GUBERNUR JAMBI

PERATURAN GUBERNUR JAMBI
NOMOR: 18 TAHUN 2016
T E N T A N G
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI JAMBI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR JAMBI,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi, diperlukan peraturan internal rumah sakit yang mengatur peran dan fungsi pemilik, pengelola dan staf medis;
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan sesuai dengan ketentuan pasal 29 ayat 1 huruf r Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) perlu menetapkan Peraturan Gubernur Jambi untuk menetapkan Peraturan internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) Pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi ;

Mengingat :

1. Undang-Undang Darurat Nomor 19 Tahun 1957 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Swatantra Tingkat I Sumatera Barat, Jambi dan Riau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1957 Nomor 75) sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 61 Tahun 1958 tentang Penetapan Undang-undang Darurat Nomor 19 Tahun 1957 tentang pembentukan menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 112 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1646);

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 Tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234;
6. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587); sebagaimana telah diubah beberpa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/ MENKES/SK/VI/2002 Tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) ;
13. Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2010 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi; (Berita Daerah Provinsi Jambi Tahun 2010 Nomor 3);

MEMUTUSKAN

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

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini, yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Provinsi Jambi
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur beserta Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintah daerah.
3. Gubernur adalah Gubernur Jambi.
4. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jambi.
5. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya-upaya penyembuhan dan pemulihan, peningkatan, pencegahan dan pelayanan rujukan.
7. Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi yang selanjutnya disebut RSJD Provinsi Jambi adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Kelas B Khusus milik Pemerintah Provinsi Jambi.
8. Pemilik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah Provinsi Jambi.
9. Direktur utama adalah Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.

10. Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital By Laws)* adalah Peraturan dasar yang mengatur tatacara Penyelenggaraan rumah sakit, meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
11. 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.
12. Peraturan Internal Staf Medis *(Medical Staff By Laws)* Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.
13. Dewan Pengawas adalah suatu badan yang melakukan pengawasan terhadap operasional rumah sakit yang ditetapkan dengan Keputusan Gubernur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
14. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur Utama , Direktur Umum, Keuangan, dan Penunjang Medis, Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kepala Bagian Tata Usaha , Kepala Bidang Pelayanan Medis , Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bidang Penunjang Medis ,Diagnostik dan Rekam Medis, Kepala Subbagian Penyusunan Program dan Laporan,Kepala Subbagian Keuangan, Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian, Kepala Subbag Penunjang Diagnostik, Kepala Subbagian Penunjang Medis, Kepala Subbagian Rekam Medis, Kepala Seksi Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap , Kepala Seksi Pembina Profesi dan Etika Keperawatan, Kepala Seksi Asuhan Keperawatan, Kepala Seksi Peningkatan Mutu Pelayanan dan pengembangan SDM, Kepala Seksi Promosi, Pencegahan dan Penyuluhan dan Kepala Seksi Pelayanan Jiwa Umum dan Narkoba;
15. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
16. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jambi.
17. Direktur Utama adalah Direktur Utama RSJD Provinsi Jambi .
18. 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.
19. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, Apoteker dan dokter spesialis, sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit.
20. Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disebut Kelompok SMF adalah kelompok dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan Apoteker yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.
21. Kewenangan Klinis *(Clinical Privilege)* adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis *(clinical appointment)*.

22. Penugasan Klinis *(clinical appointment)* adalah penugasan dari direktur utama RSJD Provinsi Jambi kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSJD Provinsi Jambi berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberi kewenangan klinis *(clinical privilege)* sesuai kemampun dan/atau kompetensinya.
24. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis *(clinical privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
26. Mitra bestari *(peer group)* adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
27. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur utama meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan Pengaruh lingkungan sosial sekitarnya *(social responsibility)* dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
28. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
29. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya pelayanankesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan pelayanan penunjang lainnya.
30. Pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialistik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
31. Pelayanan medis spesialistis luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis, saraf, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, gigi dan mulut, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
32. Pelayanan medis subspesialistik luas adalah pelayanan sub spesialissasi yang ada.
33. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya. Unit kerja dapat berbentuk instalasi, bagian, bidang, divisi atau departemen, disesuaikan dengan kondisi dan situasi masing-masing rumah sakit.
34. Sub Komite adalah kelompok kerja di bawah Komite medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus. Anggota Sub Komite terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara ex-officio.
35. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas Melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medis, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
36. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter umum dan/atau dokter spesialis, dan dokter gigi yang diangkat dengan status tenaga harian dengan sistem kontrak atau tenaga honorer di Rumah Sakit Jiwa

Daerah Provinsi Jambi yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur utama dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.

37. Dokter Konsultan adalah Dokter spesialis tertentu yang karena kompetensinya diminta membantu pelayanan medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.
38. Hak Klinik adalah kewenangan dari anggota SMF untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan profesi dan keahliannya di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.
39. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat.
40. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalahSatuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan Kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
41. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek- praktekbisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sepagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
42. Pejabat pengelola rumah sakit terdiri dari pemimpin BLUD, pejabat keuangan dan pejabat teknis.
43. Jabatan Fungsional Umum adalah jabatan fungsional umum yang untuk pengangkatan dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak diisyaratkan dengan angka kredit.

BAB II
RUANG LINGKUP

Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws)* meliputi:
a. Peraturan Internal Korporasi;
b. Peraturan Internal Staf Medis.

BAB III
PERATURAN INTERNAL KORPORASI

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 3

(1) Peraturan internal Korporasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a merupakan peraturan internal rumah sakit, yang didalamnya memuat:

a. struktur organisasi;
b. prosedur kerja;
c. pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
d. pengelolaan sumber daya manusia.

(2) Peraturan internal rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
a. transparansi;
b. akuntabilitas;
c. responsibilitas;
d. Independensi;
e. akuntabilitas.

