
 - f. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Gubernur.
- (2) Fungsi Pimpinan BLUD adalah sebagai penanggung jawab umum operasional dan keuangan BLUD.

Pasal 21

Wewenang Pimpinan BLUD sebagai berikut :

- a. dapat memberikan perlindungan kepada dokter dengan mengikutsertakan dokter pada asuransi tanggung gugat profesional;
- b. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit.
- d. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
- e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. memberikan penghargaan pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
- g. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Penatausahaan Keuangan dan Pejabat Teknis kepada Gubernur;
- i. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
- j. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- k. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- l. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
- m. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari Pejabat Penatausahaan Keuangan dan Pejabat Teknis.

Pasal 22

Tanggungjawab Pimpinan BLUD menyangkut hal-hal sebagai berikut :

- a. terselenggaranya operasionalisasi organisasi Rumah Sakit;

- b. terselenggaranya pelayanan kesehatan perorangan yang berkualitas standar dan akuntabel;
- c. terwujudnya kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan Rumah Sakit;
- d. penyelenggaraan program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatannya; dan
- e. peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.

Pasal 23

Tugas dan kewajiban Pejabat Penatausahaan Keuangan sebagai berikut :

- a. mengkoordinasikan penyusunan RBA;
- b. menyiapkan Daftar Pelaksanaan Anggaran BLUD;
- c. melakukan pengelolaan pendapattan biaya;
- d. menyelenggarakan pengelolaan kas;
- e. melakukan pengelolaan utang-piutang;
- f. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
- g. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan;
- h. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
- i. mengkoordinasikan pengelolaan sistem remunerasi, pola tarif dan pelayanan administrasi keuangan;
- j. mengkoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan pelaksanaan dengan bekerjasama dengan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI);
- k. menyusun rencana kegiatan dibidang umum dan administrasi BLUD;
- l. melaksanakan kegiatan dibidang umum dan administrasi sesuai dengan RBA;
- m. memonitor pelaksanaan kegiatan dibidang umum dan administrasi;
- n. mempertanggungjawabkan kinerja operasional dibidang umum dan admnistrasi; dan
- o. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan BLUD.

Pasal 24

Fungsi Pejabat Penatausahaan Keuangan sebagai berikut :

- a. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang anggaran dan perbendaharaan;
- b. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang akuntansi dan verifikasi;
- c. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pengelolaan pendapatan;

- d. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang program data dan teknologi informasi;
- e. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang umum;
- f. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang organisasi dan kepegawaian; dan
- g. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 25

Tugas dan kewajiban Pejabat Teknis sebagai berikut :

- a. menyusun rencana pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan non medis dengan mempertimbangkan rekomendasi dari komite-komite yang ada di Rumah Sakit;
- b. melaksanakan kegiatan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan non medis sesuai dengan RBA.
- c. memonitor pelaksanaan kegiatan pelayanan medik, keperawatan, penunjang medis dan non medis;
- d. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan medik, keperawatan, penunjang medis dan non medis;
- e. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Pimpinan BLUD.

Pasal 26

Fungsi Pejabat Teknis sebagai berikut :

- a. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan medik;
- b. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan keperawatan;
- c. pengkoordinasian penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang pelayanan penunjang medis dan non medis; dan
- d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Paragraf 6 Rapat Pengelola

Pasal 27

- (1) Rapat Direksi diselenggarakan paling kurang 1 (satu) bulan sekali.

- (2) Dalam rapat direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.
- (3) Keputusan rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (5) Dalam rapat-tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang rapat Dewan Pengawas dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya.

BAB III TATA KELOLA ORGANISASI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Visi, Misi, Nilai Dasar, Tujuan, Falsafah, Motto, Budaya Kerja, dan Strategi

Pasal 28

- (1) Visi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta :
Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Jiwa dan NAPZA Paripurna yang Berkualitas dan Beretika.
- (2) Misi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta :
 - a. Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA paripurna.
 - b. Mewujudkan RS sebagai pusat pembelajaran, penelitian dan pengembangan kesehatan jiwa dan NAPZA.
 - c. Mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan menjamin keselamatan pasien.
 - d. Mewujudkan pelayanan yang beretika dan mencerminkan budaya masyarakat DIY
- (3) Nilai Dasar Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta :
 - a. Jujur, ikhlas, disiplin, dan kekeluargaan
 - b. Bebas dan ilmiah berpendapat dalam kerja tim
 - c. Menjadi pekerja cerdas dan selalu menjadi pemenang
 - d. Selalu menemukan dan membuka peluang
 - e. Mempunyai target, terukur, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan
 - f. Seimbang dalam kehidupan
- (4) Tujuan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah :
 - a. Mengembangkan Pelayanan Paripurna, Pemantapan Diversifikasi dan Pengembangan Pelayanan/Produk Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Spesialistik terkait

- b. Merealisasikan pelatihan, pengembangan tenaga dan profesionalitas SDM fungsional dan administrasi;
 - c. Meningkatkan pelayanan pendidikan, pelatihan, dan penelitian di bidang kesehatan jiwa;
 - d. Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
 - e. Efektifitas dan efisiensi pelayanan administrasi pelayanan kesehatan jiwa;
 - f. Remunerasi standar ketenagaan dan *job re-design*;
 - g. Perbaiki sistem kompensasi; dan
 - h. Mewujudkan green hospital dengan pengembangan Rumah Sakit berwawasan lingkungan.
- (5) Falsafah Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta :
- “Keselarasan Jiwa dan Martabat Manusia”. Martabat manusia akan dikenang meskipun jiwa sudah tidak melekat di badan, oleh karena itu jangan sampai jiwa kita terganggu agar martabat kita tetap baik kini dan nanti.
- (6) Motto : ”Melayani dengan Senyum”
- (7) Budaya Kerja Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan Implementasi dan penjabaran budaya Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu SATRIYA yang diturunkan dalam tuntunan perilaku.
- (8) Strategi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta meliputi :
- a. Meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan jiwa paripurna yang meliputi: pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi.
 - b. Meningkatkan mutu akses dan mutu pelayanan kesehatan jiwa (kompeten, cepat, akurat, terukur, dapat dipertanggungjawabkan, terjangkau, efisien, efektif dan berkesinambungan) sejak lahir sampai dengan usia lanjut.
 - c. Meningkatkan sumber daya dan manajemen kesehatan.
 - d. Meningkatkan peran serta masyarakat.
 - e. Meningkatkan penyediaan dan akses pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian.
 - f. Meningkatkan pemasaran pelayanan kesehatan jiwa.
 - g. Membudayakan SDM beretika (menghormati hak pasien, mengutamakan kewajiban, bekerja cerdas, aman, nyaman dan adil) yang bercirikan budaya “*adiluhung*”.
 - h. Meningkatkan pelayanan kesehatan dasar dan spesialis lain sebagai pendukung pelayanan kesehatan jiwa dan napza maupun sebagai pengembangan atau diverifikasi pelayanan Rumah Sakit.

