



WALIKOTA PEKALONGAN
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN
NOMOR 23 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN KOTA PEKALONGAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALIKOTA PEKALONGAN,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) rumah sakit;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Bendan.
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (16) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar di Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan, Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan dan Kabupaten Daerah Tingkat II Batang;
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang



WALIKOTA PEKALONGAN
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN
NOMOR 23 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN KOTA PEKALONGAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALIKOTA PEKALONGAN,

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) rumah sakit;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Bendan.
- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (16) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar di Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan, Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan dan Kabupaten Daerah Tingkat II Batang;
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang

Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5667);
7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan, Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan dan Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3381);

- Memperhatikan :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah (*Hospital Bylaws*);
 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit Umum Daerah;
 4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 534/MENKES/SK/V/2010 Tanggal 03 Mei 2010 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Benda Kota Pekalongan Milik Pemerintah Kota Pekalongan Provinsi Jawa Tengah;
 5. Peraturan Daerah Kota Pekalongan Nomor 1 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Pekalongan, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Pekalongan Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kota Pekalongan Nomor 1 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Pekalongan;
 6. Peraturan Walikota Pekalongan Nomor 36 Tahun 2010 tentang Sistem dan Prosedur Pengelolaan Keuangan Daerah Kota Pekalongan;
 7. Peraturan Walikota Pekalongan Nomor 48 Tahun 2013 tentang Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Pekalongan;
 8. Peraturan Walikota Pekalongan Nomor 51 tahun 2013 tentang Rincian Tugas Jabatan Struktural Lembaga Teknis Daerah Kota Pekalongan;

9. Keputusan Walikota Pekalongan 445/071 Tahun 2009 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan sebagai Badan Layanan Umum (BLU);
10. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor : 445/153 Tahun 2015 tentang Izin Operasional Sarana Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kelas C Kota Pekalongan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN KOTA PEKALONGAN

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota Pekalongan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Pekalongan.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota Pekalongan beserta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Pekalongan.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan, selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit dari pelayanan dasar sampai dengan sub spesialisik sesuai dengan kemampuannya.
5. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan, selanjutnya disebut BLUD RSUD, adalah RSUD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.
6. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
7. Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
8. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) adalah Peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah sebagai pemilik dengan Direktur dan Staf Medis RSUD.
9. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah Peraturan yang mengatur tentang hubungan, hak dan kewajiban serta pengorganisasian Staf Medis.
10. Dewan Pengawas adalah organ yang dibentuk Walikota untuk membina dan mengawasi BLUD RSUD.
11. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan.
12. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.

13. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.
14. Pejabat Pengelola adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku.
15. Direktur adalah Direktur RSUD yang bertanggung jawab kepada Walikota.
16. Kepala Bidang/Kepala Bagian adalah Kepala Bidang/Kepala Bagian RSUD yang secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Direktur.
17. Instalasi adalah suatu departemen atau unit atau bagian dari rumah sakit yang menyelenggarakan fungsi pelayanan medis dan/atau non medis tertentu.
18. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan RSUD.
19. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat.
20. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.
21. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan, yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis dan lain-lain.
22. Pelayanan medis spesialisik dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
23. Pelayanan medis spesialisik luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, gigi dan mulut, kedokteran forensik dan medikolegal, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
24. Pelayanan medis subspecialistik luas adalah pelayanan sub spesialisasi yang ada di pelayanan medis spesialis bedah, kesehatan anak, kebidanan dan penyakit kandungan, penyakit dalam, telinga, hidung dan tenggorokan, paru dan pelayanan sub spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
25. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk Instalasi.
26. Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Ketua Kelompok Staf Medik Fungsional dan atau yang mewakili.

27. Sub Komite adalah Kelompok kerja di bawah Komite Medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus, yang anggotanya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio*.
28. Satuan Pengawas Internal adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan praktek bisnis sehat.
29. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, Komite Medik, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.
30. Dokter tetap (organik) adalah dokter yang diangkat dan ditetapkan oleh Walikota untuk RSUD sebagai pegawai tetap yang bekerja untuk dan atas nama RSUD serta bertanggung jawab kepada Direktur.
31. Dokter konsultan adalah dokter yang karena keahliannya direkrut oleh RSUD untuk memberikan konsultasi (tidak bersifat mengikat) kepada Staf Medis RSUD yang memerlukan dan oleh karenanya tidak secara langsung menangani pasien.
32. Dokter tamu adalah dokter yang karena reputasi atau keahliannya diundang secara khusus oleh RSUD untuk membantu atau menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani oleh Staf Medis RSUD atau untuk mendemonstrasikan suatu teknologi baru.
33. Dokter kontrak adalah dokter yang bekerja di RSUD berdasarkan kontrak kerja.
34. Dokter pengganti adalah dokter ahli sejenis yang menggantikan tugas dokter tetap RSUD yang berhalangan.
35. Dokter mitra adalah dokter yang bekerja di RSUD dan berkedudukan sebagai mitra yaitu sejajar dengan dokter RSUD, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional sesuai kesepakatan atau ketentuan yang berlaku di RSUD.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud Peraturan Walikota ini adalah untuk mengatur batas kewenangan, hak, kewajiban dan tanggung jawab antara Pemilik, Pengelola Rumah Sakit dan Staf Medik.
- (2) Tujuan Peraturan Walikota ini adalah :
 - a) Umum
Dimilikinya suatu tatanan peraturan internal rumah sakit sebagai acuan bagi pengelola rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan.
 - b) Khusus
 - 1) Kejelasan visi, misi, tujuan rumah sakit;
 - 2) Kejelasan sifat organisasi rumah sakit;
 - 3) Kejelasan pengaturan staf medik dan tenaga kesehatan lainnya.

BAB III
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu

Tujuan, Visi, Misi, Motto, Filosofi, Nilai-Nilai Dasar, Budaya Organisasi dan Kebijakan Mutu Rumah Sakit

