



PERATURAN GUBERNUR SUMATERA BARAT
NOMOR : 180/2453/HUK- TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
RSUD MOHAMMAD NATSIR SOLOK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
GUBERNUR SUMATERA BARAT,

- Menimbang : a. bahwa peraturan internal rumah sakit umum daerah Mohammad Natsir Solok telah ditetapkan dengan peraturan gubernur sumatera barat nomor 52 tahun 2016;
- b. bahwa telah ditetapkannya peraturan gubernur sumatera barat nomor 35 tahun 2021 tentang kedudukan, susunan organisasi, tugas dan fungsi serta tata kerja unit pelaksana teknis rumah sakit umum daerah Mohammad Natsir Solok;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan peraturan gubernur tentang perubahan atas peraturan gubernur nomor 52 tahun 2016 tentang peraturan internal rumah sakit umum daerah Mohammad Natsir Solok;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 61 Tahun 1958 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 19 Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah-daerah Swatantra Tingkat I Sumatera Barat, Jambi dan Riau sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1646);
2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistim Pendidikan Nasional (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Nomor 4301);
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 158, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);

9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 3637);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5777);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2020 tentang Pencabutan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2016 tentang Komite Penempatan Dokter Spesialis;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1128 tahun 2022 tentang Akreditasi Rumah sakit;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Peraturan Internal Rumah sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*) di Rumah Sakit;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1069/Menkes/SK/IX/2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standart Rumah Sakit Pendidikan;
24. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 33 Tahun 2013 tentang Pola Tata Kelola RSUD Mohammad Natsir Solok;
25. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 52 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit RSUD Mohammad Natsir Solok;
26. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Provinsi Sumatera Barat Nomor 35 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Solok;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT RSUD MOHAMMAD NATSIR SOLOK.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Bagian Kesatu
Pengertian dan Istilah-istilah
Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Provinsi Sumatera Barat.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Barat.
3. Gubernur adalah Gubernur Sumatera Barat.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Provinsi Sumatera Barat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Solok yang dalam hal ini disebut BLUD Mohammad Natsir Solok.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Solok;
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 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 produktifitas.
8. Rencana Strategi Bisnis BLUD yang selanjutnya disingkat RSB adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional BLUD.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan internal yang memuat tentang hak dan kewajiban para pihak yang terlibat dalam rumah sakit termasuk tanggung jawab masing-masing pihak dalam bentuk badan hukum rumah sakit antara lain struktur organisasi, prosedur kerja, pengelompokan fungsi yang logis, dan pengelolaan sumber daya manusia.
10. Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD, yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja, dan anggaran BLUD.
11. Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan BLUD yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
12. Jabatan Struktural adalah jabatan yang diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direksi dan Kepala Bagian/Bidang.
13. Pejabat structural eselon IV (kasi/kasubag) yang disetarakan menjadi pejabat fungsional menjalankan tugas dan fungsinya sebagaimana jabatan sebelumnya.
14. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unit kerja yang menjalankan fungsi pengawasan internal di RSUD.
15. Dewan Pengawas adalah organg yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Solok yang dibentuk dengan surat keputusan Gubernur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
16. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, kewajiban, wewenang dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
17. Tenaga Kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi pelayanan Kesehatan.
18. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
19. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*.
20. Instalasi adalah unit organisasi dari kelompok jabatan fungsional yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat secara berkesinambungan.

21. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, kamar operasi, diagnostik invasif intervensi non bedah, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis, dan lain-lain.
22. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Pegawai ASN adalah pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang diangkat oleh pejabat Pembina kepegawaian dan diserahi tugas dalam suatu jabatan pemerintahan atau diserahi tugas negara lainnya dan digaji berdasarkan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua Maksud dan Tujuan

Pasal 2

1. Peraturan Internal Rumah Sakit ini merupakan rumusan kewenangan, tanggungjawab, tugas, kewajiban dan hak pegawai dalam rangka menerapkan prinsip-prinsip pengelolaan yang baik dimaksudkan sebagai acuan/norma/panduan dalam interaksi antar organ-organ RSUD maupun dengan stakeholders lainnya.
2. Tujuan Peraturan Internal Rumah Sakit meliputi :
 - a. Memaksimalkan kinerja pelayanan dengan cara meningkatkan prinsip transparansi, akuntabilitas, pertanggungjawaban, kemandirian dan kewajaran agar RSUD memiliki daya saing yang kuat, baik secara nasional maupun internasional;
 - b. Mendorong pengelolaan RSUD secara profesional, transparan dan efisien, serta memberdayakan fungsi dan kemandirian;
 - c. mendorong agar pengelola RSUD dalam membuat keputusan dan menjalankan tindakan dilandasi nilai moral yang tinggi dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kesadaran akan adanya tanggung jawab social terhadap stakeholders, dan
 - d. meningkatkan kontribusi RSUD dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pelayanan pendidikan di tingkat daerah dan nasional.

Bagian Ketiga Prinsip Peraturan Internal Rumah Sakit

Pasal 3

Prinsip-prinsip Peraturan Internal Rumah Sakit dalam pengelolaan RSUD adalah;

1. Transparansi merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan;
2. Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi, struktur, system yang dipercayakan pada RSUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan;
3. Responsibilitas merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap prinsip bisnis yang sehat serta perundang-undangan;
4. Independensi merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara professional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat; dan
5. Kesetaraan atau kewajaran merupakan perlakuan adil dan setara guna memenuhi hak-hak stakeholder yang timbul berdasarkan perjanjian serta peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat

Visi dan Misi, Filosofi, Motto dan Nilai Luhur

Pasal 4

Visi, Misi, Filosofi, Motto, dan Nilai-nilai luhur yang dianut RSUD Mohammad Natsir Solok:

1. Visi adalah:
“Rumah Sakit Terbaik di Provinsi Sumatera Barat”.
2. Misi adalah:
 - a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Yang Berkualitas dan Paripurna;
 - b. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian dibidang kesehatan;
 - c. Meningkatkan kemandirian dan Tata Kelola Rumah Sakit;
3. Filosofi RSUD Mohammad Natsir Solok merupakan rumah sakit rujukan Regional untuk wilayah Sumatera Barat bagian Selatan, dan berorientasi social dengan tetap memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang berkualitas, dan memuaskan kepada pasien serta meningkatkan kesejahteraan seluruh pegawai.
4. Motto adalah:
Santun Dalam Melayani Cepat dan Tepat Dalam Bertindak”.
5. Nilai-nilai luhur yang dianut dalam memberikan pelayanan kepada pasien adalah “TERBAIK” merupakan singkatan dari:
 - a. Tulus, tepatjanji;
 - b. Empati;
 - c. Responsiv;
 - d. Bijak;
 - e. Adil;
 - f. Integritas; dan
 - g. Kebersamaan, kompak.

