

WALIKOTA SEMARANG
PROVINSI JAWA TENGAH

RANCANGAN

PERATURAN WALIKOTA SEMARANG
NOMOR ... TAHUN ...

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAW*) RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH MIJEN KOTA SEMARANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA SEMARANG,

- Menimbang :
- a. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, pengelola Rumah Sakit dan Staf Medis Fungsional maka perlu dibuatkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan Rumah Sakit;
 - b. bahwa berdasarkan ketentuan dalam Lampiran BAB II Angka 2.1 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*), yang berwenang menetapkan peraturan internal Rumah Sakit adalah pemilik atau yang mewakili, karena itu peraturan internal sebuah Rumah Sakit merupakan produk hukum;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Mijen Kota Semarang;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara tanggal 8 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2757);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6867);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/ 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796/MENKES/PER/ VIII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 /MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit ;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAW*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MIJEN KOTA SEMARANG.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Semarang.
2. Walikota adalah Walikota Semarang.
3. Pemerintah Daerah adalah Walikota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Walikota dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan

urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.

5. Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mijen Kota Semarang.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan Daerah pada umumnya.
8. Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD Rumah Sakit.
9. Tata Kelola BLUD Rumah Sakit adalah tata kelola yang disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola Rumah Sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
10. Peraturan Internal adalah peraturan internal yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah dengan Dewan Pengawas, Pejabat pengelola, dan staf medis pada Rumah Sakit beserta fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan, dan haknya masing-masing.
11. Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme kelompok staf medis di Rumah Sakit.
12. Jabatan Fungsional adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
13. Pejabat Pengelola adalah pejabat pengelola Rumah Sakit terdiri atas Direktur selaku pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis bertanggung jawab terhadap kinerja umum operasional, pelaksanaan kebijakan fleksibilitas dan keuangan Rumah Sakit dalam pemberian layanan.
14. Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat Renstra BLUD adalah dokumen perencanaan BLUD untuk periode 5 (lima) tahunan.

15. Rencana Bisnis dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran satuan kerja Perangkat Daerah.
16. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.
17. Tenaga Medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan.
18. Kelompok Staf Medis adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspecialis, dokter spesialis, dokter gigi subspecialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
19. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
20. Manajer Pelayanan Pasien adalah profesional di Rumah Sakit yang bertugas melaksanakan manajemen pelayanan pasien yang bekerja secara kolaboratif untuk *assesment*, perencanaan, fasilitas, evaluasi dan advokasi untuk opsi pelayanan bagi pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien dan keluarganya, melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia sehingga memberi asuhan pasien yang bermutu dengan biaya yang efektif.
21. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
22. Surat Izin Praktik yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
23. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok

- elayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
24. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*).
 25. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
 26. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
 27. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
 28. Komite adalah organisasi pendukung Rumah Sakit yang dibentuk untuk suatu tujuan dan tugas tertentu dengan mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
 29. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggara pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
 30. Instalasi adalah organisasi pelaksana yang terdapat di Rumah Sakit yang merupakan penyelenggara Pelayanan Kesehatan tertentu di Rumah Sakit.

Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Law*) ditetapkan dengan maksud sebagai pedoman bagi:
 - a. Pemerintah Daerah selaku pemilik;
 - b. Dewan Pengawas;
 - c. Pejabat Pengelola; dan
 - d. pegawai pada Rumah Sakit;dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah

Sakit.

- (2) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Law*) ditetapkan dengan tujuan:
 - a. terciptanya hubungan kerja yang baik antara Pemilik, Pejabat Pengelola dan Staf Medis serta pegawai Rumah Sakit lainnya; dan
 - b. memacu profesionalisme dengan tanggung jawab terhadap mutu layanan Rumah Sakit.

BAB II

IDENTITAS RUMAH SAKIT

Pasal 3

Identitas Rumah Sakit meliputi:

- a. nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Mijen Kota Semarang;
- b. kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D; dan
- c. alamat Rumah Sakit adalah R. M. Hadi Soebeno no 146-148 Kelurahan Wonolopo, Kecamatan Mijen Kota Semarang.

BAB III

KEDUDUKAN, TUGAS POKOK DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Pasal 4

- (1) Rumah Sakit merupakan unit organisasi bersifat khusus dalam penyelenggaraan layanan kesehatan secara profesional yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, pengelolaan barang milik Daerah dan pengelolaan kepegawaian.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Direktur yang bertanggung jawab kepada Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan Pelayanan Kesehatan perorangan paripurna yang menyediakan

rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.

- (2) Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
- a. perumusan kebijakan teknis di bidang Pelayanan Kesehatan;
 - b. pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan Daerah di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
 - c. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
 - d. penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan Nonmedis;
 - e. penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
 - f. penyelenggaraan pelayanan rujukan;
 - g. penyelenggaraan koordinasi dan fasilitasi di bidang Pelayanan Kesehatan paripurna;
 - h. pembinaan pengelolaan urusan umum Rumah Sakit;
 - i. pembinaan pengelolaan urusan keuangan Rumah Sakit; dan
 - j. pengendalian, evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.

BAB IV

VISI, MISI, TUJUAN, SASARAN STRATEGIS, NILAI DASAR, MOTTO DAN LOGO RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Visi dan Misi

Pasal 6

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan “Menjadi Rumah Sakit Paripurna yang Memberikan Pelayanan Prima dan Menjadi Pilihan Utama Masyarakat Kota Semarang”
- (2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:
1. Memberikan pelayanan yang prima, aman, bermutu bagi masyarakat.
 2. Mengembangkan SDM yang profesional serta sarana dan prasarana yang berkualitas.
 3. Mengembangkan Pendidikan pelatihan dan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kesejahteraan pegawai.

4. Melakukan kegiatan pengabdian masyarakat dan menjalin jaringan kerjasama yang produktif dan berkelanjutan dengan berbagai pihak.

Bagian Kedua

Tujuan, Sasaran Strategis, Program

Pasal 7

- (1) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 Rumah Sakit mempunyai tujuan sebagai salah satu unit organisasi bersifat khusus yakni “Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat”.
- (2) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit memiliki sasaran strategis sebagai berikut:
 - a. Sinkronisasi antara kebijakan nasional dan Daerah;
 - b. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialisik dan paramedis disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan;
 - c. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana dan prasarana peralatan medis (*medical equipment*), utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
 - d. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialisasi/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana;
 - e. meningkatkan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi pelayanan serta melakukan kerjasama dengan Pelayanan Kesehatan lokal, nasional dan internasional;
 - f. melakukan efisiensi dan efektivitas pelayanan pada semua unit kerja dan unit kegiatan; dan
 - g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan secara berkesinambungan, melakukan Audit Medis, audit keuangan dan kelompok budaya kerja.
- (3) Program Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Renstra BLUD adalah sebagai berikut:
 - a. program penunjang urusan pemerintahan Daerah; dan
 - b. program pemenuhan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.
 - c. program peningkatan kapasitas sumber daya manusia kesehatan.

Bagian Ketiga
Nilai-Nilai Dasar

Pasal 8

- (1) Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Kesehatan dengan berdasarkan nilai-nilai dasar sebagai berikut:
 - a. keterbukaan;
 - b. kebersamaan;
 - c. kesabaran; dan
 - d. pembelajaran.
- (2) Keterbukaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan nilai dasar keterbukaan terhadap sesuatu hal yang perlu dijunjung tinggi oleh setiap pegawai, sehingga mampu menghadapi setiap perubahan baik internal organisasi maupun eksternal organisasi.
- (3) Kebersamaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan nilai dasar yang memuat bahwa Rumah Sakit menyadari semua pekerjaan tidak dapat diselesaikan sendiri namun perlu kerja sama tim serta kebersamaan dalam suka dan duka sehingga kesuksesan Rumah Sakit berkat kerja bersama seluruh pegawai dapat dicapai.
- (4) Kesabaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan tingkah laku pegawai Rumah Sakit yang penuh kesabaran dan perhatian dalam kegiatan pelayanan sehari-hari baik terhadap pelanggan maupun teman sekerja.
- (5) Pembelajaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan upaya untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia diseluruh lini pelayanan yang sesuai dengan standar nasional dan berkembang secara dinamis dalam memberikan pelayanan paripurna kepada masyarakat.

Bagian Keempat

Motto

Pasal 9

Dalam memberikan Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto “Kesembuhan dan Senyuman Anda adalah Motivasi Kami”.

