



GUBERNUR SUMATERA BARAT
PERATURAN GUBERNUR SUMATERA BARAT
NOMOR 12 TAHUN 2020
TENTANG
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
RUMAH SAKIT JIWA PROF. H.B. SAANIN PADANG
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
GUBERNUR SUMATERA BARAT,

- Menimbang : a bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dan sesuai dengan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, telah ditetapkan Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 17 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) pada RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang;
- b bahwa dengan adanya perkembangan dan perubahan peraturan perundang-undangan, maka Peraturan Gubernur Nomor 17 Tahun 2016 sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu ditinjau kembali;
- c bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur Sumatera Barat tentang Peraturan Internal Korporasi Rumah Sakit. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang;
- 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 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Nomor 112 Tahun 2009) Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5038;

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441, Tambahan Lembaran Negara 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 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1994 tentang Jabatan Fungsional Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1994 Nomor 22 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3547);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;

14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Pedoman Badan Layanan Umum Daerah;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VII/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*);
16. Peraturan Daerah Sumatera Barat Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Sumatera Barat Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Sumatera Barat;
17. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 6 Tahun 2011 tentang Rincian Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang;
18. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 29 Tahun 2011 tentang Pola Tata Kelola RS. Jiwa Prof. HB. Saanin Padang;
19. Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 34 Tahun 2019 tentang Pembentukan Organisasi Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Daerah Pada Dinas Kesehatan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL KORPORASI RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG.

BAB I

KETENTUAN UMUM

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. Pemilik adalah Pemilik Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang yaitu Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat.
5. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitkan yang melibatkan unsur masyarakat.
6. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.

7. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.
8. Unit Pelaksana Teknis Daerah yang selanjutnya disingkat UPTD adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.
9. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang yang menjadi UPTD Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.
10. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
11. Pelayanan Rumah Sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya-upaya penyembuhan dan pemulihan, peningkatan, pencegahan dan pelayanan rujukan.
12. Pemilik Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Barat.
13. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*Corporate Governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola dan Komite rumah sakit.
14. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.
15. Organisasi Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat OPD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat.
16. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
17. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
18. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.
19. Direktur adalah Kepala UPT Rumah Sakit sekaligus Pemimpin Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
20. Direksi adalah kelompok yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
21. Tenaga Medis adalah Dokter dan/atau Dokter Gigi yang memberikan pelayanan medik dan penunjang medik di unit pelayanan kesehatan;

22. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*Clinical Governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
23. Komite Keperawatan adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.
24. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter sub spesialis sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit.
25. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical Appointment*).
26. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
27. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis dan paramedis untuk menentukan kelayakan diberi kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kewenangan para klinik sesuai kemampuan dan/atau kompetensinya.
28. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
29. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesimedis.
30. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
31. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*Social Responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
32. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk meniadisehat.
33. Unit pelayanan adalah unit/instalasi yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, radiologi, elektromedik, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.

34. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas Staf Medis, Komite Medik, Dan Sub Komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
35. Penghasilan adalah imbalan kerja yang diberikan kepada Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, dan pegawai Rumah Sakit dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, dan kepatutan.
36. Penghasilan adalah imbalan kerja yang diberikan kepada Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, dan pegawai Rumah Sakit dengan mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, dan kepatutan
37. Staf Medis Organik adalah dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut.
38. Staf Medis Kontrak adalah dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut.
39. Staf Medis Mitra adalah dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
40. Staf Medis Relawan adalah dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdikan secara sukarela, bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab sesuai ketentuan.
41. Staf Medis Tamu adalah dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.
42. Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat PNS adalah Pegawai yang gajinya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Sumatera Barat dan dipekerjakan pada Rumah Sakit.
43. Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil yang selanjutnya disingkat Pegawai Non PNS adalah Pegawai yang gajinya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja BLUD Rumah Sakit dan diangkat serta diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit.
44. Akuntabilitas adalah mempertanggungjawabkan pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada Rumah Sakit dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik.

45. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Sumatera Barat.
46. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara yang selanjutnya disingkat APBN adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Republik Indonesia.

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan Peraturan Gubernur ini adalah:
 - a. sebagai acuan bagi pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan rumah sakit;
 - b. sebagai acuan bagi pengelola dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis manajerial dan atau operasional;
 - c. sebagai sarana untuk menjamin dan menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu rumah sakit.
 - d. sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit; dan
 - e. sebagai acuan dalam penyelesaian konflik di rumah sakit antara pemilik, pengelola dan staf.
- (2) Tujuan umum ditetapkan Peraturan Gubernur ini sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pemeriksa Internal, sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.
- (3) Tujuan khusus ditetapkan Peraturan Gubernur ini sebagai berikut:
 - a. sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola dan Tenaga Administratif;
 - b. sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan rumah sakit.

Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) ini mengatur mengenai Tata Kelola Korporasi.

BAB II PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu

Identitas

Pasal 4

- (1) Nama rumah sakit adalah RSJ. Prof. HB. Saanin Padang.
- (2) Jenis rumah sakit adalah rumah sakit khusus.
- (3) Kelas rumah sakit adalah rumah sakit Khusus daerah kelas B.
- (4) Alamat rumah sakit adalah Jalan Raya Ulu Gadut Padang Provinsi Sumatera Barat.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Falsafah, Motto, Nilai-Nilai Dasar dan Tujuan Strategis

Pasal 5

- (1) Visi Rumah Sakit adalah "Pusat Unggulan Kesehatan Jiwa di Indonesia".
- (2) Misi Rumah Sakit adalah:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan jiwa;
 - b. meningkatkan kemandirian Rumah Sakit; dan
 - c. mendidik, melatih tenaga kesehatan dan klien serta mengadakan penelitian di bidang kesehatan.
- (3) Falsafah Rumah Sakit adalah:
 - a. dedikasi yang luhur dalam memberi pelayanan kepada masyarakat adalah didasari semangat mengabdikan dan berbuat kebaikan dihadapan Tuhan Yang Maha Esa;
 - b. kepuasan dalam menjalankan tugas adalah perwujudan dari pemenuhan kebutuhan kesehatan dan kepuasan para pasien dan klien, keluarganya dan masyarakat sekitarnya. Semua merupakan amal ibadah yang tidak terukur nilainya;
 - c. penyembuhan adalah takdir-iradat dari Yang Maha Esa dan profesi kesehatan beserta pasien, keluarga dan masyarakat adalah hambaNya yang bersama-sama berusaha sekuat tenaga untuk kepentingan kesehatan jiwa dan raga secara keseluruhan; dan
 - d. kesehatan jiwa adalah erat kaitannya dengan kesehatan jasmani dan social, oleh karena itu tugas Rumah Sakit tidak terbatas pada pelayanan kesehatan jiwa saja tetapi semua yang terkait dengannya.
- (4) Motto Rumah Sakit adalah "Mengutamakan pelayanan yang ramah, cepat, tepat dan terbaik".
- (5) Nilai-Nilai Dasar Rumah Sakit adalah:

"Nilai yang menjiwai pelayanan di Rumah Sakit, bekerja adalah ibadah, ikhlas dalam merengkuh capaian".

 - a. integritas, merupakan satu dalam kata dan perbuatan atau komitmen pada prinsip yang terdiri dari:
 - 1) Integritas pada diri sendiri yaitu profesional atau mengedepankan keahlian yaitu giat belajar dan menguasai ilmu pengetahuan sebagai pendukung dalam menghasilkan setiap output pelayanan dengan *reward* yang wajar;
 - 2) Integritas kepada Sang Pencipta (Allah) yaitu beribadah yang benar dan mengimplementasikan dalam perbuatan/ pergaulan dengan mencerminkan akhlak yang dimuliakan Allah.
 - b. kebersamaan, merupakan bermusyawarah untuk satu keputusan dalam mendorong komitmen bersama demi tercapainya kinerja maksimal dan harmonis sehingga akan tercipta suatu kondisi yang kondusif yaitu bersatu, toleransi, penuh kasih sayang dan cinta;
 - c. harga diri, berkaitan selalu mempunyai kompetensi diri sesuai dengan bidang masing-masing sehingga menumbuhkan keyakinan untuk mengatasi masalah-masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit;
 - d. luhur budi, merupakan tabiat, akhlak dan watak setiap insan yang mulia serta bersedia mengorbankan segala sesuatu untuk kemajuan Rumah Sakit;

- e. amanah, berarti menjaga keberadaan dan nama baik Rumah Sakit karena merupakan titipan dari rumah sakit kepada seluruh pegawai;
 - f. setia, selalu berpegang teguh pada komitmen bersama, patuh dan taat kepada pola tata kelola Rumah Sakit.
- (6) Tujuan Strategis Rumah Sakit adalah, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk mewujudkan penyelenggaraan tugas pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah dalam memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

Bagian Ketiga

Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 6

- (1) Pemerintah Daerah berkedudukan sebagai Pemilik.
- (2) Pemerintah Daerah bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (3) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemerintah Daerah berwenang:
 - a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - b. menunjuk atau menetapkan direksi rumah sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang berlaku;
 - c. menunjuk dan menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
 - d. menetapkan struktur organisasi rumah sakit;
 - e. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
 - f. tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
 - g. tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi dan misi rumah sakit dan memastikan masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit serta mereview secara berkala misi rumah sakit;
 - h. tanggung jawab dan kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran; dan
 - i. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui rencana strategi rumah sakit.