BAB II TUGAS DAN FUNGSI

Pasal 5.

RSUD mempunyai tugas melaksanakan upaya pelayanan Kesehatan yang bermutu dengan mengutamakan keselamatan pasien secara berdayaguna, berhasilguna melalui upaya *promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitative* serta melaksanakan upaya rujukan.

Pasal 6

RSUD mempunyai tugas melaksanakan kegiatan Pendidikan, pelatihan dan penelitian dalam rangka meningkatkan kualitas sumber daya manusia di bidang Kesehatan.

Pasal 7

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 dan 6, RSUD mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan medis;
2. Penyelenggaraan pelayanan keperawatan;
3. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis;
4. Penyelenggaraan pelayanan rujukan;
5. Penyelenggaraan pelayanan administrasi keuangan;
6. Penyelenggaraan Pendidikan, pelatihan dan penelitian; dan
7. Penyelenggaraan pelayanan administrasi umum.

BAB III PENGORGANISASIAN

Bagian kesatu Pemilik

Pasal 8

1. Gubernur adalah pemilik dari RSUD.
2. RSUD merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah sebagai pendukung tugas Gubernur dibidang pelayanan Kesehatan.

Pasal 9

Gubernur berwenang:

1. Menyetujui Visi dan Misi RSUD;
2. Menentukan kebijakan secara umum RSUD;
3. Mengangkat dan memberhentikan Direktur;
4. Mengawasi dan mengevaluasi kinerja RSUD;
5. Menyetujui Rencana Strategis/Tahunan RSUD;
6. Menyetujui Program Kerja RSUD; dan
7. Menyetujui pendidikan formal para profesional.

Bagian Kedua Dewan Pengawas

Pasal 10

1. Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumah sakitan secara internal di RSUD.
2. Tugas Dewan Pengawas meliputi :
 - a. Menentukan arah kebijakan RSUD;
 - b. Menyetujui mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika RSUD, etikaprofesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
 - h. melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan perundang-undangan.
3. Dewan Pengawas mempunyai kewajiban sebagai berikut:
 - a. Memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - b. mengikutiperkembangankegiatan BLUD dan memberikanpendapatserta saran kepada gubernur mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
 - c. melaporkan kepada Gubernur tentang kinerja BLUD;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non keuangan, melakukan pengawasan terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindak lanjuti oleh pejabat pengelola BLUD; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
4. Dewan Pengawas bertanggung-jawab kepada Gubernur melalui sekretaris daerah untuk :
 - a. Melaksanakan pengawasan secara umum dan/atau khusus serta memberikan pengarahan dan pendapat kepada pejabat pengelola dalam menjalankan operasional RSUD;
 - b. Bertanggungjawab atas hasil pengawasan terhadap RSUD berupa rekomendasi yang diberikan untuk memperbaiki keadaan-keadaan yang menyimpang dari ketentuan;
 - c. Bertanggung jawab atas nasehat/pengarahan yang diberikan kepada pejabat pengelola dalam rangka menjalankan pengelolaan RSUD dengan memperhatikan manajemen resiko dan sistim pengendalian internal dalam hal kendali mutu dan kendali biaya;
 - d. Memastikan terselenggaranya pelaksanaan Pola Peraturan Internal Rumah Sakit dalam setiap kegiatan RSUD pada seluruh tingkatan atau jenjang organisasi;
 - e. Menyetujui dan mengkajivisi, misi RSUD secara periodik, memastikan

- masayarakat mengetahui Visi Misi RSUD;
- f. Menyetujui strategi dan rencana operasional;
 - g. Menyetujui partisipasi RSUD dalam Pendidikan professional Kesehatan dan penelitian serta mengawasi mutunya;
 - h. Mendukung PMKP dengan menyetujui program PMKP;
 - i. Pengkajian laporan program PMKP setiap 3 (tiga) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
 - j. Pengkajian laporan manajemen resiko setiap 6 (enam) bulan, umpan balik perbaikan, evaluasi pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
5. Untuk melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dewan pengawas mempunyai wewenang untuk ;
 - a. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan dari pejabat pengelola BLUD;
 - b. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. Meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*) Meminta penjelasan pejabat pengelola dan atau pejabat lain mengenai segala macam persoalan RSUD;
 - 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. Meminta pejabat pengelola dan atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan pejabat pengelola untuk menghadiri rapat dewan pengawas;
 - f. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
 - g. Berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
 - h. Meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di RSUD terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal RSUD.
 6. Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas dan kewajibannya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu bila diperlukan

Pasal 11

Tata Kerja Dewan Pengawas

1. Rapat dewan pengawas terdiri dari:
 - a. Rapat berkala;
 - b. Rapat khusus; dan
 - c. Rapat tahunan.
2. Rapat berkala sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan yang dihadiri oleh Dewan pengawas dan direksi untuk membahas kegiatan RSUD.
3. Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilaksanakan dalam hal terdapat hal khusus yang memerlukan pembahasan secara khusus berkaitan dengan permasalahan RSUD.
4. Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun untuk mendengar dan membahas laporan direktur sebagai penanggung jawab teknis operasional tentang kondisi RSUD, termasuk laporan keuangan serta untuk menyusun laporan tahunan Dewan Pengawas kepada Gubernur.
5. Rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) wajib dihadiri oleh seluruh anggota direksi serta pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas.

6. Rapat Dewan pengawas dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas.
7. Dalam hal ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir maka rapat diadakan apabila telah mencapai quorum dengan memilih salah satu anggota untuk memimpin rapat.