Bagian Kelima

Logo

Pasal 10

Logo Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB V

TANGGUNG JAWAB, WEWENANG DAN TUGAS PEMILIK

Pasal 11

- (1) Walikota bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan Rumah Sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Walikota berwenang:
 - a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;
 - c. mengesahkan Renstra BLUD sebagai unit organisasi bersifat khusus yang berstatus BLUD;
 - d. mengesahkan RBA melalui Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelolaan keuangan Daerah selaku pejabat pengelola keuangan Daerah dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mengevaluasi kinerja Pejabat Pengelola baik kinerja keuangan maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Perangkat Daerah yang ditunjuk;
 - g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan visi, misi, tujuan, sasaran strategis, motto, nilai-nilai dasar dan janji layanan Rumah Sakit;
 - h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
 - i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia Rumah

- Sakit;
- j. memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit;
 - k. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi Rumah Sakit;
 - l. menetapkan formula remunerasi Rumah Sakit; dan
 - m. memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Walikota dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam rangka melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas pelaksanaan BLUD.
- (4) Sebagian kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
- a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit;
 - c. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai BLUD;
 - d. menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur;
 - e. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;
 - f. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - g. dapat melakukan pengesahan evaluasi RBA.

BAB VI

DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Walikota.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.

- (3) Jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang dengan ketentuan sebagai berikut:
- a. jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang dalam hal Rumah Sakit memiliki:
 1. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, sebesar Rp 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp 100.000.000.000,00 (Seratus miliar rupiah); atau
- (4) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas:
- a. untuk anggota Dewan Pengawas dengan jumlah sebanyak 3 (tiga) orang, terdiri atas unsur:
 1. 1 (satu) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
 2. 1 (satu) orang pejabat pada Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelolaan keuangan; dan
 3. 1 (satu) orang tenaga ahli, dapat berasal dari tenaga profesional, atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan kesehatan;

Bagian Kedua

Persyaratan Dewan Pengawas

Pasal 13

Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi Rumah Sakit;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah sarjana (S-1);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- h. tidak pernah menjadi anggota Direktur, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit;

- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala Daerah/wakil kepala Daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Bagian Ketiga

Tugas, Fungsi, Kewajiban dan Wewenang Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas memiliki tugas:
 - a. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai:
 - 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan
 - 3. kinerja Rumah Sakit.
- (2) Penilaian kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (3) Penilaian kinerja non keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu)

tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.

- (5) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 15

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14, Dewan Pengawas berfungsi sebagai pelaksana yang melaksanakan peran Walikota dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

Pasal 16

Dewan Pengawas wajib:

- a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
- b. mengikuti perkembangan kegiatan Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Walikota mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
- c. melaporkan kepada Walikota tentang kinerja Rumah Sakit;
- d. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit;
- e. melaksanakan evaluasi dan penilaian kinerja keuangan dan non keuangan, serta memberikan saran dan catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direktur; dan
- f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.

Pasal 17

Dewan Pengawas berwenang:

- a. memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit sesuai dengan Tata Kelola Rumah Sakit;
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Tata Kelola Rumah Sakit;

- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Tata Kelola Rumah Sakit untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Pasal 18

- (1) Selain tugas dan wewenang sebagaimana tersebut dalam Pasal 16 dan Pasal 17, Dewan Pengawas memiliki tanggung jawab yang harus dilakukan agar Rumah Sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dapat beroperasi secara efisien, dan menyediakan Pelayanan Kesehatan bermutu tinggi.
- (2) Tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain:
 - a. menyetujui dan mengkaji visi misi Rumah Sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi Rumah Sakit;
 - b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional Rumah Sakit yang diperlukan untuk berjalannya Rumah Sakit sehari-hari;
 - c. menyetujui partisipasi Rumah Sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program program tersebut;
 - d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dan mematuhi misi serta Renstra BLUD;
 - e. melakukan evaluasi tahunan kinerja direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
 - h. melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan

berikutnya secara tertulis.

Bagian Keempat

Masa Jabatan Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.
- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Walikota karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena:
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD Rumah Sakit;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/atau Daerah.

Bagian Kelima

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Direktur.

- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas adalah:
 - a. anggota Dewan Pengawas;
 - b. Direktur; dan
 - c. pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (3) Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

Pasal 21

Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (1) terdiri atas:

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

Pasal 22

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling sedikit 6 (enam) kali dalam setahun.
- (4) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan/atau
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 23

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 huruf b diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.

- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 24

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 huruf c diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. terdapat permintaan yang ditandatangani anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 20

Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 26

- (1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih pejabat ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melaporkan hasil rapat kepada ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
- (3) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
- (4) Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga)

anggota Dewan Pengawas.

- (5) Bila kuorum sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak terpenuhi dalam waktu $\frac{1}{2}$ (setengah) jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
- (6) Dalam hal setelah penangguhan dalam waktu paling lama 1 (satu) minggu sebagaimana dimaksud pada ayat (5) kuorum tidak tercapai, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 27

- (1) Setiap rapat Dewan Pengawas harus dituangkan dalam notula rapat.
- (2) Notula rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (3) Notula rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disahkan oleh Dewan Pengawas dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kalender terhitung sejak tanggal penyelenggaraan rapat.
- (4) Putusan yang ditetapkan dalam notula rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dinyatakan sah dan dapat dilaksanakan setelah mendapat tanda tangan seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 28

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, usulan yang bersangkutan tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Keenam

Stempel Dewan Pengawas

Pasal 29

- (1) Dewan Pengawas dapat membuat dan menggunakan stempel Dewan Pengawas dalam rangka pelaksanaan pengadministrasian.
- (2) Setiap dokumen yang menggunakan stempel Dewan Pengawas harus ditandatangani paling sedikit 2 (dua) orang anggota Dewan Pengawas.

Bagian Ketujuh

Biaya Dewan Pengawas

Pasal 21

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium anggota dan sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit dan dimuat dalam RBA.

BAB VII

KELEMBAGAAN

Bagian Kesatu

Pengorganisasian Rumah Sakit

Pasal 22

Susunan Organisasi terdiri atas:

1. Pejabat Pengelola :
 - a. Direktur;
 - b. Kepala Sub Bagian Tata Usaha;
 - c. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan;
 - d. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang;
2. Staf Pengelola :
 - a. Kelompok jabatan Fungsional; dan
 - b. Organisasi pendukung

Pasal 32

Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat 2 huruf a terdiri atas sejumlah Jabatan Fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok Jabatan Fungsional sesuai dengan bidang keahliannya.

Pasal 33

Organisasi pendukung sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat 2 huruf b terdiri atas:

- a. Satuan Pengawas Internal;
- b. Komite Medik;
- c. Komite Keperawatan;
- d. Komite Etik dan Hukum;
- e. Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- f. Komite Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP);
- g. Komite Tenaga Kesehatan lainnya.

Pasal 34

Bagan organisasi Rumah Sakit tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

Bagian Kedua

Pejabat Pengelola

Paragraf 1

Umum

Pasal 35

- (1) Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat 1 diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (2) Pengelompokan Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Direktur yang berkedudukan sebagai pemimpin Rumah sakit;
 - b. Kepala Subbagian Umum selaku pejabat keuangan Rumah sakit; dan
 - c. Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan dan Kepala Seksi Penunjang Pelayanan yang berkedudukan sebagai pejabat-pejabat teknis.
- (3) Direktur sebagai pemimpin bertanggung jawab kepada

Walikota melalui Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

- (4) Kepala Subbagian Umum, Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan, dan Kepala Seksi Pelayanan Penunjang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur sesuai ketentuan perundangan-undangan.
- (5) Pejabat Pengelola dilarang memangku jabatan rangkap sebagai:
 - a. direksi badan usaha milik negara/daerah;
 - b. direksi pada rumah sakit swasta; dan
 - c. jabatan lain yang berhubungan dengan pengurusan perusahaan.
- (6) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.

Paragraf 2

Direktur

Pasal 36

Untuk dapat diangkat menjadi Direktur harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berstatus PNS;
- b. memiliki pangkat paling rendah Pembina golongan ruang IV/a atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
- c. berprofesi sebagai tenaga medis/tenaga kesehatan/ tenaga profesional yang memiliki kompetensi Manajemen Rumah Sakit;
- d. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- e. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit; dan
- f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.

Pasal 37

- (1) Direktur mempunyai tugas:
 - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktif;
 - b. merumuskan penetapan kebijakan teknis Rumah Sakit serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Walikota;
 - c. menyusun Rencana Strategi Bisnis;
 - d. menyiapkan RBA;
 - e. mengusulkan calon pejabat keuangan kepada Walikota sesuai dengan ketentuan;
 - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundangan-undangan;
 - g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional dan keuangan, Barang Milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit kepada Walikota; dan
 - h. tugas lainnya yang ditetapkan oleh Walikota sesuai dengan kewenangannya.
- (2) Direktur dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan.