Pasal 3

- (1) Tujuan RSUD adalah :
- a. Tujuan umum yaitu melaksanakan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan.
 - b. Tujuan khusus yaitu :
 - 1) terselenggaranya pelayanan medis spesialisik yang lengkap dan terjangkau masyarakat dan profesional;
 - 2) terselenggaranya pelayanan kesehatan yang lebih cepat, lebih baik, tepat waktu, tepat sarana dan penuh empati sehingga memuaskan pelanggan;
 - 3) Adanya penurunan angka kematian di rumah sakit;
 - 4) Terwujudnya peningkatan kesejahteraan semua pegawai rumah sakit.
- (2) Visi RSUD adalah Rumah Sakit Unggulan dalam Pelayanan di Wilayah Pantura Barat Jawa Tengah.
- (3) Misi RSUD adalah Memberikan Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Bermutu dan Terjangkau Sesuai Standar Profesi
- (4) Motto RSUD adalah Kesembuhanmu Ibadahku;
- (5) Filosofi RSUD adalah Melayani secara Profesional dengan Menjunjung Tinggi Nilai Religius dan Kemanusiaan.
- (6) Nilai-nilai dasar :
- a. Pegawai RSUD menyadari bahwa bekerja adalah ibadah;
 - b. Pegawai RSUD melayani dengan ikhlas dan senang hati untuk kesembuhan dan keselamatan pelanggan;
 - c. Pegawai RSUD menjunjung tinggi kedisiplinan, kejujuran, kepedulian, tanggung jawab, kerja sama, keadilan dan keterbukaan;
 - d. Pegawai RSUD menyadari bahwa pelayanan yang diberikan adalah hasil kerja sama tim dengan mengutamakan kepentingan pelanggan;
 - e. Pegawai RSUD memberikan pelayanan dengan optimal, profesional dan saling mendukung secara proporsional;
 - f. Pegawai RSUD dalam melayani pelanggan tidak membedakan suku, agama, pangkat, jabatan dan status serta kepartaian politik tertentu dan selalu menjaga nama baik Institusi.
- (7) Budaya Organisasi RSUD adalah :
- a. Malu datang terlambat;
 - b. Malu tidak ikut apel;
 - c. Malu pulang lebih awal;
 - d. Malu tidak masuk kerja;
 - e. Malu terlalu sering ijin;
 - f. Malu memakai pakaian dinas tidak sesuai peraturan;
 - g. Malu bekerja tidak terprogram dan bertanggung jawab;
 - h. Malu tidak melakukan pelayanan prima;
 - i. Malu tidak bertata krama dan sopan santun;
 - j. Malu tidak menjaga kebersihan dan keindahan lingkungan.

(8) Kebijakan Mutu RSUD adalah B E N D A N yang dijabarkan sebagai berikut :

- B**ekerjasama memberikan pelayanan yang cepat dan tepat;
- E**mpati dalam melayani pelanggan;
- N**etral tidak membedakan pelayanan;
- D**isiplin dan selalu mengikuti persyaratan yang berlaku;
- A**man dalam pelayanan;
- N**yaman bagi pelanggan internal & eksternal.

Pasal 4

- (1) Direktur menetapkan, mengumumkan ke publik dan melakukan peninjauan kembali (*review*) tujuan, visi, misi, motto, filosofi, nilai-nilai dasar, budaya organisasi dan kebijakan mutu RSUD Bendan.
- (2) Peninjauan kembali (*review*) tujuan, visi, misi, motto, filosofi, nilai-nilai dasar, budaya organisasi dan kebijakan mutu RSUD Bendan dilakukan apabila tidak sesuai lagi dengan perkembangan dan/atau regulasi.
- (3) Peninjauan kembali sebagaimana dimaksud ayat (1) perumusannya ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua

Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi

Pasal 5

- (1) RSUD merupakan unsur penunjang Pemerintah Daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan tugas Pemerintah Daerah di bidang pelayanan kesehatan.
- (2) RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Badan Layanan Umum Daerah, dipimpin oleh seorang Pemimpin BLUD yang disebut Direktur, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) RSUD mempunyai tugas pokok membantu Walikota dalam :
 - a. melaksanakan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan dan serta menyelenggarakan pelayanan medis spesialisik yang lengkap dan terjangkau masyarakat dan profesional;
 - b. pelayanan kesehatan yang lebih cepat, lebih baik, tepat waktu, tepat sarana dan penuh empati sehingga memuaskan pelanggan;
 - c. menurunkan angka kematian di rumah sakit dan mewujudkan peningkatan kesejahteraan semua pegawai Rumah Sakit.

Bagian Ketiga

Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 6

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup, kemajuan dan perkembangan RSUD sesuai yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.
- (2) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawabnya, mempunyai kewenangan:
 - a. menetapkan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) dan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

- b. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
 - c. menyetujui dan mengesahkan Rencana Belanja dan Anggaran;
 - d. meneliti setiap perjanjian yang dibuat oleh Rumah Sakit dengan pihak lain sebelum perjanjian tersebut ditandatangani oleh Direktur;
 - e. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar dan memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai pegawai Rumah Sakit.
- (3) Pemerintah Daerah bertanggung jawab menutup defisit yang dialami oleh rumah sakit, yang bukan karena kesalahan pengelolaan keuangan dan setelah diaudit secara independen.
- (4) Pemerintah Daerah bertanggung-gugat atas terjadinya kerugian pihak lain (termasuk pasien) akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

Bagian Keempat

Dewan Pengawas

Pasal 7

- (1) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Walikota.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD.
- (3) Dewan Pengawas mempunyai fungsi :
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai RBA yang diusulkan Direktur;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Walikota;
 - c. melaporkan kepada Walikota tentang kinerja rumah sakit;
 - d. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non-keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti;
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja;
 - g. memberikan persetujuan atas misi rumah sakit;
 - h. menjamin adanya review berkala terhadap misi rumah sakit;
 - i. mengumumkan misi rumah sakit ke publik;
 - j. memberikan persetujuan atas rencana strategik dan rencana manajemen rumah sakit, maupun kebijakan dan prosedur operasional;
 - k. memberikan persetujuan atas strategi rumah sakit dan program yang terkait pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program;
 - l. mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai misi rumah sakit;
 - m. menetapkan atau menyetujui atas penetapan Direktur;
 - n. melakukan evaluasi kinerja terhadap Direktur paling sedikit setahun sekali;
 - o. memberikan persetujuan atas rencana rumah sakit untuk mutu dan keselamatan pasien;
 - p. menerima dan menindaklanjuti laporan tentang program mutu dan keselamatan pasien secara berkala;
 - q. memberikan pendapat dan saran mengenai rencana pengembangan rumah sakit;

- r. memberikan persetujuan atas modal (kapital) dan anggaran operasional rumah sakit;
 - s. mengawasi program-program kegiatan rumah sakit.
- (4) Dewan Pengawas terdiri atas 3 (tiga) atau 5 (lima) orang anggota dan salah satunya ditetapkan sebagai ketua.
 - (5) Masa jabatan Dewan Pengawas adalah 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
 - (6) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Walikota, apabila :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; atau
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas rumah sakit.
 - (7) Walikota dapat mengangkat sekretaris dewan pengawas untuk mendukung kelancaran tugas dewan pengawas.
 - (8) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur :
 - a. pejabat Perangkat Daerah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
 - b. pejabat di lingkungan Satuan Kerja Pengelola Keuangan Daerah;
 - c. tenaga ahli yang menguasai perumahnyasakitian berasal dari asosiasi perumahnyasakitian atau institusi pendidikan.
 - (9) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas adalah:
 - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi pejabat pengelola, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;
 - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik;
 - d. sehat jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugasnya.
 - (10) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada rumah sakit dan dimuat dalam RBA.