BAB IV PEJABAT PENGELOLA RSUD

Bagian Kesatu Penegangkatan

Pasal 12

1. Direktur RSUD diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur.
2. Direktur bertanggung jawab terhadap operasional Rumah Sakit kepada Gubernur melalui sekretaris daerah dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Komposisi pejabat pengelola RSUD dapat dilakukan perubahan, mencakup jumlah dan jenisnya, setelah dilakukan Analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan ke Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan Kepala Dinas Kesehatan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Perubahan komposisi Pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3), ditetapkan oleh Gubernur.

Bagian Kedua Pengorganisasian

Pasal 13

1. Susunan Organisasi RSUD Mohammad Natsir Solok, terdiri atas:
 - a. Direktur;
 - b. Wakil Direktur; dan
 - c. Bidang dan Bagian.
2. Bagan, struktur dan organisasi RSUD serta tugas dan fungsi pejabat pengelola, ditetapkan dengan peraturan tersendiri.

Bagian ketiga Tanggung Jawab Direktur

Pasal 14

Tanggung Jawab Direktur, sebagai berikut ;

1. Mematuhi undang-undang yang berlaku;
2. Menjalankan visi misi RSUD;
3. Menetapkan kebijakan RSUD;
4. Memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
5. Mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
6. Merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada representative pemilik / Dewan Pengawas RSUD untuk mendapat persetujuan;
7. Menetapkan prioritas perbaikan tingkat RSUD yaitu perbaikan yang berdampak luas/menyeluruh di RSUD yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas RSUD;
8. Melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien (PMKP) meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Dewan pengawas;
9. Melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen resiko kepada Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

BAB V
SATUAN PENGAWAS INTERNAL

Bagian Kesatu

Pasal 15

1. Direktur merencanakan, membangun, menyelenggarakan dan meriviu system pengendalian internal RSUD berpedoman pada Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah.
2. Efektifitas SPI tercermin dalam pelaksanaan prosedur kerja.

Pasal 16

1. Penerapan SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 bertujuan untuk memberikan keyakinan yang memadai bagi tercapainya efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan penyelenggaraan pemerintahan negara, keadaan pelaporan keuangan, pengamanan asset negara, dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan.
2. Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur membangun struktur SPI yang terdiri dari unsur :
 - a. Lingkungan pengendalian.
 - b. Penilaian resiko.
 - c. Kegiatan pengendalian,
 - d. Informasi dan komunikasi; dan
 - e. Pemantauan pengendalian internal.
3. Unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dalam penerapan dilaksanakan menyatu dan menjadi bagian integral dari kegiatan RSUD.
4. Direktur dalam mengefektifkan system pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibantu oleh SPI.

Bagian Kedua
Kriteria, Komposisi dan Jumlah

Pasal 17

1. SPI ditunjuk oleh Direktur dan bertanggung jawab langsung kepada direktur.
2. Pegawai yang ditugaskan pada SPI adalah pegawai fungsional dengan criteria sebagai berikut ;
 - a. Memiliki etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
 - b. Mempunyai komitmen dalam meningkatkan kualitas diri dan meningkatkan kinerja RSUD;
 - c. Bersedia untuk mengikuti Pendidikan dan pelatihan SPI;
 - d. Memiliki pengetahuan yang memadai atas keseluruhan tugas dan kewajiban disetiap Bidang/bagian pada RSUD; dan
 - e. Mempunyai sikap independent dan obyektif terhadap obyek yang diaudit.
3. Keanggotaan SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
 - a. Pengendali mutu yang berfungsi membina, merencanakan, mengkoordinasikan dan mengawasi anggota dalam setiap penugasan dan memediasi hasil pengawasan dengan direktur;
 - b. Pengendalian teknis yang berfungsi mengawasi anggota secara teknis operasional dalam penugasan yang berkaitan dengan kepatuhan terhadap prosedur audit pengawasan dan mereviu draft laporan yang disusun oleh ketua SPI;
 - c. Ketua SPI yang berfungsi melaksanakan audit internal sesuai dengan prosedur audit dan Menyusun laporan hasil pengawasan; dan
 - d. Anggota SPI yang berfungsi membantu ketua SPI dalam melaksanakan tugas audit interen

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi

Pasal 18

SPI mempunyai tugas sebagai berikut :

1. Mengadakan penelitian terhadap sistim pengendalian manajemen dan pelaksanaanya ;

2. Melaksanakan pemeriksaan sesuai jadwal;
3. Membuat laporan hasil pemeriksaan kepada Direktur;
4. Melakukan pembinaan terhadap staf SPI;
5. Melakukan koordinasi dengan unit kerja lain di RSUD;
6. Mempersiapkan bahan manajemen review;
7. Melakukan pengembangan staf SPI dan melakukan Pendidikan staf SPI;
8. Menyusun perencanaan/program kerjanya dan pelaksanaan pengawasan secara berkala;
9. Membuat laporan hasil pengawasan, dan
10. Mengadakan evaluasi terhadap Tim secara berkala.

Pasal 19

SPI mempunyai fungsi membantu pejabat pengelola BLUD dalam hal:

1. Pengamanan harta kekayaan;
2. Menciptakan akurasi system informasi keuangan;
3. Menciptakan efisiensi dan produktifitas; dan
4. Mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.

Bagian keempat Tanggungjawab dan Wewenang

Pasal 20

SPI bertanggungjawab atas ketepatan dan kebenaran :

1. Penjadwalan kerja; dan
2. Pelaporan dan prosedur Audit.

Pasal 21

SPI mempunyai wewenang untuk :

1. Mendapatkan buku catatan, laporan dan bukti-bukti yang terkait dengan ruang lingkup penugasan;
2. Meminta keterangan dari pegawai atas kegiatan yang dilaksanakannya; dan
3. Melaporkan kepada direktur atas adanya penyimpangan yang ditemukan.

