



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS RIAU

Kampus Bina Widya Km. 12,5 Simpang Baru Pekanbaru 28293
Telepon (0761) 63266 Faksimile (0761) 63279 Laman : www.unri.ac.id

PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS RIAU

NOMOR 1 TAHUN 2024

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS RIAU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

REKTOR UNIVERSITAS RIAU,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan pelayanan yang baik kepada masyarakat dan civitas akademika Universitas Riau serta upaya menuju pelayanan yang sesuai standar;
- b. bahwa Rumah Sakit Universitas Riau merupakan unit kerja pendukung pelayanan kesehatan, pendidikan serta penelitian di Universitas Riau;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Peraturan Rektor Universitas Riau tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) Universitas Riau;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5336);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2014, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5500);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*);
7. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 33/KMK/2010 tentang Penetapan Universitas Riau sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah No 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

10. Peraturan Menteri Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Nomor 54 Tahun 2017 tentang Organisasi dan Tata Kerja Universitas Riau (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 1152);
11. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 8 Tahun 2021 tentang Rumah Sakit Perguruan Tinggi Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 236);
12. Keputusan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Nomor 73644/MPK.A/KP.06.02/2022 tentang Pengangkatan Rektor Universitas Riau periode Tahun 2022-2026;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN REKTOR UNIVERSITAS RIAU TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) UNIVERSITAS RIAU.

Bagian Pertama
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)
BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Pengertian

Dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) ini yang dimaksud dengan:

1. Pemilik adalah Universitas Riau.
2. Rektor adalah Rektor Universitas Riau.
3. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
4. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate by Laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi rumah sakit (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medis rumah sakit.
5. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf by Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
6. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf by Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola keperawatan untuk menjaga profesionalisme staf keperawatan di rumah sakit.
7. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Universitas Riau, yaitu rumah sakit umum milik Universitas Riau yang berdiri berdasarkan Surat Izin Operasional Tetap Rumah Sakit Kelas D Nomor 6/05.12/DPTMPTSP/VII/2020.
8. Dewan Pengawas adalah suatu unit non struktural yang mengawasi kinerja Rumah Sakit yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Riau.
9. Pengelola adalah manajemen rumah sakit yang menjalankan fungsi manajemen dan bertanggung jawab terhadap kinerja operasional rumah sakit.

10. Direktur adalah seseorang yang diangkat oleh Rektor Universitas Riau untuk menjadi pimpinan dan bertanggung jawab atas pengelolaan rumah sakit yang dipimpinnya.
11. Wakil Direktur adalah seseorang yang diangkat oleh Rektor Universitas Riau atas usulan Direktur yang bertugas membantu Direktur dalam mengelola rumah sakit sesuai dengan bidang tugasnya.
12. Kepala Bidang adalah seseorang yang diangkat oleh Rektor Universitas Riau atas usulan Direktur yang bertugas membantu Wakil Direktur dalam mengelola rumah sakit sesuai dengan bidang tugasnya.
13. Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan mutu pelayanan rumah sakit.
14. Komite Medis 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.
15. Komite Keperawatan adalah perangkat rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
16. Komite etik dan Hukum adalah Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit, merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dan keanggotaannya dipilih serta diangkat oleh Direktur.
17. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan salah satu Komite yang dibentuk sesuai dengan standar dan kebutuhan penyelenggaraan pelayanan terhadap Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit.
18. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah Komite yang dibentuk sesuai standar dan kebutuhan penyelenggaraan untuk mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit.
19. Komite PPRA (Program Pengendalian Resistensi Antimikroba) adalah komite yang dibentuk sesuai dengan standar dan kebutuhan penyelenggaraan untuk pengendalian resistensi Antimikroba di Rumah Sakit.
20. Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik) adalah suatu badan yang merupakan wadah alur koordinasi antara semua Fakultas yang ada di Lingkungan Universitas Riau dan Rumah Sakit Universitas Riau untuk mensinkronkan dan membuat tindak lanjut permasalahan serta kebijakan dalam pengelolaan pendidikan, pelatihan dan penelitian di Rumah Sakit Universitas Riau.
21. Komite Tenaga Kesehatan lainnya adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keteknisan kesehatan agar staf tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keteknisan kesehatan, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi masing-masing
22. Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah Satuan Kerja Fungsional yang bertugas melaksanakan Pengawasan Internal di lingkungan rumah sakit.
23. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah kelompok profesi medik yang terdiri dari dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis dan melakukan pelayanan dibidang medis yang telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing dalam jabatan fungsional di Rumah Saki.
24. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah satuan kerja fungsional di Rumah Sakit yang terdiri dari kelompok Dokter Umum, Dokter Spesialis yang

- terdiri dari Bedah dan Non Bedah serta Dokter Gigi yang dikelompokkan berdasarkan spesialisasinya dan/atau kompetensi yang sama dengan berdasarkan pertimbangan khusus.
25. Kelompok Jabatan Fungsional (KJF) adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak sekelompok anggota profesi dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau keterampilan khusus yang didasarkan pada surat tanda registrasi dan surat izin praktek;
 26. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.
 27. Pelayanan keperawatan adalah pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat, bidan dan perawat gigi sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostic, konsultatif, kuratif, dan rehabilitative keperawatan.
 28. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
 29. Tindakan keperawatan adalah suatu tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien, baik untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif keperawatan.
 30. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit dalam suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis.
 31. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi Staf Medis yang bersangkutan.
 32. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis.
 33. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
 34. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien Rumah Sakit merupakan dokter yang bertugas mengelola rangkaian tata kelola medis seorang pasien.
 35. Perawat Penanggung Jawab Perawatan (PPJP) adalah perawat, bidan atau perawat gigi yang bertugas mengelola rangkaian asuhan keperawatan seorang pasien.
 36. Pendidikan sistem magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis, dimana peserta didik didampingi oleh tenaga pendidik dengan tanggung jawab sepenuhnya berada di tangan tenaga pendidik.
 37. Bidang adalah satuan kerja struktural yang menyediakan fasilitas guna menyelenggarakan, mengkoordinir, melaksanakan kegiatan pelayanan manajemen dan administrasi di Rumah Sakit.
 38. Dokter dan Dokter Gigi adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran yang diakui oleh Pemerintah RI sesuai dengan peraturan perundang-undangan, memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) yang sah, serta telah mendapatkan penempatan atau terikat perjanjian dengan Rumah Sakit dan oleh karenanya diberikan kewenangan untuk melakukan pelayanan dan/atau tindakan medis di Rumah Sakit.

39. Instalasi adalah satuan kerja pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian dan/atau tindakan medis kepada pasien di Rumah Sakit, antara lain rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, rawat intensif, kamar operasi, dan penunjang medis.
40. Dokter mitra adalah Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis atau Dokter/Dokter Gigi dengan status pegawai Rumah Sakit (Kemdikbudristekdikti-RI) yang bekerja memberikan pelayanan dan/atau tindakan medis secara penuh waktu (sepenuhnya) pada jam kerja yang telah ditetapkan.
41. Pegawai BLU adalah aparatur Negara yang bekerja di Rumah Sakit Universitas Riau dengan status penggajian dari Universitas Riau.
42. Jabatan struktural adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak seorang pegawai dalam rangka memimpin suatu organisasi atau lembaga Negara.
43. Jabatan fungsional adalah pelaksana teknis baik teknis substansi maupun teknis administrasi.
44. Direksi merupakan struktur manajemen yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
45. Kepala Ruangan adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi tanggung jawab dan wewenang untuk mengelola kegiatan pelayanan keperawatan disuatu ruang rawat.
46. Kepala Instalasi adalah pembantu utama pelayanan medis dan perawatan dalam menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
47. Kelompok Staf Keperawatan adalah merupakan wadah non struktural yang terdiri atas sejumlah pejabat fungsional keperawatan, perawat IGD, perawat rawat inap, perawat rawat jalan dan perawat kamar operasi.

BAB II IDENTITAS

Bagian Pertama Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2 Nama dan Alamat

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Alamat Rumah Sakit di Kampus Bina widya jalan H.R Soebrantas Km. 12,5 Panam, Pekanbaru-Riau.

Pasal 3 Kepemilikan

Rumah Sakit Universitas Riau adalah salah satu unit pelaksana teknis di lingkungan Universitas Riau yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Riau.

Bagian Kedua Identitas

Pasal 4 Kelas

Rumah Sakit Universitas Riau merupakan Rumah Sakit Pendidikan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang terintegrasi dengan pendidikan, pelatihan dan penelitian di semua bidang.

Pasal 5
Lambang

- (1) Lambang rumah sakit berbentuk Lancang Kuning dalam lengkungan segi lima.