Bagian Kelima

Struktur Organisasi dan Pejabat Pengelola BLUD RSUD

Pasal 8

- (1) Struktur Organisasi BLUD RSUD ditetapkan berdasar Peraturan Perundangan yang berlaku.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD RSUD terdiri dari Pemimpin, Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis yang dapat disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada rumah sakit, yaitu :
 - a. Kepala Bagian Tata Usaha, membawahi :
 - 1) Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian;
 - 2) Kepala Subbagian Keuangan;

- 3) Kepala Subbagian Perencanaan dan Evaluasi.
 - b. Kepala Bidang Pelayanan, terdiri dari :
 - 1) Kepala Seksi Pelayanan dan Rekam medik;
 - 2) Kepala Seksi Pengembangan Pelayanan.
 - c. Kepala Bidang Keperawatan, terdiri dari :
 - 1) Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan;
 - 2) Kepala Seksi Asuhan dan Etika Keperawatan.
 - d. Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan, terdiri dari :
 - 1) Kepala Seksi Sarana dan Prasarana;
 - 2) Kepala Seksi Pengembangan Mutu dan Pengolahan Data.
- (3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola BLUD RSUD ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
 - (4) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pejabat Pengelola BLUD RSUD berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
 - (5) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kepentingan BLUD RSUD untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik.
 - (6) Pejabat Pengelola BLUD RSUD diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
 - (7) Pemimpin BLUD RSUD adalah Direktur, bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
 - (8) Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian Tata Usaha beserta Kepala Subbagian di bawahnya.
 - (9) Pejabat Teknis adalah Para Kepala Bidang beserta Kepala Seksi di bawahnya.

Bagian Keenam

Tugas Pokok, Fungsi dan Wewenang Pejabat Pengelola BLUD

Pasal 9

Direktur mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

Pasal 10

Direktur mempunyai fungsi :

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan rumah sakit;
- b. Penyelenggaraan pelayanan penunjang dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- c. Pengendalian manajemen rumah sakit;
- d. Perumusan rencana dan program, monitoring, evaluasi, dan pelaporan di bidang Upaya Kesehatan Perorangan;
- e. Penyelenggaraan Pelayanan dan Rekam medik;
- f. Penyelenggaraan Pelayanan Keperawatan;

- g. Penyelenggaraan Pengembangan dan Penunjang Pelayanan Medis dan Non Medis;
- h. Penyelenggaraan Pelayanan Rujukan;
- i. Penyelenggaraan Pelaksanaan Pendidikan dan Pelatihan;
- j. Penyelenggaraan pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- k. Penyelenggaraan pengelolaan keuangan dan akuntansi;
- l. Perencanaan dan pelaporan pelaksanaan dan evaluasi Standar Prosedur Operasional (SPO) dan/atau Standar Pelayanan (SP);
- m. Penyelenggaraan pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat organisasi dan tata laksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum;
- n. Pengkoordinasian, pengendalian, pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan kegiatan;
- o. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 11

Direktur mempunyai wewenang dan tanggung jawab sebagai berikut:

- a. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- b. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- c. menetapkan struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit, lengkap dengan rincian tugasnya setelah mendapat persetujuan dari Walikota;
- d. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- e. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan rumah sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- f. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- g. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;
- h. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit;
- i. menjamin kepatuhan terhadap kebijakan yang ditetapkan;
- j. menindaklanjuti setiap laporan dari lembaga pengawas dan regulator;
- k. melakukan berbagai proses untuk mengelola dan mengawasi/mengendalikan sumber daya manusia, sumber daya finansial dan sumber daya lainnya.

Pasal 12

Kepala Bagian Tata Usaha sebagai Pejabat Keuangan bertanggung jawab kepada Direktur mengenai keuangan, perencanaan dan evaluasi, serta umum dan kepegawaian. Mempunyai tugas dan kewajiban sebagai berikut:

- a. kebenaran pelaksanaan kebijakan perencanaan, evaluasi dan pengembangan, perbendaharaan, Akuntansi, verifikasi dan mobilisasi dana;
- b. kebenaran rencana kerja bidang keuangan RSUD;
- c. ketepatan dan kebenaran prosedur kerja bidang keuangan RSUD;
- d. kelancaran efektifitas dan efisiensi pelayanan keuangan;
- e. ketepatan laporan kegiatan keuangan;
- f. mengkoordinasikan penyusunan RBA;
- g. menyiapkan DPA;
- h. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;

- i. menyelenggarakan pengelolaan kas;
- j. melakukan pengelolaan utang-piutang;
- k. menyusun kebijakan pengelolaan barang, aset tetap dan investasi;
- l. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan.
- m. kebenaran dan ketepatan rencana kerja pengelolaan Sumber Daya Manusia;
- n. ketepatan dan kebenaran rencana kerja umum;
- o. ketepatan dan kebenaran rencana kerja rumah tangga.

Pasal 13

Kepala Bidang Pelayanan selaku pejabat teknis pelayanan dan rekam medik serta pengembangan pelayanan bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut hal-hal di bawah ini :

- a. kebenaran rancangan kebijakan pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- b. ketepatan program dan kegiatan pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- c. ketepatan tata cara kerja pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- d. ketepatan dan kebenaran kegiatan rekam medik;
- e. ketepatan laporan berkala dan laporan tahunan pelayanan medis dan pengembangan pelayanan;
- f. pelaksanaan penanganan keluhan pelanggan dan kehumasan;

Pasal 14

Kepala Bidang Keperawatan selaku pejabat teknis keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. kebenaran rancangan kebijakan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;
- b. ketepatan program dan kegiatan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;
- c. ketepatan tata cara kerja pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;
- d. ketepatan laporan berkala dan laporan tahunan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan;
- e. kelancaran dan ketertiban urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaan pelayanan keperawatan, etika dan asuhan keperawatan.

Pasal 15

Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan selaku pejabat teknis penunjang pelayanan bertanggung jawab kepada Direktur menyangkut hal-hal di bawah ini:

- a. kebenaran kebijaksanaan sarana prasarana dan pelayanan penunjang dan ketelitian, keteraturan dan ketertiban pengguna fasilitas pelayanan penunjang;
- b. ketepatan program sarana prasarana dan pelayanan penunjang;
- c. kelancaran tata cara kerja layanan sarana prasarana dan pelayanan penunjang;
- d. ketepatan laporan berkala dan laporan khusus di lingkungan sarana prasarana dan pelayanan penunjang.
- e. pengembangan mutu dan pengolahan data rumah sakit.