Pasal 4

(3) 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 yang berlaku.
(4) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
(5) 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.
(6) 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,dalam mempertanggungjawabkan pengelolaan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada BLUD dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik.
(3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta 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.
(5) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada Pasal 3 ayat (2) diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan poran/pertanggungjawaban dalam sistem

pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen SDM, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.

Bagian Kedua
Identitas

Pasal 6

(1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi
(2) Jenis rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa.
(3) Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Kelas B.
(4) Alamat rumah sakit adalah di Jalan Dr Purwadi Km 9,5 Kenali besar Kecamatan Kota Baru Kota Jambi.

Bagian Ketiga
Visi, Misi, Motto dan Budaya Kerja ,Tujuan Strategis, dan Nilai-nilai Dasar

Pasal 7

(1) Visi rumah sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi adalah " Menjadi Rumah Sakit Jiwa HEBAT dengan Pelayanan PRIMA "
(2) Misi rumah sakit adalah sebagai berikut:
    a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan jiwa dan Penanggulangan Narkoba
    b. meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa dan Penanggulangan Narkoba
    c. meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana, prasarana, peralatan medis dan penunjang medis rumah sakit.
    d. meningkatkan kuantitas dan kualitas serta profesionalisme dan kesejahteraan SDM Rumah Sakit.
    e. meningkatkan tata kelola rumah sakit yang baik; dan
    f. meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai sarana penelitian, pendidikan dan pelatihan.
(3) Motto rumah sakit adalah " Melayani secara profesional dengan sentuhan insani", sedangkan budaya kerja rumah sakit adalah : Pelayanan dengan penuh BAKTI yaitu, B: Berwibawa, A: Adil, K: Kerjasama, T: Tanggung Jawab, I: Itikad Baik
(4) Tujuan Strategis Rumah Sakit Adalah:
    a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan Rumah Sakit Jiwa yang sesuai dengan standar;
    b. meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa;
    c. meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana, prasarana, peralatan medis dan penunjang medis rumah sakit;
    d. meningkatkan kualitas Sumber Daya manusia RS sesuai dengan Kompetensinya;
    e. meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan keuangan rumah sakit;dan
    f. mewujudkan Rumah Sakit Jiwa sebagai tempat praktek, magang, penelitian oleh institusi pendidikan;
    g. meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan jiwa.
(5) Nilai-nilai Dasar rumah sakit adalah:

a. ketulusan;
b. kepedulian;
c. kerendahan hati;
d. keakraban;
e. kesportifan;
f. keterbukaan;
g. kejujuran;
h. kerja keras;
i. keprofesionalan;
j. kebersamaan.

Bagian Keempat
Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 8

(1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jambi yang merupakan unsur pendukung tugas Gubernur di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur Utama yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
(2) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
(3) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2), rumah sakit mempunyai fungsi :
   a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan;
   b. pelayanan penunjang dalammenyelenggarakan pemerintah provinsi di bidang pelayanan kesehatan ;
   c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang Pelayanan Kesehatan;
   d. pelayanan medis;
   e. pelayanan penunjang medis dan non medis;
   f. pelayanan keperawatan;
   g. pelayanan rujukan;
   h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan;
   i. pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
   j. pengelolaan keuangan dan akutansi; dan Pengelolaan urusan kepegawaian, hukum,hubungan masyarakat,organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

Bagian Kelima
Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 9

(1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan

oleh masyarakat.

(2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggungjawabnya mempunyai kewenangan:
   a. menetapkan peraturan tentang Peraturan Internal dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit beserta perubahannya;
   b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
   c. melakukan evaluasi atas kinerja RS ,Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit dan Para Pimpinan RS yang dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali.
   d. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
   e. menyetujui, mensahkan, dan mengumumkan visi dan misi Rumah Sakit kepublik serta melakukan review berkala minimal 1 (satu) tahun sekali atas visi an misi tersebut.
   f. kewenangan mengumumkan visi dan misi ke publikasi didelegasikan kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
   g. menyetujui Rencana Strategis dan atau Rencana Strategi Bisnis, kebijakan,dan standar prosedur operasional Rumah Sakit.
   h. kewenangan persetujuan atas kebijakan, Pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, dan mengawai mutu Program yang didelegasikan kepada Direktur Utama Rumah Sakit;
   i. menyetujui dan mensahkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran A P B D d a n A n g g a r a n BLUD Rumah Sakit;

(3) Pemerintah Daerah mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi Rumah Sakit;

(4) Pemerintah Daerah menyetujui rencana Rumah Sakit untuk mutu dan keselamatan pasien serta menerima laporan dan tindak lanjut tentang program mutu dan keselamatan pasien tersebut;

(5) Pemerintah Daerah memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi serta memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan,pemberian penghargaan dan sanksi dapat didelegasikan kepada Direktur Utama RSJD Provinsi Jambi.

(6) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit anggaran Rumah Sakit yang setelah diaudit secara independen bukan disebabkan karena kesalahan dalam pengelolaan.

(7) Pemerintah Daerah bertanggunggugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/ atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Keenam
Dewan Pengawas

Paragraf 1
Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 10

(1) Gubernur dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit dengan Surat Keputusan Gubernur atas usulan Direktur Utama;

(2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan

suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Gubernur.

(3) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah sebanyak 5 (lima) orang, dan salah seorang diantaranya ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.

(4) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
   a. Pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
   b. Pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
   c. Tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit;

Paragraf 2

Kriteria,Tanggung Jawab,Tugas, Fungsi, Kewajiban dan Kewenangan

Pasal 11

Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :

a. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
b. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
c. Mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Pasal 12

(1) Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi;

(2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 mempunyai tugas:
   a. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
   b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
   c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
   d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
   e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit, dan
   f. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi,dan peraturan perundang-undangan.

(3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai pelaksana yang melaksanakan peran Gubernur dalam bidang pengawasan dan pembinaan yang dapat menjamin perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit.