Pasal 38

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam **Error! Reference source not found.**37, Direktur memiliki fungsi:

- a. perumusan kebijakan dibidang Pelayanan Kesehatan dan prosedur yang dibutuhkan untuk menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dijalankan;
- b. pendistribusian, pengkoordinasian, pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kesehatan;
- c. pemberian arahan dan petunjuk teknis serta pengelolaan dibidang Pelayanan Kesehatan;
- d. pemberian arahan dan petunjuk teknis pemasaran dan informasi Pelayanan Kesehatan;
- e. penandatanganan naskah dinas keluar;
- f. penyelenggaraan kerjasama dengan pihak lain;

- g. peninjauan falsafah, visi, misi, tujuan, sasaran strategis, motto, nilai-nilai dasar dan janji layanan Rumah Sakit secara berkala minimal sekali dalam 5 (lima) tahun;
- h. pengumuman visi Rumah Sakit kepada publik;
- i. penyusunan laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas; dan
- j. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Walikota.

Pasal 39

Uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang Direktur:

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD Rumah Sakit agar lebih efisien dan produktif;
- b. merumuskan penetapan kebijakan teknis BLUD serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Walikota;
- c. menyusun Rencana Strategi Bisnis;
- d. menyiapkan RBA;
- e. mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis kepada Walikota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- f. menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
- g. mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Walikota;
- h. mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait dengan Rumah Sakit;
- i. menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan;
- j. menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
- k. menjamin kepatuhan pegawai Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
- l. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- m. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan

- peraturan perundang-undangan.
- n. memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada semua pegawai pada Rumah Sakit;
 - o. menetapkan kebijakan Rumah Sakit meliputi peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap Rumah Sakit;
 - p. mengusulkan formasi pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - q. melakukan pengangkatan dan pemberhentian pegawai BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - r. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - s. memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi dan sanksi kepada pegawai yang melakukan pelanggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - t. mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian Pejabat Pengelola di bawah Direktur kepada Walikota;
 - u. mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
 - v. menetapkan organisasi pelaksana dan organisasi pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
 - w. menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
 - x. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua Pejabat Pengelola di bawah Direktur; dan
 - y. mengusulkan RBA Rumah Sakit dan Rencana Mutu serta Keselamatan pasien kepada Walikota.

Pasal 40

- (1) Dalam rangka melaksanakan otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagai unit organisasi bersifat khusus, Direktur ditetapkan sebagai Kuasa Pengguna Anggaran.
- (2) Direktur sebagai Kuasa Pengguna Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas dan wewenang:
 - a. menyusun Rencana Kerja dan Anggaran;
 - b. menyusun DPA;
 - c. melakukan tindakan yang mengakibatkan pengeluaran atas beban anggaran belanja dan/atau pengeluaran pembiayaan;
 - d. melaksanakan anggaran pada unit organisasi

- bersifat khusus yang dipimpinnya;
- e. mengadakan ikatan/perjanjian kerja sama dengan pihak lain dalam batas anggaran yang telah ditetapkan;
 - f. menandatangani SPM;
 - g. melakukan pengujian atas tagihan dan memerintahkan pembayaran;
 - h. mengelola Utang Daerah dan Piutang Daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - i. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan Unit kerja yang dipimpinnya;
 - j. mengawasi pelaksanaan anggaran pada unit organisasi bersifat khusus yang dipimpinnya;
 - k. menetapkan Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan dan Pejabat Penatausahaan Keuangan unit kerja;
 - l. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah; dan
 - m. melaksanakan tugas lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) RKA dan DPA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah melalui Pejabat Penatausahaan Keuangan Daerah untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 41

Direktur dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. berhalangan secara tetap tanpa keterangan paling singkat 46 (empat puluh enam) hari secara terus menerus dalam satu tahun;
- c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik sesuai standar kinerja yang diatur dalam peraturan perundang-undangan;
- d. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
- e. mengundurkan diri karena alasan yang patut; dan
- f. terbukti terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum yang ancaman pidananya 5 (lima) tahun atau lebih berdasarkan keputusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Pasal 42

Evaluasi Kinerja Direktur terdiri atas pencapaian kinerja mutu keuangan, kinerja mutu nonkeuangan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Paragraf 3

Pejabat Keuangan dan pejabat-pejabat teknis

Pasal 43

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai pejabat teknis pada Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. Kepala Subbagian Tata Usaha:
 1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. memiliki pangkat paling rendah Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan paling rendah sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan administrasi yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup umum dan administrasi Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
 - b. Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 1. berstatus pegawai negeri sipil;
 2. memiliki pangkat paling rendah Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. seorang dokter/dokter gigi yang memenuhi kriteria keahlian integritas kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah Sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian;
 - c. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang, harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 1. berstatus pegawai negeri sipil;

2. memiliki pangkat paling rendah Penata golongan ruang III/c atau 1 (satu) tingkat dibawahnya;
 3. berpendidikan paling rendah sarjana (strata 1) yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang terkait;
 4. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang professional;
 5. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan Rumah sakit; dan
 6. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Uraian tugas kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Walikota yang mengatur mengenai tugas dan fungsi pada Rumah Sakit.

Pasal 44

- (1) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit dinilai oleh Direktur.
- (2) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi pada Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan pencapaian kinerja masing-masing pejabat.
- (3) Evaluasi terhadap kinerja kepala subbagian/seksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk sasaran kinerja Pegawai.

Bagian Ketiga

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 45

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan bidang jabatan fungsional masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Masing-masing kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh seorang koordinator yang ditunjuk oleh Direktur.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang pejabat fungsional senior sebagai ketua kelompok dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Jumlah, jenis dan jenjang Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan

berdasarkan kebutuhan dan beban kerja.

Bagian Keempat

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Instalasi

Pasal 46

- (1) Instalasi merupakan unsur organisasi pelaksana pada Rumah Sakit yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan, dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Instalasi Rawat Jalan;
 - b. Instalasi Rawat Inap;
 - c. Instalasi Gawat Darurat;
 - d. Instalasi Rawat Intensif;
 - e. Instalasi Bedah Sentral;
 - f. Instalasi Farmasi;
 - g. Instalasi Laboratorium;
 - h. Instalasi Radiologi;
 - i. Instalasi Gizi;
 - j. Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - k. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
 - l. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - m. Instalasi *Laundry*;
 - n. Instalasi Rekam Medis; dan
 - o. Instalasi Kesehatan Lingkungan Sterilisasi Alat Medis.
- (3) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.
- (4) Masing-masing instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang kepala instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Untuk dapat diangkat sebagai Kepala Instalasi harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. sehat jasmani dan rohani;

- b. memenuhi kualifikasi pendidikan minimal S-1 bidang Kesehatan dan atau mempunyai sertifikat pendukung di Instalasinya;
 - c. memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit (untuk lulusan yang mempunyai SIP);
 - d. mempunyai hubungan interpersonal yang baik;
 - e. memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan di Instalasi.
 - f. Mempunyai masa kerja di Rumah Sakit minimal 1 tahun.
- (6) Kepala Instalasi mempunyai tugas pokok:
- a. memimpin pelayanan di Instalasi;
 - b. menyusun dan melaksanakan perencanaan di Instalasi;
 - c. melaksanakan pengawasan, evaluasi dan menindaklanjuti segala permasalahan dan segala hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang diselenggarakan di Instalasi.
- (7) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (5) Kepala Instalasi mempunyai tugas:
- a. melakukan kegiatan utama di Instalasi sesuai bidang keprofesian, meliputi:
 - 1. menjamin alur pelayanan pasien di Instalasi dapat berjalan dengan baik;
 - 2. melakukan monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan di Instalasi;
 - 3. mengurangi kemungkinan terjadinya komplain akibat hal-hal yang berkaitan dengan kegagalan komunikasi, profesionalisme dan hal lain yang tidak sesuai dengan regulasi yang ditetapkan di Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan fungsi perencanaan, meliputi:
 - 1. merencanakan sistem pelayanan yang optimal baik dari sisi pengelolaan sarana dan prasarana di Instalasi maupun pelayanan pemeriksaan bagi pasien;
 - 2. menyusun rencana kebutuhan tenaga di Instalasi meliputi kualifikasi, jumlah dan formasinya sesuai dengan regulasi yang ditetapkan Direktur;
 - 3. menyusun program pengembangan Pegawai di lingkungan instalasi sesuai kebutuhan;
 - 4. menyusun program orientasi bagi pegawai baru;
 - 5. menyusun rencana kebutuhan peralatan sesuai kebutuhan;