Bagian Ketujuh

Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung

Pasal 16

- (1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan, dibentuk instalasi-instalasi yang merupakan unit-unit pelaksana pelayanan.
- (2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
- (3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis, baik pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil.
- (5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di RSUD, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.
- (6) Instalasi yang ada di RSUD, yaitu:
 - a. Instalasi Gawat Darurat;
 - b. Instalasi Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Komprehensif
 - c. Instalasi Rawat Jalan;
 - d. Instalasi Rawat Inap;
 - e. Instalasi Bedah Sentral;
 - f. Instalasi Perawatan Intensif;
 - g. Instalasi Hemodialisa
 - h. Instalasi Laboratorium;
 - i. Instalasi Radiologi;
 - j. Instalasi Farmasi;
 - k. Instalasi Gizi;
 - l. Instalasi Rehabilitasi Medik;
 - m. Instalasi Rekam Medik;
 - n. Instalasi Pusat Sterilisasi;
 - o. Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit.
- (7) Pelaksana kegiatan pelayanan adalah pejabat fungsional RSUD, terdiri dari sejumlah tenaga medis para medis fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya :
 - a. masing-masing tenaga fungsional, berada di lingkungan unit kerja RSUD sesuai kompetensinya;
 - b. jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja;
 - c. jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - d. staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan;
 - e. dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan bekerja sama antar tenaga profesional lain yang terkait.

- (8) Pelaksana kegiatan pendukung pelayanan adalah :
- a. semua pejabat struktural;
 - b. semua sumber daya strategis yang ada di bidang-bidang dan sekretariat;
 - c. kegiatan pendukung antara lain sistem keuangan, SDM, teknologi, informasi dan lain-lain.

Pasal 17

Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan RSUD, Direktur membentuk Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit, Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite Etik, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Rekam medik, Komite Profesi Kesehatan Lainnya serta Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).

Pasal 18

- (1) Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok staf medis fungsional atau yang mewakili, dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. para anggota Komite Medik memilih dan menetapkan ketua, wakil ketua dan sekretaris di antara anggota Komite Medik;
 - b. jabatan Ketua Komite Medik merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
 - c. ketua, wakil ketua dan sekretaris Komite Medik mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti berakhir akan diadakan pemilihan kembali.
- (2) Komite Medik mempunyai tugas membantu Direktur di dalam menyusun Standar Pelayanan Medik dan memantau pelaksanaannya, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional, mengembangkan program pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, memberikan saran dan masukan kepada Direktur perihal pengembangan pelayanan medik.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Medik di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris juga dibantu oleh Panitia yang anggotanya terdiri dari staf medis fungsional dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio*.
- (4) Panitia sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan kelompok kerja khusus di dalam Komite Medik yang dibentuk berdasarkan kebutuhan RSUD untuk mengatasi masalah khusus.
- (5) Pembentukan wakil ketua dan sekretaris Komite Medik serta panitia ditetapkan oleh Direktur atas usul Ketua Komite Medik.

Pasal 19

- (1) Komite Keperawatan adalah kelompok tenaga keperawatan yang keanggotaannya dipilih dari ketua atau anggota Kelompok Staf Perawat Fungsional (SPF), dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Para anggota Komite Keperawatan memilih dan menetapkan Ketua di antara anggota Komite Keperawatan;
 - b. Ketua Komite Keperawatan terpilih, memilih dan menunjuk Wakil Ketua, Sekretaris dan Perangkat lainnya yang dianggap perlu;

- c. Jabatan Ketua Komite Keperawatan merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur;
 - d. Ketua, wakil ketua, sekretaris dan pengurus Komite Keperawatan mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti akan diadakan pemilihan kembali.
- (2) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaan, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota SPF, mengembangkan program pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan dan memberikan masukan kepada Direktur perihal pengembangan pelayanan keperawatan.
 - (3) Dalam melaksanakan tugas Komite Keperawatan di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta pengurus lainnya juga dibantu oleh panitia yang anggotanya terdiri dari anggota SPF dan tenaga profesi lainnya secara *ex officio*.
 - (4) Panitia sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) adalah merupakan kelompok kerja khusus di dalam Komite Keperawatan yang dibentuk berdasarkan kebutuhan RSUD untuk mengatasi masalah khusus.
 - (5) Pembentukan panitia di dalam Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan berdasarkan pertimbangan Kepala Bidang Pelayanan.
 - (6) Dalam menjalankan tugas, Komite Keperawatan diharapkan selalu menjalin kerja sama secara horisontal dengan instalasi terkait, Bidang Perawatan dan Bidang Pelayanan.

Pasal 20

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI) adalah wadah non struktural yang diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.
- (2) Pembentukan KPPI ditetapkan oleh Direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) KPPI mempunyai tugas membantu Direktur :
 - a. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
 - b. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPIRS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
 - c. Membuat SPO PPI;
 - d. Menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
 - e. Bekerjasama dengan Tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB infeksi nosokomial;
 - f. Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - g. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;
 - h. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
 - i. Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI;
 - j. Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan.

- k. Menerima laporan dari Tim PPI dan membuat laporan kepada Direktur;
 - l. Berkoordinasi dengan unit terkait lain;
 - m. Memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebar-luaskan data resistensi antibiotika;
 - n. Menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3);
 - o. Turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
 - p. Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
 - q. Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;
 - r. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
 - s. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses.
 - t. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (4) Dalam melaksanakan tugas KPPI di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta pengurus lainnya juga dibantu oleh Tim PPI.
- (5) Tim PPI terdiri dari Perawat PPI/*Infection Prevention and Control Nurse* (IPCN) dan 1 (satu) dokter PPI setiap 5 (lima) Perawat PPI.

Pasal 21

- (1) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (Komite K3RS) adalah wadah non struktural yang dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite K3RS mempunyai tugas membantu Direktur :
- a. Membagi sarana kesehatan dan penunjangnya berdasarkan bahaya potensial yang ada dalam kerangka penyusunan rencana program peningkatan K3;
 - b. Membuat Petunjuk Pelaksanaan (Juklak) dan Petunjuk Teknis (Juknis) K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya;
 - c. Memberdayakan P2K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya;
 - d. Menjaga kelangsungan program K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya dengan melakukan perencanaan program, implementasi, evaluasi dan pembinaan.

Pasal 22

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (Komite PMKP) adalah wadah non struktural yang dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite PMKP mempunyai tugas membantu Direktur :
- a. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP);
 - b. Mengumpulkan, menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis rumah sakit maupun indikator mutu manajerial rumah sakit, serta indikator keselamatan pasien;

- c. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, *clinical pathway* dan indikator mutu kunci;
- d. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi;
- e. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik;
- f. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf;
- g. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP.

Pasal 23

- (1) Komite Etik merupakan wadah non struktural dalam rangka membantu Direktur menerapkan kode etik dan hukum di rumah sakit.
- (2) Komite Etik dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Etik mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan *medicoetikolegal* dan etik pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etik kedokteran, etik rumah sakit serta penyelesaian pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan *Hospital Bylaws* serta *Medical Staff Bylaws*, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum rumah sakit.