Bagian Keempat

Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Rumah Sakit merupakan UPTD sebagai unsur pendukung tugas Gubernur di bidang pelayanan kesehatan yang menerapkan PPK-BLUD.
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang secara teknis

operasional berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 8

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
 - a. penyelenggaraan pelayanan medis;
 - b. penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik;
 - c. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
 - d. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
 - e. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan;
 - f. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan; dan
 - g. penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.

Bagian Kelima

Dewan Pengawas

Paragraf 1

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan representasi pemilik.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik.
- (4) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan:
 - a. 1 (satu) orang pejabat OPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang pejabat OPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (5) Susunan keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota.
- (6) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium anggota Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.

Paragraf 2

Pengangkatan, Pemberhentian dan Penilaian Kinerja

Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Pemilik.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Pemilik mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (4) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi.

Pasal 11

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Pemilik atas usulan dari Direktur.
- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dalam hal Dewan Pengawas:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; atau
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Pasal 12

- (1) Penilaian kinerja Dewan Pengawas ditetapkan oleh pemilik, melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Penilaian kinerja Dewan Pengawas ditetapkan berdasarkan indikator penilaian rumah sakit dengan bobot komponen penilaian sebagai berikut:
 - a. standar pelayanan minimal rumah sakit (0,25)
 - b. indikator mutu utama rumah sakit (0,25)
 - c. indikator kinerja Rumah Sakit (0,50)
- (3) Penilaian Kinerja Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam setahun.

Paragraf 3

Tugas dan Kewajiban Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit, yang meliputi:
 - a. pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategik Bisnis

- Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan Rumah Sakit dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas berkewajiban:
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik Rumah Sakit mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
 - c. memberikan laporan kepada Pemilik tentang kinerja Rumah Sakit;
 - d. memberikan nasehat kepada pengelola dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelolaan Rumah Sakit;
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja; dan
 - g. dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik secara berkala paling kurang 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Paragraf 4

Kewenangan dan Tanggungjawab Dewan Pengawas

Pasal 14

Dalam melaksanakan tugasnya tugasnya Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 ayat (1) mempunyai kewenangan dan tanggungjawab, sebagai berikut:

- 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 Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Kepala/Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Korporasi (*corporate bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Korporasi (*corporate bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Kepala/Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Korporasi (*corporate bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik;

- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- g. kewenangan dan tanggungjawab dalam mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- h. kewenangan dan tanggungjawab dalam persetujuan penyelenggaraan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program;
- i. kewenangan dan tanggungjawab menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
- j. kewenangan dan tanggungjawab mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- k. kewenangan dan tanggungjawab mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan rumah sakit;
- l. kewenangan dan tanggungjawab mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit dilaksanakan rumah sakit; dan
- m. kewenangan dan tanggungjawab mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Pasal 15

Tugas Ketua Dewan Pengawas meliputi:

- a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
- b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Pengaturan Internal Korporasi Rumah Sakit melalui rapat Dewan Pengawas;
- c. bekerja sama dengan Pengelola/Direksi untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas;
- d. bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat dilaksanakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang diperlukan sesuai dengan situasi saat itu; dan
- e. melaporkan tugas sebagaimana dimaksud pada huruf c pada rapat rutin berikutnya, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

Pasal 16

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat berasal dari anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas dan honorarium Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.

Paragraf 5

Rapat-Rapat Dewan Pengawas

Pasal 17

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:

- a. rapat rutin;
- b. rapat khusus; dan
- c. rapat tahunan

Pasal 18

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf a merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang terkait, untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di Rumah Sakit.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara terjadwal yang dilaksanakan setiap bulan yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (3) Rapat rutin sebagaimana dimaksud ayat (1) dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, Komite Medik dan dapat dihadiri pihak lain dilingkungan Rumah Sakit atau di luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan rapat kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite Medik dan Pejabat lain paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat dilaksanakan.
- (5) Undangan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 19

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf b dilaksanakan untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; dan/atau;
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan rapat secara spesifik.

- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus dilaksanakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan diadakannya rapat khusus.

Pasal 20

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf c dilaksanakan dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dalam rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 21

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih salah satu anggota menjadi pimpinan rapat.
- (2) Pimpinan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 22

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
- (2) Kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua per tiga) anggota Dewan Pengawas.
- (3) Dalam hal kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
- (4) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 23

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah rapat dilaksanakan.
- (3) Segala putusan dalam risalah rapat tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Pasal 24

- (1) Pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau dapat dilakukan secara tertulis dan dimasukkan dalam amplop tertutup.
- (2) Keputusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Paragraf 6

Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf

Pasal 25

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan sebagai upaya memberdayakan Staf Medis untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam organisasi Komite Medik Rumah Sakit.

Bagian Keenam

Pejabat Pengelola Rumah Sakit

Paragraf 1

Umum

Pasal 26

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. direktur;
 - b. wakil Direktur Umum dan Keuangan; dan
 - c. wakil Direktur Pelayanan.
- (2) Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1) huruf a dalam melaksanakan tugasnya bertanggungjawab kepada Pemilik.
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (1) huruf b dan huruf c dalam melaksanakan tugasnya bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 2

Pengangkatan dan Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 27

- (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, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.

Pasal 28

Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Pemilik dan ditetapkan dengan Keputusan Gubernur.

Paragraf 3

Syarat Pengangkatan Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 29

- (1) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur meliputi :
 - a. seorang tenaga Dokter atau Dokter Gigi yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman dibidang perumahsakit;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit;
 - c. mampu melaksanakan perbuatan tidak melanggar hukum;
 - d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - e. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit; dan
 - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah:
 - a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, perencanaan, keuangan dan/atau akuntansi;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi rumah sakit;
 - d. mampu melaksanakan perbuatan tidak melanggar hukum;
 - e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan umum serta mampu menjalankan prinsip pengelolaan keuangan yang sehat di rumah sakit; dan

- g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan meliputi :
- a. seorang tenaga medis 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. mampu melaksanakan perbuatan tidak melanggar hukum;
 - e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Paragraf 4

Tugas dan Kewajiban, Tanggungjawab, dan Wewenang Direktur dan Wakil Direktur

Pasal 30

- (1) Tugas dan Kewajiban Direktur meliputi:
- a. memimpin dan mengurus Rumah Sakit sesuai dengan tujuan rumah sakit yang telah ditetapkan dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
 - b. memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
 - c. mewakili Rumah Sakit di dalam dan di luar pengadilan;
 - d. melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan;
 - e. mengelola Rumah Sakit dengan berwawasan lingkungan;
 - f. menyiapkan Rencana Strategi Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Rumah Sakit;
 - g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai ketentuan;
 - h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala; dan
 - i. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit.
- (2) Tanggungjawab Direktur meliputi :
- a. pengambilan kebijakan Rumah Sakit;
 - b. perencanaan, Pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan evaluasi serta pelaporan kegiatan guna kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan; dan
 - c. peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.
- (3) Wewenang Direktur meliputi :
- a. menetapkan kebijakan Rumah Sakit;
 - b. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
 - c. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
 - d. mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-

- undangan;
- f. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi;
- g. memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang-undangan;
- h. mendatangkan saksi ahli, profesional, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- i. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung sesuai kebutuhan;
- j. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional; dan
- k. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran dibawahnya.