6. menyusun rencana anggaran belanja di Instalasi;
 7. berperan serta dalam menyusun rencana pengembangan Rumah Sakit; dan
 8. membantu proses penyusunan Laporan Bulanan Tahunan sesuai regulasi internal;
- c. melaksanakan fungsi penggerakan dan pelaksanaan, meliputi:
1. menjamin kepatuhan pegawai di Instalasi terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan;
 2. terlibat penuh dalam peningkatan mutu di instalasi dan menyusun rekomendasi untuk proses peningkatan mutu tersebut;
 3. mengorganisasi penyelenggaraan pengelolaan instalasi secara efektif dan efisien;
 4. melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi kepada pasien jika diperlukan menghadiri komunikasi, informasi, edukasi yang dihadiri oleh Direktur; dan
 5. menyelesaikan tugas lain yang diberikan oleh Direktur atau bidang atau seksi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai kepala Instalasi;
- d. melaksanakan fungsi pengawasan, meliputi:
1. melakukan pengawasan di lingkungan Instalasi dalam menjalankan pekerjaan dan tanggung jawab operasional harian masing- masing;
 2. mengawasi, mengendalikan pelaksanaan pengelolaan Instalasi;
 3. memberikan arahan kepada kepala unit pelayanan pada Instalasi dalam memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pekerjaannya masing- masing;
 4. mengawasi disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi;
 5. mengawasi penggunaan peralatan di Instalasi; dan
 6. mengawasi pelaksanaan kegiatan di Instalasi, diantaranya mencegah kesalahan prosedur dan memastikan kesesuaian pemberian tindakan sesuai dengan indikasi pasien;
- e. evaluasi dan pengendalian mutu, meliputi:
1. mendukung budaya keselamatan dengan budaya berani lapor, budaya tidak sebut nama, budaya tidak saling menyalahkan;
 2. melakukan evaluasi secara berkala terhadap sistem pengelolaan di Instalasi; dan

3. melakukan evaluasi terhadap disiplin kerja pegawai di lingkungan Instalasi.
- (8) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (6), Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Direktur.
 - (9) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.
 - (10) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh pejabat fungsional dan/atau pelaksana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 47

- (11) Instalasi Rawat Jalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf a merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan Pelayanan Kesehatan lainnya tanpa menginap di Rumah Sakit.

Pasal 48

- (1) Instalasi Rawat Inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf b merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis dan/atau upaya Pelayanan Kesehatan lainnya dengan menginap di Rumah Sakit.

Pasal 49

- (1) Instalasi Gawat Darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf c merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan kedaruratan medik yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi risiko kematian atau cacat.

Pasal 50

- (1) Instalasi Rawat Intensif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf d merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan yang bersifat khusus mandiri dengan pegawai yang khusus dan perlengkapan yang khusus dengan tujuan untuk terapi

pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa.

Pasal 51

- (1) Instalasi Bedah Sentral sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf e merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kepada pasien yang memerlukan tindakan pembedahan, baik untuk kasus bedah terencana (*elective*) maupun untuk kasus bedah darurat (*cito*).

Pasal 52

- (1) Instalasi Farmasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf f merupakan unsur organisasi pelaksana yang menyelenggarakan fungsi kefarmasian di bawah pimpinan seorang Apoteker dan memenuhi persyaratan secara hukum untuk mengadakan, menyediakan, dan mengelola seluruh aspek penyediaan perbekalan kesehatan di Rumah Sakit.

Pasal 53

- (1) Instalasi Laboratorium sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf g merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan penunjang yang bertujuan membantu diagnose suatu penyakit sehingga dokter dapat menangani suatu penyakit dengan tepat, cepat dan akurat.

Pasal 54

- (1) Instalasi Radiologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf h merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan penunjang medis Rumah Sakit yang berperan penting dalam membantu menegakkan diagnosa melalui gambaran anatomi tubuh yang ditampilkan dalam film radiografi.

Pasal 55

- (1) Instalasi Gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat

(2) huruf i merupakan unsur organisasi pelaksana yang menyelenggarakan pelayanan gizi secara efektif dan efisien, meliputi: penyediaan, pengolahan dan penyaluran makanan.

Pasal 56

- (1) Instalasi Rehabilitasi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf j merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan terapi untuk mengembalikan fungsi tubuh yang mengalami masalah setelah menjalani pengobatan atau operasi akibat cedera parah, infeksi, stroke, maupun tumor.

Pasal 57

- (1) Instalasi Pemulasaraan Jenazah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf k merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan atau penanganan yang dilakukan pada jenazah pasien yang dirawat di Rumah Sakit baik bagi jenazahnya maupun keluarganya.

Pasal 58

- (1) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf l merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit meliputi: sarana, prasarana dan peralatan alat kesehatan Rumah Sakit.

Pasal 59

- (1) Instalasi *Laundry* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf m merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan sterilisasi dan binatu pada instrumen dan linen yang digunakan oleh pasien maupun yang digunakan oleh tenaga kesehatan.

Pasal 60

- (1) Instalasi Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf n merupakan instalasi Rumah

Sakit yang menyelenggarakan layanan pengelolaan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien yang dikelola oleh Instalasi Rekam Medis.

Pasal 61

- (1) Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf o merupakan instalasi Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap terwujudnya lingkungan yang sehat di Rumah Sakit meliputi lingkungan luar, lingkungan dalam, termasuk fasilitas dan peralatannya. Sentral Sterilisasi Alat Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (2) huruf o merupakan instalasi Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan sterilisasi dengan fasilitas untuk menerima, mendesinfeksi, membersihkan, mengemas, mensterilkan, menyimpan dan mendistribusikan alat yang dapat dipakai berulang kali dan alat sekali pakai sesuai dengan standar operasional prosedur.

Bagian Kelima

Organisasi Pendukung

Paragraf 1

Satuan Pengawas Internal

Pasal 62

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 **Error! Reference source not found.**3 huruf a dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pengawas internal yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan

mempertimbangkan:

- a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.
- (4) Jumlah Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling banyak 3 (tiga) orang
- (5) Jumlah Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan dengan keputusan Direktur selaku Pemimpin BLUD.

Pasal 63

- (6) Satuan Pengawas Internal bertugas membantu manajemen untuk:
- a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan Praktek Bisnis Yang Sehat.
- (7) Untuk dapat diangkat sebagai satuan pengawas internal yang bersangkutan harus memenuhi syarat:
- a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
 - c. memahami penyelenggaraan pemerintahan Daerah;
 - d. memahami tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - e. memiliki pengalaman teknis pada Rumah Sakit;
 - f. berijazah paling rendah D-III (Diploma 3);
 - g. pengalaman kerja paling singkat selama 3 (tiga) tahun;
 - h. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun dan paling tinggi 55 (lima puluh lima) tahun pada saat mendaftar pertama kali;
 - i. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan Daerah;
 - j. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - k. mempunyai sikap independen dan objektif.

Paragraf 2

Komite Medik

Pasal 64

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 huruf b merupakan unsur organisasi pendukung yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keperawatan terdiri atas seorang Ketua, seorang sekretaris dan 3 (tiga) subkomite.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 3

Komite Keperawatan

Pasal 65

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 huruf c merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Pembentukan Komite Keperawatan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Keperawatan terdiri atas seorang Ketua, seorang sekretaris dan 3 (tiga) subkomite.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 4

Komite Etik dan Hukum

Pasal 66

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 huruf d merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan masalah etika Rumah Sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan Rumah Sakit, kebijakan yang terkait dengan Tata Kelola BLUD Rumah Sakit, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite Etik dan Hukum ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Etik dan Hukum terdiri atas:
- (4) seorang ketua merangkap anggota; dan
- (5) 2 (dua) orang anggota.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Etik dan Hukum diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 5

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 67

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 huruf e merupakan unsur organisasi pendukung yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun standar pelayanan dan serta memantau pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri atas:
 - a. seorang ketua merangkap anggota;
 - b. 1 (tiga) orang sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. paling sedikit 6 (enam) orang anggota.

(4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 6

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 68

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 **Error! Reference source not found.**3 huruf f merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang bertugas membantu Direktur dalam menyusun Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta memantau pelaksanaannya.
- (2) Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien terdiri atas:
 - a. seorang ketua;
 - b. seorang sekretaris; dan
 - c. 3 (tiga) orang anggota.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien diatur dengan peraturan Direktur.