- (2) Penjelasan makna lambang Rumah Sakit Universitas Riau
- segi lima merupakan perlambangan dari dasar negara yaitu Pancasila;
 - warna dasar hijau lumut artinya potensi untuk tumbuh dan berkembang;
 - daun-daun pohon Hayat memiliki makna tumbuh untuk hidup abadi;
 - warna kuning emas memiliki makna penuh kemuliaan dan keagungan;
 - jumlah daun kecil pada pohon Hayat sebanyak 1 (satu) lembar memiliki makna tanggal berdirinya Universitas Riau sebagai pemilik Rumah Sakit yaitu tanggal 1 (satu);
 - Jumlah daun berukuran besar pada pohon Hayat sebanyak 10 (sepuluh) lembar mewakili makna bulan berdirinya Universitas Riau yaitu bulan Oktober;
 - Jumlah daun besar Teratai sebanyak 6 (enam) lembar memiliki makna 6 (enam) puluhan, jumlah daun kecil Teratai sebanyak 2 (dua) lembar memiliki makna 2 (dua) satuan yang melambangkan tahun berdirinya Universitas Riau yaitu tahun 1962;
 - Perahu berwarna kuning memiliki makna bahtera perjuangan yang luhur;
 - Tiang layar yang berwarna kuning melambangkan pendirian yang kokoh dan kuat;
 - Daun-daun teratai (Padma) berwarna putih bersih memiliki makna kehalusan dan perikemanusiaan;
 - Laut samudera beserta gelombangnya menggambarkan fakultas-fakultas dan komponen pendukung Universitas dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi;
 - Warna hijau pada tulisan "Rumah Sakit" memiliki makna penyembuhan, kelimpahan, keajaiban, pembaharuan, keseimbangan, dan kreativitas;

Bagian Ketiga
Visi, Misi, Motto, Budaya Kerja Dan Nilai Dasar

Pasal 6
Visi dan Misi Rumah Sakit

- (1) Visi Rumah Sakit adalah menjadi Rumah Sakit Pendidikan yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan, Pendidikan, dan Penelitian yang Unggul Bermartabat di kawasan Asia Tenggara tahun 2035.
- (2) Misi Rumah Sakit yaitu:
- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang unggul dan responsif sesuai dengan *evidence based medicine*;
 - Melaksanakan pendidikan yang berkualitas untuk civitas akademika;

- c. Menyelenggarakan penelitian klinis translational yang aplikatif dan sesuai kebutuhan;
- d. Melaksanakan pengabdian untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

Pasal 7

Motto

Motto Rumah Sakit: “*MITRA KESEHATAN ANDA*”.

Pasal 8

Budaya Kerja

Budaya kerja dalam melayani pasien dan keluarganya yang dibangun Rumah Sakit yaitu “*GREAT*” yang terdiri dari:

- a. **G**embira;
- b. **R**amah dan Responsif;
- c. **E**mpati;
- d. **A**manah;
- e. **T**eamwork.

Pasal 9

Nilai luhur Rumah Sakit

Nilai luhur Rumah Sakit:

- a. Kepedulian: Memberikan pelayanan atas dasar kepedulian terhadap sesama;
- b. Sinergis: Mengutamakan kebersamaan dan kerjasama tim dalam setiap Tindakan;
- c. Ketulusan: Memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan penuh ketulusan.

Pasal 10

Tujuan Rumah Sakit

Tujuan Rumah Sakit Universitas Riau terbagi menjadi 2 (dua) bagian, antara lain:

(1) Tujuan Umum

- a. menyediakan pelayanan kesehatan yang mengedepankan pelayanan prima kesehatan, keselamatan pasien, yang mudah dijangkau tanpa membedakan status, ras, agama, dan golongan;
- b. melalui upaya pendidikan dan pelatihan, dan penelitian berusaha untuk meningkatkan profesionalisme pegawai dan staf medis sehingga mampu untuk memberikan Pelayanan Kesehatan yang bermutu dan berstandar.

(2) Tujuan Khusus

- a. menjadi Rumah Sakit yang menekankan aspek promotif, preventif, dan edukatif yang dapat menghasilkan SDM yang handal dan *profesional* untuk menjawab tantangan dan problematika kesehatan di Indonesia;
- b. menjadi Rumah Sakit Pendidikan terbaik dengan menggabungkan segala aspek pendukung yaitu pendidikan, penelitian, dan kemitraan/jejaring;
- c. menjadi institusi yang berfungsi sebagai pelaksana penelitian translasional dalam rangka pengembangan pelayanan dan pendidikan dokter layanan primer dan tenaga kesehatan lainnya serta ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan sesuai dengan fungsinya dalam menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

BAB III

DEWAN PENGAWAS

Bagian Pertama

Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 11

Kedudukan

- (1) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk oleh Rektor Universitas Riau
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Riau.

Pasal 12

Keanggotaan

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit berjumlah 3 (tiga) orang yang terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 2 (dua) orang anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit dapat terdiri dari unsur-unsur:
 - a. Kementerian;
 - b. Universitas;
 - c. Organisasi Profesi Dokter dan/atau Dokter Gigi;
 - d. Asosiasi Rumah Sakit Pendidikan;
 - e. Asosiasi Institusi Pendidikan.
- (3) Anggota Dewan Pengawas yang ditunjuk bertugas:
 - a. Memimpin pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. Memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - c. Bekerja sama dengan Pengelola untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas, dimana apabila rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu;
 - d. Melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

Pasal 13

Pengangkatan Dewan Pengawas

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Rektor.
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit.
- (3) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 4 (empat) tahun dan dapat diangkat kembali untuk masa jabatan berikutnya.

Pasal 14

Persyaratan Dewan Pengawas

Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah orang-perseorangan yang:

- (1) Berkewarganegaraan Indonesia;
- (2) Memiliki kompetensi dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan Rumah Sakit serta memahami permasalahan yang berkaitan dengan pendidikan dan perumahsakitannya dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;

- (3) Mampu melaksanakan kinerja yang berintegritas, bermoral dan tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan Negara.

Pasal 15

Pemberhentian Dewan Pengawas

- (1) Dewan Pengawas diberhentikan oleh Rektor sesuai kewenangannya, setelah masa jabatannya berakhir.
- (2) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Rektor, apabila berdasarkan kenyataan pejabat tersebut terbukti:
 - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan dan peraturan/ kebijakan tentang pendirian Rumah Sakit;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Pidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/ atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit; atau
 - e. Berhalangan tetap.
- (3) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dan Anggota ditengah suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka dapat diangkat seorang Ketua/Sekretaris/Anggota pengganti oleh Rektor untuk sisa masa jabatan hingga saat penetapan susunan Dewan Pengawas berikutnya

Bagian Kedua

Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 16

Tugas Dewan Pengawas

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut:
 - 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 pasien;
 - f. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
 - g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan Perundang-undangan;
 - h. Melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis Anggaran (RBA), Rencana Strategis dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - i. Memantau kualitas pelayanan Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu triwulan dan atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Rektor Universitas Riau.
- (3) Dalam keadaan tertentu Dewan Pengawas dapat memberikan kuasa dan pendelegasian kewenangan kepada Direktur Rumah Sakit.

Pasal 17

Kewajiban Dewan Pengawas

Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban:

- (1) Memberikan pendapat dan saran kepada Rektor dan Direktur mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Direktur.
- (2) Mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Rektor dan Direktur mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan Rumah Sakit.

- (3) Memberikan nasehat kepada Pengelola Rumah Sakit dalam melaksanakan pengurusan Rumah Sakit.
- (4) Meminta keterangan kepada Pengelola terhadap hasil pemeriksaan atau hasil pelaksanaan tugas Satuan Pemeriksaan Internal Rumah Sakit.
- (5) Melaporkan dengan segera kepada Rektor Universitas Riau dan ditembuskan ke Direktur apabila terjadi gejala penurunan kinerja Rumah Sakit.
- (6) Melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan dan Peraturan Pendirian Rumah Sakit.

Pasal 18

Wewenang Dewan Pengawas

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

- (1) Meminta penjelasan dari Direksi mengenai segala persoalan yang menyangkut pengurusan dan pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Meminta semua Direksi untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas.
- (3) Menghadiri rapat Direksi dan memberikan perundang-undangan terhadap hal-hal yang yang dibicarakan.
- (4) Memberikan bantuan kepada Direksi dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.
- (5) Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit.
- (6) Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) Rumah Sakit yang diketahui oleh Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut.
- (7) Meminta penjelasan dari Direksi mengenai penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*).

Bagian Ketiga Rapat

Pasal 19

Rapat Dewan Pengawas

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Pengelola;
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:
 - a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Khusus;
 - c. Rapat Tahunan.

Pasal 20

Rapat Rutin

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.

- (4) Undangan rapat rutin disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat rutin dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 21

Rapat Khusus

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan;
 - b. Ada permintaan anggota.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b diatas, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 22

Rapat Tahunan

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.
- (4) Undangan rapat tahunan disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat tahunan diselenggarakan.

Pasal 23

Undangan Rapat

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

Pasal 24

Peserta Rapat

Setiap rapat, selain dihadiri oleh Ketua dan Anggota Dewan Pengawas serta seluruh Direksi dan apabila diperlukan sesuai dengan agenda rapat, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit atau dari luar lingkungan Rumah Sakit.

Pasal 25

Pejabat Ketua

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, Anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 26

Kuorum

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2 (dua) orang dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 27

Risalah Rapat

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah Rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah Rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 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 28

Pemungutan Suara

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan; atau bila dikehendaki oleh para Anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan Rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (3) Suara yang diperhitungkan hanyalah suara anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 29

Pembatalan Putusan Rapat

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada Rapat Rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit 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 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolakny a usulan.

