



SALINAN

WALI KOTA TEGAL
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN WALI KOTA TEGAL
NOMOR 14 TAHUN 2023
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KARDINAH KOTA TEGAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA TEGAL,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, oleh karena itu Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah dituntut untuk dapat memberikan pelayanan bermutu sesuai dengan peraturan yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, sehingga perlu menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal;
- c. bahwa dengan telah ditetapkannya Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus, Peraturan Wali Kota Tegal Nomor 28 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal perlu ditinjau kembali;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota Tegal tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal;

Mengingat . . .

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Propinsi Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah dan Djawa Barat sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang 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);

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KARDINAH KOTA TEGAL.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Tegal.
2. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.

3. Wali . . .

3. Wali Kota adalah Wali Kota Tegal.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah yang sudah ditetapkan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus dan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan status penuh.
5. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah.
6. Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disingkat UOBK adalah Rumah Sakit Daerah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit.
8. 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.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal atau yang juga disebut dengan *Hospital By Laws* yang selanjutnya disebut Peraturan Internal adalah peraturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit.
10. Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal yang selanjutnya disebut dengan Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada Rumah Sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakititan yang melibatkan unsur masyarakat.
11. Rencana Strategis yang selanjutnya disingkat Renstra adalah dokumen perencanaan 5 (lima) tahun yang disusun untuk menjelaskan strategi pengelolaan BLUD dengan mempertimbangkan alokasi sumber daya dan kinerja dengan menggunakan teknik analisis bisnis.
12. 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 Rumah Sakit.
13. Dokumen . . .

13. Rencana Kerja dan Anggaran yang selanjutnya disingkat RKA adalah dokumen yang memuat rencana pendapatan dan belanja Rumah Sakit yang digunakan sebagai dasar penyusunan rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
14. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang, yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
16. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan Rumah Sakit.
17. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter umum, dokter gigi, dokter subspesialis, dokter spesialis, dokter gigi subspesialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit yang dikelompokkan sesuai bidang spesialisasinya.
18. Staf Keperawatan adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan/ kebidanan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
19. Kelompok Staf Keperawatan adalah kelompok yang mengoordinasikan pelayanan profesi keperawatan dan kebidanan berdasarkan spesialisasi, area seminat dan unit kerja atau ruang perawatan.
20. Staf Tenaga Kesehatan Lain adalah seluruh tenaga kesehatan lain di Rumah Sakit termasuk Apoteker, Teknisi Kardiovaskuler, Psikolog klinis, Perekam Medis, Tenaga Teknik Kefarmasian, Asisten Penata Anestesi, Penata Anestesi, Radiografer, Okupasi Terapis, Fisio Terapi, Terapi wicara, Ortotik prostetik, Akupunktur, Dietizen, Nutrisisionis, Penata Laboratorium kesehatan, Fisikawan Medis, Elektromedis, Sanitarian, dan Terapis gigi.
21. Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lain adalah kelompok yang mengoordinasikan pelayanan staf tenaga kesehatan lain dan kebidanan berdasarkan spesialisasi, area seminat dan unit kerja atau ruang perawatan.

22. 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.
23. 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.
24. Unit kerja adalah tempat staf medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya, dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
25. Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil masing-masing Tenaga Kesehatan kepada Tenaga Kesehatan yang telah diregistrasi.
26. Surat Izin Praktik medis dan keperawatan yang selanjutnya disingkat SIP adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah, maupun Surat Tugas untuk melakukan praktek kedokteran yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi kepada Tenaga Kesehatan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik.
27. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam RSUD Kardinah untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
28. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
29. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis, staf keperawatan, staf Tenaga Kesehatan Lainnya untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
30. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis, staf keperawatan, staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

31. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
32. Audit Keperawatan upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi keperawatan.
33. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI 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.
34. Mitra Bestari (*Peer group*) adalah sekelompok staf medis, staf keperawatan, tenaga kesehatan lain dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
35. Komite adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
36. Remunerasi adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun yang diberikan kepada Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan pegawai Rumah Sakit.
37. Pengaduan adalah penyampaian keluhan yang disampaikan pengadu kepada pengelola pengaduan pelayanan publik atas pelayanan pelaksana yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, atau pengabaian kewajiban dan/atau pelanggaran larangan oleh penyelenggara.
38. Standar pelayanan adalah tolak 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.