Paragraf 7

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 69

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 huruf g merupakan unsur organisasi pendukung Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Pembentukan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Susunan keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri atas:
 - (5) seorang Ketua;

- (6) seorang sekretaris; dan
 - (7) 3 (tiga) subkomite.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Tenaga Kesehatan Lainnya diatur dengan peraturan Direktur.

BAB VIII

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Staf Medis

Paragraf 1

Keanggotaan Staf Medis

Pasal 70

- (1) Setiap dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi yang melaksanakan praktik kedokteran di unit pelayanan Rumah Sakit wajib menjadi Staf Medis.
- (2) Unit pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk Unit Pelayanan yang melakukan kerja sama operasional dengan Rumah Sakit.

Pasal 71

- (1) Keanggotaan Staf Medis merupakan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*) yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan.
- (2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politiknya.

Paragraf 2

Fungsi dan Tugas Staf Medis

Pasal 72

Staf Medis berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta pengembangan di bidang medis.

Pasal 73

Staf Medis mempunyai tugas:

- a. melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
- b. membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
- c. meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran;
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik; dan
- f. memberikan penilaian kinerja terhadap anggota Staf Medis fungsional.

Paragraf 3

Kategori Staf Medis

Pasal 74

- (1) Staf Medis terdiri atas:
 - a. dokter tetap;
 - b. dokter mitra;
 - c. dokter peserta program pendidikan dokter spesialis; dan/atau
 - d. dokter peserta program *internship*.
- (2) Dokter tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspecialis yang direkrut oleh Pemerintah Daerah dan bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap.
- (3) Dokter mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspecialis yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan sederajat dengan Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung jawab sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
- (4) Dokter peserta program pendidikan dokter spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan dokter yang sah diterima sebagai peserta program pendidikan dokter spesialis, dan memberikan Pelayanan

Kesehatan dalam rangka pendidikan serta kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

- (5) Dokter *internship* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit dalam rangka melaksanakan program *internship* yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat.

Paragraf 4

Persyaratan Pengangkatan Staf Medis

Pasal 75

- (1) Untuk dapat diangkat sebagai Staf Medis, dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter subspecialis harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. memiliki kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. memiliki STR dan SIP;
 - c. sehat jasmani dan rohani;
 - d. mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya sesuai dengan kewenangan klinis (*clinical privileges*); dan
 - e. memiliki perilaku dan moral yang baik.
- (2) Dokter/dokter gigi/dokter spesialis/dokter gigi spesialis yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengajukan permohonan pengangkatan kepada Direktur.
- (3) Direktur dalam melaksanakan pengangkatan Staf Medis berdasarkan pertimbangan dari Komite Medik.

Paragraf 5

Masa Kerja

Pasal 76

Masa kerja Staf Medis ditetapkan sebagai berikut:

- a. untuk dokter tetap adalah sampai yang bersangkutan memasuki usia pensiun sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

- b. untuk dokter mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan;
- c. untuk dokter peserta program pendidikan dokter spesialis adalah selama perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit dengan tempat asal pendidikan dokter spesialis masih berlaku;
- d. untuk dokter *internship* adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diperpanjang bila sasaran akhir yang ditentukan belum tercapai.

Pasal 77

- (1) Dokter tetap yang telah memasuki pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80.
- (2) Pengangkatan kembali Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai dokter mitra.

Paragraf 6

Kewenangan Klinik Staf Medis

Pasal 78

- (1) Staf Medis diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang dimiliki Staf Medis yang bersangkutan.
- (3) Dalam hal mengalami kesulitan menentukan kewenangan klinik, Komite Medik dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 79

- (1) Staf Medis dapat mengajukan permohonan perluasan kewenangan klinik yang telah diberikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80.
- (2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada Direktur secara tertulis dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang diajukan.
- (3) Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan

sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.

- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam keputusan Direktur.

Pasal 80

- (1) Direktur melaksanakan evaluasi terhadap pemberian kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82.
- (2) Evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dijadikan dasar pertimbangan dalam mempertahankan, menambah, mengurangi atau mencabut kewenangan klinik.

Pasal 81

- (1) Direktur dapat memberikan kewenangan klinik sementara kepada Dokter Pengganti dengan kompetensi yang sama.
- (2) Pemberian kewenangan klinik sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan memperhatikan pendapat Komite Medik.

Pasal 82

Dalam keadaan bencana alam yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan yang diberikan, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 7

Pembinaan Staf Medis

Pasal 83

- (1) Komite Medik dapat melakukan pengkajian dan penelusuran terhadap Staf Medis yang:
 - a. dinilai kurang mampu; atau
 - b. diduga melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan/atau kematian.

- (2) Dalam hal berdasarkan hasil pengkajian dan penelusuran Staf Medis dinilai kurang mampu atau terbukti melakukan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Medik mengusulkan kepada Direktur untuk mengenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 8

Sanksi

Pasal 84

- (1) Staf Medis yang terbukti melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan, peraturan Rumah Sakit, klausul dalam perjanjian kerja dan/atau etika dapat diberikan sanksi.
- (2) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan berdasarkan jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Direktur setelah mendapat pertimbangan dari Komite Medik dan Komite Etik dan Hukum.
- (4) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. teguran lisan atau tertulis;
 - b. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - c. pemberhentian dengan tidak hormat bagi dokter tetap; atau
 - d. pemutusan perjanjian kerja bagi dokter mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

Pasal 85

- (1) Pemberlakuan sanksi kepada Staf Medis harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (2) Dalam hal Staf Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

- (3) Penyelesaian sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) bersifat final.

Paragraf 9

Pemberhentian Staf Medis

Pasal 86

Pemberhentian dokter tetap dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 87

- (1) Dokter mitra berhenti sebagai Staf Medis apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas kesepakatan bersama antara Direktur dan dokter yang bersangkutan.
- (2) Dokter mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

Paragraf 10

Penilaian dan Evaluasi terhadap Kinerja Staf Medis

Pasal 88

- (1) Penilaian kinerja Staf Medis yang bersifat administrasi, meliputi: disiplin kepegawaian, motivasi kerja dilakukan oleh Direktur sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Evaluasi kinerja Staf Medis terkait keprofesian, meliputi: Audit Medis, pre reviu, disiplin profesi, etika profesi dan sejenisnya dilakukan oleh Komite Medik.
- (3) Penilaian kinerja dan evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) terhadap Staf Medis yang memberikan pelayanan medis menetap di Unit Kerja tertentu dilaksanakan dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. secara fungsional profesi menjadi tanggung jawab Komite Medik khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu; dan
 - b. secara administrasi menjadi tanggung jawab kepala

instalasi.

Bagian Kedua
Kelompok Staf Medis

Paragraf 1
Pengorganisasian

Pasal 89

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

Paragraf 2
Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 90

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dijabat oleh dokter organik atau dokter mitra.
- (3) Pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik.
- (4) Dalam melaksanakan proses pemilihan ketua kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melibatkan Komite Medik dan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) selama 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Paragraf 3

Tanggung Jawab Dan Kewajiban Kelompok Staf Medis

Pasal 91

Tanggung jawab kelompok Staf Medis adalah:

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- b. melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
- d. memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- e. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
- f. memberikan laporan secara teratur paling sedikit 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- g. melakukan perbaikan standar operasional prosedur serta dokumen yang terkait.

Pasal 92

Kewajiban Kelompok Staf Medis 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 anggotanya.

Bagian Ketiga

Komite

Paragraf 1
Pembentukan Komite

Pasal 93

- (1) Guna membantu Rumah Sakit dalam mengawal mutu layanan kesehatan berbasis keselamatan pasien perlu dibentuk Komite.
- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan satu-satunya wadah profesional di Rumah Sakit yang memiliki otoritas tertinggi dalam organisasi Staf Medis.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa kerja Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan dan Persyaratan Komite

Pasal 94

- (1) Susunan Komite terdiri atas:
 - a. ketua merangkap anggota, dijabat oleh orang yang dipilih secara demokratis oleh anggota komite;
 - b. sekretaris merangkap anggota, yang dipilih oleh Ketua Komite dan
 - c. anggota yang terdiri atas semua Kelompok Staf Medis dan non medis atau yang mewakili.
- (2) Untuk dapat diangkat sebagai Ketua Komite harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Paragraf 3

Tugas, Fungsi, Tanggung Jawab, Kewenangan dan Kewajiban Komite

Pasal 95

Tugas Komite adalah:

- a. membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan membantu pelaksanaannya;
- b. membina etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
- c. mengatur kewenangan klinik masing-masing Kelompok Staf Medis dan non medis;
- d. membantu Direktur menyusun Peraturan Pola Tata Kelola Staf Medis dan non medis serta membantu pelaksanaannya;
- e. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan hukum kedokteran (*medikolegal*);
- f. melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staf Medis dan non medis;
- g. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
- h. melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis; dan
- i. memberikan laporan kegiatan kepada Direktur.

