



SALINAN

GUBERNUR BALI

PERATURAN GUBERNUR BALI

NOMOR 53 TAHUN 2018

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)  
UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR BALI,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
  - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis maka perlu dibuatkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 2 huruf i Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Mata Bali Mandara;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
  2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 5679);
  5. 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);

6. 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1609);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
10. Peraturan Gubernur Nomor 50 Tahun 2018 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit di Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Bali (Berita Daerah Tahun 2018 Nomor 50);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Bali.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Provinsi Bali.
3. Gubernur adalah Gubernur Bali.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Bali.
5. Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Mata Bali Mandara yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali.

6. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
7. 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 medik di Rumah Sakit.
8. Peraturan internal staf medis (*Medical Staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.
9. Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah.
10. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik yang terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh pejabat pengelola dan memberikan nasihat kepada pejabat pengelola dalam menjalankan kegiatan Rumah Sakit.
11. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit yang merupakan Pemimpin BLUD Rumah Sakit.
12. Direksi terdiri dari Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya.
13. Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari Direktur Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap operasional Rumah Sakit, pejabat keuangan dan pejabat teknis yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku di Rumah Sakit.
14. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit.
15. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
16. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etika pelayanan Rumah Sakit, penyelesaian masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan "*hospital by laws*" dan "*medical staf by laws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
17. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit.

18. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit.
19. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit.
20. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
21. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
22. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I yang selanjutnya disebut PPDS I adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit.
23. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur atas usul Komite Medik.
24. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
25. Penugasan klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
27. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja tim tertentu.
28. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
29. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
30. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
31. Mitra bestari (*Peer Group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

32. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, di mana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.

## BAB II RUANG LINGKUP

### Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) meliputi:

- a. peraturan internal korporasi (*Corporate By Laws*); dan
- b. peraturan internal staf medis (*Medical Staff By Laws*).

## BAB III PERATURAN INTERNAL KORPORASI

### Bagian Kesatu Prinsip Pasal 3

- (1) Peraturan internal korporasi (*Corporate By Laws*) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a merupakan peraturan internal Rumah Sakit, yang di dalamnya memuat:
  - a. struktur organisasi;
  - b. prosedur kerja;
  - c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
  - d. pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Peraturan Internal korporasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip :
  - a. transparansi;
  - b. akuntabilitas;
  - c. tanggung jawab; dan
  - d. independensi.

### Pasal 4

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf a, menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.

- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf d merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

#### Pasal 5

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b, diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggung-jawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta Peraturan Perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

#### Bagian Kedua Identitas

#### Pasal 6

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Mata Bali Mandara yang merupakan UPTD di lingkungan Dinas Kesehatan.
- (2) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit khusus mata.
- (3) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Kelas A.
- (4) Alamat Rumah Sakit adalah Jalan Angsoka Nomor 8 Telp. (0361) 243350, alamat Email : rsmatabalimandara-@yahoo.com.

Bagian Ketiga  
Visi, Misi, Nilai-nilai,  
Filosofi dan Motto

Pasal 7

- (1) Visi Rumah Sakit adalah menjadi pusat pelayanan dan rujukan mata regional untuk mewujudkan Bali yang maju, aman, damai dan sejahtera.
- (2) Misi Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
  - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan mata secara paripurna, bermutu, berorientasi pada kepuasan masyarakat, terjangkau dan berkeadilan;
  - b. menyelenggarakan Pendidikan dan latihan ketrampilan di bidang kesehatan mata; dan
  - c. menyelenggarakan penelitian dalam rangka mendukung jejaring pendidikan di bidang kesehatan mata.
- (3) Sikap kerja pegawai Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai-nilai:
  - a. kerjasama;
  - b. keterbukaan;
  - c. bertanggung-jawab; dan
  - d. tulus ikhlas.
- (4) Filosofi Rumah Sakit adalah menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia yang dilandasi paham *Tat Twam Asi*.
- (5) Motto Rumah Sakit yaitu:  
CERDAS, masing-masing huruf dalam kata CERDAS memiliki makna dan arti, sebagai berikut:
  - a. C = Cepat, merupakan keakuratan waktu dan standar pelayanan yang telah ditetapkan;
  - b. E = Empati, adanya rasa kepedulian terhadap sesama dan lingkungan;
  - c. R = Ramah, adalah sifat santun harus diberikan dalam setiap pelaksanaan pelayanan;
  - d. D = Dinamis, adalah penyesuaian terhadap perkembangan situasi dan kondisi dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan;
  - e. A = Akuntabel, adalah merupakan pertanggung-jawaban secara standar yang ditetapkan; dan
  - f. S = Senyum, adalah merupakan cerminan sifat ramah tamah sebagai petugas dalam memberikan pelayanan.