Bagian Keempat

Pasal 30

Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf Medis dan Keperawatan

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan staf medis dan keperawatan untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap staf medis dan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam organisasi Kelompok Staf Medis dan Kelompok Staf Keperawatan dan Komite Medik dan Komite Keperawatan.

BAB IV

DIREKSI RUMAH SAKIT

Bagian Pertama

Pengangkatan, Pemberhentian, dan Persyaratan

Pasal 31

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur dan 2 (dua) orang Wakil Direktur.
- (2) Wakil **Direktur** sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), terdiri dari 1 (satu) orang Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan, dan Penunjang Medis, dan 1 (satu) orang Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Rektor Universitas Riau.
- (4) Direktur dan Wakil Direktur bertugas untuk melakukan kebijakan pengelolaan Rumah Sakit setelah ditetapkan oleh Rektor Universitas Riau sesuai dengan ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan serta segala ketentuan umum yang berlaku, dan berbagai aturan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini, serta memperhatikan hasil pelaksanaan tindakan audit yang dilaksanakan oleh Komite Medik, Komite Keperawatan dan Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit.
- (5) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur dan Wakil Direktur ditentukan oleh Rektor Universitas Riau dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit atas rekomendasi Dewan Pengawas.
- (6) Direktur dan Wakil Direktur mempunyai tugas dan wewenang untuk:
 - a. Memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
 - b. Memelihara dan mengelola kekayaan Rumah Sakit;
 - c. Mewakili dan bertindak untuk kepentingan dan atas nama Rumah Sakit, baik di dalam maupun di luar Pengadilan;
 - d. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh Rektor Universitas Riau;
 - e. Menetapkan kebijakan manajerial/operasional Rumah Sakit;
 - f. Menyiapkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) jangka Menengah dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Rumah Sakit;
 - g. Mengadakan dan memelihara pembukuan administrasi Rumah Sakit sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi rumah sakit;
 - h. Mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit lengkap dengan susunan jabatan, uraian jabatan dan rincian tugasnya;

- i. Mengangkat dan memberhentikan tenaga Non PNS sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- j. Menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

Pasal 32

Pengangkatan, Masa Kerja dan Pemberhentian Direksi

- (1) Direktur dan Wakil Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Rektor Universitas Riau;
- (2) Lamanya masa jabatan dimaksud pada ayat (1) yaitu selama 4 tahun;
- (3) Direktur dan Wakil Direktur dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan yang bersangkutan:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan pengelolaan Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Rektor Universitas Riau kepada yang bersangkutan.
- (5) Pemberhentian karena alasan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf d, merupakan pemberhentian tidak dengan hormat.
- (6) Kedudukan sebagai Direktur dan Wakil Direktur berakhir dengan dikeluarkannya keputusan pemberhentian oleh Rektor Universitas Riau.

Pasal 33

Persyaratan Menjadi Direktur

Yang dapat diangkat menjadi Direktur adalah orang-perseorangan yang merupakan:

- a. Seorang tenaga medis, tenaga kesehatan dan tenaga profesional yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang manajemen rumah sakit;
- b. Berkewarganegaraan Indonesia;
- c. Berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan Rumah Sakit;
- d. Bergelar akademik Magister atau spesialis;
- e. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau menjadi anggota Pengelola atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit;
- f. Berstatus Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 34

Persyaratan Menjadi Wakil Direktur

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur adalah:

- a. Seorang dokter atau dokter gigi atau sarjana pada bidang lain yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman dan pengetahuan dalam bidang manajemen rumah sakit dan atau manajemen kesehatan;
- b. Bergelar akademik minimal S2/Spesialis dengan kompetensi sesuai bidang;
- c. Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja untuk kemajuan rumah sakit;
- d. Mempunyai integritas yang tinggi dan berkelakuan baik serta mampu bekerja secara profesional;
- e. Berstatus Pegawai Negeri Sipil.

Pasal 35

Tugas Pokok dan Fungsi Direktur

- (1) Direktur mempunyai tugas pokok untuk memimpin pelaksanaan tugas pengelolaan rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur mempunyai merumuskan kebijakan manajerial/operasional, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan, pementauan/monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengelolaan rumah sakit;
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur dibantu oleh para Wakil Direktur.

Pasal 36

Tugas Pokok dan Fungsi Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Penunjang Medis

- (1) Wakil Direktur Pelayanan memimpin Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Penunjang Medis.
- (2) Wakil direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Penunjang Medis mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan di Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan terdiri dari: Instalasi Gawat Darurat, Rawat Jalan, Rawat Intensif, Rawat Inap, Bedah Sentral dan Anastesi, Mutu dan Keperawatan. Pelaksanakan pengelolaan di Bidang Penunjang Medis terdiri dari: Rekam Medis, Farmasi, Laboratorium, Radiologi, Gizi, Sanitasi, Pendaftaran, Teknologi Informasi (IT) dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), Pemusalaran Jenazah, Ambulance.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana mestinya, Wakil direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Penunjang Medis menyelenggarakan fungsi:
 - a. Penyusunan rencana pelaksanaan pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis;
 - b. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis;
 - c. Pengendalian, pengawasan dan evaluasi mutu pelayanan medis, keperawatan dan penunjang medis;
 - d. Perencanaan, koordinasi, monitoring dan evaluasi pengelolaan instalasi-instalasi di bawah Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Penunjang Medis.

Pasal 37

Tugas Pokok dan Fungsi Wakil Direktur Umum dan Keuangan

- (1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan, memimpin Bidang SDM, Tata Usaha, Pendidikan, Penelitian, Humas dan Marketing, Perencanaan dan Anggaran, Pengeluaran, Kasir, Rumah Tangga berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
- (2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas melakukan pengelolaan SDM, Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, humas dan marketing, administrasi umum, dan perencanaan dan anggaran Rumah Sakit;
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Wakil Direktur Umum dan Keuangan menyelenggarakan fungsi:
 - a. Penyusunan rencana kebutuhan dan penyediaan SDM, Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Pengembangan Rumah Sakit;
 - b. Penyusunan rencana umum Rumah Sakit;

- c. Penyusunan rencana anggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana, serta akuntansi;
- d. Koordinasi dan penatalaksanaan SDM, Pendidikan, Pelatihan, Penelitian, dan Pengembangan Rumah Sakit;
- e. Pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan urusan umum Rumah Sakit dan anggaran, perbendaharaan, mobilisasi dana, serta akuntansi;
- f. Perencanaan, koordinasi, monitoring dan evaluasi pengelolaan instalasi-instalasi di bawah bidang Diklit dan Pengembangan.
- g. Perencanaan, koordinasi, monitoring dan evaluasi pengelolaan instalasi-instalasi di bawah Bidang Umum dan Keuangan.

Pasal 38

Koordinasi antar Direktur dan Wakil Direktur

- (1) Dalam menjalankan tugas-tugasnya Direktur dapat bertindak atas nama rumah sakit berdasarkan persetujuan Wakil Direktur lainnya.
- (2) Dalam menjalankan tugas dan kewenangannya, Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:
 - a. Seorang atau beberapa Wakil Direktur;
 - b. Seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama.
- (3) Apabila salah satu atau beberapa Wakil Direktur berhalangan tetap menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh Wakil Direktur lainnya yang ditunjuk sementara oleh Rektor.
- (4) Apabila semua Wakil Direktur berhalangan tetap melakukan pekerjaannya atau jabatan Wakil Direktur terluang dan belum diangkat penggantinya, maka pengelolaan Rumah Sakit untuk sementara dijalankan oleh Dewan Pengawas.

Bagian Kedua Rapat

Pasal 39

Rapat Direksi

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan para Wakil Direktur untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Direksi diselenggarakan sekurang-kurangnya 1 (satu) bulan sekali.
- (3) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (5) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh seorang Direktur, peserta rapat selaku notulen.

Pasal 40

Rapat Direktur dengan Dewan Pengawas

- (1) Rapat Direksi-Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan antara Direksi dan Dewan Pengawas untuk membahas masalah yang perlu diambil keputusan oleh Direktur.
- (2) Undangan dari Direktur disampaikan secara tertulis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya.

Pasal 41

Rapat Rutin

- (1) Rapat rutin adalah rapat terjadwal yang diselenggarakan antara Direksi dengan pejabat di lingkungan direktorat terkait untuk membahas monitoring pelaksanaan operasional, pengorganisasian, pengawasan, dan evaluasi rumah sakit.
- (2) Rapat rutin tersebut dilakukan antara Direksi dengan Kepala Bidang, Kepala Ruangan, Kepala Instalasi, Komite, dan antar bidang/unit terkait di bawahnya.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan yang dapat dilakukan di luar waktu jika diperlukan.

Pasal 42

Rapat Tahunan

Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direksi setiap 1 (satu) tahun sekali untuk penyampaian evaluasi kegiatan dan perencanaan kegiatan untuk tahun yang akan datang.

Pasal 43

Rapat Khusus

Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direksi di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil putusan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.