- i. Mewujudkan pembangunan Rumah Sakit berwawasan lingkungan.
- (9) Penjabaran mengenai Visi, Misi, Nilai Dasar, Tujuan, Falsafah, Motto, Budaya Kerja, dan Strategi Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

Bagian Kedua
Kedudukan, Tugas, dan Wewenang Pemilik

Pasal 29

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya mempunyai kewenangan :
- a. Menetapkan peraturan tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
 - b. Membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
 - c. Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
 - d. Menyetujui dan mengesahkan RBA;
 - e. Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
 - f. Memberikan persetujuan atas visi dan misi rumah sakit dan mengumumkannya kepada masyarakat serta mereview secara berkala.
 - g. Memberikan persetujuan atas rencana strategi, rencana manajemen rumah sakit, maupun kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur operasional.
 - h. Memberikan persetujuan program pendidikan, penelitian dan mengawasi mutu program.
 - i. Memberikan persetujuan atas rencana rumah sakit untuk mutu dan keselamatan pasien dan menerima serta menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan keselamatan pasien.
 - j. Mengevaluasi kinerja Badan Pengelola dan manajer.
 - k. Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan j, pemilik mendelegasikan kewenangannya kepada Direktur Rumah Sakit.

- (3) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan setelah diaudit.
- (4) Pemerintah Daerah dan Rumah Sakit bertanggungjawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Kedudukan, Tugas dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 30

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik rumah sakit.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas:
 - a. Menentukan arah kebijakan Rumah Sakit
 - b. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategi
 - c. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran
 - d. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya
 - e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien
 - f. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit
 - g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
 - h. Mengawasi pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - i. Melaporkan pelaksanaan tugas kepada pemilik Rumah Sakit paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan pemilik Rumah sakit.
- (3) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugas mempunyai wewenang:
 - a. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Kepala/Direktur Rumah Sakit.
 - b. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala/Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
 - c. Meminta penjelasan dari Direktur dan atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah sakit dengan sepengetahuan Kepala/Direktur Rumah sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate governance*).

- d. Meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate governance*).
- e. Berkoordinasi dengan Kepala/Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate governance*).
- f. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Pasal 31

- (1) Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitannya secara internal di Rumah Sakit.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 32

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur pemilik Rumah Sakit, organisasi profesi, asosiasi perumahsakitannya, dan tokoh masyarakat.
- (2) Unsur pemilik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjuk oleh pemilik Rumah Sakit.
- (3) Unsur Organisasi profesi sebagaimana disebut pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan organisasi profesi tenaga kesehatan.
- (4) Unsur asosiasi perumahsakitannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit setelah berkoordinasi dengan asosiasi perumahsakitannya.
- (5) Unsur tokoh masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tenaga ahli di bidang perumahsakitannya.
- (6) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 5 (lima) orang terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau tim *ad hoc* sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 33

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

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
- f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit.

Pasal 34

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (2) Anggota Dewan Pengawas pada Rumah Sakit dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.
- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti :
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.
- (5) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberhentikan oleh pemilik dalam hal :
 - a. mengundurkan diri;
 - b. meninggal dunia;
 - c. mutasi jabatan/pensiun apabila dewan pengawas berasal dari unsur pemilik;
 - d. pergantian kepengurusan apabila dewan pengawas berasal dari unsur organisasi profesi, dan/atau organisasi asosiasi.

Pasal 35

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (2) dan ayat (5), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 sampai dengan Pasal 33.

- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pasal 36

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Pasal 37

- (1) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran Rumah Sakit.
- (2) Honorarium Dewan Pengawas ditetapkan sebagai berikut :
 - a. Honorarium Ketua Dewan Pengawas paling banyak sebesar 40% (empat puluh persen) dari gaji Pimpinan Rumah Sakit;
 - b. Honorarium Anggota Dewan Pengawas paling banyak sebesar 36% (tiga puluh enam persen) dari gaji Pimpinan Rumah Sakit; dan
 - c. Honorarium Sekretaris Dewan Pengawas paling banyak sebesar 15% (lima belas persen) dari gaji Pimpinan Rumah Sakit.

Bagian Ketiga Kedudukan, Tugas dan Wewenang Rumah Sakit

Pasal 38

- (1) Rumah Sakit Jiwa Grhasia berkedudukan sebagai Perangkat Daerah di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Rumah Sakit Jiwa Grhasia mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, khususnya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) serta kesehatan lainnya secara paripurna.
- (3) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Rumah Sakit Jiwa Grhasia mempunyai fungsi:
 - a. penyusunan program kerja Rumah Sakit;

- b. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan khususnya kesehatan jiwa dan NAPZA serta kesehatan lainnya sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- c. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan khususnya kesehatan jiwa dan NAPZA serta kesehatan lainnya melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- d. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA serta kesehatan lainnya;
- e. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA serta kesehatan lainnya dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan jiwa dan NAPZA serta kesehatan lainnya;
- f. penyelenggaraan kegiatan ketatausahaan;
- g. penyusunan laporan pelaksanaan tugas Rumah Sakit; dan
- h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh gubernur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Bagian Ketiga Tata Kerja

Pasal 39

Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan Rumah Sakit wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

Pasal 40

Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.

Pasal 41

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala pada waktunya.

Pasal 42

Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.

Pasal 43

Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian, Kepala Sub Bidang, Kepala Instalasi dan Ketua Komite wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya.