Pasal 96

Fungsi Komite adalah sebagai pengarah (*steering*) dalam pemberian pelayanan medis dengan rincian sebagai berikut:

- a. memberikan saran kepada Direktur atau Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan;
- b. mengoordinasikan kegiatan pelayanan medis;
- c. menangani hal-hal berkaitan dengan perilaku etis (*ethical standing*); dan
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh Staf Medis dan non medis.

Pasal 97

Komite bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal

yang berkaitan dengan:

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

Pasal 98

Guna melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya Komite diberikan kewenangan:

- a. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
- b. memberikan pertimbangan rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan;
- c. melaksanakan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. melaksanakan monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektivitas penggunaan alat kedokteran;
- e. membina etika dan membantu mengatur kewenangan klinik.
- f. membentuk tim klinis lintas profesi; dan
- g. memberikan rekomendasi kerja sama antar institusi.

Pasal 99

Kewajiban Komite :

- a. menyusun rancangan Peraturan Internal Staf Medis dan non medis;
- b. membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar operasional prosedur di bidang manajerial dan administrasi serta bidang keilmuan, profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
- c. membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik; dan
- d. melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Paragraf 4

Rapat Kerja Komite

Pasal 100

- (1) Rapat kerja Komite terdiri atas:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat bersama Kelompok Medis;

- c. rapat bersama Direktur; dan
 - d. rapat darurat.
- (2) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit $\frac{2}{3}$ (dua pertiga) dari jumlah Komite.
 - (3) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan Ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah bulan lalu.

Pasal 101

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (2) Rapat Bersama Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf b dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (3) Rapat Komite dengan Direktur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf c dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam sebulan.
- (4) Rapat darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 110 ayat (1) huruf d dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sangat mendesak (*urgent*).

Pasal 102

- (1) Selain rapat kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103, Komite dapat mengadakan Rapat khusus.
- (2) Rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diadakan dalam hal:
 - a. adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis dan non medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; dan/atau
 - b. adanya keadaan/situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat Komite.
- (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

- (5) Rapat khusus yang diminta untuk anggota Staf Medis dan non medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 103

- (1) Rapat kerja dan rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 dan Pasal 106 dipimpin oleh Ketua Komite.
- (2) Dalam hal Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka anggota Staf Medis dan non medis dan/atau Komite dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 104

Setiap rapat khusus dan rapat kerja wajib dihadiri oleh Direktur dan pihak lain yang ditentukan oleh Komite.

Pasal 105

- (1) Pengambilan keputusan dalam rapat dilaksanakan secara musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemungutan suara (*voting*) dalam rapat kelompok Staf Medis dan Komite
- (3) Keputusan Staf Medis dan/atau Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada suara terbanyak.
- (4) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, ketua dan wakil ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara kedua kalinya.
- (5) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota kelompok Staf Medis dan/atau Komite yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 106

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam

pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam peraturan tersebut.

- (2) Dalam hal khusus perubahan atau pembatalan keputusan Direktur tidak diterima dalam rapat tersebut, usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Keempat

Sub Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan Sub Komite Medik

Pasal 107

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Sub Komite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. Sub Komite Mutu Profesi Medis;
 - b. Sub Komite Kredensial;
 - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi; dan
 - d. Sub Komite lainnya dibentuk sesuai kebutuhan pelayanan.
- (3) Pembentukan Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Medik.
- (4) Usulan Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disampaikan setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.

Masa kerja Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

Paragraf 2

Susunan Organisasi Sub Komite

Pasal 108

Susunan organisasi Sub Komite terdiri atas:

- a. ketua;
- b. sekretaris; dan
- c. anggota.

Paragraf 3

Kegiatan Sub Komite Medik

Pasal 109

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut:

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

Paragraf 4

Tugas dan Tanggung Jawab Sub Komite Medik

Pasal 110

(1) Tugas Sub Komite adalah sebagai berikut:

a. Sub Komite Mutu Profesi Medis bertugas:

1. membuat rencana atau program kerja;
2. melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
3. membuat panduan Mutu Pelayanan Medis;
4. melakukan pantauan dan pengawasan Mutu Pelayanan Medis;
5. menyusun indikator mutu klinik, meliputi indikator input, proses, output dan *outcome*;
6. melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
7. melakukan pencatatan dan pelaporan berkala;

b. Sub Komite Kredensial bertugas:

1. melakukan reviu permohonan untuk menjadi anggota Staf Medis dan non medis;
2. membuat rekomendasi hasil reviu;
3. membuat laporan kepada Ketua Komite;
4. melakukan reviu kompetensi Staf Medis dan non medis serta memberikan laporan dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik dalam rangka memberikan Kewenangan Klinis (*clinical privileges*), dan penugasan Staf Medis dan non medis pada unit kerja;
5. membuat rencana kerja;
6. melaksanakan rencana kerja;

7. menyusun tata laksana dari instrumen Kredensial;
 8. melaksanakan Kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
 9. membuat laporan berkala kepada Ketua Komite Medik;
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi:
1. membuat rencana kerja;
 2. melaksanakan rencana kerja;
 3. menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 4. melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
 5. melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit; dan
 6. melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), masing-masing Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Pasal 111

Kewenangan Sub Komite adalah sebagai berikut:

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

Bagian Kelima

Sumber Daya

Pasal 112

- (1) Guna memperlancar tugas sehari-hari bagi kelompok Staf Medis, Komite Medik, dan Sub Komite, Direktur dapat menyediakan:
 - a. ruangan pertemuan;

- b. tenaga administrasi; dan
 - c. sarana prasarana lain yang dibutuhkan.
- (2) Biaya operasional yang diperlukan dalam penyediaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibebankan pada anggaran Rumah Sakit.

Pasal 113

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc*.
- (2) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis dan non medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

BAB IX

KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu

Kerahasiaan Pasien

Pasal 114

- (1) Setiap pegawai Rumah Sakit wajib menjaga kerahasiaan Informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Direktur atau Kepala Seksi Pelayanan.
- (3) Teknis pelaksanaan pemberian informasi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Informasi Medis

Pasal 115

Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai:

- a. keadaan kesehatan pasien;
- b. rencana terapi dan alternatifnya;
- c. manfaat dan risiko masing-masing alternatif tindakan;
- d. prognosis; dan
- e. kemungkinan komplikasi.

BAB X

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT UNTUK BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 118

- (1) Direktur menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kepemimpinan dalam meningkatkan budaya Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud merupakan kegiatan pimpinan fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam:
 - a. mendorong dan menjamin implementasi Keselamatan Pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien;
 - b. menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif;
 - c. menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien;
 - d. mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas Pelayanan Kesehatan serta meningkatkan Keselamatan Pasien; dan
 - e. mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien.
- (3) Kriteria standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan budaya Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. terdapat tim antar disiplin untuk mengelola

Keselamatan Pasien;

- b. tersedia kegiatan atau program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan Insiden;
- c. tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam Keselamatan Pasien;
- d. tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap Insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko, dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis;
- e. tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan Insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah Kejadian Nyaris Cedera, Kehamilan Tidak Diinginkan, dan kejadian sentinel pada saat Keselamatan Pasien mulai dilaksanakan;
- f. tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis Insiden, atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel;
- g. terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan pendekatan antar disiplin;
- h. tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas Pelayanan Kesehatan dan perbaikan Keselamatan Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut; dan
- i. tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

BAB XI

KERJA SAMA

Pasal 119

- (1) Rumah Sakit dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain, untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan.
- (2) Kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan prinsip:
 - a. efisiensi;
 - b. ekonomis; dan
 - c. saling menguntungkan.
- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana pada ayat (2) huruf c dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- (4) Rumah Sakit harus tetap mempertahankan mutu dan kelangsungan dari pelayanan pasien apabila kontrak dihentikan.

Pasal 120

- (1) Kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 119 dalam bentuk:
 - a. kerja sama operasional;
 - b. kerjasama klinis; dan
 - c. kerjasama manajemen.
- (2) Penatalaksanaan kerjasama antara Rumah Sakit dengan pihak lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur.

Pasal 121

Kerja sama operasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (1) huruf a dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan menggunakan atau tidak menggunakan barang milik Daerah.