Pasal 44

Pejabat Struktural dan Non Struktural

- (1) Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya Direksi perlu dibantu oleh Kepala Bidang dalam menyelenggarakan, mengkoordinir pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit;
- (2) Dalam melaksanakan kegiatannya Bidang dibantu oleh Kepala Bidang dalam melaksanakan sebagian tugas dan tanggung jawab bagian/bidang yang terkait dengan tugas dan tanggung jawabnya yang disesuaikan dengan kebutuhan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas secara fungsional Direksi dibantu oleh unit kerja berupa Instalasi, Kelompok Staf Medis (KSM), Satuan Perawat Fungsional, Satuan Pengawas Internal (SPI), dan staf fungsional lainnya.
- (4) Instalasi dipimpin oleh seorang Kepala berdasarkan surat pengangkatan oleh Direktur.
- (5) Kelompok Staf Medis (KSM), Satuan Perawat Fungsional, Satuan Pengawas Internal (SPI), dan staf fungsional lainnya dipimpin oleh seorang Ketua berdasarkan surat pengangkatan oleh Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatannya Instalasi bertanggung jawab secara fungsional kepada Direktur terkait setelah melalui koordinasi dengan Kepala Bidang terkait.
- (7) Dalam melaksanakan kegiatannya, Satuan Perawat Fungsional, Satuan Pengawas Internal (SPI), dan staf fungsional lainnya bertanggung jawab secara fungsional kepada Direktur melalui Wakil Direktur terkait.

Pasal 45

Bidang Pelayanan

- (1) Tugas pokok bidang pelayanan yaitu merencanakan operasionalisasi, memberi tugas, petunjuk, menyelia, mengatur, mengevaluasi dan melaporkan penyelenggaraan tugas pelayanan.
- (2) Fungsinya:
 - a. Penyelenggaraan program dan kegiatan pelayanan medik;
 - b. Penyelenggaraan program dan kegiatan pelayanan keperawatan;

- c. Penyelenggaraan dan pengadaan fasilitas penunjang medis;
- d. Pengelolaan kefarmasian.

Pasal 46

Bidang Manajemen

- (1) Merupakan unit kerja yang memberikan pelayanan teknis administrasi dan manajemen sebagai tugas pokoknya kepada semua unsur di bawah jajaran Direktorat terkait.
- (2) Melaksanakan pengelolaan kegiatan perencanaan, pengembangan, pengorganisasian, pengawasan, monitoring dan evaluasi;
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, bidang menyelenggarakan fungsi:
 - a. Penyusunan perencanaan dan pengembangan program administrasi dan manajemen operasional terkait;
 - b. Pengorganisasian, pengawasan, monitoring, dan evaluasi administrasi dan manajemen operasional terkait.

Pasal 47

Instalasi

- (1) Instalasi merupakan unit penyelenggara pelayanan fungsional teknis diseluruh kegiatan operasional rumah sakit sesuai dengan bidangnya masing-masing;
- (2) Instalasi mempunyai tugas membantu Direktur terkait dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai fungsinya melalui koordinasi dengan bidang terkait.
- (3) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.
- (4) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, mengorganisir, mengkoordinasikan, memantau, mengevaluasi, dan melaporkan kegiatan di Instalasi masing-masing.

Pasal 48

Kelompok Jabatan Fungsional

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

Pasal 49

Pengorganisasian Staf Medis Fungsional

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 Kelompok Staf Medis Fungsional (KSM).

Pasal 50

- (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 dan atau satu rumpun keahlian.
- (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 51

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

Pasal 52

Tugas Staf Medis 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; dan
- e. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 53

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis adalah:

- a. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan 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 Keputusan Direktur;
- d. Memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. Memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik 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 dan/atau Bidang Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. Melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen terkait

Pasal 54

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; dan
- c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggota.

Pasal 55

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis melalui proses :

- a. Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggota;

- b. Ketua Kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter Spesialis;
- c. Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur;
- d. Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur; dan
- e. Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya

BAB V

KOMITE DAN SATUAN PENGAWAS INTERNAL (SPI)

Bagian Pertama Umum

Pasal 56

- (1) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan mutu pelayanan, pendidikan, pelatihan dan penelitian di Rumah Sakit.
- (2) Satuan Pengawas Internal adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi dalam bidang audit semua unsur operasional dan kegiatan di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Pembentukan Komite dan Satuan Pengawas Internal di Rumah Sakit disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Etik dan Hukum, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Keperawatan, Komite Tenaga Kesehatan lainnya, Komite program pengendalian Resistensi Antimikroba, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- (4) Komite dan Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Komite dan Satuan Pengawas Internal dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 57

- (1) Tiap-tiap Komite dan Satuan Pengawas Internal yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Setiap Komite dan Satuan Pengawas Internal akan dijabarkan dalam Bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Peraturan Internal Rumah Sakit ini (*Hospital by Laws*).
- (3) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri pada Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit;
- (4) Pengaturan mengenai Komite Keperawatan akan diatur secara khusus dalam bab tersendiri Peraturan Internal Staf Keperawatan Rumah Sakit.

Bagian Kedua Komite Etik Dan Hukum

Pasal 58

Pengangkatan, masa kerja dan pemberhentian Komite Etik dan Hukum

- (1) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur;
- (2) Lamanya masa jabatan Ketua Komite Etik dan Hukum ialah 4 (empat) tahun;

- (3) Keanggotaan Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan ketua dan anggota Komite Etik dan Hukum;
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberhentikan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Pasal 59

- (1) Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab kepada Direktur;
- (2) Tugas secara terperinci dari Komite Etik dan Hukum adalah:
 - a. Menyusun rencana kerja Komite Etik dan Hukum sesuai dengan rencana strategi;
 - b. Menyiapkan data usulan program dan anggaran Komite Etik dan Hukum;
 - c. Menyiapkan data usulan kebutuhan sarana dan prasarana serta fasilitas pada Komite Etik dan Hukum;
 - d. Menyusun standar prosedur operasional Komite Etik dan Hukum;
 - e. Menyusun program kerja Komite Etik dan Hukum;
 - f. Menyusun pedoman penanganan masalah etika;
 - g. Menyusun prosedur penyelesaian masalah etika;
 - h. Menyusun pedoman penanganan dan advokasi hukum;
 - i. Membantu Direktur dalam menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medicolegal dan eticolegal;
 - j. Menyusun rancangan program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan di bidang etik dan hukum;
 - k. Menyusun laporan monitoring dan evaluasi pelaksanaan etik dan hukum;
 - l. Memberikan penyuluhan komunikasi medik dan etika;
 - m. Memberikan penyuluhan medicolegal;
 - n. Membuat laporan berkala Komite Etik dan Hukum;
 - o. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Direktur dalam rangka kelancaran tugas.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
 - a. Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi aspek hukum dan etika pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian di lingkungan Rumah Sakit serta aspek hukum dan etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit, baik kepada pihak internal maupun eksternal Rumah Sakit;
 - b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan, pendidikan, pelatihan, penelitian di lingkungan Rumah Sakit serta aspek hukum dan etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit bagi tugas Rumah Sakit sendiri;
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) dan (7) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur

- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Komite Etik dan Hukum ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketiga
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 60

- (1) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit untuk masa jabatan tertentu.
- (2) Lamanya masa jabatan Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ialah selama 4 (empat) tahun.
- (3) Keanggotaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan ketua dan anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 61

- (1) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit;
- (2) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bertugas melakukan perencanaan dan pengembangan, monitoring dan evaluasi mutu pelayanan menggunakan perangkat akreditasi dan kegiatan PSBH (*Problem Solving for Better Health*) dan kegiatan Rumah Sakit secara periodik dan insidentil sesuai kebutuhan;
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (6), Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berfungsi memberikan saran/pertimbangan kepada Direksi Rumah Sakit:
 - a. Rencana strategi 5 tahunan;
 - b. Pengembangan rencana induk 10 tahunan;
 - c. Upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit;
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (6) dan (7) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keempat
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 62

Pengangkatan, Masa Kerja dan Pemberhentian Komite
Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

- (1) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit untuk masa jabatan tertentu

- (2) Lamanya masa jabatan Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah sakit ialah selama 4 (empat) tahun;
- (3) Keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan ketua dan atau anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
 - f. Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Pasal 63

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit;
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit bertugas melaksanakan sistem yang mengupayakan pencegahan dan pengendalian infeksi, keselamatan dan keamanan penyelenggaraan pelayanan kepada pasien, dan pegawai di lingkungan di Rumah Sakit;
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit berfungsi:
 - a. Merancang sistem Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit;
 - b. Melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit;
 - c. Melakukan identifikasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit sebagai upaya membantu Direksi mencegah terjadinya infeksi di Rumah Sakit;
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Kelima Komite Farmasi Dan Terapi

Pasal 64

- (1) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit untuk masa jabatan tertentu
- (2) Lamanya masa jabatan Ketua Komite Farmasi dan Terapi Rumah sakit ialah selama 4 (empat) tahun;
- (3) Keanggotaan Komite Farmasi dan Terapi Rumah Sakit dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan ketua dan atau anggota Komite Farmasi dan Terapi:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;

- e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Pasal 65

- (1) Komite Farmasi dan Terapi Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit;
- (2) Tugas secara terperinci dari komite farmasi dan terapi adalah:
 - a. Menyusun kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya.
 - b. Memantau penggunaan obat secara rasional, meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat regimen, tepat obat tepat dosis dan waspada efek samping obat.
 - c. Memantau pengelolaan obat di rumah sakit agar dilakukan secara transparan.
 - d. Menyusun dan mengembangkan formularium di rumah sakit dan merevisi pemilihan obat secara berkala untuk dimasukkan di dalam formularium berdasarkan pada evaluasi secara objektif terhadap efek terapi, keamanan, harga obat serta meminimalkan duplikasi dalam tipe obat, kelompok, dan produk obat yang sama.
 - e. Mensosialisasikan formularium rumah sakit dan standar/pedoman yang digunakan di rumah sakit.
 - f. Melakukan evaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh Ketua Satuan Medis Fungsional (SMF) dan anggota Staf Medis.
 - g. Menyusun pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit dan obat yang termasuk dalam kategori khusus.
 - h. Bersama Kepala Instalasi Farmasi mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
 - i. Melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji rekam medis dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi serta pedoman-pedoman lainnya, dengan maksud untuk mendorong peningkatan penggunaan obat secara rasional.
 - j. Mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai Monitoring Efek Samping Obat (MESO).
 - k. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap staff farmasi, medis dan perawat berkoordinasi dengan instalasi diklat.
 - l. Melaksanakan pengawasan, pengendalian, dan evaluasi penulisan resep, penggunaan dan pengelolaan
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) disampaikan secara tertulis Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (4), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keenam Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba

Pasal 66

Pengangkatan, Masa Kerja dan Pemberhentian Komite

- (1) Keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit untuk masa jabatan tertentu.