Bagian Keempat  
Kedudukan, Tujuan, Tugas Pokok  
dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 8

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan mata.
- (2) Tujuan Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dalam bidang pelayanan kesehatan mata yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.
- (3) Tugas pokok Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan khusus mata dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (4) Fungsi Rumah Sakit dalam menunaikan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yaitu:
  - a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan khusus mata;
  - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintahan daerah di bidang pelayanan kesehatan khusus mata;
  - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan khusus mata;
  - d. pelayanan medis;
  - e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - f. pelayanan keperawatan;
  - g. pelayanan rujukan;
  - h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
  - i. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
  - j. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

Bagian Kelima  
Kewenangan dan Tanggung Jawab  
Pemerintah Daerah

Pasal 9

- (1) Kewenangan Pemerintah Daerah yaitu:
  - a. menunjuk atau menetapkan direksi Rumah Sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja tiap-tiap individu Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku melalui Kepala Dinas Kesehatan;

- b. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, serta melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala minimal setahun sekali;
  - c. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit;
  - d. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit;
  - e. menetapkan visi serta misi Rumah Sakit;
  - f. menetapkan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
  - g. mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan-undangan;
  - h. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
  - i. mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
  - j. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.
- (2) Tanggung Jawab Pemerintah Daerah yaitu:
- 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. bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen; dan
  - c. bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

## BAB IV DEWAN PENGAWAS

### Bagian Kesatu Pembentukan

#### Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Gubernur atas usulan Direktur melalui Kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Jumlah Anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak 3 (tiga) orang dan seorang diantaranya ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Tugas dan Kewajiban

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 mempunyai tugas:
  - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
  - b. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
  - c. menyetujui rencana strategi Rumah Sakit;
  - d. mengawasi serta membina pelaksanaan rencana strategis;
  - e. menyetujui diselenggarakannya pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
  - f. menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
  - g. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - h. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan di Rumah Sakit;
  - i. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit dilaksanakan oleh Rumah Sakit;
  - j. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
  - k. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban:
  - a. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola melalui Dinas Kesehatan;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Gubernur melalui Dinas Kesehatan mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
  - c. melaporkan kepada Gubernur melalui Dinas Kesehatan tentang kinerja Rumah Sakit;
  - d. memberikan nasehat kepada Direksi 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 Direksi Rumah Sakit; dan
  - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Gubernur melalui Dinas Kesehatan secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

## Bagian Ketiga Wewenang

### Pasal 12

Dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit;
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas;
- f. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) untuk ditetapkan oleh Gubernur; dan
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

## Bagian Keempat Keanggotaan

### Pasal 13

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri dari :
  - a. pejabat Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - b. pejabat di lingkungan Perangkat Daerah pengelola keuangan Daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas, yaitu:
  - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan perumahsakitian, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
  - c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;

- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana; dan
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit.

Bagian Kelima  
Masa Jabatan

Pasal 14

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur.
- (4) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) apabila:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - c. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - e. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - f. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
  - h. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (5) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Gubernur.

Pasal 15

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (3), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Keenam  
Sekretaris

Pasal 16

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan Dewan Pengawas.

- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

#### Bagian Ketujuh Pembiayaan

##### Pasal 17

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam Rencana Bisnis dan Anggaran.

#### Bagian Kedelapan Tata Kerja

##### Pasal 18

- (1) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (3) sekurang-kurangnya memuat:
  - a. penilaian terhadap Rencana Strategis, Rencana Bisnis Anggaran dan pelaksanaannya;
  - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
  - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
  - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
  - e. saran dan rekomendasi.
- (3) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
  - a. penurunan kinerja BLUD;
  - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
  - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
  - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (4) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.
- (5) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

Bagian Kesembilan  
Peran Terhadap KSM

Pasal 19

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

BAB V  
KELOMPOK LAYANAN

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 20

Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien membentuk kelompok layanan yang terdiri dari:

- a. komite;
- b. instalasi;
- c. KSM; dan
- d. kelompok jabatan fungsional;

Bagian Kedua  
Komite

Pasal 21

- (1) Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf a, merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.

- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Keperawatan;
  - c. Komite Etik dan Hukum;
  - d. Komite PPI;
  - e. Komite Farmasi dan Terapi;
  - f. Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko; dan
  - g. Komite Tenaga Kesehatan Profesional lainnya.

Paragraf 1  
Komite Medik

Pasal 22

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf a, merupakan organisasi non struktural yang bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh Direktur.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Subkomite.
- (4) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan jumlah staf medik di Rumah Sakit.
- (6) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

Pasal 23

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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:
    - 1. kompetensi;
    - 2. kesehatan fisik dan mental;
    - 3. perilaku; dan
    - 4. etika profesi.
  - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan Kewenangan Klinis;
  - e. penilaian dan keputusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
  - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
  - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik Rumah Sakit; dan
  - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik sebagaimana dimaksud ayat (1) 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 perilaku profesional di Rumah Sakit; dan
  - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 24

Komite Medik mempunyai wewenang untuk :

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

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

#### Pasal 25

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

#### Pasal 26

Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf a, mempunyai tugas memproteksi masyarakat melalui peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di Rumah Sakit.

#### Pasal 27

Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf b, mempunyai tugas untuk menjaga mutu profesi para staf medis, melalui peran Komite Medik untuk melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis.

#### Pasal 28

Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (2) huruf c, mempunyai tugas melakukan upaya pendisiplinan staf medis berlandaskan pada peraturan internal Rumah Sakit, peraturan internal staf medis, etika Rumah Sakit, norma etika medis dan norma-norma bioetika melalui peran Komite Medik.

#### Paragraf 2 Komite Keperawatan

#### Pasal 29

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf b merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

### Pasal 30

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris; dan
  - c. Sub Komite.
- (3) Ketua Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari hasil rapat Staf Fungsional Keperawatan.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari hasil rapat Staf Fungsional Keperawatan.

### Pasal 31

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
  - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
  - d. penggalan inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki; dan
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

### Pasal 32

Komite Keperawatan mempunyai wewenang:

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia *Ad Hoc*) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;

- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

### Pasal 33

- (1) Sub Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (2) huruf c, yang ada di Rumah Sakit terdiri atas :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (2) Ketua Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

### Pasal 34

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf a mempunyai tugas :
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;
  - c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan tahapan proses kredensial;
  - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 2 (dua) tahun; dan
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya *team adhoc*, kepada semua komite keperawatan.

### Pasal 35

- (1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf b mempunyai tugas :
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.

- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team ad hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

#### Pasal 36

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf c mempunyai tugas :
  - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis; dan
  - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut pada ayat (1), Komite Keperawatan membentuk *team adhoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team adhoc* sebagaimana pada ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

#### Paragraf 3

#### Komite Etik dan Hukum

#### Pasal 37

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf c dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban Rumah Sakit kepada semua unsur yang ada di Rumah Sakit.
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Tugas mensosialisasikan kewajiban Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi kewajiban umum Rumah Sakit, kewajiban Rumah Sakit terhadap masyarakat, kewajiban Rumah Sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika Rumah Sakit serta melakukan koordinasi dengan Biro Hukum dan HAM Sekretariat Daerah Provinsi Bali dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Daerah dalam menyelesaikan masalah medikolegal.

- (5) Dalam melaksanakan tugas, Komite Etik dan Hukum berfungsi:
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi *mediko-etikolegal*, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
  - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit; dan
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.
- (6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan (5) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.