BAB VI KOMITE Bagian Kesatu Pembentukan

Pasal 22

1. Pembentukan Komite ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
2. Komite mempunyai tugas membantu Direktur :
 - a. Menyusun standar pelayanan dan memantau pelaksanaannya;
 - b. Melaksanakan pembinaan etik profesi;
 - c. Mengatur kewenangan profesi anggota staf medis dan atau para medis fungsional; dan
 - d. Mengembangkan program pelayanan pendidikan, pelatihan sertapenelitian dan pengembangan.
3. Komite dibentuk sesuai dengan kebutuhan RSUD dan tuntutan kualitas pelayanan.
4. Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari :
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan
 - c. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - f. Komite Farmasi dan Terapi; dan
 - g. Komite Etik.
 - h. Komite Koordinasi Pendidikan;
 - i. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit;

5. Komite medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a-c dapat saling berkoordinasi untuk menyelesaikan permasalahan pelayanan kesehatan.

Bagian Kedua
Komite Medik

Pasal 23

1. Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf a merupakan wadah professional medis yang bertujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
2. Komite Medik merupakan organisasi non structural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur.
3. Komite medic sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.
4. Susunan organisasi Komite medik terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Wakil Ketua
 - c. Sekretaris; dan
 - d. Subkomite.

Pasal 24

1. Keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
2. Sub komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) terdiri dari:
 - a. Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 25

1. Ketua Komite Medik dipilih dan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan
2. Wakil Ketua, Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis RSUD.
3. Ketua, Wakil Ketua dan Sekretaris Komite Medik mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti berakhir dapat dipilih kembali.
4. Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di RSUD dengancara :
 - 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.

Pasal 26

1. Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dan kelompok staf medis
 - b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - (1) Kompetensi;
 - (2) Fisik dan mental;
 - (3) Perilaku; dan
 - (4) Etika profesi.
 - c. Evaluasi data pendidikan professional
 - d. kedokteran berkelanjutan;
 - e. Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis, penilaian dan pemutusan

- kewenangan klinis, pelaporan hasil dan rekomendasi kewenangan klinis;
 - f. Melakukan kredensial dan rekredensial; dan
 - g. Rekomendasi kewenangan klinis untuk penerbitan Surat Penugasan Klinis (SPK).
2. Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. Pelaksanaan audit medis;
 - b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis RSUD tersebut; dan
 - d. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
 3. Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. Rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 27

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Medik berwenang:

1. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
2. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*),
3. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
4. Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*).
5. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
6. Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
7. Memberikan rekomendasi pendampingan (*roctoring*), dan
8. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 28

1. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
2. Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (3) 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.

Bagian Ketiga Komite Keperawatan

Pasal 29

1. Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf b merupakan kelompok tenaga keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.
2. Komite Keperawatan merupakan organisasi non structural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan bertanggungjawab kepada Direktur.
3. Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.
4. Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari:
 - a. Ketua;

- b. Sekretaris; dan
- c. Subkomite.

Pasal 30

1. Keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
2. Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (4) pada huruf c terdiri dari:
 - a. Subkomite kredensial yang bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan;
 - b. Subkomite mutu profesi yang bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan professional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan; dan
 - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 31

1. Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan RSUD.
2. Sekretaris Komite Keperawatan dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan RSUD.

Pasal 32

Ketua, Sekretaris Komite Keperawatan dan Subkomite mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti berakhir dapat dipilih kembali.

Pasal 33

Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme staf tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD dengan cara:

1. Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dirumah sakit;
2. Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
3. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat.

Pasal 34

1. Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. Melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. Merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - d. Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. Melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. Melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada direktur.
2. Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. Melakukan audit keperawatan; dan
 - d. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
3. Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
 - a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. Merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik

- dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
- d. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.

Pasal 35

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Komite Keperawatan berwenang:

1. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
2. Memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
3. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
4. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis
5. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan;
6. Memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan berkelanjutan; dan
7. Memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 36

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

Bagian Keempat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 37

1. Komite Tenaga kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf c merupakan profesionalisme tenaga kesehatan perlu ditingkatkan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan dan melindungi keselamatan pasien.
2. Komite tenaga kesehatan lainnya memiliki peran strategis dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik dengan mengandalkan kompetensi dan perilaku staf yang merupakan tenaga kesehatan di rumah sakit.
3. Komite tenaga kesehatan lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan bertanggungjawab kepada Direktur.
4. Komite tenaga kesehatan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bukan merupakan wadah perwakilan dari tenaga kesehatan lainnya.
5. Susunan organisasi Komite tenaga kesehatan lainnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Sub komite

Pasal 38

Ketua, sekretaris dan subkomite mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti berakhir dapat dipilih kembali

Pasal 39

Komite tenaga kesehatan lainnya mempunyai tugas membantu Direktur dengan cara :

1. Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan kesehatan lainnya di rumah sakit.
2. Memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya.
3. Menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi tenaga kesehatan lainnya.

Pasal 40

1. Dalam menjalankan fungsi kredensial, Komite tenaga kesehatan lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. Menyusun daftar Rincian Kewenangan Klinis dan buku putih
 - b. Melakukan verifikasi persyaratan kredensial
 - c. Merekomendasikan kewenangan klinis tenaga kesehatan lainnya
 - d. Merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis
 - e. Melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan
 - f. Melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite tenaga kesehatan lainnya untuk diteruskan kepada direktur
2. Dalam menjalankan fungsi memelihara mutu profesi, Komite tenaga kesehatan lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. Menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lainnya sesuai area praktik.
 - b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga kesehatan lainnya
 - c. Melakukan audit tenaga kesehatan lainnya
 - d. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
3. Dalam menjalankan fungsi menjaga disiplin dan etik profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite tenaga kesehatan lainnya memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lainnya
 - b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya
 - c. Merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan tenaga kesehatan lainnya
 - d. Merekomendasikan percabutan kewenangan klinis
 - e. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam pelayanan tenaga kesehatan lainnya.

Pasal 41

Dalam melaksanakan tugas, komite tenaga kesehatan lainnya memiliki wewenang sebagai berikut :

1. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis
2. Memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis
3. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu
4. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis
5. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit
6. Memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan berkelanjutan
7. Memberikan rekomendasi pendampingan
8. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin

Bagian Kelima Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 42

1. Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf d merupakan kelompok kerja yang keanggotaannya adalah pegawai RSUD yang mempunyai minat dalam PPI dan pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI.
2. Komite PPI merupakan organisasi non structural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur.
3. Susunan organisasi Komite PPI terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.