Pasal 24

- (1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah non struktural terdiri dari dokter dan apoteker untuk membantu Direktur dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas membantu Direktur :
 - a. Memberikan rekomendasi dalam pemilihan penggunaan obat-obatan;
 - b. Menyusun formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat-obatan di RS dan apabila perlu dapat diadakan perubahan secara berkala;
 - c. Menyusun standar terapi bersama sama dengan staf medik;
 - d. Melaksanakan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generik bersama sama dengan Instalasi Farmasi.

Pasal 25

- (1) Komite Rekam medik merupakan wadah non struktural untuk membantu Direktur dalam memberikan pelayanan rekam medik yang optimal.
- (2) Komite Rekam medik dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Rekam medik mempunyai tugas membantu Direktur :
 - a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan rekam medik;
 - b. Mengusulkan bentuk formulir rekam medik;
 - c. Mengusulkan upaya yang perlu dalam penanggulangan masalah pelayanan rekam medik;

- d. Menganalisis secara teratur isi rekam medik untuk menentukan apakah informasi klinis sudah cukup dalam asuhan pasien.

Pasal 26

- (1) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya merupakan wadah non struktural untuk membantu Direktur dalam memberikan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, psikologi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit.
- (2) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya mempunyai tugas membantu Direktur :
 - a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, psikologi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit;
 - b. Melaksanakan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, psikologi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit.

Pasal 27

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah Kelompok Jabatan Fungsional yang bertugas membantu Direktur melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya RSUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan manfaat.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal dipimpin oleh seorang Ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Fungsi pengendalian internal BLUD meliputi :
 - a. pengamanan harta kekayaan;
 - b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan;
 - c. menciptakan efisiensi dan produktifitas; dan
 - d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi pengawas internal antara lain :
 - a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
 - b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa;
 - c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit.

Bagian Kedelapan

Prosedur Kerja

Pasal 28

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (4) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku berupa Standar Prosedur Operasional menurut ketentuan Akreditasi RSUD.
- (5) Prinsip prosedur kerja adalah jelas kebijakannya, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan, konsisten, sesuai dengan falsafah tujuannya, jelas pelaksanaannya, jelas tanggung jawabnya dan ada evaluasi mutu dan kinerjanya.

Bagian Kesembilan
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 29

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh RSUD, Walikota menetapkan Standar Pelayanan Minimal dengan Peraturan Walikota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur.
- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.
- (4) Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan :
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
 - e. tepat waktu.
- (5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD.
- (6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi RSUD.
- (9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Kesepuluh
Pengelolaan Sumber Daya Manusia dan Remunerasi

Paragraf 1
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 30

- (1) Pegawai RSUD terdiri dari Pegawai Negeri Sipil dan non Pegawai Negeri Sipil.
- (2) Penerimaan Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (3) Penerimaan tenaga non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan cara seleksi, yaitu seleksi administrasi, psikotest, akademik, keterampilan, wawancara, dan *medical check up*.
- (4) Hak dan kewajiban tenaga non Pegawai Negeri Sipil secara terinci diatur dalam Surat Perjanjian Kerja.

Pasal 31

- (1) Kenaikan Pangkat Reguler adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai Negeri sipil yang tidak menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu, termasuk Pegawai Negeri Sipil yang :
 - a. melaksanakan tugas belajar dan sebelumnya tidak menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu;
 - b. diperkerjakan atau diperbantukan secara penuh di luar instalasi induk dan tidak menduduki jabatan pimpinan yang telah ditetapkan persamaannya atau jabatan fungsional tertentu.
- (2) Kenaikan Pangkat Pilihan adalah penghargaan yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil yang menduduki jabatan struktural atau jabatan fungsional tertentu.

Pasal 32

- (1) Rotasi PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan dengan mekanisme Baperjakat.
- (2) Rotasi non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, serta pengembangan karir pegawai yang dilaksanakan atas pertimbangan Direktur.

Pasal 33

Rotasi sebagaimana tersebut pada Pasal 32 dilaksanakan dengan pertimbangan:

- a. penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan latar belakang pendidikan dan ketrampilannya;
- b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu;
- c. pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu di masa lalu;
- d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan;
- e. kondisi fisik dan psikis pegawai.

Pasal 34

- (1) Pejabat pengelola dan pegawai RSUD dapat berasal dari PNS dan/atau non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pejabat pengelola dan pegawai RSUD yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (3) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai RSUD yang berasal dari PNS disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai RSUD yang berasal dari non PNS dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.
- (5) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai RSUD yang berasal dari non PNS, diatur lebih lanjut dengan keputusan Walikota.

Pasal 35

- (1) Direktur sebagai Pemimpin BLUD merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.
- (2) Dalam hal pemimpin BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari non PNS, Pejabat keuangan wajib berasal dari PNS yang merupakan pejabat pengguna anggaran/barang daerah.

Pasal 36

- (1) Disiplin adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam:
 - a. daftar hadir;
 - b. laporan kegiatan;
 - c. penilaian kinerja pegawai.
- (2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi :
 - a. Hukuman disiplin ringan, yang terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis, dan pernyataan tidak puas secara tertulis;
 - b. Hukuman disiplin sedang bagi PNS terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun;
 - c. Hukuman disiplin sedang bagi non PNS dilakukan penurunan poin remunerasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. Hukuman disiplin berat bagi PNS terdiri dari penurunan pangkat yang setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS, dan pemberhentian tidak hormat sebagai PNS;
 - e. Hukuman disiplin berat bagi non PNS terdiri dari tidak diperpanjangnya hubungan kerja sampai dengan habis masa kontrak kerja atau pemutusan hubungan kerja sewaktu-waktu

Paragraf 2
Remunerasi

Pasal 37

- (1) Pejabat pengelola, dewan pengawas dan pegawai RSUD dapat diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun.
- (3) Remunerasi dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium yang besarnya mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Penetapan remunerasi Direktur, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:
 - a. ukuran dan jumlah aset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktivitas;
 - b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis;
 - c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit; dan
 - d. kinerja operasional RSUD yang ditetapkan oleh Walikota dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat.
- (5) Honorarium dewan pengawas, ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (6) Remunerasi bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :
 - a. pengalaman dan masa kerja (*basic index*);
 - b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (*competency index*);
 - c. resiko kerja (*risk index*);
 - d. tingkat kegawatdaruratan (*emergency index*);
 - e. jabatan yang disandang (*position index*);
 - f. hasil/capaian kerja (*performance index*).
- (7) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.