Pasal 2

- (1) Ruang Lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit terdiri dari:
- a. Tata Kelola Korporasi;
 - b. Tata Kelola Staf Medis;
 - c. Tata Kelola Staf Keperawatan;
 - d. Tata Kelola Staf Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - e. Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus:
 - f. Pengelolaan Keuangan;
 - g. Pengelolaan Barang Milik Daerah;
 - h. Pengelolaan Kepegawaian.
 - i. Manajemen Sumber Daya;
 - j. Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - k. Manajemen Budaya Keselamatan Kerja;
 - l. Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - m. Manajemen Kerjasama/ Kontrak;
 - n. Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian;
 - o. Manajemen Etik;
 - p. Manajemen Penanganan Pengaduan;
 - q. Manajemen Budaya Keselamatan;
 - g. Manajemen Pengelolaan Lingkungan dan Sumber Daya Lain;
 - h. Manajemen Standar Pelayanan Minimal;
 - i. Evaluasi dan Penilaian Kinerja;
 - j. Informasi Medis;
 - k. Tuntutan Hukum;
 - l. Tata Kerja;
 - m. Manajemen Resiko;
 - n. Pelaksanaan Peraturan Internal.
- (2) Peraturan Internal menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:
- a. Transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.

b. Akuntabilitas . . .

- b. Akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- c. Responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan.
- d. Independensi, 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.

BAB II

TATA KELOLA KORPORASI

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 3

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal.
- (2) Rumah Sakit merupakan UOBK di lingkungan Pemerintah Daerah untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Daerah;
- (3) Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum.
- (4) Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Pendidikan
- (5) Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan KS. Tubun Nomor 2 Tegal.

Pasal 4

- (1) Visi Rumah Sakit adalah menjadi rumah sakit pilihan utama masyarakat dengan pelayanan paripurna yang berbasis pendidikan.

(2) Misi . . .

- (2) Misi Rumah Sakit adalah:
 - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan bermutu yang mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan dengan berbasis teknologi informasi;
 - b. mewujudkan lingkungan rumah sakit yang bersih, rapi, sehat, aman, nyaman dan ramah lingkungan;
 - c. mengembangkan sumber daya manusia yang kompeten, kreatif dan inovatif;
 - d. menyediakan sarana dan prasarana kesehatan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi Kesehatan;
 - e. menyelenggarakan pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang Kesehatan.
- (3) Moto Rumah Sakit adalah “Kesembuhan dan Kepuasan Anda adalah Keutamaan Bagi Kami”.
- (4) Falsafah Rumah Sakit adalah Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan atas dasar keikhlasan, kesungguhan, beretika dan amanah, menjadikan setiap langkah pelayanan jadi ibadah.
- (5) Tujuan strategis Rumah Sakit adalah meningkatnya indeks kepuasan masyarakat dari pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit.
- (6) Nilai-nilai dasar Rumah Sakit adalah:
 - a. Profesional: mengemban visi dan misi Rumah Sakit dalam pelayanan yang diselenggarakan dengan mengutamakan mutu berdasarkan standar yang telah ditetapkan sesuai dengan ilmu dan teknologi mutakhir, yang dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab;
 - b. Responsif: nilai yang terwujud dalam bentuk perilaku kerja yang senantiasa mengembangkan sikap proaktif, kooperatif, kritis, suportif, peka terhadap situasi dan kebutuhan lingkungan kerja, mampu memanfaatkan peluang dan tantangan yang ada, serta melayani secara prima kepada pengguna jasa Rumah Sakit;
 - c. Integritas: memberikan pelayanan yang diselenggarakan dengan memperhatikan dan mengutamakan kepentingan dan kebutuhan warga masyarakat selaku pengguna pelayanan Rumah Sakit;
 - d. Melayani . . .