(4) Dewan Pengawas berkewajiban :
   a. memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola ;
   b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Gubernur mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit ;
   c. melaporkan kepada Gubernur 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.

(5) Dewan Pengawas berwenang ;
a. memeriksa buku-buku, surat-surat dan dokumen-dokumen ;
b. meminta penjelasan pejabat pengelola ;
c. meminta pejabat pengelola dan/atau pejabat lain sepengetahuan pejabat pengelola untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas ;
d. mengajukan anggaran untuk keperluan tugas-tugas Dewan Pengawas ;
e. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen lainnya jika diperlukan.

(6) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan sewaktu-waktu diperlukan.

Paragraf 2
Pengangkatan Dan Pemberhentian

Pasal 13

(1) Pengangkatan Anggota Dewan Pengawas dilakukan oleh Gubernur.
(2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi.
(3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun,dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya, sesuai dengan surat keputusan dari Gubernur.
(4) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.

Pasal 14

(1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur.
(2) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), apabila :
a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
b. tidak melaksanakan ketentuan perundang- undangan;
c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit atau; dan
d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Paragraf 3
Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 15

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

Paragraf 4
Tugas, Kewajiban Dan Wewenang Terhadap Pengelolaan BLUD

Pasal 16

(1) Dalam melaksanakan tugasnya terhadap Pengelolaan BLUD, Dewan Pengawas berkewajiban:
    a. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik RSJD Provinsi Jambi mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
    b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat serta saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
    c. memberikan laporan kepada Gubernur tentang kinerja BLUD;
    d. memberikan nasehat kepada pengelola dalam melaksanakan Pengelolaan BLUD;
    e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelolaan BLUD; dan

f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.

(2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1(satu) kali dalam 6 (enam) bulan dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 17

Dalam melaksanakan tugas dan kewajiban, terhadap Pengelolaan BLUD Dewan Pengawas mempunyai wewenang yang meliputi:

a. melihat buku-buku,surat-surat serta dokumen-dokumen lainnya,memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan rumah sakit;
b. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan BLUD;
c. meminta Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur Utama untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
d. menghadiri rapat Direksi dan memberikan saran pendapat terhadap hal-hal yang yang dibicarakan;
e. memberikan persetujuan atau bantuan kepada Direksi dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

Paragraf 5
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 18

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:

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

Pasal 19

(1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
(2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi Rumah Sakit dan Komite medik serta Pejabat lain, Untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di RSJD Provinsi Jambi.
(3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) kali dalam 1 (satu) tahun yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
(4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan. Rapat rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas,

Sekretaris Dewan Pengawas dan Direksi, Komite medik dan dapat dihadiri pihak lain dilingkungan RSJD Provinsi Jambi atau di luar lingkungan RSJD Provinsi Jambi.

(5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
   a. 1 (satu) salinan agenda;
   b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya;
   c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 20

(1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
(2) Dewan Pengawas melaksanakan rapat khusus dalam hal:
   a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
   b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 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 tersebut diselenggarakan.
(4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
(5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 21

(1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf c adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakantahunan operasional rumah sakit.
(2) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
(3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 22

(1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi k u o rum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
(2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 23

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

Pasal 24

(1) Risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
(2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Pasal 25

(1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau dapat dilakukan dengan tertulis dan dimasukkan dalam amplop tertutup.
(2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Pasal 26

(1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital By Laws)* ini.
(2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Paragraf 6
Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf Medis

Pasal 27

(1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung upaya memberdayakan staf medis untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan RSJD Provinsi Jambi.
(2) Peran terhadap Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam Organisasi Komite medik RSJD Provinsi

Jambi.

Bagian Ketujuh
Pejabat Pengelola

Paragraf 1
Pejabat Pengelola

Pasal 28

Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri dari:

a. Pemimpin, merupakan pejabat pengguna anggaran/barang Rumah Sakit, selanjutnya disebut Direktur utama;
b. Pejabat Keuangan, mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan Rumah Sakit selanjutnya disebut Direktur Umum Keuangan dan Penunjang Medis yang membawahi Bagian Tata Usaha dan Sub bagian Keuangan;
c. Pejabat Teknis, bertanggung jawab berkaitan dengan mutu, standarisasi. administrasi,peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya, selanjutnya disebut Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan.

Pasal 29

Direktur Utama bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah terhadap operasional dan keuangan Rumah Sakit secara umum dan keseluruhan .

Pasal 30

Semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur Utama bertanggung jawab kepada Direktur Utama sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.

Pasal 31

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

Paragraf 2
Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 32

(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.

(4) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan Gubernur.

Paragraf 3

Persyaratan menjadi Direktur Utama, Direktur umum Keuangan dan Penunjang medis, dan Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan.

Pasal 33

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur utama adalah :

a. seorang tenaga dokter umum atau dokter spesialis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumah sakitan;
b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dengan golongan serendah rendahnya IV/a;
e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur Utama yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dan sudah pernah mengikuti Diklat PIM II.

Pasal 34

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur Umum Keuangan dan Penunjang Medis adalah :

a. seorang tenaga medis atau non medis yang memenuhi criteria keahlian,integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumah sakitan serta memahami Sistim keuangan berbasis akrual, sistem kepegawaian, kerumah tanggaan RS dan sistim penunjang pelayanan medis.
b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dengan golongan serendah rendahnya III.d ;
e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur Umum, Keuangan dan Penunjang medis yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dan

sudah pernah mengikuti Diklat PIM III.

Pasal 35

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan adalah :

a. seorang tenaga medis (dokter umum,dokter gigi atau dokter spesialis) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan.
b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
c. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
d. berstatus Pegawai Negeri Sipil dengan golongan serendah rendahnya III.d;
e. bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit;
f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dan sudah pernah mengikuti Diklat PIM III.

Paragraf 4
Pemberhentian Direktur Utama, Direktur Umum Keuangan dan Penunjang Medis, Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan.