Pasal 31

- (1) Tugas dan kewajiban Wakil Direktur Umum dan Keuangan meliputi :
 - a. menyelenggarakan program kerja Bagian Umum, Keuangan, Perencanaan Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan;
 - b. menyelenggarakan perumusan kebijakan teknis bagian umum, keuangan, perencanaan, penelitian dan pengembangan;
 - c. mengkoordinasikan, pembinaan, dan sinkronisasi kegiatan tiap-tiap bagian umum, keuangan, perencanaan, penelitian dan pengembangan;
 - d. menyelenggarakan pengendalian dan pengawasan di bagian umum, keuangan, perencanaan, penelitian dan pengembangan;
 - e. menyelenggarakan koordinasi dengan instansi/pihak terkait di bagian umum, keuangan, perencanaan, penelitian dan pengembangan;
 - f. menyelenggarakan evaluasi dan pelaporan bagian umum, keuangan, perencanaan, penelitian dan pengembangan;
 - g. mengkoordinasikan penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran;
 - h. menyiapkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran dan Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit;
 - i. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
 - j. menyelenggarakan pengelolaan kas;
 - k. melakukan pengelolaan utang-piutang;
 - l. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
 - m. menyelenggarakan sistem informasi manajemen Rumah Sakit;
 - n. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan;
 - o. mengkoordinasikan pengelolaan sistem remunerasi, pola tarif dan pelayanan administrasi keuangan; dan
 - p. mengkoordinasikan pelaksanaan serta pemantauan pelaksanaan dengan bekerjasama dengan Satuan Pengawas Internal.
- (2) Tanggungjawab Wakil Direktur Umum dan Keuangan meliputi :
 - a. terselenggaranya program kerja bagian tata usaha, keuangan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan;
 - b. terselenggaranya koordinasi, pembinaan dan sinkronisasi kegiatan di bagian tata usaha, keuangan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan;
 - c. terselenggaranya pengelolaan remunerasi, dan pola tarif secara akuntabel dan transparan; dan
 - d. terselenggaranya pelaksanaan pengendalian internal bekerja sama dengan Satuan Pengawasan Internal.

- (3) Wewenang Wakil Direktur Umum dan Keuangan meliputi:
- a. melaksanakan koordinasi program kerja bagian tata usaha, keuangan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan;
 - b. menindaklanjuti disposisi surat dari Direktur;
 - c. meneliti dan mengoreksi rancangan Dokumen Pelaksanaan Anggaran dan Rencana Bisnis Anggaran;
 - d. memberikan paraf dokumen/surat kedinasan sebelum ditandatangani Direktur; dan
 - e. menandatangani surat kedinasan yang bersifat rutin atas mandat Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Wakil Direktur Umum dan Keuangan dibantu oleh:
- a. bagian Tata Usaha;
 - b. bagian Keuangan; dan
 - c. bidang Diklat dan Litbang
- (5) Uraian Tugas dan Wewenang Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala bagian Keuangan dan Kepala Bidang Diklat dan Litbang meliputi:
- a. merencanakan Program Kerja Tahunan Bagian Tata Usaha, Bagian Keuangan dan Bidang Diklat dan Litbang berdasarkan ketentuan perundang-undangan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;
 - b. bertanggungjawab menjalankan Misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi Rumah Sakit;
 - c. melaksanakan pengawasan untuk menjamin kepatuhan staf terhadap pelaksanaan regulasi rumah sakit sesuai misi rumah sakit;
 - d. bersama Kepala Unit menyusun cakupan dan jenis pelayanan yang disediakan di masing-masing unit;
 - e. menyampaikan informasi tentang capaian program sesuai visi, misi dan rencana strategik kepada staf rumah sakit;
 - f. berpartisipasi dalam merencanakan, mengembangkan, melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit;
 - g. memilih indikator mutu di tingkat Rumah sakit, merencanakan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan mutu dan keselamatan pasien serta menyediakan staf terlatih untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - h. melakukan proses penyusunan program peningkatan mutu prioritas, monitoring pelaksanaan dan rencana perbaikan mutu Rumah Sakit;
 - i. berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak pelayanan klinis termasuk kontrak peralatan medis dan telah dilaksanakan;
 - j. berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak manajemen;
 - k. melakukan evaluasi mutu dan keselamatan pasien terhadap hasil dari pengadaan dan penggunaan teknologi medik serta obat menggunakan indikator mutu dan laporan insiden keselamatan pasien;
 - l. melakukan supervisi pengelolaan data di setiap unit;
 - m. membagi tugas kepada bawahan dengan cara disposisi atau secara lisan agar bawahan mengetahui tugas dan tanggung jawab masing-masing;
 - n. memberi petunjuk kepada bawahan dengan cara tertulis atau secara lisan agar pelaksanaan tugas efisien dan efektif;
 - o. mengatur pelaksanaan tugas berdasarkan prioritas agar tugas dapat

- diselesaikan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan;
- p. mengendalikan kegiatan pelayanan di bawah jajaran Tata Usaha, Keuangan dan Diklat dan Litbang, berdasarkan ketentuan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - q. mengelola sarana dan prasarana Rumah Sakit, berdasarkan peraturan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - r. menyelenggarakan pelaporan dan evaluasi kegiatan bidang Bagian Tata Usaha, Bagian Keuangan dan Bidang Diklat dan Litbang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - s. melaksanakan koordinasi dengan unit kerja terkait berdasarkan ketentuan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - t. membuat telaah staf sebagai bahan pertimbangan pengambilan kebijakan dan mengkoordinasikan dengan unit kerja terkait dalam pelaksanaan kegiatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terselenggara dengan baik;
 - u. menerima dan menindaklanjuti pengaduan dari masyarakat;
 - v. melaporkan pelaksanaan tugas kepada atasan berdasarkan hasil kerja sebagai bahan evaluasi bagi atasan; dan
 - w. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