Pasal 44

Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 45

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi di bawahnya.
- (2) Dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

Pasal 46

- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya.
- (4) Dalam hal terjadi penyimpangan, pimpinan satuan organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga Kerja Sama

Pasal 47

- (1) Kerja sama antara Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta dengan pihak luar dilaksanakan dengan tujuan untuk menjamin relevansi pelaksanaan layanan pendidikan dan penelitian dengan pembangunan bidang kesehatan.
- (2) Bentuk dan tata cara kerjasama diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB IV TATA KELOLA STAF MEDIS RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Struktur Organisasi Rumah Sakit

Pasal 48

Struktur Organisasi Rumah Sakit terdiri atas :

- a. Direktur;
- b. Wakil Direktur Pelayanan, terdiri dari :

1. Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari:
 - a) Seksi Pelayanan Medik Rawat Jalan; dan
 - b) Seksi Pelayanan Medik Rawat Inap.
2. Bidang Pelayanan Keperawatan, terdiri dari:
 - a) Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan; dan
 - b) Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap.
3. Bidang Pelayanan Penunjang Medik, Penelitian dan Pengembangan, terdiri dari:
 - a) Seksi Pelayanan Penunjang Medik; dan
 - b) Seksi Penelitian dan Pengembangan.
- c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, terdiri dari :
 1. Bagian Umum, terdiri dari :
 - a) Subbagian Tata Usaha; dan
 - b) Subbagian Sumberdaya Manusia, Hukum dan Hubungan Masyarakat.
 2. Bagian Program dan Keuangan, terdiri dari :
 - a) Subbagian Program, Data dan Teknologi Informasi; dan
 - b) Subbagian Keuangan.
- d. Kelompok Jabatan Fungsional; dan
- e. Unit-unit Non-Struktural.

Bagian Ketujuh
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1
Pasal 49

- (1) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau sub bidang terkait.
- (5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

Pasal 50

- (1) Pembentukan dan perubahan Instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Gubernur.

Pasal 51

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan kegiatan pelayanan di Instalasinya masing-masing.

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 52

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

Paragraf 3

Staf Medis Fungsional

Pasal 53

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

Paragraf Empat

Staf Keperawatan Fungsional

Pasal 54

- (1) Staf Keperawatan Fungsional berperan mengatur kegiatan profesi, mengkoordinasikan pengembangan staf keperawatan dan menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan dan anggota keperawatan yang berlaku.

- (2) Anggota Staf Keperawatan Fungsional diangkat dan ditempatkan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (3) Keanggotaan Staf Keperawatan Fungsional dapat diberhentikan oleh Direktur sesuai prosedur yang berlaku.
- (4) Anggota Staf Keperawatan Fungsional yang telah mendapat penugasan klinis fungsional keperawatan di rumah sakit berstatus sebagai tenaga keperawatan purna waktu yang selanjutnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Kelompok Kerja Fungsional Keperawatan dipimpin oleh seorang Ketua.
- (6) Anggota Staf Keperawatan Fungsional mempunyai tugas melaksanakan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian pengembangan keperawatan.

Bagian Kedelapan
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 55

Guna membantu Direktur dalam pemeriksaan internal rumah sakit dapat dibentuk Satuan Pemeriksaan Internal.

Pasal 56

- (1) Tugas Satuan Pemeriksaan Internal adalah :
 - a. menyusun Perencanaan, Koordinasi dan Pemeriksaan Terpadu (PKPT) di bidang manajemen pelayanan Rumah Sakit yang disetujui Direktur Rumah Sakit dan membuat jadwal pelaksanaan;
 - b. mengidentifikasi permasalahan, faktor penyebab dan akibat di bidang manajemen pelayanan rumah sakit;
 - c. membahas hasil temuan pemeriksaan dengan objek pemeriksaan untuk diketahui dan disetujui;
 - d. menyusun dan menyampaikan Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) kepada Direktur yang mencakup hasil pemeriksaan dan saran tindak lanjut yang bersifat preventif maupun represif;
 - e. melakukan evaluasi terhadap tindak lanjut hasil temuan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI);
 - f. menguji kebenaran laporan mengenai adanya penyimpangan; dan
 - g. menyusun Perencanaan, Koordinasi dan Pemeriksaan Terpadu (PKPT) di bidang manajemen pelayanan Rumah Sakit yang disetujui Direktur Rumah Sakit dan membuat jadwal pelaksanaan.
- (2) Fungsi Satuan Pemeriksaan Internal adalah :

- a. pengawasan terhadap pelaksanaan tugasfungsi, budaya kerja, keuangan, sumber daya manusia, aset, mutu pelayanan dan manajemen;
 - b. penelusuran kebenaran laporan atau informasi tentang penyimpangan yang terjadi;
 - c. pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan aparat pengawas fungsional.
- (3) Satuan Pemeriksaan Internalberada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
 - (4) Satuan Pemeriksaan Internaldibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Paragraf 2 Komite Medik

Pasal 57

- (1) Komite Medik merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Komite Medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

Pasal 58

- (1) Susunan organisasi Komite Medik paling kurang terdiri dari ketua, sekretaris dan sub Komite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya dapat terdiri dari :
 - a. Ketua dan sekretaris tanpa sub Komite; atau
 - b. Ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota sub Komite.
- (3) Sekretaris Komite Medik dan Ketua sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.

- (6) Anggota Sub Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari :
- a. Sub Komite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 59

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi :
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian terdiri dari kompetensi, kesehatan fisik dan jiwa, perilaku dan etika profesi;
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi :
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan

- d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi :
- a. pembinaan etik dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi Komite Medik berwenang :
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis;
 - d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*);
 - h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 60

Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik.

Pasal 61

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Kepala/Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 62

- (1) Peraturan internal staf medis disusun oleh Komite Medik dan disahkan oleh kepala/Direktur Rumah Sakit.

- (2) Peraturan internal staf medis berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Medik dan staf medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) di Rumah Sakit.
- (3) Tata cara penyusunan peraturan internal staf medis dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan.

Pasal 63

- (1) Personalia Komite Medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan Komite Medik didanai dengan anggaran Rumah Sakit.

Pasal 64

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Menteri, Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan perhimpunan/asosiasi perumahsakitian dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan materi Kepala Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan maupun tertulis.

Paragraf 3

Komite Keperawatan

Pasal 65

- (1) Komite Keperawatan merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola asuhan keperawatan (*nursing care*) yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi serta mengatur penyelenggaraan Komite Keperawatan dalam rangka peningkatan profesi.

- (3) Susunan Komite Keperawatan terdiri dari seorang Ketua, seorang Wakil Ketua dan seorang Sekretaris yang kesemuanya merangkap anggota dan beberapa orang Anggota.
- (4) Anggota Komite Keperawatan terbagi kedalam SubKomite Keperawatan yang terdiri dari :
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi Keperawatan; dan
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Keperawatan.