Pasal 122

- (1) Kerjasama pemanfaatan barang milik Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (1) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik Daerah dan/atau optimalisasi barang milik Daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- (2) Pemanfaatan barang milik Daerah sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 123

- (1) Kerjasama klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (1) huruf b dapat dilakukan dengan:
 - a. tenaga staf medis spesialis;
 - b. tenaga staf medis spesialis konsultan; dan
 - c. tenaga staf medis subspecialis;berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit.
- (2) Analisis kebutuhan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan hasil kajian yang dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
- (3) Kerjasama klinis dengan Tenaga Staf Medis dilengkapi pakta integritas staf klinis untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dan regulasi yang berlaku di Rumah Sakit.
- (4) Regulasi yang berlaku di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi:
 - a. Kredensial;
 - b. Rekredensial;
 - c. penilaian kinerja;
 - d. standar prosedur operasional;
 - e. panduan praktik klinis;
 - f. kode etik; dan
 - g. peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.

Pasal 124

- (1) Kerjasama manajemen sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 ayat (1) huruf c dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit dan kelancaran pelaksanaan Pelayanan Kesehatan dengan badan hukum/institusi meliputi:
 - a. kerjasama penunjang medis/non medis; dan
 - b. kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit pendidikan dan pengembangan penelitian.
- (2) Kerjasama manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dapat meliputi:
 - a. kontrak untuk pengadaan:
 1. alat laboratorium;
 2. peralatan kedokteran;

3. peralatan penunjang medis; dan
4. obat-obatan;
- b. kontrak pelayanan;
- c. kontrak sumber daya manusia, pelayanan akuntansi keuangan, kebersihan, kerumahtanggaan seperti petugas keamanan, parkir, makanan, linen/*laundry*, pengolah limbah; dan
- d. kontrak manajemen lainnya sesuai kebutuhan Rumah Sakit.

Pasal 125

- (1) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.
- (2) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 dibebankan pada anggaran BLUD Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.
- (3) Direktur bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.
- (4) Ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan kerjasama diatur dengan Peraturan Direktur.

Pasal 126

- (1) Direktur melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.
- (2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.
- (3) Setiap kerjasama yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke Direktur sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di Rumah Sakit.

BAB XII

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT TERKAIT KEPUTUSAN MENGENAI SUMBER DAYA

Pasal 127

Manajemen Sumber Daya Rumah Sakit merupakan pengelolaan sarana prasarana pada Rumah Sakit untuk menunjang ketersediaan seluruh bahan dan alat kesehatan dalam rangka kelancaran pelaksanaan Pelayanan Kesehatan secara luas.

Pasal 128

- (1) Pemenuhan sumber daya berupa sarana prasarana memerlukan ketersediaan data/informasi meliputi penggantian, penambahan, persyaratan pemeliharaan, sebagai komponen pengumpulan data untuk rekomendasi pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit tidak melakukan uji coba (*trial*) teknologi medik dan obat.
- (3) Dalam rangka pemilihan obat dan teknologi medik Direktur membentuk Tim Penapisan.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penapisan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di Rumah Sakit.

Pasal 129

- (1) Direktur menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen Rumah Sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja.
- (2) Rencana Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:
 - a. rencana strategi bisnis Rumah Sakit;
 - b. target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja Rumah Sakit;
 - c. laporan kinerja pada periode sebelumnya;
 - d. kemampuan sumber daya Rumah Sakit; dan
 - e. risiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

BAB XIII

KELOMPOK KERJA PENINGKATAN MUTU

Bagian Kesatu

Kualifikasi Dan Pendidikan Staf

Pasal 130

- (1) Staf pada Rumah Sakit harus memiliki keterampilan dan kualifikasi untuk mencapai misi dan memenuhi kebutuhan pasien.
- (2) Direktur melalui bidang terkait mengidentifikasi jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi dari setiap instalasi.
- (3) Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan pegawai dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam dan melalui proses Kredensial bagi pegawai yang secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis:
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga perawat; dan
 - c. tenaga kesehatan lainnya;
- (4) pegawai pada Rumah Sakit harus memiliki:
 - a. orientasi terhadap Rumah Sakit; dan
 - b. orientasi terhadap tugas pekerjaan.
- (5) Rumah Sakit menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan staf untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, kepuasan kerja.
- (6) Penyelenggaraan program sebagaimana dimaksud pada ayat (5) bersifat dinamis, proaktif, dan mencakup hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan pegawai ditetapkan oleh kepala Instalasi dan diketahui Direktur.
- (7) Program kerja setiap instalasi dapat meliputi pemeriksaan kesehatan kerja saat rekrutmen, pengendalian kerja yang berbahaya, vaksinasi/imunisasi, cara penanganan pasien yang aman, staf dan kondisi umum terkait kerja.
- (8) Kualifikasi dan pendidikan staf meliputi:
 - a. perencanaan dan pengelolaan staf;
 - b. pendidikan dan pelatihan;
 - c. kesehatan dan keselamatan kerja staf;
 - d. tenaga medis;
 - e. tenaga keperawatan; dan

- f. tenaga kesehatan lain.
- (9) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional kualifikasi pendidikan dan staf sebagaimana dimaksud pada ayat (8) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan

Pasal 131

- (1) Rumah Sakit harus menjamin bahwa Fasilitas dan lingkungan dalam Rumah Sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, pengunjung dan pegawai.
- (2) Untuk mencapai tujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka fasilitas fisik, bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan serta sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cidera dan penyakit akibat kerja.
- (3) Dalam pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta pemantauan keselamatan, Rumah Sakit menyusun program pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta program pengelolaan risiko untuk pemantauan keselamatan di seluruh lingkungan Rumah Sakit.
- (4) Dalam mendukung proses pengelolaan efektif semua pegawai diedukasi mengenai fasilitas, cara mengurangi risiko, cara memantau dan melaporkan situasi yang berisiko termasuk melakukan penilaian risiko yang komprehensif di seluruh fasilitas yang dikembangkan dan dipantau berkala.
- (5) Dalam hal di Rumah Sakit memiliki entitas non-Rumah Sakit atau penyewa lahan (*tenant*) seperti restoran, kantin, kafe, dan toko souvenir, maka Rumah Sakit wajib memastikan bahwa penyewa lahan (*tenant*) mematuhi program pengelolaan fasilitas dan keselamatan, meliputi:
- a. program keselamatan dan keamanan;
 - b. program pengelolaan bahan berbahaya dan beracun;
 - c. program penanganan bencana dan kedaruratan; dan
 - d. proteksi kebakaran.
- (6) Dalam rangka pengelolaan fasilitas dan lingkungan serta

pemantauan keselamatan, Direktur membentuk Komite program Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit yang bertugas mengelola, memantau dan memastikan fasilitas dan pengaturan keselamatan yang ada sehingga tidak menimbulkan potensi bahaya dan risiko yang akan berdampak buruk bagi pasien, staf dan pengunjung.

- (7) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan dalam rangka penyelenggaraan pengelolaan fasilitas meliputi:
 - a. kepemimpinan dan perencanaan;
 - b. keselamatan;
 - c. keamanan;
 - d. pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (b3) dan limbah b3;
 - e. proteksi kebakaran;
 - f. peralatan medis;
 - g. sistim utilitas;
 - h. penanganan kedaruratan dan bencana;
 - i. konstruksi dan renovasi; dan
 - j. pelatihan.