Bagian Kesebelas
Penatausahaan Keuangan dan Tarif Layanan

Pasal 38

- (1) Pengelolaan keuangan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
- (2) Ketentuan-ketentuan yang bersangkutan dengan pengelolaan keuangan diatur tersendiri sesuai peraturan yang berlaku.
- (3) Penatausahaan keuangan diatur sebagai berikut:
 - a. penerimaan dan pengeluaran RSUD, dibukukan pada buku besar penerimaan dan buku besar pengeluaran yang dilengkapi dengan bukti-bukti sah penerimaan dan pengeluaran yang telah disahkan pejabat yang berwenang;

- b. penerimaan operasional RSUD oleh pemegang kas dibukukan dalam buku kas umum/buku kas pembantu dengan didukung bukti bukti penerimaan yang sah;
 - c. penerimaan RSUD sebagaimana dimaksud pada huruf b pasal ini, pada kesempatan pertama segera disetorkan ke rekening RSUD;
 - d. Pengeluaran RSUD pada pemegang kas dibukukan dalam buku kas umum/Buku Kas Pembantu.
- (4) Penatausahaan Keuangan RSUD selain dana penerimaan operasional, tetap berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Untuk keperluan pengendalian/pengelolaan keuangan dan barang RSUD, dipergunakan penatausahaan menurut sistem akuntansi BLUD/pemerintah.

Pasal 39

- (1) RSUD dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau pola tarif sesuai jenis layanan.
- (5) Tarif layanan diusulkan oleh Direktur kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ditetapkan dengan Peraturan Walikota.
- (7) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (8) Walikota dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (6), dapat membentuk tim.
- (9) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (8), ditetapkan oleh Walikota yang keanggotaannya dapat berasal dari :
- a. pembina teknis;
 - b. pembina keuangan;
 - c. unsur perguruan tinggi;
 - d. lembaga profesi.
- (10) Peraturan Walikota mengenai tarif layanan dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (11) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (10), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (12) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dan ayat (11), berpedoman pada ketentuan ayat (5) sampai dengan ayat (9).

Bagian Keduabelas
Pengelolaan Sumber Daya Lain

Pasal 40

- (1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.
- (2) Tanah dan Bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi RSUD, dapat dialihgunakan oleh Direktur dengan persetujuan Walikota.
- (3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.
- (5) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan (3), merupakan pendapatan RSUD dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (6) Barang inventaris milik RSUD dapat dihapus dan atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis.
- (7) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.
- (8) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (6) merupakan pendapatan RSUD dan dicantumkan dalam laporan keuangan.
- (9) Direktur beserta pejabat di bawahnya secara berjenjang harus memelihara seluruh aset Rumah Sakit dengan tertib efektif dan efisien sehingga mempunyai masa manfaat yang sebanyak-banyaknya termasuk teknologinya dan akurasi dari sarana prasarana RSUD.

Bagian Ketigabelas
Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit

Pasal 41

- (1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan lingkungan RSUD yang meliputi :
 - a. kebersihan lingkungan Rumah Sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/kamar mandi;
 - b. pengelolaan sampah medik dan domestik;
 - c. pengelolaan limbah cair;
 - d. pengamatan area bebas rokok;
 - e. memperluas area taman dan tanaman penghijauan.
- (2) Direktur menyusun kebijakan pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang memperhatikan keselamatan pasien dan karyawan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Bagian Keempatbelas

Prinsip Tata Kelola

Pasal 42

- (1) RSUD beroperasi dengan prinsip tata kelola yang baik.
- (2) Tata kelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhatikan prinsip, antara lain :
 - a. transparansi;
 - b. akuntabilitas;
 - c. resposibilitas;
 - d. independensi.
- (3) Transparansi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan.
- (4) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada RSUD agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (5) Responsibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (6) Independensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

Bagian Kelimabelas

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 43

- (1) Pembinaan teknis BLUD-RSUD dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan teknis BLUD-Unit Kerja dilakukan oleh kepala SKPD yang bertanggung jawab atas urusan pemerintah yang bersangkutan.
- (3) Pembinaan keuangan BLUD-RSUD dilakukan oleh SKPD yang bertanggung jawab atas urusan keuangan.

Pasal 44

- (1) Pengawasan operasional BLUD-RSUD dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah pemimpin BLUD-RSUD.

Pasal 45

Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 ayat (1), dapat dibentuk dengan mempertimbangkan :

- a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
- b. kompleksitas manajemen; dan

c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.

Pasal 46

- (1) Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 44 ayat (2), bersama-sama jajaran manajemen BLUD-RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal BLUD-RSUD.
- (2) Fungsi pengendalian internal BLUD-RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membantu manajemen BLUD-RSUD dalam hal :
 - 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.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi internal auditor, antara lain :
 - a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai;
 - b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa;
 - c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit.

Bagian Keenambelas

Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 47

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD-RSUD dilakukan setiap tahun oleh Walikota dan/atau dewan pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUD-RSUD sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Pasal 48

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD-RSUD dalam :

- a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (*rentabilitas*);
- b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (*likuiditas*);
- c. memenuhi seluruh kewajibannya (*solvabilitas*);
- d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiyai pengeluaran.

Pasal 49

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 ayat (1), dapat diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB IV
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu
Kategori Staf Medis

Pasal 50

- (1) Staf medis yang bergabung dengan RSUD dikelompokkan ke dalam kategori:
 - a. staf medis organik, yaitu dokter yang direkrut oleh RSUD sebagai pegawai tetap dan berkedudukan sebagai sub ordinat; yaitu bekerja untuk dan atas nama RSUD serta bertanggung jawab kepada RSUD;
 - b. staf medis mitra, yaitu dokter yang direkrut oleh RSUD sebagai mitra yang kedudukannya sederajat dengan RSUD, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung-gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit atau sesuai kesepakatan yang disetujui bersama;
 - c. staf medis konsultan, yaitu dokter yang karena keahliannya ditunjuk oleh RSUD untuk memberikan konsultasi tanpa merawat atau untuk memberikan konsultasi dan merawat.
- (2) Untuk dapat menjadi Staf Medis baik dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi maupun dokter gigi spesialis harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehat jasmani dan rohani serta memiliki perilaku yang baik.
- (3) Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan status sebagai dokter tetap berhak:
 - a. Memperoleh kesejahteraan sesuai peraturan yang berlaku, terdiri atas:
 1. penghasilan yang layak serta tidak melanggar ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah;
 2. penghasilan selama pensiun sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD;
 3. status kepegawaian yang jelas dan pasti;
 4. kenaikan pangkat sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD serta peraturan kepegawaian;
 5. pengembangan pengetahuan dan ketrampilan;
 6. pengembangan karir sesuai kemampuan individu dan ketentuan yang berlaku di RSUD;
 7. cuti tahunan, cuti sakit, cuti besar dan cuti di luar tanggungan negara sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 8. cuti bersalin bagi dokter perempuan sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 9. cuti karena alasan penting berkenaan sifat pekerjaannya sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah;
 10. cuti di luar tanggungan negara karena alasan-alasan pribadi yang penting dan mendesak sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah.
 - b. Mendapatkan lingkungan kerja yang sehat serta perlindungan terhadap :
 1. kecelakaan kerja;