Pasal 36

Direktur Utama , Direktur Umum Keuangan dan Penunjang Medis dan Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan dapat diberhentikan dari jabatannya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Paragraf 5
Tugas, Kewajiban, Wewenang dan Tanggung jawab Direktur Utama, Direktur Umum Keuangan dan Penunjang Medis dan Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan.

Pasal 37

Tugas dan Kewajiban Direktur Utama adalah :

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 (Renstra) SKPD dan Rencana Strategis Bisnis (RSB) , Rencana Kegiatan Anggaran (RKA) APBD dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) BLUD Rumah Sakit;
g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai ketentuan;

h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
i. menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit.
j. menysun dan menetapkan Visi, Misi Rumah Sakit.

Pasal 38

Direktur Utama mempunyai wewenang untuk :
a. mengangkat dan memberhentikan staf medis fungsional (SMF) atas saran Komite medik, sesuai peraturan perundang-undangan;
b. mengangkat sub komite atau Panitia yang berkaitan dengan kegiatan pelayanan teknis dan non teknis medis atas saran Komite medik;
c. menetapkan kriteria dan syarat-syarat penugasan setiap staf medis untuk suatu tugas atau jabatan klinis tertentu setelah disepakati oleh Komite medik.

Pasal 39

Tugas dan Kewajiban Direktur Umum, Keuangan dan Penunjang Medis adalah membantu Direktur Utama dalam hal :
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 (Renstra) SKPD dan Rencana Strategis Bisnis (RSB) , Rencana Kegiatan Anggaran (RKA) APBD dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) BLUD Rumah Sakit;
g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit sesuai ketentuan;
h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
i. menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional serta keuangan Rumah Sakit.
j. menyusun Visi dan Misi Rumah Sakit

Pasal 40

Tugas dan Kewajiban Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan adalah membantu Direktur Utama dalam hal :
a. memimpin dan mengurus kegiatan Pelayanan Medis dan Keperawatan 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 RumahSakit sebagaimana yang telah digariskan;
e. mengelola Rumah Sakit dengan berwawasan lingkungan;
f. menyiapkan Rencana Strategi (Renstra) SKPD dan Rencana Strategis Bisnis (RSB) , Rencana Kegiatan Anggaran (RKA) APBD dan

Rencana Bisnis Anggaran (RBA) BLUD Rumah Sakit;

g. mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Pelayanan Medis dan Keperawatan Rumah Sakit sesuai ketentuan;
h. menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala;
i. menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional serta urusan Pelayanan Medis dan Keperawatan Rumah Sakit.
j. menyusun Visi , Misi RS

Paragraf 6
Pejabat sementara Direktur Utama

Pasal 41

Dalam hal Direktur Utama berhalangan secara permanen, atau mengundurkan diri maka bila Gubernur Jambi dapat memilih pejabat sementara (PJs.) Direktur Utama untuk memimpin Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi sebelum Pemerintah Provinsi Jambi melakukan rapat untuk memilih Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi yang baru.

Bagian Kedelapan
Organisasi Pelaksana

Paragraf 1
Instalasi

Pasal 42

(1) Guna melaksanakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
(2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur utama.
(3) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur utama.
(4) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi/subbag terkait.
(5) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
(6) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis beban kerja dan/atau kebutuhan organisasi.

Pasal 43

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

Paragraf 2

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 44

(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 bertugas melakukan kegiatan sesuai dengan jabatan fungsional masing-masing.
(4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang- undangan.

Bagian Kesembilan
Organisasi Pendukung
Paragraf 1

Satuan Pengawas Intern

Pasal 45

Guna membantu Direktur dalam pengawasan internal dan monitoring dibentuk Satuan Pengawas Intern.

Pasal 46

(1) Satuan Pengawas Intern bertugas melaksanakan pengawasan dan monitoring terhadap pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
(2) Satuan Pengawas Intern berada di bawah dan bertanggung jawab Kepada Direktur utama.
(3) Satuan Pengawas Intern dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur utama.

Paragraf 2
Komite Keperawatan

Pasal 47

Guna membantu Direktur Utama dalam menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaannya, mengatur kewenangan (*previlege*) perawat dan bidan, mengembangkan pelayanan keperawatan, program pendidikan, pelatihan dan penelitian serta mengambangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, maka dibentuk Komite Keperawatan

Pasal 48

(1) Komite Keperawatan merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur utama.
(2) Susunan Komite Keperawatan terdiri dari seorang Ketua, Sekretaris dan 3 (tiga) Sub Komite.
(3) Komite Keperawatan dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan

Direktur setelah mempertimbangkan usulan dari Wakil Direktur Pelayanan.

Pasal 49

Dalam menjalankan tugasnya Komite Keperawatan wajib menjalin kerjasama yang harmonis dengan Komite medik, Manajemen Keperawatan dan Instalasi terkait.

Bagian Kesepuluh
Tata Kerja

Pasal 50

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

Pasal 51

Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 52

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

Pasal 53

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

Pasal 54

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

Pasal 55

Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing- masing. Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya, tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula

kepada satuan organisasi lain yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.

Pasal 56

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

Bagian Kesebelas
Pengelolaan Sumber Daya Manusia
Paragraf 1

Tujuan Pengelolaan

Pasal 57

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

Paragraf 2
Pengangkatan Pegawai

Pasal 58

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

Paragraf 3
Perpindahan Pegawai

Pasal 59

(1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan non Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.
(2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :
    a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan ketrampilannya;

b. masa kerja di unit tertentu;
c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
d. kegunaannya dalam menunjang karir.