Pasal 66

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme tenaga perawat di Rumah Sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga perawat yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi perawat.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Keperawatan memiliki fungsi :
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf keperawatan berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan jiwa, perilaku dan etika profesi;
 - c. evaluasi data pendidikan keperawatan berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan putusan kewenangan klinis;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Keperawatan; dan
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Keperawatan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf keperawatan Komite Keperawatan memiliki fungsi :
 - a. pelaksanaan audit keperawatan;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dan kegiatan eksternal; dan
 - c. rekomendasi pendampingan tenaga perawat.

Pasal 67

Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Keperawatan.

Pasal 68

- (1) Dalam melaksanakan tugas Komite Keperawatan dibantu oleh Kelompok Tenaga Fungsional Keperawatan (KTFK).
- (2) Sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kelompok Tenaga Fungsional Keperawatan (KTFK) berasal dari tenaga fungsional perawat.

Paragraf 4 Komite Etik dan Hukum

Pasal 69

- (1) Komite Etik dan Hukum merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Etik dan Hukum dibentuk dengan tujuan untuk membantu Direktur dalam menangani dilema etik dan masalah hukum.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Komite Etik dan Hukum dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Susunan Komite Etik dan Hukum terdiri dariseorang Ketua dan seorang Sekretaris yang merangkap anggota dan beberapa orang Anggota.

Pasal 70

- (1) Tugas Pokok Komite Etik dan Hukum adalah :
 - a. mengidentifikasi dilema etik dan permasalahan hukum di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta;
 - b. melaksanakan kegiatan yang berkaitan dengan penyelesaian dilema etik dan permasalahan hukum di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta; dan
 - c. membuat laporan hasil kegiatan pelaksanaan yang berkaitan dengan dilema etik dan permasalahan hukum di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.
- (2) Fungsi Komite Etik dan Hukum adalah menyelesaikan pelanggaran/dilema etik dan permasalahan hukum dalam pelayanan dan pelanggaran/dilema etik dan permasalahan hukum di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

Paragraf 5
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 71

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk dengan tujuan untuk membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, meliputi : manajemen resiko, clinical governance, serta Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Susunan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari seorang Ketua dan seorang Sekretaris yang kesemuanya merangkap anggota dan dibantu oleh Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Pasal 72

Tugas Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah :

- a. membuat dan mengevaluasi kebijakan PPI;
- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI-RS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
- c. membuat SPO PPI;
- d. menyusun dan mengevaluasi pelaksanaan program PPI dan program pendidikan dan pelatihan PPI;
- e. bekerja sama dengan Tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB infeksi HAIs;
- f. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan SDM Rumah Sakit dalam PPI;
- j. melakukan pertemuan berkala termasuk evaluasi kebijakan;
- k. menerima laporan dari Tim PPI dan membuat laporan kepada Direktur;

- l. berkoordinasi dengan unit terkait;
- m. memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
- n. turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
- o. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja;
- p. mengembangkan, mengimplementasikan dan mengkaji kembali secara periodik rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
- q. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
- r. menentukan sikap penutupan ruang rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- s. melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses; dan
- t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit.

Paragraf 6
Komite Rekam Medik

Pasal 73

- (1) Komite Rekam Medik merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Rekam Medik dibentuk dengan tujuan untuk membantu Direktur dalam pencatatan informasi medis.
- (3) Komite Rekam Medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Komite Rekam Medik dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Susunan Komite Rekam Medik terdiri dari seorang Ketua dan seorang Sekretaris yang merangkap anggota dan beberapa orang Anggota.

Pasal 74

Tugas Komite Rekam Medik :

- a. menjamin bahwa semua informasi dicatat sebaik-baiknya dan menjamin tersedianya data yang diperlukan untuk menilai pelayanan yang diberikan kepada seorang pasien;
- b. menjamin telah dilaksanakannya dengan baik filling records, pembuatan indeks, penyimpanan rekam medik dan tersedianya rekam medik dari semua pasien; dan
- c. membina kerjasama dengan penasehat hukum kesehatan dalam hal pencatatan medik dan *informed consent*.

Paragraf 7
Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 75

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dengan tujuan untuk memberikan rekomendasi pada pimpinan rumah sakit untuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Susunan Komite Farmasi dan Terapi terdiri dari seorang Ketua dan seorang Sekretaris yang merangkap anggota serta beberapa orang Anggota.

Pasal 76

- (1) Tugas Komite Farmasi dan Terapi :
 - a. mengembangkan formularium di rumah sakit dan merevisinya. Pemilihan obat untuk dimasukkan dalam formularium harus didasarkan pada evaluasi secara objektif terhadap efek terapi, keamanan serta harga obat dan juga harus meminimalkan duplikasi dalam tipe obat, kelompok dan produk obat yang sama;
 - b. mengevaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - c. menetapkan pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit dan yang termasuk dalam kategori khusus;
 - d. membantu Instalasi Farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;

- e. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumahsakit dengan mengkaji medical record dibandingkandengan standar diagnosa dan terapi (Standar Pelayanan Medik).Tinjauan inidimaksudkan untuk meningkatkan secara terus-meneruspenggunaan obat secara rasional;
 - f. mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai efeksamping obat; dan
 - g. menyebarluaskan ilmu pengetahuan yang menyangkutobat kepada staf medis dan perawat.
- (2) Wewenang Komite Farmasi dan Terapi adalah :
- a. memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan obat dan alat kesehatan;
 - b. monitoring dan evaluasi penggunaan obat di rumah sakit; dan
 - c. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan obat dan alat kesehatan di rumah sakit.
- (3) Tanggung Jawab Komite Farmasi dan Terapi adalah :
- a. memberikan rekomendasi pada pimpinan rumah sakituntuk mencapai budaya pengelolaan dan penggunaanobat secara rasional;
 - b. mengkoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan terapi (Standar Pelayanan Medik) serta formularium rumah sakit;
 - c. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak yang terkait;
 - d. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil pengkajian.

Paragraf 8
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 77

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

- (5) Susunan Mutu dan Keselamatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari seorang Ketua dan seorang Sekretaris yang merangkap anggota serta beberapa orang Anggota.

Pasal 78

Tugas Komite Mutu dan Keselamatan antara lain :

- a. memberikan masukan kepada pimpinan dalam penetapan arah dan kebijakan peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta;
- b. menyusun *Plan of Action* (POA) implementasi kebijakan mutu Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta;
- c. melakukan koordinasi dengan asesor internal dan Satuan Pemeriksa Internal (SPI) di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta;
- d. mengkoordinir kegiatan mutu di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta;
- e. mengkoordinir penyusunan regulasi dan dokumen di unit kerja masing-masing;
- f. mendampingi pelaksanaan self asesmen pokja akreditasi rumah sakit;
- g. membuat monitoring evaluasi implementasi kebijakan mutu Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta; dan
- h. membuat laporan pelaksanaan kegiatan Komite Mutu Rumah Sakit.