Pasal 32

- (1) Tugas dan kewajiban Wakil Direktur Pelayanan meliputi:
 - a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis;
 - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
 - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidang pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis; dan
 - d. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Direktur.
- (2) Tanggung jawab Wakil Direktur Pelayanan meliputi:
 - a. tersusunnya perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medis, keperawatan dan penunjang Medis;
 - b. terselenggaranya kegiatan teknis pelayanan sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran; dan
 - c. terwujudnya kinerja operasional yang optimal di bidang pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis
- (3) Wewenang Wakil Direktur Pelayanan meliputi:
 - a. meneliti dan mengoreksi perencanaan kegiatan teknis di bidang pelayanan medik, keperawatan dan penunjang medis;
 - b. menindaklanjuti disposisi surat Direktur; dan
 - c. menandatangani surat yang bersifat rutin di bidang pelayanan medis atas mandat Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Wakil Direktur Pelayanan dibantu oleh:
 - a. bidang Pelayanan Medis;
 - b. bidang Penunjang Medis; dan
 - c. bidang Keperawatan.

- (5) Uraian Tugas dan Wewenang Kepala Bidang Pelayanan Medis, Bidang Penunjang Medis dan Bidang Keperawatan meliputi:
- a. merencanakan Program Kerja Tahunan Bidang Pelayanan Medis, Bidang Penunjang Medis dan Bidang Keperawatan berdasarkan ketentuan perundang-undangan sebagai pedoman dalam pelaksanaan tugas;
 - b. bertanggungjawab menjalankan Misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi Rumah Sakit;
 - c. melaksanakan pengawasan untuk menjamin kepatuhan staf terhadap pelaksanaan regulasi rumah sakit sesuai misi rumah sakit;
 - d. bersama Kepala Unit menyusun cakupan dan jenis pelayanan yang disediakan di masing-masing unit;
 - e. menyampaikan informasi tentang capaian program sesuai visi, misi dan rencana strategik kepada staf rumah sakit;
 - f. berpartisipasi dalam merencanakan, mengembangkan, melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit;
 - g. memilih indikator mutu di tingkat Rumah sakit, merencanakan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan mutu dan keselamatan pasien serta menyediakan staf terlatih untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - h. melakukan proses penyusunan program peningkatan mutu prioritas, monitoring pelaksanaan dan rencana perbaikan mutu Rumah Sakit;
 - i. berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak pelayanan klinis termasuk kontrak peralatan medis dan telah dilaksanakan;
 - j. berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak manajemen;
 - k. melakukan supervisi pengelolaan data di setiap unit;
 - l. membagi tugas kepada bawahan dengan cara disposisi atau secara lisan agar bawahan mengetahui tugas dan tanggung jawab masing-masing;
 - m. memberi petunjuk kepada bawahan dengan cara tertulis atau secara lisan agar pelaksanaan tugas efisien dan efektif;
 - n. mengatur pelaksanaan tugas berdasarkan prioritas agar tugas dapat diselesaikan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan;
 - o. mengendalikan kegiatan pelayanan di bawah jajaran Pelayanan Medis, Penunjang Medis dan Keperawatan, berdasarkan ketentuan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - p. mengelola sarana dan prasarana Rumah Sakit, berdasarkan peraturan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - q. menyelenggarakan pelaporan dan evaluasi kegiatan Bidang Pelayanan Medis, Penunjang Medis dan Bidang Keperawatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - r. melaksanakan koordinasi dengan unit kerja terkait berdasarkan ketentuan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terlaksana dengan baik;
 - s. membuat telaah staf sebagai bahan pertimbangan pengambilan kebijakan dan mengkoordinasikan dengan unit kerja terkait dalam pelaksanaan kegiatan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan, agar pelaksanaan tugas terselenggara dengan baik;
 - t. menerima dan menindaklanjuti pengaduan dari masyarakat;
 - u. melaporkan pelaksanaan tugas kepada atasan berdasarkan hasil

- kerja sebagai bahan evaluasi bagi atasan; dan
v. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan atasan.