BAB XII

MANAJEMEN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Pasal 132

- (1) Rumah Sakit memiliki, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan luaran (*outcome*) bagi pasien, kinerja pegawai dan kinerja Rumah Sakit secara umum.
- (2) Rumah Sakit melakukan proses manajemen informasi, menggunakan metode pengembangan yang sesuai dengan sumber daya Rumah Sakit, dengan memperhatikan perkembangan teknologi informasi.
- (3) Proses manajemen informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) mencakup:
 - a. misi Rumah Sakit;
 - b. layanan yang diberikan;
 - c. sumber daya manusia;
 - d. akses ke teknologi informasi kesehatan; dan

- e. dukungan untuk menciptakan komunikasi efektif antar pegawai yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien.
- (4) Untuk memberikan asuhan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi, Rumah Sakit bergantung pada informasi tentang perawatan pasien. Informasi merupakan salah satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif.
 - (5) Pelaksanaan asuhan pasien di Rumah Sakit adalah suatu proses yang kompleks yang sangat bergantung pada komunikasi dan informasi.
 - (6) Komunikasi dilakukan antara Rumah Sakit dengan pasien dan keluarga, antar pegawai yang secara langsung memberikan asuhan kepada pasien, serta komunitas di wilayah Rumah Sakit.
 - (7) Direktur melalui bidang terkait mengantisipasi dan mengatasi kegagalan dalam komunikasi akibat tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan, simbol dan kode yang tidak seragam di dalam Rumah Sakit.
 - a. Rumah Sakit mengelola informasi secara lebih efektif dalam hal:
 - b. mengidentifikasi kebutuhan informasi dan teknologi informasi;
 - c. mengembangkan sistem informasi manajemen;
 - d. menetapkan jenis informasi dan cara memperoleh data yang diperlukan;
 - e. menganalisis data dan mengubahnya menjadi informasi;
 - f. memaparkan dan melaporkan data serta informasi kepada publik;
 - g. melindungi kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi; dan
 - h. mengintegrasikan dan menggunakan informasi untuk peningkatan kinerja.
 - (8) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional dalam rangka pelaksanaan penyelenggaraan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (7) huruf a sampai dengan huruf g.
 - (9) Rumah Sakit menyelenggarakan teknologi lainnya untuk meningkatkan efisiensi, prinsip teknologi informasi yang baik untuk seluruh metode dokumentasi yaitu dengan berbasis kertas serta elektronik.
 - (10) Informasi Rumah Sakit terkait asuhan pasien dalam komunikasi antar pegawai yang secara langsung

memberikan asuhan kepada pasien, didokumentasikan dalam Rekam Medis.

- (11) Rumah Sakit menyelenggarakan penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya dalam rangka pemberian pelayanan kepada pasien, teknologi informasi kesehatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan efektifitas, efisiensi dan keamanan dalam proses komunikasi dan informasi.
- (12) Standar Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan ini berfokus pada:
 - a. manajemen informasi;
 - b. pengelolaan dokumen;
 - c. rekam medis pasien; dan
 - d. teknologi informasi Kesehatan.

BAB XV

PENDIDIKAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Pasal 133

- (1) Penyelenggaraan pendidikan klinis ke dalam operasional Rumah Sakit memerlukan komite koordinasi pendidikan guna melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit Pendidikan.
- (2) Direktur melaksanakan integrasi operasional Rumah Sakit dan pendidikan klinis bersama institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan profesi kesehatan lainnya yang didelegasikan kepada organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis.
- (3) Untuk penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit maka semua pihak harus mendapat informasi lengkap tentang hubungan dan tanggung jawab masing-masing.
- (4) Dalam pelaksanaan fungsi sebagai Rumah Sakit penyelenggara pendidikan klinis, Dewan Pengawas selaku representasi pemilik memberikan persetujuan terhadap keputusan tentang:
 - a. visi-misi;
 - b. rencana strategis;
 - c. alokasi sumber daya; dan
 - d. program mutu Rumah Sakit;
- (5) Dalam memberikan persetujuan sebagaimana dimaksud

pada ayat (7) Dewan Pengawas selaku representasi pemilik dapat ikut bertanggung jawab terhadap seluruh proses penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit yang harus konsisten dengan regulasi yang berlaku, visi-misi Rumah Sakit, komitmen pada mutu, keselamatan pasien, serta kebutuhan pasien.

- (6) Rumah Sakit mendapatkan informasi tentang *output* dengan kriteria yang diharapkan dari institusi pendidikan dari pendidikan klinis yang dilaksanakan di Rumah Sakit untuk mengetahui mutu pelayanan dalam penyelenggaraan pendidikan klinis di Rumah Sakit.
- (7) Rumah Sakit menyetujui *output* serta kriteria penilaian pendidikan dan harus dimasukkan dalam perjanjian kerja sama.

BAB XVI

HAK PASIEN DAN KETERLIBATAN KELUARGA

Pasal 134

- (1) Rumah Sakit memberikan dan menjamin hak pasien dalam Pelayanan Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam memberikan hak pasien, Rumah Sakit harus memahami bahwa pasien dan keluarganya memiliki sikap, perilaku, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, budaya dan nilai-nilai yang dianut.
- (3) Pasien harus diberikan pendidikan pasien dan keluarga, agar lebih memahami dan berpartisipasi dalam perawatan mereka untuk membuat keputusan perawatan yang lebih baik.
- (4) Proses pemberian hak kepada Pasien meliputi:
 - a. mengidentifikasi, melindungi, dan mempromosikan hak-hak pasien;
 - b. menginformasikan pasien tentang hak-hak mereka;
 - c. melibatkan keluarga pasien dalam keputusan tentang perawatan pasien, bila dibutuhkan;
 - d. mendapatkan persetujuan (*informed consent*); dan
 - e. mendidik staf tentang hak pasien.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman dan standar Prosedur operasional terkait pelaksanaan Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga yang berfokus pada:
 - a. hak pasien dan keluarga; dan

- b. permintaan persetujuan pasien.
- (6) Direktur harus memberikan arahan untuk memastikan bahwa seluruh pegawai ikut berperan aktif dalam melindungi hak pasien.
 - (7) Direktur mengidentifikasi hambatan, menerapkan proses untuk menghilangkan atau mengurangi hambatan, dan mengambil tindakan untuk mengurangi dampak hambatan bagi pasien yang memerlukan pelayanan dan perawatan.
 - (8) Rumah Sakit bertanggung jawab:
 - a. melindungi terhadap harta benda pasien dari pencurian atau kehilangan;
 - b. melindungi pasien dari penganiayaan fisik dan verbal yang dilakukan pengunjung, pasien lain, dan petugas khususnya sangat penting terutama bagi bayi dan anak-anak, lansia, dan kelompok yang tidak mampu melindungi dirinya sendiri
 - (9) Rumah Sakit berupaya mencegah penganiayaan melalui berbagai proses seperti memeriksa orang-orang yang berada dilokasi tanpa identifikasi yang jelas, memantau wilayah yang terpencil atau terisolasi, dan cepat tanggap dalam membantu mereka yang berada dalam bahaya atau dianiaya.
 - (10) Pasien atau keluarga yang mengambil keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan rencana perawatan atau terapi ataupun menghentikan perawatan atau terapi setelah proses tersebut dimulai.
 - (11) Untuk memastikan proses pengambilan keputusan yang terkait dengan keinginan pasien dilakukan secara konsisten, Rumah Sakit mengembangkan proses yang melibatkan berbagai profesional dan sudut pandang dalam proses pengembangannya.
 - (12) Pasien memiliki hak untuk menyampaikan keluhan tentang asuhan mereka dan keluhan tersebut harus ditanggapi dan diselesaikan.

BAB XVII

PENGAJIAN PASIEN

Pasal 135

- (1) Rumah Sakit melaksanakan pengkajian pasien yang merupakan proses yang berkelanjutan dan dinamis yang berlangsung di layanan rawat jalan serta rawat inap.
- (2) Pengkajian pasien terdiri atas tiga proses utama:
 - a. mengumpulkan informasi dan data terkait keadaan fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat kesehatan pasien;
 - b. menganalisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pencitraan diagnostik, dan pemantauan fisiologis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan layanan kesehatan; dan
 - c. membuat rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.
- (3) Asuhan pasien di Rumah Sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*patient/person centered care*) sesuai dengan konsep *World Health Organization (WHO)* dalam *conceptual framework integrated people-centred health services*.
- (4) Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen:
 - a. dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan (*clinical leader*);
 - b. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja sebagai tim intra dan interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional;
 - c. Manajer Pelayanan Pasien; dan
 - d. keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.
- (5) Pengkajian ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menentukan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif.
- (6) Standar Pengkajian Pasien ini berfokus kepada:
 - a. pengkajian awal pasien;
 - b. pengkajian ulang pasien;
 - c. pelayanan laboratorium dan pelayanan darah; dan
 - d. pelayanan radiologi klinik.
- (7) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, standar prosedur operasional sesuai dengan kebijakan

pemerintah dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB XIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 150

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Semarang.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal

WALIKOTA SEMARANG,

Diundangkan di Semarang
pada tanggal

SEKRETARIS Daerah KOTA SEMARANG,

BERITA DAERAH KOTA SEMARANG TAHUN 2025 NOMOR ...

RANCANGAN

LAMPIRAN I

PERATURAN WALIKOTA SEMARANG

NOMOR TAHUN 2025

TENTANG

TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MIJEN KOTA SEMARANG

LOGO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MIJEN KOTA SEMARANG



WALIKOTA SEMARANG,

LAMPIRAN II

PERATURAN WALIKOTA SEMARANG

NOMOR TAHUN 2025

TENTANG

TATA KELOLA BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MIJEN KOTA SEMARANG

STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MIJEN KOTA SEMARANG



WALIKOTA SEMARANG,