Paragraf 9

Tim dan Panitia *Ad Hoc*

Pasal 79

- (1) Tim dan Panitia *Ad Hoc* merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dibentuk dalam rangka peningkatan dan pengembangan rumah sakit dan berada di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Tim dan Panitia *Ad Hoc* dibentuk dengan tujuan untuk membantukomite rumah sakit dalam melaksanakan tugasnya
- (3) Tim dan Panitia *Ad Hoc* dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (4) Tim dan Panitia *Ad Hoc* dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Tim dan Panitia *Ad Hoc* terdiri dari seorang Ketua dan seorang Sekretaris yang merangkap anggota serta beberapa orang Anggota.

Pasal 80

Tim dan Panitia Ad Hoc di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta :

- a. Tim PPI;
- b. Tim PMKP;
- c. Tim KPRS;
- d. Tim K3;
- e. Tim Perencanaan dan Pelayanan IGD;
- f. Tim Penanganan dan Pencegahan TB;
- g. Tim Asesor Internal;
- h. Tim Komando Pelayanan Gawat Darurat dan Bencana;
- i. Tim Penerima Wajib Lapori;
- j. Tim Peningkatan Mutu dan Pelayanan Pasien;
- k. Panitia Pengadaan Pegawai;
- l. Panitia Pengadaan Barang dan Jasa.

Bagian Kesembilan Rapat

Paragraf 1 Rapat Rutin

Pasal 81

- (1) Rapat rutin merupakan rapat terjadwal yang diselenggarakan rumah sakit dan atau dewan pengawas dan/atau Komite Medik yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang diselenggarakan baik oleh Direksi rumah sakit, Dewan Pengawas dan/atau komite Medik untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi, atau alternatif solusi berbagai masalah rumah sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan baik oleh Direksi Rumah Sakit, Dewan Pengawas, Komite Medik dan/atau Satuan-satuan kerja. Sekretariat dapat menyampaikan undangan kepada setiap peserta rapat.
- (4) Setiap undangan rapat disampaikan oleh Sekretariat sebagaimana diatur pada ayat (3) dapat melampirkan ;
 - a. salinan agenda;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu;

Paragraf 2
Rapat Khusus

Pasal 82

- (1) Rapat khusus merupakan rapat yang diselenggarakan baik oleh Dewan Pengawas dan/atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik untuk menetapkan kebijakan hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan;
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit setengah lebih dari satu anggota; atau
 - c. membahas perubahan Tata Kelola Rumah Sakit.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretariat kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan,
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta baik oleh anggota Dewan Pengawas dan/atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik sebagaimana diatur dalam ayat (2) diatas harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Paragraf 3
Rapat Tahunan

Pasal 83

- (1) Rapat tahunan merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Pimpinan Rumah Sakit setiap tahun, dengan tujuan untuk evaluasi dan menetapkan kebijakan lebih lanjut operasional rumah sakit.
- (2) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun kalender.
- (3) Sekretariat menyampaikan undangan tertulis kepada para peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut diselenggarakan.

Paragraf 4
Undangan Rapat

Pasal 84

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

Paragraf 5
Peserta Rapat

Pasal 85

Setiap rapat rutin selain dihadiri baik oleh Anggota Dewan Pengawas dan/atau Direksi Rumah Sakit dan/atau Komite Medik juga dihadiri oleh pihak-pihak lain yang ada di lingkungan rumah sakit atau dari luar lingkungan rumah sakit apabila diperlukan.

Paragraf 6
Pejabat Ketua

Pasal 86

Dalam hal ketua dan Wakil Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, pengagagas rapat dapat memilih rapat pimpinan rapat.

Paragraf 7
Kuorum

Pasal 87

- (1) Rapat hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri setengah plus satu dari seluruh undangan rapat.
- (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 pada waktu yang ditentukan berikutnya.
- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada waktu yang ditentukan berikutnya, maka rapat segera dilanjutnya dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat berikutnya.

Paragraf 8
Risalah Rapat

Pasal 88

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat menjadi tanggung jawab Sekretaris.
- (2) Risalah rapat harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh ketua rapat.

Paragraf 9
Pemungutan Suara

Pasal 89

Kecuali telah diatur dalam Tata Kelola Rumah Sakit ini, maka :

- a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota rapat pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
- b. putusan rapat didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
- c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara yang kedua kalinya; dan
- d. suara yang diperhitungkan hanyalah suara anggota yang hadir pada rapat tersebut.

Paragraf 10
Pembatalan Putusan Rapat

Pasal 90

- (1) Keputusan rapat dapat diubah atau dibatalkan, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam *Hospital Bylaws*.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat dilanjutkan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Kesepuluh
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Paragraf 1
Tujuan Pengelolaan

Pasal 91

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 efisien.

Pasal 92

- (1) Sumber Daya Manusia Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan non Pegawai Negeri Sipil.

- (2) Penerimaan pegawai Rumah Sakit adalah sebagai berikut :
 - a. untuk pegawai yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - b. untuk pegawai non Pegawai Negeri Sipil dilakukan mekanisme rekrutmen, outsourcing, Kerja Sama Operasional (KSO), magang atau cara-cara lain yang efektif dan efisien.
- (3) Rekrutmen pegawai non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, dilakukan dengan cara seleksi, meliputi seleksi administrasi, tes psikologi, seleksi akademik dan keterampilan, wawancara dan tes kesehatan, setelah mendapat persetujuan dari Gubernur.
- (4) *Outsourcing* pegawai dilaksanakan berdasarkan kebutuhan tenaga yang ditetapkan oleh Direktur dan dilakukan oleh Panitia sesuai ketentuan yang berlaku.
- (5) Kerja Sama Operasional dilaksanakan sesuai kebutuhan dan dilakukan oleh Direktur dengan pihak ketiga.

Paragraf 2
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 93

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas pegawai maka Rumah Sakit menerapkan kebijakan tentang imbal jasa bagi pegawai yang mempunyai kinerja baik dan sanksi bagi pegawai yang tidak memenuhi ketentuan atau melanggar peraturan yang ditetapkan.