Paragraf 4
Pemberhentian Pegawai

Pasal 60

Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :

a. pemberhentian atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit Non Pegawai Negeri Sipil mengajukan permohonan pemberhentian sebagai pegawai pada masa kontrak dan atau tidak memperpanjang masa kontrak;
b. pemberhentian karena mencapai batas usia pensiun dilaksanakan apabila pegawai rumah sakit non Pegawai Negeri Sipil telah memasuki masa batas usia pensiun sebagai berikut:
   1) batas usia pensiun tenaga medis 60 (enam puluh) tahun;
   2) batas usia pensiun tenaga non medis 58 (lima puluh delapan) tahun.
c. tidak atas permintaan sendiri dilaksanakan apabila pegawai Rumah Sakit non Pegawai Negeri Sipil melakukan tindakan-tindakan pelanggaran disiplin pegawai.

Bagian Keduabelas
Penghasilan

Pasal 61

(1) Pegawai rumah sakit diberikan penghasilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
(2) Penghasilan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa gaji, tunjangan, honorarium, insentif,dan penghasilan lainnya yang sah.

Bagian Ketiga belas
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 62

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

Pasal 63

Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan :

a. fokus pada jenis pelayanan;
b. terukur;
c. dapat dicapai;
d. relevan dan dapat diandalkan; dan
e. tepat waktu.

Pasal 64

(1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
(2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
(3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
(4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
(5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 63 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Keempat belas
Pengelolaan Keuangan

Pasal 65

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

Pasal 66

Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 67, penatausahaan keuangan menerapkan system akuntansi berbasis akrual (SAK) dan standar akuntansi pemerintahan (SAP).

Pasal 67

Subsidi dari pemerintah untuk pembiayaan Rumah Sakit dapat berupa biaya gaji, biaya pengadaan barang modal, dan biaya pengadaan barang dan jasa.

Bagian Kelima belas
Tarif Pelayanan

Pasal 68

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

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

Pasal 69

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

Pasal 70

(1) Peraturan Gubernur mengenai tarif layanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
(2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
(3) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2),berpedoman pada ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69.

Bagian Keenam belas
Pendapatan dan Biaya

Paragraf 1
Pendapatan

Pasal 71

Pendapatan Rumah Sakit dapat bersumber dari:
a. jasa layanan;
b. hibah;
c. hasil kerjasama dengan pihak lain;
d. Anggaran Pendapatan Belanja Daerah;
e. Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara; dan

f. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

Pasal 72

(1) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari jasa layanan sebagimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf a dapat berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
(2) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari hibah sebagimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat.
(3) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Hasil kerjasama Dengan pihak lain sebagimana dimaksud dalam Pasal 7 1 huruf c dapat berupa perolehan dari kerjasama operasional, sewa menyewa dan usaha lain yang mendukung tugas dan fungsi Rumah Sakit.
(4) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari APBD sebagimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf d dapat berupa pendapatan yang berasal dari Pemerintah Daerah dalam rangka pelaksanaan program atau kegiatan di rumah sakit.
(5) Pendapatan Rumah Sakit yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara sebagimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf e dapat berupa pendapatan yang berasal dari pemerintah dalam rangka pelaksanaan dekonsentrasi dan/atau tugas perbantuan dan lain-lain.
(6) Lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf f, yaitu:
    a. hasil penjualan kekayaan yang tidak dipisahkan;
    b. hasil pemanfaatan kekayaan;
    c. jasa giro;
    d. pendapatan bunga;
    e. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
    f. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh Rumah Sakit;
    g. hasil investasi.

Pasal 73

Proses pengelolaan keuangan Rumah Sakit dalam melaksanakan anggaran dekonsentrasi dan/atau tugas pembantuan, diselenggarakan berdasarkan ketentuan perundang-undangan.

Pasal 74

(1) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71, kecuali yang berasal dari hibah terikat, dapat dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran rumah sakit sesuai Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit atau Dokumen Anggaran sejenis lainnya.
(2) Hibah terikat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diperlakukan sesuai peruntukannya.
(3) Seluruh pendapatan rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 huruf a, huruf c, dan huruf f dilaksanakan melalui rekening kas BLUD dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan

rumah sakit.

(4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.

(5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4),sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Paragraf 2
Biaya

Pasal 75

(1) Biaya Rumah Sakit terdiri dari biaya operasional dan biaya non operasional.

(2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.

(3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1),mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.

(4) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan

(5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

Pasal 76

(1) Biaya operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (1), terdiri dari:
    a. biaya pelayanan; dan
    b. biaya umum dan administrasi

(2) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, mencakup seluruh biaya operasional yang berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.

(3) Biaya umum dan administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, mencakup seluruh biaya operasional yang tidak berhubungan langsung dengan kegiatan pelayanan.

(4) Biaya pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), terdiri dari:
    a. biaya pegawai;
    b. biaya bahan;
    b. biaya jasa pelayanan;
    c. biaya pemeliharaan;
    d. biaya barang dan jasa; dan
    d. biaya pelayanan lain-lain.

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

f. biaya umum dan administrasi lain-lain

Pasal 77

Biaya non operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (3) terdiri dari :
a. biaya bunga;
b. biaya administrasi bank;
c. biaya kerugian penjualan aset tetap;
d. biaya kerugian penurunan nilai; dan
e. biaya non operasional lain-lain.

Pasal 78

(1) Seluruh pendapatan dan biaya Rumah Sakit yang bersumber sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 dan Pasal 75 dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.
(2) Seluruh pendapatan dan pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan dengan menerbitkan SP3 BLUD yang dilampiri dengan Surat Pernyataan Tanggung jawab.
(3) Format Laporan Pengeluaran sebagaimana di maksud pada ayat (1) dan Format Surat Pernyataan Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2),sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 79

(1) Pengeluaran biaya Rumah Sakit diberikan fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
(2) Fleksibilitas pengeluaran biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan pengeluaran biaya yang disesuaikan dan signifikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas Rencana Bisnis Anggaran (RBA) yang telah ditetapkan secara definitif.
(3) Fleksibilitas pengeluaran biaya rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), hanya berlaku untuk biaya Rumah Sakit yang berasal dari pendapatan selain dari Anggaran Pendaptan Dan Belanja Negara/APBD dan hibah terikat.
(4) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, Direktur mengajukan usulan tambahan anggaran dari APBD kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 80

(1) Ambang batas RBA (Rencana Bisnis Anggaran) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 79 ayat (2), ditetapkan dengan besaran persentase.
(2) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (1),ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional Rumah Sakit.
(3) Besaran persentase sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan

dalam RBA dan Daftar Dokumen Pelaksanaan Anggaran Rumah Sakit oleh Tim Anggaran Pemerintah Daerah.