Paragraf 4  
Komite PPI

Pasal 38

- (1) Komite PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf d dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) PPI mempunyai tugas:
  - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
  - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi Rumah Sakit;
  - c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa bersama Tim Pencegahan dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
  - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi yang aman bagi penggunanya;
  - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa Rumah Sakit; dan
  - h. menerima laporan atas kegiatan Tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

Paragraf 5  
Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 39

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf e dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
  - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
  - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
  - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
  - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait di dalam Rumah Sakit yang sasarannya berhubungan dengan obat;
  - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
  - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
  - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

Paragraf 6  
Komite Peningkatan Mutu,  
Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko

Pasal 40

- (1) Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf f dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (2) Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

- (4) Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko mempunyai tugas:
  - a. memastikan terlaksananya perbaikan mutu, keselamatan pasien dan budaya keselamatan melalui kegiatan-kegiatan sosialisasi, fasilitasi, pengumpulan data dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuai akuntabilitas masing-masing unit; dan
  - b. memastikan terlaksananya efektivitas manajemen risiko dalam kegiatan pelayanan dan manajemen sehingga terwujud penurunan angka risiko dan berdampak kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- (5) Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko melaporkan kegiatannya kepada Direktur.

Paragraf 8  
Komite Tenaga Kesehatan  
Profesional Lainnya

Pasal 41

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf g merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya dibentuk oleh Direktur.
- (4) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Sub Komite Kredensial; dan
  - d. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (5) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya terdiri dari:
  - a. Apoteker;
  - b. Asisten Apoteker;
  - c. Perkam Medis;
  - d. Teknisi Elektromedis;
  - e. Penata Anastesi;
  - f. Radiografer;
  - g. Refraksionis Optision;
  - h. Nutrisionis; dan
  - i. Analis Kesehatan.
- (6) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya mempunyai tugas membantu Direktur dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya serta pengembangan profesi berkelanjutan.

- (7) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya mempunyai fungsi :
- a. penyelenggaraan konsultasi Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
  - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya melalui pembelajaran;
  - d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya;
  - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
  - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum; dan
  - g. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi.

### Bagian Ketiga Instalasi

#### Pasal 42

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud Pasal 20 huruf b dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit membentuk Instalasi yang terdiri dari :
  - a. Instalasi Rawat Jalan;
  - b. Instalasi Rawat Inap dan Bedah;
  - c. Instalasi Gawat Darurat;
  - d. Instalasi Farmasi;
  - e. Instalasi Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian; dan
  - f. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
- (3) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan Rumah Sakit.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) untuk melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Wakil Direktur.

- (8) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing-masing.

Bagian Keempat  
KSM

Pasal 43

- (1) KSM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf c merupakan kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) KSM mempunyai tugas melaksanakan :
  - a. diagnosis;
  - b. pengobatan;
  - c. pencegahan akibat penyakit;
  - d. peningkatan dan pemulihan kesehatan;
  - e. penyuluhan;
  - f. pendidikan;
  - g. pelatihan;
  - h. penelitian; dan
  - i. pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) KSM menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Bagian Kelima  
Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 44

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf d terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan Jenis dan Jenjang jabatan fungsional masing-masing.
- (4) Masing-masing tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berada di lingkungan unit kerja Rumah Sakit sesuai kompetensinya.

BAB VI  
KELOMPOK PENUNJANG

Pasal 45

- (1) Rumah Sakit dalam menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan dapat membentuk kelompok penunjang.
- (2) Kelompok penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pembentukan Unit dan Tim.
- (3) Pembentukan Unit dan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan atas kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan guna mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (4) Setiap penyusunan dan tata kerja Unit, dan Pembentukan Tim Rumah Sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan unit-unit, Tim lainnya sesuai dengan tugas masing-masing.
- (5) Pembentukan Unit dan Tim ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (6) Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dipimpin oleh Kepala Unit.
- (7) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dipimpin oleh Ketua Tim.
- (8) Unit bertanggungjawab kepada Kepala Bagian atau Kepala Bidang.
- (9) Ketua Tim bertanggungjawab kepada salah satu pejabat struktural yang ditunjuk oleh Direktur atas dasar kewenangan dan tugas pokok serta fungsi yang diembannya.
- (10) Kepala Unit dan Ketua Tim dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (11) Kepala Unit dan Ketua Tim mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan hasil kegiatannya.

BAB VII  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu  
Maksud dan Tujuan

Pasal 46

- (1) Peraturan Internal Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b merupakan aturan tentang tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.

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

Bagian Kedua  
Kewenangan Klinis  
(*Clinical Privilege*)

Pasal 47

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi kewenangan klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan klinis seperti dimaksud pada ayat (1) berupa surat penugasan klinis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota Staf Medis.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Medis untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.