Pasal 94

- (1) Kenaikan pangkat Pegawai Negeri Sipil merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja dan pengabdian pegawai yang bersangkutan terhadap negara berdasarkan sistem kenaikan pangkat reguler dan kenaikan pangkat pilihan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Kenaikan pangkat pegawai non Pegawai Negeri Sipil adalah merupakan penghargaan yang diberikan atas prestasi kerja pegawai yang bersangkutan terhadap kinerja Rumah Sakit dan diberikan berdasarkan sistem remunerasi Rumah Sakit.

Pasal 95

- (1) Kenaikan pangkat reguler diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu, termasuk Pegawai Negeri Sipil yang :
 - a. melaksanakan Tugas Belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau fungsional tertentu; dan

- b. dipekerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instansi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaan eselonnya atau jabatan fungsional tertentu.
- (2) Kenaikan pangkat pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.

Pasal 96

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

Paragraf 3

Pengangkatan Pegawai

Pasal 97

- (1) Pegawai Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan/atau non Pegawai Negeri Sipil yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan/atau non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan peraturan perundangan-undangan.
- (4) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam peningkatan pelayanan.
- (5) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit yang berasal dari non Pegawai Negeri Sipil dilakukan oleh Direktur dengan persetujuan Gubernur.

Paragraf 4

Disiplin Pegawai

Pasal 98

- (1) Disiplin merupakan suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam:

- a. daftar hadir;
 - b. laporan kegiatan; dan
 - c. daftar Penilaian Kinerja Pegawai.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi :
- a. hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. hukuman disiplin sedang, yang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun; dan
 - c. hukuman disiplin berat yang terdiri dari penurunan pangkat setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS dan pemberhentian tidak hormat sebagai Pegawai Negeri Sipil.

Paragraf 5
Pemberhentian Pegawai

Pasal 99

- (1) Pemberhentian Pegawai Negeri Sipil sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pemberhentian pegawai non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - a. Pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan atau tidak memperpanjang masa kontrak; dan
 - b. Pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
 1. batas usia pensiun tenaga medis 60 tahun;
 2. batas usia pensiun tenaga perawat 58 tahun;
 3. batas usia pensiun tenaga non medis 58 tahun.
- (3) Pemberhentian tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila Pegawai Rumah Sakit non Pegawai Negeri Sipil melakukan tindakan-tindakan pelanggaran sesuai yang diatur dalam pasal tentang disiplin pegawai.

Bagian Kesebelas Remunerasi

Pasal 100

Remunerasi dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan/atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan pegawai Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Gubernur.

Pasal 101

- (1) Pejabat pengelola Rumah Sakit, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Pegawai Rumah Sakit dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon dan/atau pensiun.
- (3) Remunerasi bagi Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium.
- (4) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk Rumah Sakit ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan usulan pimpinan Rumah Sakit melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 102

- (1) Penetapan remunerasi Pimpinan Rumah Sakit, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan :
 - a. Ukuran (*size*) dan jumlah aset yang dikelola Rumah Sakit, tingkat pelayanan serta produktivitas;
 - b. Pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
 - c. Kemampuan pendapatan Rumah Sakit bersangkutan; dan
 - d. Kinerja operasional Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Gubernur dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (2) Remunerasi Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis ditetapkan paling banyak sebesar 90% (sembilan puluh persen) dari remunerasi Pimpinan Rumah Sakit.

Pasal 103

- (1) Remunerasi bagi Pejabat Pengelola dan Pegawai sebagaimana dimaksud dalam pasal 101 ayat (1), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :

- a. Pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b. Keterampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
 - c. Resiko kerja (*risk index*);
 - d. Tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e. Jabatan yang disandang (*position index*); dan
 - f. Hasil/capaian kerja (*performance index*).
- (2) Bagi Pejabat Pengelola dan Pegawai Rumah Sakit yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai remunerasi yang ditetapkan oleh Gubernur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 101 ayat (4).

Pasal 104

- (1) Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas yang diberhentikan sementara dari jabatannya memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi/honorarium bulan terakhir yang berlaku sejak tanggal diberhentikan sampai dengan ditetapkannya keputusan definitif tentang jabatan yang bersangkutan.
- (2) Bagi Pejabat Pengelola berstatus PNS yang diberhentikan sementara dari jabatannya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), memperoleh penghasilan sebesar 50% (lima puluh persen) dari remunerasi bulan terakhir di Rumah Sakit sejak tanggal diberhentikan atau sebesar gaji PNS berdasarkan surat keputusan pangkat terakhir.

Bagian Kedua Belas Standar Pelayanan Minimal

Pasal 105

- (1) Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit disusun untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Pimpinan Rumah Sakit.
- (4) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.

Pasal 106

- (1) Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan :
- a. fokus pada jenis pelayanan;

- b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
 - e. tepat waktu.
- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Ketiga Belas Pengelolaan Keuangan

Pasal 107

Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.

Pasal 108

Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pasal 107, dalam penatausahaan keuangan Rumah Sakit menerapkan :

- a. kebijakan Akuntansi yang diatur sendiri dengan Keputusan Direktur;
- b. standar Akuntansi Keuangan (SAK); dan
- c. standar Akuntansi Pemerintahan (SAP).

Bagian Keempat Belas Tarif Layanan

Pasal 109

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.

- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (unit cost).
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 110

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Pimpinan Rumah Sakit kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Gubernur.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat serta kompetisi yang sehat.
- (4) Gubernur dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat membentuk tim.
- (5) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4), ditetapkan oleh Gubernur yang keanggotaannya dapat berasal dari :
 - a. pembina teknis;
 - b. pembina keuangan;
 - c. unsur perguruan tinggi; dan
 - d. lembaga profesi.

Pasal 111

- (1) Peraturan Gubernur mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), berpedoman pada ketentuan pasal 110.

Bagian Kelima Belas Pendapatan Dan Biaya

Paragraf 1 Pendapatan

Pasal 112

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari :

- a. jasa layanan;

- b. APBD;
- c. APBN;
- d. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- e. hibah; dan
- f. lain-lain pendapatan yang sah.

Pasal 113

- (1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf a dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf b berupa pendapatan yang berasal dari otorisasi kredit anggaran pemerintah daerah bukan dari kegiatan pembiayaan APBD.
- (3) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf c dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan dan lain-lain.
- (4) Hasil kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf d dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lainnya yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf e dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (6) Lain-lain pendapatan yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 huruf f, antara lain:
 - a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
 - b. hasil pemanfaatan kekayaan;
 - c. jasa giro;
 - d. pendapatan bunga;
 - e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit; dan
 - g. hasil investasi.

Pasal 114

- (1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112 kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai RBA.
- (2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.