2. pemeriksaan kesehatan rutin dan khusus sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 3. perawatan kesehatan selama sakit sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD;
 4. santunan terhadap kecelakaan kerja yang menimpa sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;
 5. bantuan hukum selama menjalani proses hukum.
- c. Menggunakan fasilitas yang dimiliki RSUD untuk melakukan pelayanan kesehatan berdasarkan standar mutu pelayanan yang tinggi;
- d. Melakukan konsultasi kepada dokter lain yang tercatat sebagai staf medis RSUD.
- (4) Selain memperoleh hak sebagaimana tersebut pada ayat (3), Staf Medis RSUD mempunyai kewajiban sebagai berikut:
- a. mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. mentaati semua Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
 - c. mentaati etika yang ada, antara lain etika RSUD, etika profesi Kedokteran, etika Staf Medis dan etika antara RSUD dengan pihak lain;
 - d. melaksanakan klausul-klausul dalam perjanjian antara Rumah Sakit dengan Staf Medis atau antara RSUD dengan pihak lain;
 - e. memberi layanan medis dengan mutu tinggi kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya serta bersedia dihubungi atau dipanggil setiap saat apabila kondisi pasien yang bersangkutan berada dalam keadaan emergensi;
 - f. memberikan pertolongan emergensi kepada pasien lain yang bukan menjadi tanggung jawabnya apabila kondisi klinik pasien tersebut berada dalam keadaan emergensi;
 - g. menjaga citra RSUD serta berperilaku sopan terhadap Direktur, manajer, staf medis lain, profesi lain, pasien, keluarga pasien serta pengunjung;
 - h. menjalin kerja sama yang harmonis dengan profesi lain yang berada di RSUD dan menghormati kode etik profesi mereka;
 - i. menyelesaikan semua kewajiban administrasi sesuai peraturan yang berlaku;
 - j. menghadiri rapat-rapat yang diadakan oleh Direktur atau Komite Medik;
 - k. hadir dalam dengar pendapat (*hearing*) yang diadakan oleh Direktur, Komite Medik atau tim yang dibentuk oleh RSUD yang berkaitan dengan penanganan pasien/kasus;
 - l. menunjukkan loyalitas kepada RSUD;
 - m. membantu RSUD dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;
 - n. mentaati kewajiban-kewajiban lain yang ditetapkan di kemudian hari antara lain sebagai dosen pembimbing terhadap semua fakultas kedokteran yang bekerja sama dengan RSUD.
- (5) Dalam melaksanakan pelayanan, Staf Medis mempunyai kewajiban terhadap pasien yang ditanganinya untuk :
- a. melakukan upaya dengan sungguh-sungguh dan profesional sesuai standar mutu yang tinggi;
 - b. segera merujuk ke dokter atau praktisi kesehatan lain yang dapat diterima apabila Staf Medis tidak mampu lagi untuk meneruskan upaya kesehatan terhadap pasien baik karena keterbatasan kemampuan, peralatan, waktu maupun karena alasan lain yang masuk akal;
 - c. menjalin kerjasama dan komunikasi yang baik dengan pasien;

- d. menjalin kerjasama yang baik dan harmonis dengan tenaga kesehatan lainnya;
- e. memenuhi apa yang menurut etika dan hukum menjadi hak pasien;
- f. menghormati kepentingan-kepentingan lain dari pasien;
- g. menghormati kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat secara khusus dengan pasien;
- h. menerbitkan surat keterangan yang diperlukan bagi kepentingan pasien;
- i. menghormati kerahasiaan medis pasien;
- j. memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya dan sejujur-jujurnya kepada pasien tentang kondisi kesehatannya dengan mempertimbangkan aspek psikologi;
- k. apabila karena sesuatu hal yang menyebabkan tidak dapat melaksanakan kewajiban menangani pasien untuk sementara waktu, maka wajib memberi tahu atau ijin kepada Direktur serta wajib menunjuk dokter pengganti (mempunyai keahlian sejenis dengannya);
- l. dalam hal Staf Medis bekerja sebagai dokter mitra, maka sepenuhnya bertanggung gugat atas segala bentuk kerugian yang dialami oleh pasien sebagai akibat dari kesalahan medis yang dilakukannya kecuali ada kesepakatan tersendiri yang menentukan lain.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 51

Ketentuan tentang kewenangan klinis bagi masing-masing dokter, dokter gigi termasuk prosedur pemberian dan pengakhiran Kewenangan Klinis (*Clinical Privileges*) ditetapkan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik.

Bagian Ketiga

Pengorganisasian

Pasal 52

- (1) Dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis (purna waktu dan paruh waktu) yang bekerja di unit pelayanan RSUD wajib menjadi anggota Staf Medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
- (3) Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
- (4) Pengelompokan Staf Medis berdasarkan spesialisasi/keahlian adalah tenaga dokter dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis.
- (5) Pengelompokan Staf Medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :
 - a. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk Staf Medis sendiri. Penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu

- tersebut dan wajib diikuti dengan pembagian dan tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis RSUD;
- b. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan memperhatikan tugas dan kewenangan dokter spesialis tersebut. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis yang sangat terbatas sehingga tidak memungkinkan masing-masing jenis spesialisasi keahlian membentuk Kelompok Staf Medis tersendiri. Karena itu RSUD hanya membentuk 2 (dua) Kelompok Staf Medis yaitu Kelompok Staf Medis bedah dan Kelompok Staf Medis Non Bedah. Dokter Spesialis yang melaksanakan tindakan medis operatif (misalnya dokter bedah, dokter obsgyn, dokter mata, dokter THT dan lain sebagainya) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Bedah, sedangkan tenaga dokter yang hanya melaksanakan tindakan medis non operatif dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Non Bedah;
 - c. pembentukan Staf Medis untuk Dokter Umum dapat dilakukan dengan membentuk kelompok Staf Medis Dokter Umum sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis dimana dokter umum memberikan pelayanan. Penggabungan dokter umum dengan dokter spesialis dapat dilakukan apabila jumlah dokter spesialis masih kurang sehingga tidak memungkinkan membentuk kelompok staf medis sendiri. Penggabungan dokter umum dan dokter spesialis harus diikuti dengan pembagian tugas dan kewenangan yang jelas dituangkan dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit;
 - d. Dokter gigi dapat menjadi Kelompok Staf Medis sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis bedah atau kelompok staf medis dokter umum-gigi. Penggabungan dilakukan apabila jumlah dokter gigi masih kurang dari 2 (dua) orang. Yang perlu diperhatikan, penggabungan dokter gigi dengan bidang spesialis lainnya wajib diikuti dengan pembagian tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis RSUD.