- (2) Lamanya masa jabatan Ketua Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah sakit ialah selama 4 (empat) tahun.
- (3) Keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah Sakit dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan ketua dan atau anggota Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 67

- (1) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah Sakit bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Tugas secara terperinci dari komite Pengendalian Resistensi Antimikroba adalah:
 - a. Menyusun kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
 - b. Menyusun kebijakan dan panduan penggunaan antibiotik;
 - c. Menyiapkan data dalam melaksanakan program pengendalian resistensi antimikroba;
 - d. Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian resistensi antimikroba;
 - e. Menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;
 - f. Melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik;
 - g. Melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik;
 - h. Menyebarkan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi antimikroba, penggunaan antibiotik secara bijak, dan ketaatan terhadap pencegahan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan;
 - i. Mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba;
 - j. Membuat laporan pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba kepada Direktur.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) disampaikan secara tertulis Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketujuh Komite Koordinasi Pendidikan (KOMKORDIK) Umum

Pasal 68

- (1) Komkordik merupakan suatu wadah alur koordinasi antara Fakultas yang ada di lingkungan Universitas Riau dengan Rumah Sakit Universitas Riau.

- (2) Pembentukannya didasarkan atas tuntutan pemenuhan standar kompetensi pendidikan profesi yang dilaksanakan di Rumah Sakit Universitas Riau serta keterbatasan dalam kapasitas dan kewenangan peserta didik di Rumah Sakit.
- (3) Keanggotaan Komkordik di Rumah Sakit Universitas Riau diangkat dan diberhentikan oleh Rektor Universitas Riau.
- (4) Lamanya masa jabatan Ketua Komkordik adalah 4 (empat) tahun.
- (5) Keanggotaan Komkordik Rumah Sakit dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan Ketua dan Anggota Komkordik:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 69

Hak

- (1) Mengkoordinasikan perencanaan rotasi peserta didik ke semua unit kerja yang terkait di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Memonitor dan melakukan kegiatan profesi di semua unit kerja yang ada di Rumah Sakit Universitas Riau yang menjadi tanggung jawabnya.

Pasal 70

Wewenang

- (1) Komkordik berkewenangan melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya terkait dengan pelaksanaan pendidikan profesi di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Mengusulkan dan menyusun terkait dengan reward dan punishment bagi semua pihak yang terlibat dalam proses pendidikan profesi di Rumah Sakit Universitas Riau sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Bagian Kedelapan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 71

Guna membantu Direktur dalam Standar Praktek Tenaga Keteknisan kesehatan dalam hal memantau pelaksanaan praktek, mengatur kewenangan TTK, mengembangkan strategi pelayanan, pendidikan , pelatihan dan penelitian serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

Pasal 72

- (1) Susunan personalia organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub komite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (3) Jumlah keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lain sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit.
- (4) Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lain terbagi ke dalam Sub komite.

Bagian Kesembilan
Satuan Pengawas Internal (SPI)

Pasal 73

Pengangkatan, masa kerja dan pemberhentian

- (1) Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan oleh Rektor atas usulan Direktur untuk masa jabatan tertentu.
- (2) Lamanya masa jabatan Anggota Satuan Pengawas Internal adalah 4 (empat) tahun;
- (3) Anggota Satuan Pengawas Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota Satuan Pengawas Internal:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Rektor kepada yang bersangkutan

Pasal 74

- (1) Satuan Pengawas Internal bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Tugas pokok Satuan Pengawas Internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku;
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Satuan Pengawas Internal berfungsi:
 - a. Melaksanakan audit keuangan dan audit manajemen operasional;
 - b. Melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direktur Rumah Sakit mencegah terjadinya penyimpangan dan berkoordinasi dengan komite terkait;
 - c. Memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian internal;
 - d. Melakukan koordinasi dengan Auditor eksternal;
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur;
- (5) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), adalah berdasarkan penugasan yang diberikan dari Direktur.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan tugas Satuan Pengawas Internal ditetapkan oleh Direktur.

BAB VI
TATA TERTIB DAN ATURAN KEDISIPLINAN

Pasal 75

Umum

- (1) Tumbuhnya moral kerja ditentukan oleh kesadaran pegawai untuk tegaknya disiplin dimana seluruh pegawai wajib menaati dan memahami dengan sungguh-sungguh, penuh kesadaran dalam melaksanakan dan

- menaati tata tertib kerja, aturan kedisiplinan serta segala ketentuan dalam peraturan rumah sakit beserta aturan pelaksanaannya.
- (2) Pelayanan Medis diberikan berdasarkan standar profesi dan standar pelayanan medis yang disusun oleh Komite Medis dan disetujui oleh Direktur Rumah Sakit Universitas Riau.
 - (3) Pelayanan medis seyogyanya dilakukan secara holistik dan komprehensif sesuai dengan ilmu pengetahuan kedokteran mutakhir tanpa membedakan suku, agama, ras dan status sosial.
 - (4) Dalam mengupayakan kesembuhan pasien, dokter harus berupaya mencari metode pengobatan yang paling efektif, ekonomis dan tidak mengandung resiko/komplikasi atau memilih resiko/komplikasi yang paling kecil.
 - (5) Setiap kegiatan pelayanan medis meliputi diagnostic, pengobatan atau tindakan hendaknya dilaksanakan secara cepat, tepat namun berhati-hati dengan memperhatikan aspek keselamatan pasien (*patient safety*).
 - (6) Setiap staf medis diberikan wewenang penuh menentukan diagnosis dan terapi serta pemeriksaan penunjang yang diperlukan dengan mengacu kepada standar profesi dan standar pelayanan panduan praktik kedokteran/klinik.
 - (7) Staf medis tidak diperbolehkan menangani penyakit/kasus yang tidak sesuai dengan bidang keahlian/kompetensinya. Pasien wajib dikonsultasikan pada staf medis lain yang sesuai dengan kasusnya. Sifat konsultasi berupa rawat bersama, alih rawat atau konsultasi.
 - (8) Penanganan medis untuk kasus-kasus sulit dilakukan secara multidisiplin dengan mengikutsertakan Dokter dengan bidang keahlian lain.
 - (9) Kasus-kasus akut yang membutuhkan tindakan segera tidak boleh ditunda sampai keesokan harinya.
 - (10) Komite Medis akan memantau setiap pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis dan akan melakukan pembinaan apabila tidak memenuhi standar.
 - (11) Dalam rangka penegakan diagnosis, staf medis tidak diperkenankan mempergunakan pendekatan diagnostic secara berlebihan dengan metode pemeriksaan yang tidak diperlukan yang akan menyebabkan peningkatan biaya perawatan.
 - (12) Setiap staf medis wajib melaporkan terjadinya cedera atau kejadian yang hampir mencederai pasien karena kesalahan prosedur, kesalahan tindakan, kecelakaan, atau masalah lain kepada manajemen, KSM atau Komite Medis.
 - (13) Setiap staf medis wajib memberikan akses kepada pasien atau keluarganya untuk bisa bertemu, mendapatkan informasi mengenai diagnosis dan perkembangan penyakit pasien. Apabila memungkinkan, pasien/keluarganya dapat diizinkan berbicara dengan dokter melalui pesawat telepon/seluler.
 - (14) Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
 - (15) Kewenangan klinis tenaga keperawatan adalah uraian intervensi keperawatan dan kebidanan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan berdasarkan area praktiknya.
 - (16) Penugasan Klinis tenaga keperawatan adalah penugasan Direktur Rumah Sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atau asuhan kebidanan di Rumah Sakit Universitas Riau berdasarkan daftar kewenangan klinis.

- (17) Kredensial adalah proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis.
- (18) Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
- (19) Audit keperawatan adalah upaya evaluasi secara *profesional* terhadap mutu pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi perawat dan bidan.