- (3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 89 huruf a, huruf b, huruf c dan huruf f, dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan objek pendapatan rumah sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Paragraf 2
Biaya

Pasal 115

- (1) Biaya Rumah Sakit terdiri dari :
 - a. biaya operasional; dan
 - b. biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan.
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

Pasal 116

- (1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 ayat (2), terdiri dari :
 - a. biaya pelayanan; dan
 - b. biaya umum dan administrasi.
- (2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.
- (4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari :
 - a. biaya pegawai;
 - b. biaya bahan;

- c. biaya jasa pelayanan;
 - d. biaya pemeliharaan;
 - e. biaya barang dan jasa; dan
 - f. bBiaya pelayanan lain-lain.
- (5) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari:
- a. biaya pegawai;
 - b. biaya administrasi kantor;
 - c. biaya pemeliharaan;
 - d. biaya barang dan jasa;
 - e. biaya promosi; dan
 - f. biaya umum dan administrasi lain-lain.

Pasal 117

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam pasal 115 ayat (3) terdiri dari :

- a. biaya bunga;
- b. biaya administrasi bank;
- c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
- d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
- e. biaya non operasional lain-lain.

Pasal 118

- (1) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) setiap triwulan.
- (2) Seluruh pengeluaran biaya Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SPM Pengesahan yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung Jawab (SPTJ).
- (3) Format SPTJ sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan format laporan pengeluaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai peraturan yang berlaku.

Pasal 119

- (1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit yang berasal dari pendapatan selain dari APBN/APBD dan hibah terikat.

- (4) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak berlaku untuk rumah sakit bertahap.
- (5) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada PPKD melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 120

- (1) Ambang batas RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.
- (2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
- (3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dalam RBA dan Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) Rumah Sakit oleh PPKD.
- (4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

Bagian Keenam Belas Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 121

- (1) Pengelolaan sumber daya lain yang terdiri dari sarana, prasarana, gedung, jalan akan dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengelolaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk kepentingan mutu pelayanan dan kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit.

Bagian Ketujuh Belas Pengelolaan Sanitasi Dan Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit

Pasal 122

- (1) Direktur menunjuk Pengelola Sanitasi dan Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit yaitu Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit untuk mengelola antara lain lingkungan fisik, kimia, biologi serta pembuangan limbah yang berdampak pada kesehatan lingkungan internal dan eksternal serta halaman, taman, dan lain-lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan/kebijakan yang berlaku serta berpedoman pada dokumen pengelolaan dan pemantauan lingkungan hidup kegiatan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.
- (2) Tugas pokok Pengelola Sanitasi dan Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit meliputi pengelolaan limbah dan sampah, air bersih, pengawasan dan pengendalian vektor/serangga, sistem pengelolaan lingkungan fisik dan biologi Rumah Sakit serta menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan pendidikan, pelatihan penelitian/pengembangan di bidang penyehatan lingkungan Rumah Sakit.

(3) Fungsi Pengelola Sanitasi dan Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit adalah :

- a. penyehatan ruang dan bangunan Rumah Sakit;.
- b. penyehatan makanan dan minuman;
- c. penyehatan air bersih dan air minum;
- d. pemantauan pengelolaan linen;
- e. pengelolaan sampah;
- f. pengendalian serangga dan binatang pengganggu;
- g. desinfeksi dan sterilisasi ruang;
- h. pengelolaan air limbah; dan
- i. upaya penyuluhan kesehatan lingkungan dan Keselamatan, Kesehatan Kerja (K3).

BAB V

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 123

Dalam hal peraturan gubernur tindak lanjut Peraturan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 3 Tahun 2015 tentang Kelembagaan Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta belum ditetapkan, maka struktur organisasi serta rincian tugas dan fungsi Rumah Sakit mengacu pada Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 60 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Grhasia DIY masih berlaku.

BAB VI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 124

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta
pada tanggal 9 September 2015

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta
pada tanggal 9 September 2015

SEKRETARIS DAERAH
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

ICHSANURI

BERITA DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2015 NOMOR 88

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001

LAMPIRAN
PERATURAN GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
NOMOR 86 TAHUN 2015
TENTANG
TATA KELOLA RUMAH SAKIT JIWA
GRHASIA

IDENTITAS, VISI, MISI, NILAI DASAR, TUJUAN, FALSAFAH, MOTTO,
BUDAYA KERJA, STRATEGI

1. IDENTITAS

Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. Jenis dan Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus kelas A bertempat di Jalan Kaliurang Km. 17 Pakem, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta.

2. LOGO

Logo Rumah Sakit berbentuk gelas dan ular dalam lingkaran warna hijau, dengan tulisan R.S.J GRHASIA Daerah Istimewa Yogyakarta bertipe huruf 'Arial' warna hitam. Gelas dan ular merupakan simbol kesehatan/pengobatan yang dikembangkan menjadi bentuk sosok manusia yang sedang tumbuh kembang dan menjadi pusat perhatian. Lingkaran melambangkan kesempurnaan dan kebulatan tekad segenap karyawan dan semua pihak. Tipe huruf 'Arial' merupakan perpaduan antara bold dan normal yang melambangkan kesan formal dan tegas serta memiliki kredibilitas dan legalitas yang jelas menuju arah pengembangan rumah sakit. Warna hijau melambangkan semangat pertumbuhan dan perkembangan serta terkesan alamiah. Sedang warna hitam untuk menegaskan bentuk huruf. Susunan logo memusat (centris) melambangkan keseimbangan dan keharmonisan antar seluruh komponen dalam rumah sakit.

Gambar Logo RS Jiwa Grhasia :



R.S.J. GRHASIA
Daerah Istimewa Yogyakarta

3. VISI

Visi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah :

Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Jiwa dan NAPZA Paripurna yang Berkualitas dan Beretika

Makna Visi :

- a. Menjadi pusat pelayanan jiwa dan NAPZA paripurna artinya mampu melayani berbagai masalah kesehatan jiwa termasuk rehabilitasi medis korban napza yang meliputi pelayanan kesehatan jiwa anak atau tumbuh kembang anak, kesehatan jiwa remaja, dewasa, pranikah, masa kehamilan, pasca persalinan, usia lanjut dan rehabilitasi medis korban napza melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan setiap tahap perkembangan jiwa di atas akan mengurangi angka kesakitan di masyarakat, yang ditunjukkan dengan pendeknya lama perawatan/ *Length Of Stay* (LOS) di RS akan mengurangi masalah kesehatan umum dan tidak membebani masyarakat serta menurunkan *economic loss*. Penurunan *economic loss* akan meningkatkan Pendapatan Daerah Regional Brutto (PDRB). PDRB yang tinggi akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, derajat masyarakat yang meningkat akan mempengaruhi Umur Harapan Hidup (UHH) masyarakat.
- b. Berkualitas sesuai dengan standar mutu pelayanan yang ditetapkan yaitu memenuhi dimensi kompetensi, cepat, akurat, terukur, terjangkau, efisien, efektif, berkesinambungan dan dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Beretika sesuai dengan etika RS dan profesi yang mencerminkan budaya masyarakat DIY. Etika RS dan profesi yaitu menghormati hak-hak pasien, mengutamakan kewajiban, bekerja, cerdas, aman, nyaman dan adil yang mencerminkan budaya masyarakat DIY.