- d. Melayani: tindakan dalam memberikan pelayanan kepada pengguna jasa Rumah Sakit baik ucapan, perkataan, perbuatan dengan tanpa beban untuk memberi pertolongan kepada orang lain dengan tulus ikhlas dan melakukannya dengan kesungguhan hati tanpa pamrih dan tidak mengharapkan imbalan;
- e. Akuntabel: nilai pertanggungjawaban atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terhadap setiap keputusan dan tindakan yang diambil yang berkenaan dengan penyelenggaraan pelayanan;
- f. Empati: Sikap perilaku kerja yang memberikan layanan kepada pengguna jasa dengan penuh perhatian dan dapat diwujudkan dengan peka terhadap perasaan orang lain;
- g. Tidak Diskriminasi: memberikan pelayanan yang tidak membeda bedakan pasien dari sisi suku, agama, ras, politik, tingkat sosial dan lainnya.

Bagian Kedua

Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi Rumah Sakit

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 merupakan UOBK yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.
- (2) Rumah Sakit dipimpin oleh Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Selain bertanggung jawab kepada Wali Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur juga bertanggung jawab kepada Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan yang dilaksanakan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit.
- (4) Dalam melaksanakan ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur ditetapkan sebagai kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(5) Kuasa . . .

- (5) Kuasa pengguna anggaran dan kuasa pengguna barang sebagaimana dimaksud pada ayat (4), memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah.
- (6) Ketentuan lebih lanjut tentang Rumah Sakit sebagai Unit Pelaksana Teknis yang merupakan UOBK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Wali Kota tersendiri.
- (7) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
- (8) Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (7) mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan Rumah Sakit;
 - b. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi Rumah Sakit;
 - c. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - d. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
 - e. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
 - f. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan
 - g. pelaksanaan pemantauan, evaluasi dan pelaporan; dan
 - h. pelaksanaan fungsi lain sesuai tugas dan fungsinya.

Bagian Ketiga

Tanggung Jawab dan Wewenang Wali Kota

Pasal 6

- (1) Wali Kota sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.

(2) Dalam . . .

- (2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Wali Kota berwenang:
- a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik;
 - b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit;
 - c. mengesahkan Renstra sebagai UOBK yang berstatus BLUD penuh;
 - d. mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah dengan diketahui Dewan Pengawas;
 - e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi 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.
- (3) Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen rumah sakit dan para pekerja profesional kesehatan di rumah sakit.
- (4) Pemberian advokasi dan tanggung gugat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan jika terjadi kerugian pada pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit yang setelah dilakukan analisa sumber akar masalah, merupakan kesalahan dari pihak manajemen rumah sakit.

(5) Wali . . .

- (5) Wali Kota dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas melaksanakan BLUD 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. menetapkan standar satuan harga BLUD;
 - f. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit;
 - g. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; dan
 - h. melakukan pengesahan evaluasi Renstra.
- (6) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Wali Kota dan dilakukan penilaian setiap tahun.

Bagian Keempat

Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit

Pasal 7

- (1) Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumahsakit dan organisasi kemasyarakatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud ayat (1) diarahkan untuk:
- a. pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat;
 - b. peningkatan mutu pelayanan kesehatan;
 - c. keselamatan pasien
 - d. pengembangan jangkauan pelayanan;
 - e. peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) meliputi:

a. pemenuhan . . .

- a. pemenuhan persyaratan Rumah Sakit;
 - b. kesesuaian Klasifikasi Rumah Sakit;
 - c. perizinan Rumah Sakit;
 - d. pemenuhan kewajiban dan hak Rumah Sakit dan pasien;
dan
 - e. standar dan mutu pelayanan Rumah Sakit.
- (4) Pembina dan Pengawas Rumah Sakit terdiri atas:
- a. Pembina Teknis dan Pembina Keuangan;
 - b. SPI; dan
 - c. Dewan Pengawas.
- (5) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a yaitu Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
- (6) Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b yaitu Kepala Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang keuangan.
- (7) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat.
- (8) Pembentukan SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mempertimbangkan:
- a. Keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. Kompleksitas manajemen; dan
 - c. Volume dan/ atau jangkauan pelayanan.
- (9) Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi SPI sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (10) Pedoman pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kelima
Dewan Pengawas
Paragraf 1

Kedudukan, Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 8

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 9

- (1) Dewan Pengawas dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 10

- (1) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9, Dewan Pengawas bertugas:
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, kode etik profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Dewan Pengawas berkewajiban:
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik Rumah Sakit mengenai RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat serta saran mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;

c. melaporkan . . .