Pasal 76

Pelayanan Gawat Darurat

- (1) Dokter spesialis 4 (empat) dasar plus dokter anastesi *on call* di IGD.
- (2) Dokter Spesialis yang *on call* dikonsulkan pada kasus-kasus yang mengancam jiwa harus dapat dihubungi untuk memberikan instruksi pengobatan/tindakan dan datang ke rumah sakit dalam waktu tidak lebih 30 (tiga puluh) menit.
- (3) Jika dalam 3x pemanggilan telepon Dokter Spesialis *On Call* tidak dapat dihubungi atau diperkirakan Dokter Spesialis tidak dapat datang dalam 30 (tiga puluh) menit, maka wajib dihubungi Dokter Spesialis lain yang dapat memenuhi batas waktu tersebut.
- (4) Sementara menunggu kedatangan Dokter Spesialis, dokter jaga berkewenangan melakukan tindakan "*life saving*" sebatas kewenangannya.
- (5) Setiap staf medis wajib memberikan pertolongan kepada pasien yang dalam kondisi emergensi tanpa memandang kemampuan financial pasien.

Pasal 77

Pelayanan Rawat Inap

- (1) Setiap pasien baru yang dirawat harus segera diperiksa oleh Dokter spesialis dalam waktu kurang dari 12 jam.
- (2) Dokter yang merawat diwajibkan untuk mengunjungi pasien yang sedang dirawat, memeriksa dan memberikan konsultasi kepada pasien/keluarganya secara rutin setiap hari termasuk hari minggu/hari libur.
- (3) Apabila berhalangan maka Dokter yang merawat harus menunjuk Dokter pengganti yang memiliki keahlian setara untuk mengunjungi, memeriksa dan memberikan konsultasi terhadap pasien yang dirawat dengan persetujuan Manajemen.
- (4) Apabila pasien dirawat oleh beberapa Dokter Spesialis maka harus dilakukan koordinasi agar penanganan medis diberikan secara efektif dan efisien, dan pemberian informasi medis dapat diberikan secara terpadu.
- (5) Untuk membantu mengawasi pasien selama dalam perawatan terutama pada saat dimana tidak adanya Dokter Spesialis maka ditempatkan Dokter umum yang akan berfungsi membantu dan menilai kondisi pasien dan melaporkan kepada Dokter yang merawat.

Pasal 78

Pelayanan Intensif

- (1) Pengelolaan pasien di Ruang Perawatan Intensif Rumah Sakit Universitas Riau terdiri dari *Intensive Care Unit (ICU)*, *High Care Unit (HCU)*, *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*, *Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*.
- (2) ICU diterapkan terhadap kasus-kasus yang kompleks, membutuhkan satu atau lebih tunjangan hidup (*life support*), yang sudah

mebutuhkan penanganan di luar kemampuan/kompetensi dari Dokter yang merawat. Beberapa kasus yang merupakan indikasi antara lain: *Multi Organ Disfunction, Post Cardiac Arrest, Sepsis, Respiratory Failure, Shock, Renal Replacement Therapy*, Resusitasi Cairan, Parenteral Nutrisi, *Circulatory Failure* dan *Hemodynamic Monitoring, Hepatic Failure* dan lain-lain.

- (3) HCU diterapkan bagi kasus-kasus yang lebih ringan, tidak membutuhkan tunjangan hidup (*life support*), masih dalam batas kompetensi Dokter yang merawat namun pasien membutuhkan pemantauan di Ruang Perawatan Intensif untuk pemantauan singkat misalnya observasi untuk pasca operasi.
- (4) NICU diterapkan bagi kasus-kasus dengan pasien yang baru lahir sampai dengan umur 28 hari sampai dengan 1 tahun yang membutuhkan tunjangan hidup (*life support*), masih dalam batas kompetensi Dokter yang merawat namun pasien membutuhkan pemantauan di Ruang Perawatan Intensif untuk pemantauan singkat misalnya observasi.
- (5) PICU diterapkan bagi kasus-kasus dengan pasien dengan umur 28 hari sampai dengan 18 (delapan belas) tahun yang membutuhkan tunjangan hidup (*life support*), masih dalam batas kompetensi Dokter yang merawat.
- (6) Pada ICU pasien dirawat oleh Tim Dokter yang dipimpin oleh Dokter Spesialis Anestesi (*Intensivist*) sedangkan Dokter yang semula merawat pasien masih terlibat dalam pengelolaan pasien namun sebagai anggota Tim.
- (7) Pengaturan kewenangan pada ICU:
 - a. Dokter spesialis anestesi berkewenangan mengkoordinasikan setiap Dokter yang terlibat agar pasien mendapatkan penanganan medis yang multidisiplin dan terpadu;
 - b. Dokter yang merawat tetap dilibatkan dalam penanganan terutama untuk aspek pelayanan medis yang berkaitan dengan keahliannya;
 - c. Masing-masing Dokter yang terlibat dalam penanganan pasien di ICU berwenang memberikan penanganan medis sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya;
 - d. Apabila pasien dikonsulkan pada beberapa Dokter Spesialis dengan keahlian yang berbeda maka masing-masing konsulen dapat memberikan usulan tetapi harus dikoordinasikan oleh *Intensivist*;
 - e. Pemberian informasi kepada pasien atau keluarga pasien dapat diwakili oleh Ketua Tim atau Dokter Lain yang ditentukan oleh Tim.
- (8) Pengaturan Kewenangan pada HCU:
 - a. Dokter yang merawat tetap bertanggung jawab dan berwenang menentukan prosedur/tindakan/pengobatan yang diperlukan kecuali penanganan medis yang bukan kompetensinya;
 - b. Apabila diperlukan Dokter yang merawat dapat mengkonsultasikan kepada Dokter lain yang sesuai dengan masalah yang dialami oleh pasien;
 - c. Dokter spesialis anestesi dapat memberikan usulan kepada dokter yang merawat;
 - d. Pemberian informasi kepada pasien atau keluarga pasien merupakan tanggung jawab dokter yang merawat.
- (9) Pengelolaan pasien di Ruang Perawatan Intensif dibantu oleh Dokter Umum yang terlatih melakukan pemantauan intensif dan tindakan emergensi.

Pasal 79
Pelayanan Bedah

- (1) Sebelum tindakan pembedahan dilakukan pasien harus mendapatkan informasi yang lengkap dan jelas mengenai prosedur pembedahan dan resiko yang mungkin timbul akibat pembedahan, termasuk bila ada perluasan tindakan. Informasi tersebut harus disampaikan oleh Dokter Spesialis yang akan melakukan pembedahan sebelum tindakan dilakukan dan harus disetujui oleh pasien secara tertulis (*informed consent*).
- (2) Untuk mengurangi resiko yang dapat timbul akibat pembedahan, maka harus dilakukan pemeriksaan penyaring sebelum pembedahan dan penilaian kelayakan operasi/ toleransi operasi oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam/Jantung, obstetri dan gynekologi dan dokter spesialis anastesi.
- (3) Setiap dokter bedah tidak berhak melakukan tindakan pembedahan yang tidak sesuai dengan keahlian/disiplin ilmunya atau melampaui batas kewenangan yang diberikan sesuai dengan keahlian dan kompetensi profesi.
- (4) Dokter spesialis bedah umumizinkan melakukan pembedahan untuk kasus bedah spesialistik apabila:
 - a. Tidak tersedia Dokter Bedah Khusus;
 - b. Pasien dalam keadaan terancam nyawanya sehingga membutuhkan tindakan bedah segera sedangkan Dokter bedah khusus tidak memungkinkan untuk melaksanakan pembedahan dalam waktu segera;
 - c. Tindakan pembedahan dilakukan secara bersama-sama dengan Dokter bedah khusus
 - d. Telah mendapat persetujuan dari Komite Medis berdasarkan pertimbangan jenis kasus, dan pengalaman dokter bedah.
- (5) Untuk tindakan pembedahan yang sampai saat ini belum ada consensus antar organisasi profesi mengenai bidang spesialisasi yang paling berwenang.
- (6) Penanganan pembedahan untuk kasus sulit harus melibatkan Dokter Spesialis lain yang terkait, dan bila memungkinkan telah direncanakan sebelum operasi. Pengaturan kerja sama antar disiplin dalam penanganan suatu kasus ditetapkan oleh masing-masing KSM dalam ketentuan tersendiri
- (7) Ketentuan mengenai pemeriksaan penyaring ditetapkan tersendiri oleh Komite Medis atas usulan dari KSM masing-masing bidang spesialisasi.

Pasal 80
Pelayanan Rawat Jalan

- (1) Dokter yang dapat melakukan praktek di Rumah Sakit Universitas Riau adalah Dokter yang terdaftar di Rumah Sakit Universitas Riau, dan telah memiliki Surat Ijin Praktek yang masih berlaku.
- (2) Setiap Dokter harus memberikan pelayanan rawat jalan sesuai dengan bidang keahliannya dan kewenangan yang diberikan.
- (3) Setiap Dokter wajib mematuhi dan menepati jadwal buka pelayanan rawat jalan yang sudah ditetapkan.
- (4) Apabila tidak datang pada jadwalnya dan tidak dapat dihubungi maka pasien dapat dialihkan ke Dokter lain yang ada saat itu dengan persetujuan pasien.
- (5) Pelayanan rawat jalan spesialis mandiri dilaksanakan oleh dokter spesialis yang memiliki Surat Izin Praktek Tetap di Rumah Sakit Universitas Riau.