Bagian Keempat

Penempatan Dalam Kelompok Staf Medis

Pasal 53

- (1) Penempatan para Dokter ke dalam Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52, ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur atas usulan Komite Medik.
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewenangannya.

Bagian Kelima

Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis

Pasal 54

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.

- (2) Ketua Kelompok Staf Medis dapat dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medik dan Direktur. Setelah proses pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis selesai maka penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Medis disahkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Lama masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya berturut-turut.

Bagian Keenam

Tugas Fungsi Ketua Kelompok Staf Medis dan Hubungan kerja

Pasal 55

- (1) Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinnya.
- (2) Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individu untuk masing-masing dokter.
- (3) Kelompok Staf Medis secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur, sedangkan secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik melalui Ketua Kelompok Staf Medis.

Bagian Ketujuh

Penilaian

Pasal 56

- (1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, seperti disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur .
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medik.
- (3) Berdasarkan ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit kerja tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medik khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu dan secara administrasi di bawah kepala Instalasi.

Bagian Kedelapan

Tugas dan Fungsi Staf Medis

Pasal 57

- (1) Staf Medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (2) Tugas Staf Medis:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan

- dan pemulihan, dan mendokumentasikan dalam dokumen Rekam Medik;
- b. meningkatkan kemampuan profesinya melalui program pendidikan/ pendidikan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;
 - d. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Bagian Kesembilan
Tanggung Jawab Staf Medis

Pasal 58

Tanggung jawab Staf Medis :

- a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di RSUD yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*). Penempatan dokter di Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan Direktur;
- b. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif melalui *peer review*, audit medis atau program *quality improvement*;
- c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*);
- d. memberikan kesempatan bagi para Dokter untuk mengikuti "*Continuing Professional Development*" (CPD). Masing-masing kelompok staf medis wajib mempunyai program CPD bagi semua anggotanya;
- e. memberikan masukan kepada Direktur melalui Komite Medik hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran;
- f. memberikan laporan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur;
- g. Melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dan dokumen terkaitnya.

Bagian Kesepuluh
Kewajiban Staf Medis

Pasal 59

Kewajiban Staf Medis:

- a. Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari :
 1. Standar Prosedur Operasional di bidang administrasi/manajerial antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya, pengaturan *visite/ronde*, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi, dan lain-lain. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini di bawah koordinasi Direktur;
 2. Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis di bidang keilmuan/keprofesian adalah Standar Pelayanan Medis yang dibuat oleh

Kelompok Staf Medis, antara lain meliputi tata cara pemeriksaan penyakit sampai dengan penatalaksanaan serta pemeriksaan penunjang yang diperlukan. Masing-masing kelompok Staf Medis menyusun Standar Pelayanan Medis minimal untuk 10 jenis penyakit. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini di bawah koordinasi Komite Medik.

- b. Menyusun indikator mutu klinis. Masing-masing Kelompok Staf Medis menyusun minimal 3 (tiga) jenis indikator mutu *output* atau *outcome*;
- c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya;
- d. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- e. Merujuk pasien ke dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- f. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal;
- g. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya;
- h. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi;
- i. Menunjuk staf medis lain dalam keahlian yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, jika tidak harus dikonfirmasi kepada pasien yang bersangkutan;
- j. Memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum persetujuan tindakan disetujui pasien (*informed consent*);
- k. Membuat rekam medik dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya;
- l. Menyelenggarakan pengendali mutu dan pengendali biaya;
- m. Mematuhi kebijakan rumah sakit tentang obat dan formularium rumah sakit.

Bagian Kesebelas

Kerahasiaan dan Informasi Medis

Pasal 60

- (1) RSUD :
 - a. RSUD berhak membuat peraturan yang berlaku sesuai dengan kondisi/keadaan yang ada di RSUD;
 - b. RSUD wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
 - c. isi dokumen rekam medik dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien;
 - d. isi dokumen rekam medik dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (2) Staf Medis :
 - a. mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya;
 - b. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
 - c. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika.

- (3) Pasien :
- a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan RSUD yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien;
 - b. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
 - c. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain:
 1. diagnosis dan tata cara tindakan medis;
 2. tujuan tindakan medis yang dilakukan;
 3. alternatif tindakan lain dan risikonya;
 4. resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 5. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
 - d. meminta konsultasi kepada dokter lain (*second opinion*) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya;
 - e. mendapatkan isi rekam medik;
 - f. membuka isi rekam medik untuk kepentingan peradilan.

Bagian Keduabelas

Penyelesaian Kasus Pelayanan Medis

Pasal 61

Proses penyelesaian kasus yang terjadi dan muncul dalam kegiatan pelayanan medis dilaksanakan secara berjenjang :

- a. laporan kejadian (oleh siapapun) harus menjadi perhatian staf medis di lingkungan itu, untuk selanjutnya disampaikan kepada ketua kelompok staf medis, Komite Medik dan Direktur;
- b. ketua kelompok staf medis berkepentingan untuk menjaga martabat kelompoknya di kalangan sesama staf medis maupun di kalangan staf lain di RSUD, perlu menghubungi yang bersangkutan untuk memperoleh informasi pembandingan;
- c. Komite Medik memperhatikan mekanisme audit medis melalui kerjasama baik dengan Direktur, untuk mendorong pengumpulan data dari unsur terkait (staf keperawatan, staf laboratorium, staf radiologi, instalasi rekam medik ataupun dokter jaga);
- d. pada keadaan data yang diperlukan dinilai sudah lengkap, harus dilaksanakan secepatnya rapat klinik multi-disiplin dengan atau tanpa mengundang *peer group* (audit tahap pertama);
- e. rapat klinik sedemikian mempertajam kajian diagnosis, prosedur pelayanan, ketepatan tindakan/pengobatan (audit tahap kedua dilakukan di Komite Medik);
- f. hasil rapat klinik harus menjadi pelajaran untuk perbaikan mutu;
- g. Komite Medik memberikan rekomendasi sanksi profesional dan atau administratif kepada Direktur.

BAB V
PENUTUP

Pasal 62

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dalam Berita Daerah Kota Pekalongan.

Ditetapkan di Pekalongan
pada tanggal 17 Juli 2017

WALIKOTA PEKALONGAN

Cap.

Ttd.-

ACHMAD ALF ARSLAN DJUNAID

Diundangkan di Pekalongan
pada tanggal 17 Juli 2017



SEKRETARIS DAERAH

SRI RUMININGSIH

BERITA DAERAH KOTA PEKALONGAN TAHUN 2017 NOMOR 23