4. MISI

Misi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah :

- a. Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA paripurna.

Paripurna artinya mampu melayani berbagai masalah kesehatan jiwa termasuk rehabilitasi medis korban napza yang meliputi pelayanan kesehatan jiwa anak atau tumbuh kembang anak, kesehatan jiwa remaja, dewasa, pranikah, masa kehamilan, pasca persalinan, usia lanjut dan rehabilitasi medis korban napza melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

- b. Mewujudkan RS sebagai pusat pembelajaran, penelitian dan pengembangan kesehatan jiwa dan NAPZA.

Pusat pembelajaran, penelitian dan pengembangan kesehatan jiwa dan NAPZA meliputi penyediaan dan pengembangan sarana pembelajaran, penyediaan dan pengembangan praktik klinik bagi calon tenaga kesehatan dan non kesehatan, penyediaan paket-paket pembelajaran, penyediaan SDM sebagai narasumber, fasilitator dan pendidik di

masyarakat, menjalin kerja sama dengan institusi pendidikan dan institusi pelayanan, penyediaan layanan publikasi ilmiah, serta riset-riset, dalam bidang kesehatan jiwa dan NAPZA.

- c. Mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan menjamin keselamatan pasien

Memenuhi dimensi kompetensi, cepat, akurat, terukur, terjangkau, efisien, efektif, berkesinambungan dan dapat dipertanggungjawabkan.

- d. Mewujudkan pelayanan yang beretika dan mencerminkan budaya masyarakat DIY

Sesuai dengan etika RS dan profesi yang mencerminkan budaya masyarakat DIY. Etika RS dan profesi yaitu menghormati hak-hak pasien, mengutamakan kewajiban, bekerja, cerdas, aman, nyaman dan adil. Yang mencerminkan budaya masyarakat DIY.

5. NILAI DASAR

Nilai Dasar Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah:

- g. Jujur, ikhlas, disiplin, dan kekeluargaan
- h. Bebas dan ilmiah berpendapat dalam kerja tim
- i. Menjadi pekerja cerdas dan selalu menjadi pemenang
- j. Selalu menemukan dan membuka peluang
- k. Mempunyai target, terukur, transparan dan dapat dipertanggungjawabkan
- l. Seimbang dalam kehidupan

6. TUJUAN

Tujuan Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah :

- a. Mengembangkan Pelayanan Paripurna, Pemantapan Diversifikasi dan Pengembangan Pelayanan/Produk Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Spesialistik terkait
- b. Merealisasikan pelatihan, pengembangan tenaga dan profesionalitas SDM fungsional dan administrasi;
- c. Meningkatkan pelayanan pendidikan, pelatihan, dan penelitian di bidang kesehatan jiwa;
- d. Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit;
- e. Efektifitas dan efisiensi pelayanan administrasi pelayanan kesehatan jiwa;
- f. Remunerasi standar ketenagaan dan job re-design;
- g. Perbaiki sistem kompensasi; dan

- h. Mewujudkan green hospital dengan pengembangan Rumah Sakit berwawasan lingkungan.

7. FALSAFAH

Falsafah Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah :

“Keselarasan Jiwa dan Martabat Manusia”. Martabat manusia akan dikenang meskipun jiwa sudah tidak melekat di badan, oleh karena itu jangan sampai jiwa kita terganggu agar martabat kita tetap baik kini dan nanti.

8. MOTTO

Motto : ”Melayani dengan Senyum”

- a. Makna SENYUM :komitmen Rumah Sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pelanggan, meliputi :
 - Wajib memberikan pelayanan dengan ramah kepada pelanggan,
 - Wajib memberikan kemudahan pelayanan kepada pelanggan,
 - Bekerja dengan ikhlas, penuh semangat, profesional danbertanggung jawab serta disiplindan jujur.
- b. Arti SENYUM yaitu :
 - S : Siap
 - E : Empati
 - N : Nalar
 - Y : Yakin
 - U : Upayakan pelanggan diperhatikan
 - M : Mengucapkan terima kasih

9. BUDAYA

Budaya Kerja Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah Implementasi dan penjabaran budaya Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu SATRIYA yang diturunkan dalam tuntunan perilaku :

- a. Parameter perilaku diturunkan dari budaya kerja Daerah Istimewa Yogyakarta : SATRIYA (Selaras, Akal Budi, Teladan, Rela Melayani, Inovatif, Yakin Percaya Diri, dan Ahli Profesional).
- b. Penilaian parameter dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

10. STRATEGI

Strategi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah :

- a. Meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan jiwa paripurna yang meliputi : pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi.
- b. Meningkatkan mutu akses dan mutu pelayanan kesehatan jiwa (kompeten, cepat, akurat, terukur, dapat dipertanggungjawabkan, terjangkau, efisien, efektif dan berkesinambungan) sejak lahir sampai dengan usia lanjut.
- c. Meningkatkan sumber daya dan manajemen kesehatan.
- d. Meningkatkan peran serta masyarakat.
- e. Meningkatkan penyediaan dan akses pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian.
- f. Meningkatkan pemasaran pelayanan kesehatan jiwa.
- g. Membudayakan SDM beretika (menghormati hak pasien, mengutamakan kewajiban, bekerja cerdas, aman, nyaman dan adil) yang bercirikan budaya “ *adiluhung*”.
- h. Meningkatkan pelayanan kesehatan dasar dan spesialis lain sebagai pendukung pelayanan kesehatan jiwa dan napza maupun sebagai pengembangan atau diverifikasi pelayanan Rumah Sakit.
- i. Mewujudkan pembangunan Rumah Sakit berwawasan lingkungan.

GUBERNUR
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.
NIP. 19640714 199102 1 001