Bagian Ketujuh

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Unit/Instalasi

Pasal 33

- (1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan kedokteran, pelayanan keperawatan dan penunjang pelayanan kedokteran dan keperawatan dibentuk unit/instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Pembentukan dan perubahan unit/Instalasi didasarkan atas analisis beban kerja dan/atau kebutuhan organisasi.
- (3) Unit/Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan, Kepala Unit/Instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang, bagian, seksi dan sub bagian terkait.
- (5) Kepala Unit/Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (6) Pembentukan Unit/instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.

Pasal 34

Kepala Unit/Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan instalasi kepada Direktur

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Fungsional Khusus

Pasal 35

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

Bagian Kedelapan
Organisasi Pendukung

Paragraf 1
Komite Medik

Pasal 36

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.

Pasal 37

Pembentukan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 2

Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 38

- (1) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub komite.
- (2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi Komite Medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua dan Sekretaris Tanpa Sub Komite; atau
 - b. ketua dan Sekretaris Merangkap Ketua Dan Anggota Sub Komite.

Pasal 39

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari Staf Medis.

Pasal 40

- (1) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 41

Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme Staf Medis yang bekerja pada Rumah Sakit dengan cara:

- a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis pada Rumah Sakit;
- b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi medis.

Pasal 42

Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf a, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian;
- b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian terhadap:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi.
- c. Evaluasi data pendidikan, profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
- d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis;
- 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 klinis.

Pasal 43

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf b, 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; dan
- d. rekomendasi pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan.

Pasal 44

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf c, 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 45

Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:

- a. mutu pelayanan medis;
- b. pembinaan etik kedokteran; dan
- c. pengembangan profesi medis.

Pasal 46

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit/medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 47

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41, pasal 42, pasal 43 dan pasal 44, Komite Medik dapat dibantu oleh Mitra Bestari.
- (2) Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf Medis diluar Rumah Sakit.
- (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, dan/atau Instansi Pendidikan Kedokteran/Kedokteran Gigi.

Paragraf 3

Hubungan Komite Medik dengan Direktur

Pasal 48

Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah sebagai berikut:

- a. direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik; dan
- b. komite Medik bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 4
Pembinaan dan Pengawasan
Pasal 49

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Direktur sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien pada Rumah Sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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 maka Direktur dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Pasal 50

- (1) Syarat untuk menjadi Ketua Komite Medik meliputi:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumahan-sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Ketua Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 51

- (1) Sekretaris Komite Medik dipilih oleh Ketua Komite Medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik dijabat oleh seorang Dokter yang berasal dari PNS.
- (3) Sekretaris Komite Medik dapat menjadi ketua dari salah satu Sub Komite.
- (4) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medik dibantu oleh tenaga administrasi atau staf sekretariat purna waktu.

Pasal 52

Dalam rangka melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya maka kepada Komite Medik diberikan kewenangan untuk:

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan

- c. pelayanan;
- d. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinis;
- f. membentuk tim Klinis lintas profesi; dan
- g. Memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.

Pasal 53

- (1) Sub Komite terdiri dari :
 - a. sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis;
 - b. Sub Komite Kredensial; dan
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.

Pasal 54

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut:

- a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja; dan
- b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama setahun yang baru saja dilalui disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Pasal 55

Tugas dan tanggungjawab sub komite peningkatan mutu profesi medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 ayat (1) huruf a, meliputi:

- a. membuat rencana atau program kerja;
- b. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
- c. membuat panduan mutu pelayanan medis;
- d. melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
- e. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, output proses, dan *outcome*;
- f. melakukan koordinasi dengan sub komite peningkatan mutu rumah sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 56

Tugas dan tanggungjawab Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 ayat (1) huruf b, meliputi:

- a. melakukan *review* permohonan untuk menjadi anggota Staf Medis;
- b. membuat rekomendasi hasil *review*;
- c. membuat laporan kepada Komite Medik;
- d. melakukan *review* kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medik dalam rangka pemberian *clinical privileges*, *reappointments* dan penugasan Staf Medis pada unit kerja;
- e. membuat rencana kerja;
- f. melaksanakan rencana kerja;
- g. menyusun tata laksana dari instrumen kredensial;
- h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai

- kebutuhan; dan
- i. membuat laporan berkala kepada Komite Medik.

Pasal 57

Tugas dan tanggungjawab sub komite etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 53 ayat (1) huruf c, meliputi:

- a. membuat rencana kerja;
- b. melaksanakan rencana kerja;
- c. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
- d. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
- e. mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
- f. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum rumah sakit; dan
- g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 58

Kewenangan Sub Komite sebagai berikut :

- a. untuk sub komite peningkatan mutu profesi medis; melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;
- b. untuk Sub Komite Kredensial; melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi; dan
- c. untuk Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi; melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Pasal 59

Setiap Sub Komite Medik bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik dalam pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan.