(4) Persentase ambang batas tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dapat dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.

Bagian Ketujuh belas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 81

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

Bagian Kedelapan belas
Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 82

(1) Rumah Sakit wajib menjaga lingkungan, baik internal maupun eksternal.
(2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.

Pasal 83

(1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah rumah sakit.
(2) Pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pengelolaan limbah medis dan non medis.
(3) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mengacu pada ketentuan perundang-undangan.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Maksud dan Tujuan

Pasal 84

Peraturan Internal Staf Medis dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework)* agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.

Pasal 85

Peraturan Internal Staf Medis mempunyai tujuan:

a. sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan medis di rumah sakit.
b. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medis dengan pemilik rumah sakit atau yang mewakili dan antara staff medis dengan Direktur/ Pimpinan rumah sakit.
c. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien.
d. terciptanya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis di rumah sakit

Bagian Kedua
Pengangkatan Staf Medis dan Pengangkatan Kembali

Pasal 86

(1) Dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota Staf Medis, termasuk unit pelayanan yang dilakukan kerja sama operasional *(outsourcing)* dengan rumah sakit.
(2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 87

Staf Medis berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis, dengan tugas sebagai berikut:

a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit peningkatan dan pemulihan.
b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan.
c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan.
d. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 88

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki prilaku yang baik.

Pasal 89

(1) Penempatan para dokter ke dalam kelompok staf medis ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit atas usulan Komite Medis.
(2) Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.
(3) Ketua kelompok staf medis dapat dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
(4) Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme/SOP yang disusun oleh Komite medik. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite medik dan pimpinan rumah sakit. Setelah proses pemilihan ketua kelompok staf medis selesai maka penetapan sebagai Ketua kelompok staf medis di sahkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.
(5) Lama masa bakti Ketua kelompok staf medis minimal adalah 3 (tiga) tahun. Ketentuan tersebut agar ditetapkan dalam *Medical Staff Bylaws* yang disusun oleh Komite medik dan ditetapkan dengan surat keputusan oleh Direktur rumah sakit atau oleh Pemilik Rumah Sakit.
(6) Tugas Ketua kelompok staf medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinannya. Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individual untuk masing- masing dokter.

Pasal 90

Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staf Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur berdasarkan pertimbangan dari Komite medik dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

Pasal 91

Bagi Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis Kontrak, Staf Medis Mitra atau Staf Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan

Pasal 92

(1) Ketua Komite medik Bisa dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf medis.
(2) Komite medik mempunyai otoritas tertinggi didalam pengorganisasi staf medis. Didalam struktur organisasi rumah sakit pemerintah, Komite medik berada dibawah Direktur rumah sakit, sedangkan didalam struktur organisasi rumah sakit swasta, Komite medik bisa berada di bawah Direktur rumah sakit atau dibawah Pemilik dan sejajar dengan Direktur rumah sakit.

Pasal 93

(1) Sub Komite Kredensial terdiri dari Ketua, Wakil ketua dan Anggota.
(2) Anggota Komite Kredensial adalah wakil dari Kelompok Staf Medis dan/atau yang mewakili.
(3) Sub Komite Kredensial berperan melaksanakan kebijakan komite medik di bidang kredensial profesi medis dengan cara:
    a. melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur dan terbuka.
    b. membuat Rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di rumah sakit.
    c. membuat laporan kepada Komite medik apabila permohonan sesuai dengan ketentuan yang diatur di dalam Perturan Internal Staf Medis *(Medical Staff Bylaws)* di Rumah Sakit.
    d. melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite medik dalam rangka pemberian *clinical privileges, reapoinments* dan penugasan staf medis pada unit kerja.
    e. membuat rencana kerja Sub Komite Kredensial.
    f. melaksanakan rencana kerja Sub Komite Kredensial.
    g. menyusun tata laksana dan instrumen kredensial,
    h. melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan,
    i. membuat laporan berkala kepada Komite medik.

Pasal 94

Tugas Direktur Pelayanan Medis :
a. memimpin dan merencanakan program kegiatan Pelayanan Medis dan Keperawatan serta mengkoordinsikan kegiataan keseluruh bidang dan pelaksanaan pelayanan teknis dan administratif sesuai dengan peraturan perundang – undangan untuk mendukung tugas pokok Rumah Sakit Jiwa agar berjalan dengan lancar;
b. merencanakan program kegiatan Pelayanan Medis dan Keperawatan berdasarkan peraturan dan ketentuan yang berlaku agar tersedianya data Pelayanan Medis dan Keperawatan akurat ,serta tertib administrasi agar proses kegiatan di bidang Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan dapat berjalan dengan lancar;
c. mengendalikan kegiatan atas penyusunan bahan pembinaan dan petunjuk teknis sesuai dengan ketentuan dan kebutuhan dalam rangka koordinasi dibidang Pelayanan Medis dan Keperawatan;
d. membuat laporan hasil pelaksanaan tugas kepada atasan sebagai bahan untuk menyusun program selanjutnya.