Pasal 43

Komite PPI mempunyai tugas dan tanggungjawab sebagai berikut:

1. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI.
2. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan.
3. Membuat SPO PPI.
4. Menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut.
5. Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa *HAIs (Healthcare Associated Infections)*.
6. Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan

- pengendalian infeksi.
7. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumahsakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI.
 8. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan.
 9. Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI.
 10. Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan.
 11. Berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, antara lain :
 - a. Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba (TPRA) dalam penggunaan antibiotika yang bijak di rumah sakit berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi anti biotika.
 - b. Tim kesehatan dan keselamatankerja (K3) untuk menyusun kebijakan.
 - c. Tim keselamatan pasien dalam menyusun kebijakan *clinical governance and patientsafety*.
 12. Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit.
 13. 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.
 14. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi.
 15. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur / monitoring surveilans proses.
 16. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Bagian Keenam
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 44

1. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf e merupakan kelompok kerja yang terdiri dari manajemen rumah sakit, dan unsure dari profesi kesehatan di RSUD.
2. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan organisasi non structural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur dan bertanggungjawab kepada Direktur.
3. Susunan organisasi KMKP terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Subkomite

Pasal 45

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) mempunyai tugas pokok dan fungsi yang terkait dengan Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien RSUD Mohammad Natsir Solok, sebagai berikut ;

1. Motor penggerak penyusunan program Komite Mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit
2. Monitor dan memandu penerapan program Komite Mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit di unit kerja
3. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu dan menindak lanjuti hasil capaian indikator
4. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program ditingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan, prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya.
5. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit.
6. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data dan bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.

7. Menjalani komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait dan menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
8. Terlibat secara penuh dalam kegiatan diklat komite mutu.
9. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf.
10. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program komite mutu.
11. Melaporkan hasil pelaksanaan program PMKP kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan yang akan diteruskan kepada Dewan Pengawas;
12. Laporan Mencakup;
 - a. Hasil pengukuran data meliputi ;Pencapaian semua indikator mutu, analisis, validasi dan perbaikan yang telah dilakukan.
 - b. Laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi jumlah, jenis, (kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC dan KPCS), tipe insiden dan tipe harm, tindak lanjut yang dilakukan, serta Tindakan perbaikan tersebut dapat dipertahankan.
13. Melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen resiko berupa pemantauan penanganan resiko yang telah dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan kepada Direktur yang akan diteruskan ke Dewan Pengawas.

Pasal 46

Dalam menjalankan tugas, wewenang dan tanggung jawab, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memiliki tugas sebagai berikut :

1. Uraian tugas Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien:
 - a. Membuat rencana usulan penyusunan program komite mutu
 - b. Membuat rencana usulan penyusunan program pelatihan komite mutu
 - c. Membuat rencana usulan penyusunan program manajemen risiko rumah sakit
 - d. Berkoordinasi dengan IT dalam penyusunan regulasi sistem manajemen data yang terintegrasi, keamanan, kerahasiaan data internal dan eksternal serta benchmark data.
 - e. Berkoordinasi dengan bidang pelayanan dalam menyusun regulasi tentang evaluasi panduan PPK, alur klinis atau protokol
 - f. Menyusun regulasi tentang pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan.
 - g. Menyusun regulasi tentang pemilihan indikator mutu unit.
 - h. Menyusun regulasi tentang sistem pelaporan IKP internal dan eksternal.
 - i. Menyusun regulasi tentang budaya keselamatan pasien
 - j. Melakukan monitoring dalam penerapan program komite mutu di masing-masing unit dengan melakukan ronde Patient Safety tiap bulannya
 - k. Menganalisis data dan menindaklanjuti hasil capaian indikator bersama anggota komite mutu
 - l. Terlibat dalam pemilihan prioritas pengukuran pelayanan klinis yang akan dievaluasi
 - m. Berkoordinasi dengan bagian keuangan membahas hasil efisiensi sumber daya prioritas kegiatan komite mutu.
 - n. Berkoordinasi dengan IT dalam publikasi data ke luar rumah sakit, pelaksanaan benchmark data serta publikasi hasil validasi data.
 - o. Melakukan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai yang direncanakan
 - p. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu
 - q. Membuat laporan perbaikan mutu

Wewenang ketua komite mutu keselamatan pasien :

- a. Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan program komite mutu
- b. Meminta laporan pelaksanaan program komite mutu dari unit kerja terkait.
- c. Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan program komite mutu.
- d. Memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi dan tindak lanjut rekomendasi dari program komite mutu.
- e. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit di lingkungan rumah sakit.

Tanggung jawab ketua komite mutu keselamatan pasien :

- a. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program komite mutu

- b. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan komite mutu
 - c. Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program komite mutu kepada direktur.
 - d. Bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien
 - e. Bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien
 - f. Bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja staf di komite mutu
2. Uraian tugas Sekretaris Komite Mutu Keselamatan Pasien :
- a. Mengatur jadwal rapat jadwal komite mutu
 - b. Menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan
 - c. Membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait
 - d. Menganalisis data komite mutu bersama ketua dan anggota komite mutu lainnya
 - e. Mendokumentasikan hasil pencapaian indicator area klinis, manajerial dan indicator sasaran keselamatan pasien
 - f. Menjadi notulen di setiap kegiatan pertemuan komite mutu
 - g. Mengorganisir kebutuhan logistic komite mutu
 - h. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal komite mutu
 - i. Mengerjakan tugas-tugas administrasi dan kesekretaris lainnya
 - j. Membantu koordinasi dengan IT dalam publikasi data keluar rumah sakit, pelaksanaan *benchmark* data serta publikasi hasil validasi data
 - k. Ikut serta dalam melakukan supervise terhadap progress pengumpulan data sesuai yang direncanakan.
 - l. Membantu membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu
 - m. Membantu membuat presentasi hasil capaian mutu untuk rapat koordinasi