## Pasal 48

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3) yaitu:

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

## Pasal 49

- (1) Komite Medik dalam memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (3), agar Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila Anggota Staf Medik tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan SPO yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.

- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik setelah terlebih dahulu:
  - a. Ketua Kelompok Staf Medis mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
  - b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis Anggota Staf Medis yang bersangkutan;
  - c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil Anggota Staf Medis yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/penyimpangan yang telah dilakukan; dan
  - d. Sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

#### Pasal 50

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur Rumah Sakit atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan apabila:
  - a. adanya gangguan kesehatan (fisik dan mental);
  - b. adanya kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan
  - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

#### Pasal 51

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis :
  - a. habis masa berlakunya; dan
  - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 50 ayat (2).

Bagian Ketiga  
Penugasan Klinis  
(*Clinical Appointment*)

Pasal 52

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

Bagian Keempat  
Peraturan Pelaksanaan  
Tata Kelola Klinis

Pasal 53

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan peraturan pelaksanaan berupa aturan profesi bagi staf medis di luar Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*).
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
  - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan dan SPO serta kebutuhan medis pasien;
  - b. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
  - c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

Bagian Kelima  
Tata Cara *Review* dan Perbaikan  
Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 54

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

Bagian Keenam  
Informasi Medis

Pasal 55

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi medis tentang Pasien.
- (2) Pemaparan informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Pasien.
- (3) Pemaparan informasi medis untuk keperluan penelitian dan untuk kepentingan hukum, hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur.
- (4) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar meliputi :
  - a. keadaan kesehatan pasien;
  - b. rencana terapi dan alternatifnya;
  - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
  - d. prognosis; dan
  - e. kemungkinan Komplikasi.

Bagian Ketujuh  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 56

- (1) Hak Pasien meliputi :
  - a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban Pasien;
  - c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
  - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
  - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
  - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
  - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
  - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
  - i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
  - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;

- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
- r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik.

(2) Kewajiban Pasien meliputi :

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

Bagian Kedelapan  
Hak dan Kewajiban Dokter

Pasal 57

- (1) Hak Dokter meliputi :
  - a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan SPO;
  - b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan SPO;
  - c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari Pasien; dan
  - d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (2) Kewajiban Dokter meliputi :
  - a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan SPO serta kebutuhan medis;
  - b. merujuk ke Dokter Lain, bila tidak mampu;
  - c. merahasiakan informasi Pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
  - d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
  - e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Bagian Kesembilan  
Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 58

- (1) Hak Rumah Sakit meliputi :
  - a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
  - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan;
  - c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
  - d. menerima bantuan dari pihak lain yang tidak mengikat;
  - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
  - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
  - g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
  - h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit Publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

- (2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi:
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
  - b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
  - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
  - d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
  - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
  - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
  - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
  - h. menyelenggarakan rekam medis;
  - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
  - j. melaksanakan sistem rujukan;
  - k. menolak keinginan Pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
  - l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
  - m. menghormati dan melindungi hak-hak Pasien;
  - n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
  - o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
  - p. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
  - q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
  - r. menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
  - s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
  - t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB VIII  
PENGELOLAAN LINGKUNGAN  
DAN LIMBAH RUMAH SAKIT

Pasal 59

- (1) Direktur wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi pengelolaan sampah dan limbah Rumah Sakit.
- (4) Tata laksana pengelolaan sampah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dikumpulkan pada Tempat Pembuangan Sementara di areal Rumah Sakit dan selanjutnya diangkut oleh Petugas Kebersihan ke Depo Tempat Pembuangan Sementara.
- (5) Pengelolaan Limbah Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi Limbah Medis, Non Medis, dan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun.
- (6) Tata laksana pengelolaan Limbah Medis Padat dan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dikelola melalui kerja sama dengan Pihak Ketiga yang telah memiliki izin pengelolaan limbah.
- (7) Tata laksana pengelolaan Limbah Medis Cair melalui Instalasi Pengelolaan Air Limbah.
- (8) Tata laksana pengelolaan Limbah Non Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dikelola melalui *septic tank*.

BAB IX  
KEBIJAKAN, PEDOMAN,  
PANDUAN DAN PROSEDUR

Pasal 60

- (1) Kebijakan, Pedoman, Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman, Panduan dan selanjutnya Prosedur/SPO.
- (3) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Wakil Direktur Administrasi dan Sumber Daya Rumah Sakit.