Bagian Keempat
Kategori Staf Medis

Pasal 95

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori:
a. Staf medis organik, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil

yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap (Dokter Tetap), berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut;

b. Staf medis tamu, yaitu 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;
c. Staf medis spesialis Konsultan yaitu Dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien;
d. Staf medis staf pengajar yaitu Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian Kesehatan, Kemeterian Pendidikan dan Kebudayaan atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
e. Staf medis instalasi gawat darurat yaitu Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 96

(1) Tenaga staf medis yang telah mendapat penugasan klinis dirumah sakit dapat berstatus sebagai dokter tetap atau tidak tetap.
(2) Jangka waktu penugasan tenaga staf medis sesuai dengan kebutuhan, kecuali ditetapkan lain oleh Direktur Utama dengan memperhatikan kondisi yang akan menyebabkan penugasan dirumah sakit akan berakhir sebagai berikut apabila:
    a. ijin praktek yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada, atau
    b. kondisi fisik atau mental tenaga medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan medis secara menetap, atau
    c. tenaga medis telah memasuki batasan usia pensiun, namun yang bersangkutan masih dapat pula diangkat sesuai dengan pertimbangan Direktur Utama, atau
    d. tenaga medis tidak memenuhi ketentuan dan syarat-syarat sesuai dengan peraturan yang berlaku
    e. tenaga medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku meyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite medik, atau
    f. tenaga medis diberhentikan oleh Direktur Utama karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan rumah sakit setelah mengajukan pemberitahuan atau bulan sebelumnya (bagi tenaga medis konsulen).

(3) Penugasan klinis di rumah sakit pada seorang tenaga medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :

a. memenuhi syarat sebagai tenaga medis berdasarkan peraturan perundangundangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam statuta ini.
b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit, dan bila diperlukan rekomendasi dari komite kredensial.
c. mencatat segala tindakan yang di perlukan untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di rumah sakit terpelihara dengan kuat dan rekam medis dilengkapi dalam waktu yang wajar.
d. memperhatikan segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan tindakan di rumah sakit dengan mengacu pada ketentuan pelayanan yang berlaku di rumah sakit jiwa.
e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia ,baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
f. memperhatikan syarat-syarat umum praktek klinis yang berlaku di rumah sakit jiwa.
g. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
h. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsure yang ada di rumah sakit;
i. menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
j. mengusulkan mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
k. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
l. memberikan penghargaan kepada pegawai, karyawan dan profesional yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya tidak melebihi ketentuan yang berlaku;
m. memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
n. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen menakala diperlukan;
o. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
p. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
q. mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
r. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah direktur.

Bagian Kelima
Kewenangan Klinis (Clinical Privileges)

Pasal 97

(1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah

memperhatikan rekomendasi dari Komite medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.

(2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijasah/sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.

(3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite medik dapat meminta informasi dan/ atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 98

Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (1) akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 99

(1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staf Medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/ atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.

(2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.

(3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 100

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite medik.

Pasal 101

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan *(emergency care)* di luar kewenangan klinik reguler yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keenam
Pembinaan

Pasal 102

Dalam hal Staf Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite medik dapat melakukan penelitian.

Pasal 103

(1) Bila hasil penelitian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 102 membuktikan kebenaran maka Komite medik dapat mengusulkan kepada Direktur Utama untuk dikenai sanksi berupa sanksi administratif.
(2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite medik.
(3) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.
(4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.
(5) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

Bagian Ketujuh
Pengorganisasian Staf Medis dan Komite medik

Paragraf 1
Pengorganisasian

Pasal 104

(1) Organisasi staf medis merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Rumah Sakit.
(2) Organisasi staf medis Rumah Sakit bertanggungjawab dan berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka membantu pencapaian tujuan pemerintah di bidang kesehatan.

Pasal 105

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staf Medis maka dokter atau dokter gigi harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP), kesehatan jasmani dan rohani yang laik (*fit*) untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki prilaku yang baik.

Pasal 106

Lama masa kerja sebagai staf medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut:
a. untuk Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang-undangan;
b. untuk Staf Medis Organik Non PNS adalah selama 3 (tiga) bulan dan dapat perbaharui kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya

sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;

Pasal 107

Semua Dokter yang melaksanakan praktik kedokteran di unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota staf medis.

Pasal 108

(1) Dalam melaksanakan tugas maka Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
(2) Setiap kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian yang sama.
(3) Dalam hal persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat dipenuhi maka dapat dibentuk kelompok Staf Medis yang terdiri atas dokter dengan keahlian berbeda dengan memperhatikan kemiripan disiplin ilmu atau tugas dan kewenangannya.

Pasal 109

Fungsi Staf Medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

Pasal 110

Tugas Staf Medis Rumah Sakit adalah:
a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
b. membuat rekam medis secara faktual, tepat waktu, aktual dan akurat;
c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan/atau pelatihan berkelanjutan;
d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran;
e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 111

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :
a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite medik kepada Direktur utama terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan;
b. melakukan evaluasi atas kinerja praktik Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;

d. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran;
f. memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite medik kepada Direktur utama dan/ atau Direktur Pelayanan Medis tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain- lain yang dianggap perlu;
g. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen terkait.

Pasal 112

Kewajiban Kelompok Staf Medis Rumah Sakit adalah :
a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
b. menyusun indikator mutu klinis;
c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

Pasal 113

(1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota.
(2) Ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter Organik.
(3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite medik dengan persetujuan Direktur utama.
(4) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan keputusan Direktur utama.
(5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Paragraf 2
Pembentukan Komite medik

Pasal 114

(1) Komite medis merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur utama .
(2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.

Pasal 115

Komite medik pembentukannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur utama dengan masa kerja 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur utama.

Pasal 116

Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite medik adalah :

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 kerumah-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.

Paragraf 3
Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan Komite medik

Pasal 117

(1) Susunan Komite medik terdiri dari:
    a. Ketua,
    b. Wakil Ketua,
    c. Sekretaris,
    d. Anggota.
(2) Dalam hal keterbatasan sumber daya manusia, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
    a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
    b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

Pasal 118

(1) Ketua komite medis ditetapkan oleh direktur utama dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
(2) Sekretaris Komite medik dipilih oleh Ketua Komite medik;
(3) Sekretaris Komite medik dijabat oleh seorang Dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil;
(4) Sekretaris Komite medik dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.
(5) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi/staf sekretariat purna waktu.
(6) Sekretaris komite medis dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur utama rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
(7) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh direktur dengan mempertimbangkan sikap profesionalisme, reputasi, dan prilaku.
(8) Masa bakti kepengurusan Komite medik adalah 3 tahun.