- (6) Dokter Spesialis mandiri dapat menetapkan sendiri jadwal prakteknya yang sebelumnya telah ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Universitas Riau dan wajib mematuhi apabila ada perubahan jadwal harus selalu diinformasikan kepada petugas Rumah Sakit. Setiap perubahan jadwal yang bersifat tetap harus mendapat persetujuan manajemen.
- (7) Perhitungan dan penyusunan reward dan punishment pelayanan rawat jalan spesialis mandiri dapat diusulkan oleh dokter yang bersangkutan dan ditetapkan dalam suatu surat keputusan Direktur.

Pasal 81

Rekam Medis

- (1) Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- (2) Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis;
- (3) Sistem elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan atau menyebarkan informasi elektronik.
- (4) Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis bahwa Seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik;
- (5) Tujuan dan manfaat rekam medis elektronik:
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan;
 - b. Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis, menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, ketersediaan rekam medis;
 - c. Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis berbasis digital dan terintegrasi.

Pasal 82

Rahasia Kedokteran

- (1) Isi berkas rekam medis mengandung unsur rahasia kedokteran sehingga setiap Dokter atau petugas kesehatan tidak diperkenankan mengungkapkan isinya kepada orang lain kecuali atas persetujuan pasien apabila digunakan hanya untuk konsultasi profesi, untuk pendidikan dan penelitian atau untuk memenuhi ketentuan perundang-undangan.
- (2) Sumber hukum mengenai kerahasiaan informasi rekam medis berasal dari Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1996 mengenai wajib simpan rahasia kedokteran, dimana dengan adanya peraturan ini setiap petugas rumah sakit, khususnya yang berhubungan dengan data rekam medis, wajib memperhatikan ketentuan tersebut.
- (3) Permintaan informasi mengenai data medis seorang oleh pihak ketiga misalnya pihak asuransi kesehatan, perusahaan lain yang anggotanya mendapatkan tunjangan perawatan kesehatan, perusahaan lain yang anggotanya mendapatkan tunjangan perawatan kesehatan pada Rumah Sakit Universitas Riau dapat diberikan apabila telah mendapatkan ijin tertulis dari pasien.
- (4) Persetujuan tertulis dari pasien untuk pengungkapan rahasia kedokteran dibuatkan dalam suatu dokumen yang telah ditandatangani oleh pasien atau oleh keluarga terdekat, wali pasien atau orang yang

diberikan kuasa oleh pasien apabila pasien berhalangan atau sudah meninggal dunia.

- (5) Persetujuan tertulis pasien untuk pengungkapan rahasia kedokteran hanya berlaku untuk informasi medis dalam jangka waktu tertentu sesuai yang tercantum dalam surat persetujuan yang dimaksud.
- (6) Keluarga terdekat yang dapat diberikan kuasa oleh pasien adalah suami, istri, orang tua, anak atau saudara kandung.
- (7) Setiap petugas kesehatan wajib menjaga agar informasi dalam bentuk rekam medis tidak rusak, hilang atau digunakan oleh orang yang tidak berhak.
- (8) Informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan seperti informasi mengenai identitas pasien, harus menganut prinsip kehati-hatian karena seringkali identitas pasien perlu dijaga kerahasiaannya misalnya untuk keperluan sekuriti, untuk ketenangan pasien, atau pasien yang menjadi pengawasan pihak yang berwajib.
- (9) Untuk kepentingan penyelidikan aparat penegak hukum, salinan berkas rekam medis dapat diberikan apabila disertai dengan surat permintaan resmi dari Kepolisian, Kejaksaan atau Pengadilan dan mendapat ijin dari Direktur Rumah Sakit Universitas Riau.
- (10) Setiap dokter atau petugas kesehatan yang memerlukan data atau informasi dalam berkas rekam medis untuk kepentingan pendidikan harus mendapatkan persetujuan dari Manajemen RS dengan menjelaskan jumlah, jenis dan bentuk data yang diperlukan.

Pasal 83

Informasi Medis untuk Konsultasi dan Rujukan Medis

- (1) Data dan informasi dalam berkas rekam medis dapat diberikan kepada Dokter di luar rumah sakit atau sarana kesehatan lain apabila dibutuhkan untuk pengobatan/penanganan pasien tanpa membutuhkan surat persetujuan dari pasien;
- (2) Data dan informasi tersebut dapat diberikan jika atas permintaan sarana kesehatan yang menerangkan bahwa pasien sedang dalam perawatan/ penanganan di sarana kesehatan tersebut;
- (3) Untuk melengkapi prosedur konsultasi atau rujukan medis, salinan data pemeriksaan penunjang dapat diikutsertakan atau persetujuan Dokter yang merawat atau manajemen RS.

Pasal 84

Penggunaan Informasi Medis untuk Pendidikan dan Penelitian

- (1) Setiap staf medis dan atau petugas Rumah Sakit Universitas Riau yang akan menggunakan berkas rekam medis untuk kepentingan pendidikan, pelatihan dan penelitian harus mendapatkan ijin dari Manajemen Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Dalam rangka pembahasan kasus, setiap petugas kesehatan yang memerlukan berkas rekam medis harus meminta ijin kepada Manajemen Rumah Sakit.
- (3) Tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga profesi lainnya yang bukan staf pegawai Rumah Sakit Universitas Riau harus mendapatkan persetujuan tertulis manajemen Rumah Sakit yang sebelumnya telah melalui surat permintaan tertulis yang ditujukan ke Direktur apabila akan menggunakan rekam medis untuk pendidikan, pelatihan dan penelitian.
- (4) Dalam rangka penelitian, penggunaan berkas rekam medis hanya diizinkan di dalam lingkungan rumah sakit kecuali atas persetujuan Direksi Rumah Sakit Universitas Riau.

Pasal 85
Informed Consent

- (1) Setiap pasien harus mendapatkan informasi yang lengkap, jelas dan dapat dipahami oleh yang bersangkutan, mengenai prosedur tindakan invasif/pembedahan/pembiusan serta risiko yang mungkin ditimbulkan.
- (2) Informasi tersebut harus disampaikan oleh Dokter Spesialis yang akan melakukan pembedahan sebelum tindakan dilakukan dan harus disetujui oleh pasien/keluarganya secara tertulis (*Informed Consent*), kecuali pada tindakan yang akan dilakukan oleh Tim dapat diwakilkan oleh salah satu Dokter Spesialis yang terlibat.
- (3) Setiap dokter dalam memberikan penjelasan kepada pasien harus mengupayakan mengatasi perasaan kekhawatiran, ketakutan dan kecemasan pasien dengan melakukan pendekatan sebagai berikut:
 - d. Memberikan informasi yang sejelas-jelasnya tujuan dari tindakan;
 - e. Menjelaskan uraian tindakan yang akan dilakukan dengan istilah yang dipahami oleh pasien;
 - f. Memperkirakan berapa lama tindakan tersebut akan berlangsung;
 - g. Menjelaskan kemungkinan efek samping/komplikasi yang bisa terjadi;
 - h. Menjelaskan bahwa pasien diijinkan menyatakan/memberikan reaksi terhadap tindakan yang sedang dilakukan bilamana merasakan kesakitan, ketakutan atau rasa tidak nyaman;
 - i. Kekhawatiran terhadap hal-hal khusus harus didiskusikan satu persatu agar tidak terjadi salah pengertian;
 - j. Tanggal dan jam tindakan harus disampaikan kepada pasien lebih awal dan bila ada penundaan harus diterangkan kepada pasien alasannya.
- (4) Setiap kemungkinan adanya perluasan operasi dari rencana semula harus diinformasikan kepada pasien/keluarga terdekat dan dapat dilaksanakan apabila telah mendapatkan persetujuan dari pasien/keluarganya.
- (5) Ketentuan mengenai jenis tindakan yang memerlukan *Informed Consent*, tata cara memberikan *Informed Consent*, batasan usia/siapa yang berhak memberikan *Informed Consent*, pengecualian pada keadaan emergensi, akan diatur melalui ketentuan tersendiri.

Pasal 86
Konsultasi Profesi

- (1) Dalam rangka memberikan pelayanan medis komprehensif dari berbagai bidang keahlian dan atau diperlukan pendapat dari Dokter lain yang memiliki keahlian lebih tinggi maka dapat dilakukan konsultasi profesi antar staf medis.
- (2) Lingkup konsultasi profesi meliputi:
 - a. Konsultasi profesi untuk bidang keahlian yang berbeda;
 - b. Keahlian yang sama dengan subspecialisasi berbeda;
 - c. Keahlian yang sama, sub spesialisasi sama namun tingkat pengalaman yang berbeda.
- (3) Konsultasi profesi dilakukan berdasarkan:
 - a. Permintaan dokter yang merawat atau dokter lain yang merawat bersama;
 - b. Inisiatif pasien atau keluarga pasien;
 - c. Berdasarkan rekomendasi komite medis.
- (4) Konsultasi dilakukan antar Dokter di Rumah Sakit Universitas Riau sesuai dengan jadwal jaga dan kehadirannya di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (5) Permintaan konsultasi dapat berupa:

- a. Konsultasi sekali saja;
 - b. Rawat bersama;
 - c. Alih rawat.
- (6) Setiap saran atau rekomendasi yang disampaikan oleh konsulen dapat dilaksanakan berdasarkan persetujuan dokter yang merawat.