Wewenang Sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

- a. Meminta laporan pelaksanaan program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dari unit kerja terkait.
- b. Melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan program komite mutu dan keselamatan pasien.
- c. Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan komite mutu dan keselamatan pasien dari tiap-tiap unit.
- d. Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan rumah sakit dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon

Tanggung jawab Sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

- a. Bertanggung jawab terhadap kegiatan administrasi di Komite Mutu
 - b. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan komite mutu
 - c. Bertanggung jawab melaporkan hasil kegiatan administratif kepada ketua komite mutu
3. SubKomite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 ayat (3) huruf c terbagi dalam subkomite yang terdiri dari :
- a. Sub komite mutu yang mempunyai tugas sebagai berikut
 - (1) Memilih sepuluh area indikator klinis untuk ditetapkan Direktur yang selanjutnya dilakukan pemantauan, analisa, evaluasi, dan pelaporan;
 - (2) Memilih Sembilan area indikator manajemen untuk ditetapkan Direktur yang selanjutnya dilakukan pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan;
 - (3) Bersama komite medik memilih lima area prioritas dengan focus penggunaan pedoman praktek klinis dan Clinical pathways atau protocol klinis untuk ditetapkan Direktur yang selanjutnya dilakukan pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan;
 - (4) Membantu Direktur dalam hal penetapan indikator mutu unit kerja yang selanjutnya unit kerja melakukan pemantauan, analisis, evaluasi dan pelaporan kepada Direktur melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - (5) Melakukan penilaian terhadap program yang telah dilaksanakan mencakup struktur, proses, dan hasil yang nantinya akan disampaikan kepada pihak terkait secara berkala sesuai alur yang telah ditetapkan.

- b. Subkomite keselamatan pasien mempunyai tugas sebagai berikut :
 - (1) Memilih indicator kunci untuk menilai setiap sasaran keselamatan pasien (*International Patient Safety Goals/IPSG*);
 - (2) Menetapkan definisi dari kejadian sentinel, melakukan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*);
 - (3) Menganalisis Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang meliputi semua reaksi transfuse yang terjadi di RSUD, semua kejadian kesalahan obat, jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan RSUD, semua kesalahan medis (*medical error*) yang signifikan jika terjadi sesuai dengan definisi rumah sakit, semua kejadian yang tidak diharapkan dalam keadaan sedasi atau selama dilakukan anestesi, serta kejadian lain seperti ledakan infeksi mendadak (*Infection Outbreak*), pasien jatuh, dan lain-lain;
 - (4) Menetapkan definisi Kejadian Nyaris Cedera (KNC), menetapkan jenis kejadian yang harus dilaporkan sebagai KNC, menetapkan proses untuk melakukan pelaporan KNC, menganalisis dan melakukan tindakan untuk mengurangi KNC; dan
 - (5) Membuat catatan kejadian, menganalisis, mengevaluasi serta melaporkan hasil secara regular melalui pertemuan dan atau tertulis ke unit atau atasan terkait, eksternal dan internal sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Subkomite manajemen risiko yang mempunyai tugas sebagai berikut:
 - (1) Mengidentifikasi risiko pada setiap unit rumah sakit;
 - (2) Menetapkan prioritas risiko;
 - (3) Melakukan pelaporan terhadap risiko; dan
 - (4) Melakukan manajemen risiko (termasuk analisis dan pembuatan *Failure Mode and Effect Analysis/FMEA*)

Bagian kedelapan
Komite Farmasi Dan Terapi

Pasal 47

1. Komite Farmasi Dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf f merupakan kelompok tenaga farmasi yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan pemberian obat dan penggunaan obat di rumah sakit sangat dibutuhkan ketelitian dan kehati-hatian dan selalu dibawah control yang ketat agar tidak terjadi kesalahan sekecil apapun dengan berpedoman kepada farmakologi, farmakokinetik, farmako dinamik dan farmako ekonomi dengan standar profesi yang tinggi dan rasional.
2. Komite Farmasi Dan Terapi merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada direktur.
3. Komite Farmasi Dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan wadah perwakilan dari dokter dan staf farmasi
4. Susunan organisasi Komite Farmasi Dan Terapi terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.

Pasal 48

Fungsi dari Komite farmasi dan Terapi adalah sebagai berikut :

1. Komitefarmasi dan terapi memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit mengenai rumusan kebijakan dan prosedur untuk evaluasi, pemilihan dan penggunaan obat rumah sakit
2. Komite farmasi dan terapi merumuskan program yang berkaitan dengan edukasi tentang obat dan penggunaannya kepada tenaga kesehatan di rumah sakit

Pasal 49

Tugas dari Komite Farmasi dan Terapi adalah sebagai berikut :

1. Membuat rencana dan program kerja komite farmasi dan terapi.
2. Menyusun formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat di rumah sakit, serta merevisinya secara berkala menurut perkembangan kefarmasian dan terapi.
3. Bersama staf medis menyusun standar terapi dan protocol penggunaan obat
4. Melakukan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generic bersama – sama dengan Instalasi Farmasi.

5. Menyusun dan melaksanakan evaluasi penggunaan obat dan menyebarluaskan hasil evaluasi kepada seluruh staf medis dan pimpinan rumah sakit
6. Memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit dalam pemilihan obat
7. Menyusun program edukasi yang berkaitan dengan kebijakan dan prosedur pengelolaan di rumah sakit
8. Mensosialisasikan semua kebijakan yang melibatkan Komite farmasi dan terapi kepada professional kesehatan di rumah sakit.

Bagian Kesembilan
Komite Etik

Pasal 50

1. Komite Etik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf g merupakan kelompok kerja yang keanggotaannya adalah Pegawai RSUD.
2. Komite Etik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur.
3. Susunan organisasi Komite Etik terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.
4. Komite Etik mempunyai tugas dan wewenang menyelesaikan permasalahan dan kasus-kasus etik di RSUD secara terarah, arif dan proporsional dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Ketua Komite Etik mempunyai fungsi menyelesaikan permasalahan dengan cara persuasif, edukatif, dan konsultatif terhadap pihak-pihak terkait dilingkungan RSUD agar pemahaman tentang masalah etik dapat diketahui secara komprehensif.
6. Komite Etik bertanggung jawab kepada Direktur dan memberikan laporan penyelesaian masalah atau kasus secara periodik.
7. Komite Etik mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti dapat dipilih kembali.