Pasal 119

Komite medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 120

(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik juga dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
(2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur Utamaberdasarkan usulan ketua komite medik.
(3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
(4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Pasal 121

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

Pasal 122

(1) Dalam melaksanakan tugasnya Komite medik dibantu oleh sub komite.
(2) Sub Komite dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
(3) Sub Komite kepengurusannya ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Utama.
(4) Susunan organisasi Sub Komite terdiri dari :
    a. Ketua;
    b. Sekretaris; dan
    c. Anggota.
(9) Keanggotaan Sub Komite terdiri dari anggota staf medis fungsional dan tenaga lain secara ex officio.
(10) Tata kerja Sub Komite adalah:
    a. Sub Komite melaksanakan tugasnya sesuai dengan bidang tugasnya;
    b. Biaya operasional yang dibutuhkan dimasukkan dalam anggaran Komite medik yang dibebankan pada anggaran rumah sakit;
    c. Sub Komite bertanggung jawab kepada Komite medik.
(11) Sub Sub komite tersebut dapat terdiri dari :
    a. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis.
    b. Sub Komite Kredential.
    c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
    d. Sub Komite lainnya yang dianggap perlu, antara lain Sub Komite/Komite farmasi dan terapi, Sub Komite/Komite rekam medis

dan Sub Komite/Komite pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit, Sub Komite Transfusi Darah, dan lain-lain.

Pasal 123

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut :
a. menyusun kebijakan dan prosedur kerja;
b. membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama setahun yang baru saja dilalui disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Pasal 124

Kewenangan Sub Komite adalah 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 secar adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi.
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 125

Tugas dan tanggung-jawab Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah:
a. membuat rencana atau program kerja;
b. melaksanakan rencana atau jadual 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;
g. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 126

Tugas dan tanggung jawab Sub Komite Kredensial adalah :
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 Medis dalam rangka pemberian *clinical privileges, reapointments* 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 127

Tugas dan tanggung jawab Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi adalah :
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 128

(1) Tiap-tiap Sub Komite bertanggung-jawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan.
(2) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
    a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
    b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
    c. menjaga disiplin, etika, dan prilaku profesi medis.

Pasal 129

Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian 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 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 klinis.

Pasal 130

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis sebagaimana dimaksud pada pasal 128 ayat 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 131

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan prilaku profesi, 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 132

Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan:
a. mutu pelayanan medis;
b. pembinaan etik kedokteran; dan
c. pengembangan profesi medis.

Paragraf 4
Hubungan Komite medik dengan Direktur

Pasal 133

Hubungan Komite medik dengan Direktur adalah sebagai berikut:
(1) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik. Komite medik bertanggungjawab kepada direktur utama.

Paragraf 5
Pemberhentian Staf Medis

Pasal 134

Staf Medis yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil diberhentikan dengan hormat karena:
a. telah memasuki masa pensiun;
b. permintaan sendiri;
c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis; dan
d. berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut.

Pasal 135

Staf Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 136

Staf Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali untuk masa kontrak berikutnya setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Paragraf 6
Sanksi

Pasal 137

Staf Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus organik, mitra, maupun voluntir yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan rumah sakit, klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 138

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendengar pendapat dari Komite medik dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya, yang bentuknya dapat berupa:

a. teguran lisan atau tertulis;
b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis Organik; atau
d. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Bagian Kedelapan
Rapat-Rapat

Pasal 139

(1) Rapat Komite medik terdiri dari :
    a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
    b. Rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
    c. rapat bersama Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
    d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya sangat urgen; dan
    e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
(2) rapat dipimpin oleh Ketua Komite medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite medik tidak hadir.
(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 yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 140

(1) Rapat khusus diadakan apabila:
   a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
   b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya medesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite medik;
   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 Medis 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 medissebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 141

(1) Rapat tahunan Komite medik diselenggarakan sekali dalam setahun.
(2) Ketua Komite Medis wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 142

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur utama , Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan ,Direktur Umum, Keuangan dan Penunjang medis dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite medik.

Pasal 143

(1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
(2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
(3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medis yang hadir.

Pasal 144

(1) Direktur rumah sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan

setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.

(2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Kesembilan
Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 145

(1) Rumah Sakit :
   a. berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku di rumah sakit;
   b. wajib menyimpan rekam medis sesuai dengan ketentuan yan berlaku;
   c. dapat memberikan isi rekam medis kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis; dan
   d. dapat memberikan isi dokumen rekam medis untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan

(2) Dokter rumah sakit:
   a. berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
   b. wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien,bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
   c. wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika hukum dan kedokteran.

(3) Pasien rumah sakit:
   a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
   b. wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya;
   c. berhak 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. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
      6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika tindakan medis dilakukan;
      7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
      8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medis.

Bagian Kesepuluh
Pengawasan

Pasal 146

(1) Pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh Direktur utama sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
(2) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medis dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
(3) Pengawasan sebagaimana dimaksud (1) dilaksanakan melalui:
    a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
    b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
    c. monitoring dan evaluasi.

BAB V
PENUTUP

Pasal 147

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Jambi
pada tanggal 4-9- 2016

GUBERNUR JAMBI,

H. ZUMI ZOLA ZULKIFLI

Di undangkan di Jambi
pada tanggal 4-9- 2016

SEKRETARIS DAERAH PROVINSI JAMBI,

H.RIDHAM PRISKAP

BERITA DAERAH PROVINSI JAMBI TAHUN 2016 NOMOR