- c. melaporkan kepada Wali Kota tentang kinerja BLUD;
 - d. memberikan nasihat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun nonkeuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Wali Kota minimal 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

Pasal 11

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab dan wewenang:

- 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 memenuhi misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
- 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;

h. melakukan . . .

- h. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi Kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

Pasal 12

- (1) Pemilik Rumah Sakit dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketetausahaan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Pasal 13

Segala biaya ditimbulkan akibat dibentuknya Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran Rumah Sakit.

Paragraf 2

Keanggotaan Dewan Pengawas

Pasal 14

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas terdiri atas unsur:
 - a. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 2 (dua) orang pejabat Perangkat Daerah yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (2) Tenaga ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan BLUD.
- (3) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas pada 3 (tiga) BLUD.
- (4) Pengangkatan . . .

- (4) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola diangkat.

Pasal 15

Untuk dapat diangkat menjadi anggota Dewan Pengawas, setiap calon anggota Dewan Pengawas harus memenuhi persyaratan:

- a. sehat jasmani dan rohani;
- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan BLUD;
- c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
- d. memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi BLUD;
- e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu);
- g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
- i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
- j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.

Paragraf 3

Pembentukan, Pemberhentian, dan
Penggantian Dewan Pengawas

Pasal 16

Dewan Pengawas pada Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD dibentuk dengan Keputusan Wali Kota atas usulan Direktur.

Pasal 17

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun.

(2) Dalam . . .

- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pasal 18

- (1) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Pemilik karena:
- a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, karena:
- a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD;
 - 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.

Pasal 19

- (1) Dalam hal terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 ayat (1), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 sampai dengan Pasal 17.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Paragraf 4

Tata Kerja Dewan Pengawas

Pasal 20

- (1) Tata kerja Dewan Pengawas dan manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.

(2) Penyempurnaan . . .

- (2) Penyempurnaan tata kerja Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai kebutuhan Dewan Pengawas dan manajemen dalam pengelolaan Rumah Sakit dengan prinsip:
- a. Dewan Pengawas menghormati tugas dan wewenang manajemen dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana telah diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - b. manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. setiap hubungan kerja antara manajemen dengan Dewan Pengawas merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggungjawabkan;
 - d. hubungan kerja informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan;
 - e. Dewan Pengawas berhak memperoleh informasi Rumah Sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat;
 - f. manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat.

Paragraf 5

Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas

Pasal 21

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit sebagai BLUD dan dimuat dalam RBA.

Pasal 22

Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran dan Belanja Badan Layanan Umum Daerah RSUD Kardinah dan dimuat dalam RBA.

Paragraf . . .

Paragraf 6

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 23

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasihat kepada Direksi.
- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas adalah anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi dan dapat juga dihadiri 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 23

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari:

- a. Rapat Rutin;
- b. Rapat Tahunan; dan
- c. Rapat Khusus

Pasal 24

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan minimal 6 (enam) kali dalam setahun.
- (3) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:

a. 1 (satu) . . .

- a. 1 (satu) salinan agenda;
- b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya;
- c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 25

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada dalam Pasal 23 huruf b adalah rapat yang 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.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laoran umum keadaan BLUD termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 26

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud pada Pasal 23 huruf c diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. 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 tersebut diselenggarakan.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

Pasal 27

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

(2) Rapat . . .

- (2) Rapat rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan dapat dihadiri pihak lain di lingkungan Rumah Sakit atau di luar lingkungan Rumah Sakit.

Pasal 28

- (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) berkewajiban 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) Dalam hal kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
- (6) Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Pasal 29

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

Pasal . . .

Pasal 30

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

Pasal 31

- (1) Dewan Pengawas dapat mengubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dalam hal 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, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknyanya usulan.

Paragraf 7

Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf Medis

Pasal 32

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan sebagai upaya memberdayakan staf medis untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan.
- (2) Peran Terhadap staf medis sebagaimana dimaksud ayat (1) dilakukan melalui interaksi dan koordinasi secara berkesinambungan melalui pemberdayaan fungsi dalam organisasi komite medik Rumah Sakit.