Bagian Kesepuluh
Komite Koordinasi Pendidikan

Pasal 51

1. Komite Koordinasi pendidikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf h merupakan unit fungsional yang berkedudukan di rumah sakit yang dibentuk oleh Direktur / Kepala Rumah Sakit Pendidikan Utama bersama Pimpinan Institusi Pendidikan dan bertanggung jawab kepada Direktur/ Kepala Rumah Sakit Pendidikan.
2. Komite Koordinasi pendidikan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada direktur.
3. Susunan organisasi Komite Farmasi Dan Terapi terdiri dari :
 - a. Ketua
 - b. Wakil Ketua
 - c. Sekretaris
 - d. Anggota.
4. Komite Koordinasi Pendidikan mempunyai tugas :
 - a. Memberikan dukungan administrasiproses pembelajaran klinik di rumah sakit pendidikan.
 - b. Menyusun Perencanaan kegiatan dan anggaran belanja tahunan pembelajaran klinik sesuai kebutuhan.
 - c. Menyusun perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana yang diperlukan mahasiswa.
 - d. Membentuk sistem informasi terpadu untuk menunjang penyelenggaraan fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain.
 - e. Melakukan koordinasi dalam rangka fasilitasi kepada seluruh mahasiswa yang melaksanakan pembelajaran klinik, serta dosen penyelia yang melakukan bimbingan dan supervisi proses pembelajaran klinik mahasiswa di rumah sakit pendidikan.
 - f. Melakukan supervisi dan koordinasi penilaian kinerja terhadap dosen atau

- seluruh proses pelayanan yang dilakukan, termasuk yang dilakukan di jejaring rumah sakit pendidikan dan atau yang terkait dengan sistem rujukan.
- g. Melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan proses pembelajaran klinik mahasiswa.
 - h. Melaporkan Hasil kerja secara berkala kepada direktur/kepala rumah sakit pendidikan dan institusi pendidikan.

Bagian Kesebelas
Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Pasal 52

1. Komite Kesehatan dan keselamatan kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 ayat (4) huruf I, K3RS (Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit) adalah segala kegiatan untuk menjamin serta melindungi keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit dengan upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.
2. Komite Koordinasi pendidikan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di RSUD oleh Direktur dan bertanggung jawab kepada direktur.
3. Susunan organisasi Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Subkomite

Pasal 53

Tugas Pokok Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja:

1. Mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) K3RS untuk mengendalikan risiko.
2. Menyusun program K3RS
3. Menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan rumah sakit yang berkaitan dengan K3RS
4. Memantau dan mengawasi pelaksanaan program K3RS
5. Mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan K3RS
6. Memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan SPO K3RS yang telah ditetapkan.
7. Mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya di sebarluaskan di seluruh unit kerja Rumah Sakit
8. Membantu Direktur RSUD M. Natsir Solok dalam penyelenggaraan SMK3 Rumah Sakit, promosi K3RS, pelatihan dan penelitian K3RS di Rumah Sakit.
9. Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses uji fungsi dan *training*.
10. Koordinasi dengan wakil unit-unit kerja Rumah Sakit yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS
11. Memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif.
12. Melaporkan kegiatan yang berkaitan dengan K3RS secara teratur kepada pimpinan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang ada di Rumah Sakit
13. Menjadi investigator dalam kejadian PAK dan KAK yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

Pasal 54

Fungsi Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja

1. Bidang kesehatan Kerja meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif serta rehabilitatif.
2. Bidang keselamatan kerja meliputi upaya pencegahan, pemeliharaan, penanggulangan dan pengendalian.
3. Bidang Lingkungan Kerja meliputi pengenalan bahaya, penilaian risiko dan pengendalian risiko di tempat kerja.

Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja memiliki tugas sebagai berikut :

Ketua Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Mempunyai Tugas Sebagai Berikut :

1. Membuat target keselamatan dan menjamin efektifitas pencapaiannya.
2. Membuat rencana kerja keselamatan.
3. Memastikan semua karyawan, pasien, pengunjung dan pihak ketiga memahami kebijakan terkait keselamatan.
4. Memastikan dilakukan identifikasi terhadap aspek keselamatan dan memastikan

Sekretaris Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Mempunyai Tugas Sebagai Berikut:

1. Mengelola tata administrasi komite K3 di rumah sakit
2. Mengkoordinir rancangan program K3RS
3. Mengatur jadwal rapat dan kegiatan K3RS
4. Berkoordinasi dan membantu ketua dalam rangka pelaksanaan kegiatan K3RS
5. Membantu ketua didalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan K3RS
6. Membantu ketua di dalam memberikan masukan kepada direktur di dalam pelaksanaan kegiatan K3RS
7. Membantu ketua di dalam pengumpulan data mengolah data dan menganalisa data K3RS
8. Membantu ketua dalam pelaksanaan perencanaan kegiatan, implementasi dan pelaporan kegiatan K3RS

Sub Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja mempunyai Tugas Sebagai Berikut:

1. Melakukan kegiatan kuratif, meliputi pemberian Melakukan kegiatan promotif untuk peningkatan kesehatan serta kemampuan fisik dan kondisi mental (rohani) SDM Rumah Sakit, dengan memberikan makanan tambahan dengan gizi yang mencukupi (*extra feeding*) bagi petugas yang bekerja di area berisiko tinggi serta petugas yang dinas bergilir (sore, malam dan diluar hari kerja atau libur), program kebugaran jasmani (pengukuran kebugaran jasmani dan latihan fisik), senam kesehatan dan melakukan pembinaan mental/rohani.
2. Mengupayakan pemenuhan gizi kerja dan ASI di rumah sakit
3. Melakukan kegiatan preventif dengan memberikan imunisasi, pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, berkala dan khusus.
4. Menganalisis hasil pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja, berkala dan khusus, data rawat jalan, data rawat inap seluruh sumber daya manusia Rumah sakit.
5. Memberikan rekomendasi dan tindak lanjut hasil analisis dari hasil pemeriksaan kesehatan
6. Melakukan surveilans lingkungan kerja.
7. pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi SDM Rumah Sakit yang menderita sakit, Penanganan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan penanganan pasca pajanan.
8. Melakukan kegiatan rehabilitatif.
9. Membuat Unit layanan Kesehatan Kerja.