Pasal 87

Pengaturan Jadwal

- (1) Dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan terhadap pasien dan untuk mengatur ketersediaan tenaga medis secara efektif maka dilakukan penjadwalan kerja bagi staf medis.
- (2) Pengaturan jadwal kerja dokter meliputi jadwal praktek di poliklinik umum, poliklinik spesialis mandiri dan jadwal jaga.
- (3) Jadwal praktek dokter disusun oleh ketua KSM setiap bulannya, kecuali jadwal praktek di poliklinik spesialis mandiri disusun dan diusulkan oleh dokter yang bersangkutan dan disetujui oleh Direktur Rumah Sakit Universitas Riau.
- (4) Dokter dapat diberikan cuti atau izin sejauh ada Dokter penggantinya. Bila tidak ada pengganti diantara staf medis, maka dapat digantikan oleh Dokter lain dengan persetujuan Direksi. Lamanya cuti dan izin bagi dokter tetap disesuaikan dengan ketentuan dan peraturan yang berlaku.

Pasal 88

Penggunaan Obat dan Formularium

- (1) Dalam rangka pengendalian penggunaan obat perlu tersedia formularium obat yang menjadi panduan dalam pengadaan dan penggunaan obat di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Formularium obat yang digunakan Rumah Sakit Universitas Riau adalah formularium nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI dan formularium rumah sakit yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Universitas Riau.
- (3) Formularium rumah sakit dibuat oleh Komite farmasi dan terapi berdasarkan usulan dan masukan manajemen dan staf medis.
- (4) Komite farmasi dan terapi juga bertanggung jawab dalam pengawasan efek samping obat (ESO), pengadaan obat baru, peninjauan obat yang tidak laku dan pengawasan obat-obat yang berbahaya bagi kesehatan.
- (5) Formularium rumah sakit yang sudah disusun dimonitoring, dievaluasi, dan bila dibutuhkan dapat direvisi setiap 1(satu) tahun sekali.

Pasal 89

Kewajiban Pegawai

- (1) Setiap pegawai wajib melaksanakan tugas dan pekerjaan dengan penuh rasa tanggung jawab, disiplin, mematuhi semua aturan, ketentuan, pedoman dan kebijakan yang berlaku di rumah sakit dan mengutamakan kepentingan rumah sakit dengan sebaik-baiknya.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya tidak mengabaikan prinsip-prinsip moral, etika, tata krama dan budaya kerja yang berlaku di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (3) Mematuhi perintah dan bimbingan atasan langsung yang berhubungan dengan pekerjaannya.
- (4) Pegawai dalam waktu bekerja dilarang meninggalkan lingkungan pekerjaannya tanpa seizin dan persetujuan dari atasan langsungnya.

Pasal 90

Tanda Pengenal

- (1) Setiap orang diberikan tanda pengenal sebagai pegawai, tenaga pendidik atau peserta didik yang diberlakukan di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Setiap pegawai, tenaga pendidik dan peserta didik wajib mengenakan tanda pengenal yang dibuat dan dikeluarkan oleh rumah sakit selama berada di lingkungan Rumah Sakit Universitas Riau
- (3) Kehilangan atau kerusakan tanda pengenal ini menjadi tanggung jawab yang bersangkutan dan kontribusi penggantinya juga menjadi tanggung jawab yang bersangkutan;

Pasal 91

Pakaian Kerja/Seragam

- (1) Pakaian seragam adalah pakaian dinas yang berstandar sebagai ciri khasnya pegawai/staf Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Tanda nama dan logo disesuaikan dengan keperluan dan ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Universitas Riau.
- (3) Setiap Pegawai/Staf Rumah Sakit diwajibkan berpakaian seragam sesuai dengan ketentuan dan peraturan yang diberlakukan di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (4) Ketentuan jenis, bentuk, warna dan waktu penggunaannya ditetapkan dalam suatu keputusan tersendiri oleh Direktur Rumah Sakit Universitas Riau setelah mendapatkan persetujuan dari Rektor Universitas Riau.

BAB VII

STATUS TENAGA KERJA RUMAH SAKIT

Umum

Pasal 92

- (1) Berdasarkan pada macam, sifat dan status tenaga yang ada di lingkungan Rumah Sakit Universitas Riau, terbagi atas beberapa status ketenagaan disesuaikan dengan ketentuan dan kebutuhan sebagai sebuah Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Tenaga profesi yang ditugaskan oleh Rektor Universitas Riau untuk memangku jabatan di lingkungan Rumah Sakit Universitas Riau ditetapkan dengan status diperkerjaan yaitu Pegawai Universitas Riau yang ditunjuk oleh Rektor Universitas Riau sebagai pegawai diperbantukan ke rumah sakit disesuaikan dengan kemampuan/keahliannya.
- (3) Tenaga pegawai BLU adalah tenaga kerja Non PNS yang terkait pada hubungan kerja secara terbatas dan setelah 1 (satu) tahun dievaluasi untuk menjadi tenaga kerja di Rumah Sakit Universitas Riau.
- (4) Untuk tenaga kerja yang melaksanakan pekerjaan umum minimal berpendidikan setingkat SLTA dan untuk kebutuhan pekerjaan teknis minimal setingkat D3 (Diploma III).
- (5) Tenaga pegawai BLU diangkat sebagaimana tersebut dalam kontrak perjanjian kerja untuk jangka waktu tertentu dan digaji melalui anggaran/dana BLU oleh Universitas Riau dengan peraturan dan ketentuannya disesuaikan dengan peraturan yang ditetapkan oleh Kemendikbudristek.

BAB VIII KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Umum Pasal 93

- (1) Pegawai wajib menaati peraturan yang berlaku di RS tentang:
 - a. Keselamatan dan kesehatan kerja;
 - b. Keamanan kerja.
- (2) Pegawai dilarang mengoperasikan peralatan/mesin khususnya peralatan/mesin kedokteran tanpa izin dan pengawasan dari yang berwenang untuk itu.
- (3) Dilarang memindahkan alat pemadam kebakaran tanpa seizin pejabat yang berwenang dari tempat semula yang telah ditetapkan.
- (4) Menjaga keselamatan barang milik rumah sakit dan barang milik pribadi.
- (5) Dilarang merokok di lingkungan rumah sakit.
- (6) Dilarang menggunakan dan memakai narkoba dan meminum minuman yang beralkohol.

Pasal 94 Perlengkapan Kerja

- (1) Bagi pegawai yang dalam menjalankan tugasnya harus mengenakan perlengkapan kerja yang disediakan oleh Rumah Sakit Universitas Riau.
- (2) Perlengkapan kerja dibagikan kepada pegawai hanya dipakai pada saat diperlukan pada waktu bekerja di rumah sakit dan tetap merupakan milik dan inventaris Rumah Sakit Universitas Riau.
- (3) Perlengkapan kerja dapat berupa sarung tangan, masker, goggles, baju dan pelindung lainnya.
- (4) Bagi mahasiswa magang/praktek, rumah sakit tidak menyediakan alat perlengkapan kerja dimaksud, dan jika diperlukan harus disediakan oleh yang bersangkutan.

Pasal 95 Pembinaan dan Peningkatan Mutu Pelayanan

Guna meningkatkan kemampuan staf dalam memberikan pelayanan terbaik dan bermartabat, seluruh Komite terkait harus melakukan upaya-upaya peningkatan mutu pelayanan melalui program-program sebagai berikut:

- a. *Patient safety*;
- b. *Clinical pathway*;
- c. *Clinical risk management*;
- d. *Good clinical governance*;
- e. *Evidence-based medicine*;
- f. Audit medis;
- g. Pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan.

Pasal 96 Pelaksanaan

Hospital by Laws ini disusun untuk digunakan sebagai acuan dalam bekerja agar semua pihak memahami fungsi, tugas, wewenang, tanggung jawab, dan hak masing-masing agar tercapai hubungan fungsional organisatoris yang terpadu, berkesinambungan dan harmonis.

Pasal 97 Review, Perbaikan dan Perubahan *Hospital by Laws*

- (1) Review terhadap Koorporasi *by laws* dapat dilakukan setiap saat jika diperlukan.

- (2) Review ini melibatkan unsur-unsur terkait, seperti: Dewan Pengawas, Direksi dan Komite Medis.
- (3) Penyempurnaan dan perubahan *Hospital by Laws* merupakan kewenangan Rektor Universitas Riau dengan mempertimbangkan usulan dan atau pandangan dari para Direksi Rumah Sakit, Dewan Pengawas rumah sakit dan Komite-komite.
- (4) Rektor Universitas Riau dapat menunjuk Direksi untuk melakukan penyempurnaan dan perubahan *Hospital by Laws*.
- (5) Apabila diperlukan, penyempurnaan dan perubahan terhadap *Hospital by Laws* dapat dilakukan setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

BAB IX

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 98

- (1) Semua bentuk Peraturan dan ketentuan yang berlaku yang tidak bertentangan dengan *Hospital by Laws* ini dinyatakan tetap berlaku.
- (2) Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Pekanbaru
pada tanggal 2 Januari 2024
REKTOR UNIVERSITAS RIAU,



, SRI INDARTI N