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

## BAB X KERJASAMA ATAU KONTRAK

### Pasal 61

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama atau kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama atau kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Objek tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menyangkut kerjasama operasional dan alat kesehatan.

- (4) Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit berkewajiban melakukan perjanjian kerja yang antara lain meliputi kredensial, rekredensial, dan penilaian kinerja.
- (5) Wakil Direktur Pelayanan Rumah Sakit berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan memonitor mutu kontrak klinis serta bertanggung jawab atas kontrak klinis.
- (6) Wakil Administrasi dan Sumber Daya Rumah Sakit berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan memonitor mutu kontrak manajemen serta bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (7) Seleksi kontrak berdasarkan atas kepatuhan peraturan perundang-undangan yang terkait.
- (8) Penetapan kontrak dan dokumen kontrak paling sedikit memuat:
  - a. subjek kerjasama atau kontrak;
  - b. objek kerjasama atau kontrak;
  - c. ruang lingkup kerjasama atau kontrak;
  - d. hak dan kewajiban para pihak;
  - e. jangka waktu kerjasama atau kontrak;
  - f. pengakhiran kerja sama atau kontrak;
  - g. pengalihan tanggung jawab kepada pihak kedua atau pihak yang diajak bekerjasama atas kualitas dan atau adanya pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan.
  - h. keadaan memaksa; dan
  - i. penyelesaian perselisihan.
- (9) Melakukan teguran dan pemutusan kontrak bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak.
- (10) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (11) Hasil kerjasama atau kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau nonmaterial berupa keuntungan.
- (12) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11) berupa uang harus menjadi pendapatan Rumah Sakit.
- (13) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11) berupa barang harus dicatat sebagai aset Rumah Sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan.
- (14) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang di dalam perjanjian kerjasama atau kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil *addendum*.

- (15) *Review* kontrak atau kerjasama untuk perpanjangan dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarki pejabat yang berwenang.
- (16) Bila hasil evaluasi kerjasama atau kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB XI  
PEMBINAAN, PENGAWASAN, EVALUASI  
DAN PENILAIAN KINERJA

Bagian Kesatu  
Pembinaan dan Pengawasan  
Pasal 62

- (1) Pembinaan teknis Rumah Sakit dilakukan oleh Gubernur melalui Kepala Dinas Kesehatan dan pembinaan keuangan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (2) Pengawasan Operasional Rumah Sakit dilakukan oleh SPI sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh Gubernur, Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua  
Evaluasi dan Penilaian Kinerja  
Pasal 63

- (1) Visi dan Misi Rumah Sakit dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit.
- (2) *Review*/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (3) *Review*/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diajukan oleh Direktur kepada Gubernur sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah Sakit.
- (4) Visi dan Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disahkan melalui Keputusan Gubernur dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian Sistem Informasi Manajemen dan Pelaporan Bagian Bina Program Rumah Sakit.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur dilaksanakan melalui Penilaian Prestasi Kerja.

- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja Rumah Sakit dilakukan oleh Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam rencana strategis bisnis dan Rencana Bisnis Anggaran.
- (8) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah setiap tahun disampaikan kepada Gubernur melalui Inspektorat Provinsi Bali.

## BAB XII TUNTUTAN UMUM

### Pasal 64

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan kelembagaan, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau SPO.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.
- (4) Apabila tuntutan yang diajukan berkaitan dengan individu dan kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan dan SPO, maka Rumah Sakit bertanggungjawab atas kebijakan yang telah diberlakukan.

## BAB XIII KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 65

Pada saat Peraturan Gubernur ini mulai berlaku, Peraturan Gubernur Nomor 25 Tahun 2015 tentang Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Mata Bali Mandara (Berita Daerah Tahun 2015 Nomor 25), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 66

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Denpasar  
pada tanggal 12 Juli 2018

GUBERNUR BALI,

ttd

MADE MANGKU PASTIKA

Diundangkan di Denpasar  
pada tanggal 12 Juli 2018

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI BALI,

ttd

DEWA MADE INDRA

BERITA DAERAH PROVINSI BALI TAHUN 2018 NOMOR 53