Bagian Keenam

Organisasi Rumah Sakit

Paragraf 1

Umum

Pasal 33

- (1) Organisasi Rumah Sakit terdiri atas:

- a. struktur organisasi;

- b. prosedur . . .

- b. prosedur kerja;
 - c. pengelompokan fungsi logis; dan
 - d. pengelompokan sumber daya manusia.
- (2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.
- (3) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (4) Pengelompokan fungsi logis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan rentang kendali dan prinsip pengendalian intern dalam rangka efektifitas pencapaian tujuan organisasi.
- (5) Pengelompokan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif berdasarkan kompetensi untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif, efisien dan produktif.

Paragraf 2

Pejabat Pengelola

Pasal 34

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit terdiri atas:
- a. Direktur;
 - b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, terdiri dari:
 - 1. Bagian Umum, terdiri dari:
 - a) Subbagian Tata Usaha;
 - b) Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia; dan
 - c) Subbagian Perlengkapan dan Rumah Tangga.
 - 2. Bagian Keuangan, terdiri dari:
 - a) Subbagian Anggaran dan Perbendaharaan; dan
 - b) Subbagian . . .

- b) Subbagian Akuntansi.
- 3. Bagian Perencanaan dan Pemasaran, terdiri dari:
 - a) Subbagian Perencanaan dan Evaluasi; dan
 - b) Subbagian Pemasaran dan Hubungan Masyarakat.
- c. Wakil Direktur Pelayanan, terdiri dari:
 - 1. Bidang Pelayanan Medis;
 - 2. Bidang Keperawatan; dan
 - 3. Bidang Penunjang.
- (2) Direktur bertanggung jawab kepada Wali Kota terhadap operasional, Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah serta Bidang Kepegawaian.
- (3) Wakil Direktur sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b dan huruf c bertanggung jawab kepada Direktur sesuai bidang tanggung jawab masing-masing.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya, Pejabat Pengelola dibantu oleh:
 - a. Organisasi Pelaksana terdiri dari:
 - 1. Instalasi;
 - 2. Kelompok Staf Medis; dan
 - 3. *Duty Manager*.
 - b. Organisasi Pendukung terdiri atas:
 - 1. Satuan Pengawas Internal;
 - 2. Komite - komite.
 - c. Kelompok Jabatan Fungsional dan Jabatan Pelaksana.
- (5) Susunan Pejabat Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.

Pasal 35

- (1) Rumah Sakit menetapkan struktur organisasi internal meliputi Komite, Instalasi dan Unit Organisasi lain serta tata hubungan kerja dengan Pimpinan di Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.
- (2) Struktur Organisasi internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk mendukung:
 - a. proses budaya kerja manajemen Rumah Sakit, budaya keselamatan pasien dalam manajemen klinis di Rumah Sakit dan komunikasi antar profesi;
 - b. proses . . .

- b. proses perencanaan pelayanan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan;
- c. proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi; dan
- d. proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis.

Pasal 36

- (1) Dalam rangka menjamin manajemen mutu dan keselamatan pasien, Direksi dibantu oleh Manajer Pelayanan Pasien.
- (2) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas pokok dan fungsi:
 - a. memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien;
 - b. mengoptimalkan terlaksanannya pelayanan berfokus pada pasien;
 - c. mengoptimalkan proses reimbursmen;
 - d. asesmen untuk manajemen pelayanan pasien;
 - e. perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien;
 - f. komunikasi dan koordinasi;
 - g. edukasi dan advokasi; dan
 - h. kenadli mutu dna biaya pelayanan pasien.
- (3) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

Pasal 37

- (1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan klinis dan manajemen Rumah Sakit agar lebih efektif dan efisien, Rumah Sakit dibagi menjadi subkelompok yang kohesif terdiri dari:
 - a. Instalasi;
 - b. Kelompok Staf Medis;
 - c. Kelompok Staf Keperawatan;
 - d. Kelompok Staf Tenaga Kesehatan Lainnya; dan
 - e. Komite-Komite atau jenis layanan tertentu yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang disebut organisasi pelaksana.
- (2) Subkelompok sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (3) Dalam pelaksanaan pelayanan Instalasi dapat dibentuk unit-unit sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit.