Paragraf 5

Rapat-Rapat Komite Medik

Pasal 60

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
 - a. rapat rutin bulanan yang dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan;
 - b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua Staf Medis yang dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan;
 - c. rapat bersama Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan yang dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan; dan
 - d. rapat khusus.
- (2) Rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Ketua Komite Medik, dalam hal Ketua Komite Medik tidak hadir maka rapat dipimpin oleh Sekretaris atau salah satu dari Ketua Sub Komite.

- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (4) Setiap undangan rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 61

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (1) huruf d, diadakan apabila:
 - a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik; dan
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 62

Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 61 ayat (1) huruf d, dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

Pasal 63

- (1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang untuk mengambil keputusan.
- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

Pasal 64

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan / atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus.
- (2) Dalam hal perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6

Komite Keperawatan

Pasal 65

Komite Keperawatan di rumah sakit dibentuk untuk meningkatkan profesionalisme, pembinaan etik dan disiplin tenaga keperawatan serta menjamin mutu pelayanan kesehatan dan melindungi keselamatan pasien.

Pasal 66

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Komite Keperawatan dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Kepala Bidang Keperawatan.

Pasal 67

Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite Medik.

Paragraf 7

Komite Staf Klinis Pemberi Asuhan Lainnya

Pasal 68

Komite Staf Klinis Pemberi Asuhan Lainnya di rumah sakit dibentuk untuk meningkatkan profesionalisme, pembinaan etik dan disiplin Pemberi Asuhan Lainnya (selain dokter dan perawat) serta menjamin mutu pelayanan kesehatan dan melindungi keselamatan pasien.

Pasal 69

- (1) Komite Staf Klinis Pemberi Asuhan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Komite Staf Klinis Pemberi Asuhan Lainnya terdiri dari :
 - a. ketua;

- b. sekretaris; dan
- c. anggota.

- (3) Komite Staf Klinis Pemberi Asuhan Lainnya dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Kepala Bidang Penunjang.

Paragraf 8

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 70

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di rumah sakit dibentuk untuk mewujudkan terselenggaranya pelayanan rumah sakit yang bermutu dan melaksanakan asuhan dengan mengutamakan keselamatan pasien.

Pasal 71

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Susunan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. anggota.
- (3) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Kepala Bidang Pelayanan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memberikan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit meliputi:
 - a. laporan capaian indikator dan analisisnya setiap 3 bulan;
 - b. laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap 6 bulan; dan
 - c. laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian, dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode *root cause analisa* (RCA).

Paragraf 9

Satuan Pengawas Internal

Pasal 72

- (1) Guna membantu Direktur dalam pengawasan internal dan monitoring dibentuk SPI.
- (2) SPI bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (3) SPI berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (4) SPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kesembilan
Kerahasiaan dan Informasi Medis
Pasal 73

- (1) Rumah Sakit mempunyai hak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang diterapkan di rumah sakit.
- (2) Dalam hal kerahasiaan dan informasi medis, rumah sakit mempunyai kewajiban:
 - a. menyimpan rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. memberikan isi rekam medis kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - c. memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam hal kerahasiaan dan informasi medis, dokter rumah sakit mempunyai hak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (4) Dalam hal kerahasiaan dan informasi medis, dokter rumah sakit mempunyai kewajiban:
 - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
 - b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.
- (5) Dalam hal kerahasiaan dan informasi medis, pasien rumah sakit mempunyai hak:
 - a. mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
 - b. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu:
 1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medis;
 2. tujuan tindakan medis;
 3. tata laksana tindakan medis;
 4. alternatif tindakan lain jika ada;
 5. resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
 7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 8. resiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.
- (6) Dalam hal kerahasiaan dan informasi medis, pasien rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 74

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Sumatera Barat Nomor 17 Tahun 2016 tentang Peraturan Internal RSJ. Prof. HB. Saanin Padang Berita Daerah Provinsi Sumatera Barat Tahun 2017 Nomor 17, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 75

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 9 Maret 2020

GUBERNUR SUMATERA BARAT,


IRWAN PRAYITNO

Diundangkan di Padang
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH
PROVINSI SUMATERA BARAT,


ALWIS

BERITA DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT TAHUN 2020 NOMOR...12