Sub Unit Keselamatan dan Keamanan Bangunan, Utilitas, Lingkungan dan Peralatan mempunyai Tugas Sebagai Berikut :

1. Melakukan pemantauan dan pengawasan terkait keselamatan dan keamanan kerja
2. Melakukan identifikasi dan penilaian risiko yang komprehensif menyangkut dengan keselamatan dan keamanan
3. Membuat pemetaan dan denah area berisiko gangguan keselamatan dan keamanan
4. Melakukan upaya pengendalian dan pencegahan pada kejadian tidak aman, kondisi dan tindakan tidak aman, kesalahan manusia dan kewaspadaan standar.
5. Sosialisasi kode keamanan yang disepakati Rumah Sakit
6. Melakukan inspeksi berkala bangunan dan peralatan.
7. Melakukan dokumentasi pemeriksaan fisik
8. Melakukan pemantauan kalibrasi alat medis dan pemeliharaan preventif alat medis dan non-medis
9. Melakukan pemantauan pemeliharaan prasarana utilitas dan lingkungan RS

10. Memastikan semua staf, pihak ke 3 dan vendor sudah diidentifikasi dan memberi kartu pengenalan sementara selama berada di rumah sakit
11. Melakukan promosi dan sosialisasi K3
12. Melakukan identifikasi B3 Rumah sakit
13. Melakukan penanganan, penyimpanan dan penggunaan B3 sesuai ketentuan yang berlaku
14. Melaporkan bila terdapat kejadian tumpahan B3
15. Melakukan pemasangan label B3
16. Memberikan masukan dalam perencanaan dan pelaksanaan pengadaan alat, bangunan, renovasi

Sub Komite Kewaspadaan dan Kondisi Darurat Bencana Mempunyai Tugas Sebagai Berikut:

1. Melakukan identifikasi area berisiko kebakaran di semua ruangan-ruangan rumah sakit
2. Membuat denah potensi berisiko tinggi kebakaran
3. Pemetaan, inventarisasi dan pengecekan sarana proteksi kebakaran baik aktif dan pasif
4. Membuat peta keberadaan alat proteksi kebakaran, peta jalur evakuasi, titik kumpul aman dan denah lokasi setiap gedung
5. Mengurangi resiko bahaya ledakan dan kebakaran dengan membuat system peringatan dini : alarm, rambu evakuasi, akses keluar, akses evakuasi dan area titik kumpul aman.
6. Membuat kebijakan dan peraturan serta sosialisasi larangan merokok.
7. Memfasilitasi dan menyusun kebijakan (disaster plan), menyusun pedoman dan SPO terkait keselamatan.
8. Menyiapkan sarana pengendalian kebakaran
9. Membentuk tim penanggulangan kebakaran rumah sakit
10. Mengadakan pelatihan APAR secara berkala untuk semua pegawai RSUD M. Natsir
11. Melakukan simulasi kebakaran 1 tahun sekali untuk setiap gedung
12. Mengidentifikasi bencana internal maupun eksternal yang dapat terjadi di Lingkungan RSUD M.Natsir
13. Menyusun SPO tanggap darurat
14. Membuat system komunikasi dan alur penanganan kejadian bencana
15. Mengelola system pemenuhan tenaga kesehatan saat terjadi bencana
16. Mengadakan pelaratan yang dibutuhkan untuk evakuasi saat terjadi bencana
17. melakukan sosialisasi dan pelatihan atau simulasi penanggulangan bencana minimal 1 tahun sekali

BAB VII INSTALASI

Pasal 56

1. Guna terwujudnya penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan di RSUD, perlu dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural, sesuai ketentuan yang tertuang dalam Peraturan Gubernur Sumatera Barat Provinsi Sumatera Barat Nomor 34 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Mohammad Natsir Solok Pasal 36 dengan tujuan melaksanakan rencana bisnis strategi sesuai dengan bidang masing-masing.
2. Pembentukan dan perubahan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.
3. Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan unit organisasi dari kelompok jabatan fungsional yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat secara berkesinambungan.
4. Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
5. Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) berfungsi sebagai:
 - a. Pemimpin;
 - b. Komunikator; dan
 - c. Pengambil Keputusan di lingkup Instalasi.
6. Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

Pasal 57

1. Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 51 mempunyai tugas:
 - a. Menyusun perencanaan/program kerja, tujuan dan sasaran instalasi;
 - b. Mengelola sumber daya, sumber daya manusia, asset dan bahan habis pakai secara efektif dan efisien;
 - c. Membuat pedoman kerja dan pengendalian mutu pelayanan;
 - d. Melaksanakan pengelolaan dalam rangka penataan/tertib administrasi; dan
 - e. Melaksanakan monitor dan evaluasi serta melaporkan kegiatan pelayanan instalasi masing-masing kepada wakil direktur melalui bidang/bagian terkait
2. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Kepala Instalasi wajib berkoordinasi dengan Setara Kepala Sub Bagian/Kepala seksi bidang/bagian terkait.

Pasal 58

Persyaratan Kepala Instalasi adalah:

1. Anggota kelompok jabatan fungsional dan fungsional non kesehatan lainnya yang mempunyai integritas, keahlian, kepemimpinan, dan pengalaman tertentu sesuai dengan bidangnya;
2. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
3. Mampu melaksanakan koordinasi dilingkup layanan rumah sakit;

BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 59

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 52 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit RSUD Mohammad Natsir Solok di cabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 60

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sumatera Barat.

Ditetapkan di Padang
Pada tanggal,
GUBERNUR SUMATERA BARAT.

MAHYELDI

Diundangkan di Padang
pada tanggal,
SEKRETARISDAERAH
PROVINSI SUMATERA BARAT,

HANSASTRI

BERITA DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
TAHUN 2022 NOMOR.....