(4) Unit . . .

- (4) Unit-unit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 3

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 38

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dalam penempatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- (3) Kebutuhan praktik bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (4) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.

Paragraf 4

Persyaratan

Pasal 39

Untuk dapat diangkat menjadi Pejabat Pengelola Rumah Sakit, setiap calon Pejabat Pengelola Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 5

Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Pejabat Pengelola

Pasal 40

- (1) Tugas dan fungsi serta tata kerja Pejabat Pengelola sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Wali Kota yang mengatur tentang pembentukan organisasi Rumah Sakit.
- (2) Selain melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur juga melaksanakan tugas dan fungsi sebagai berikut:
 - a. memberikan perlindungan dan memfasilitasi bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di Rumah Sakit;
 - b. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
 - c. mematuhi . . .

- c. mematuhi peraturan perundang-undangan;
- d. menjalankan visi dan misi Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
- e. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
- f. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan;
- g. menetapkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di Rumah Sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas Rumah Sakit;
- h. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada representasi pemilik/ Dewan Pengawas; dan
- i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen resiko kepada Representasi Pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.

Paragraf 6

Evaluasi Kinerja Kepala Bidang/Bagian

Pasal 41

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Bagian Umum, Kepala Bagian Keuangan dan Kepala Bagian Perencanaan dinilai Wakil Direktur Umum dan Keuangan.
- (2) Evaluasi kinerja Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan, Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dinilai Wakil Direktur Pelayanan.
- (3) Evaluasi Kinerja Kepala Bagian/Bidang berdasarkan pencapaian kinerja.
- (4) Evaluasi kinerja Kepala Bagian/ Bidang terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai.

Paragraf 7

Evaluasi Kinerja Kepala Subbagian

Pasal 42

- (1) Evaluasi kinerja Kepala Subbagian Tata Usaha, Kepala Subbagian Kepegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Kepala Subbagian Perlengkapan dan Rumah Tangga dinilai Kepala Bagian Umum.
- (2) Evaluasi kinerja Kepala Subbagian Anggaran dan Perbendaharaan dan Kepala Subbagian Akuntansi dinilai Kepala Bagian Keuangan.
- (3) Evaluasi kinerja Kepala Subbagian Perencanaan dan Evaluasi dan Kepala Subbagian Pemasaran dan Hubungan Masyarakat dinilai Kepala Bagian Perencanaan.
- (5) Evaluasi Kinerja Kepala Subbagian berdasarkan pencapaian kinerja.
- (6) Evaluasi kinerja Kepala Subbagian terdiri dari kinerja mutu pelayanan dan uraian tugas dalam bentuk Sasaran Kinerja Pegawai (SKP).

Bagian Ketujuh

Organisasi Pelaksana

Paragraf 1

Umum

Pasal 43

Organisasi Pelaksana terdiri atas:

- a. Instalasi;
- b. Kelompok Staf Medis;
- c. *Duty Manager*.

Paragraf 2

Instalasi

Pasal 44

- (1) Guna memungkinkan penyelenggaraan kegiatan pelayanan, kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non struktural.
- (2) Instalasi merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis, pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit.

(3) Pembentukan . . .

- (3) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Instalasi dipimpin oleh satu orang Kepala Instalasi yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya, Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Wakil Direktur yang terkait dan dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.
- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan wajib berkoordinasi dengan bidang atau seksi terkait.

Pasal 45

Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

Pasal 46

Jenis-jenis Instalasi di Rumah Sakit:

- a. Instalasi Gawat Darurat;
- b. Instalasi Rawat Jalan;
- c. Instalasi Rawat Inap;
- d. Instalasi *Intensive Care Unit*;
- e. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
- f. Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
- g. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
- h. Instalasi Radiologi;
- i. Instalasi Bedah Sentral;
- j. Instalasi Farmasi;
- k. Instalasi Gizi;
- l. Instalasi *Laundry*;
- m. Instalasi Kedokteran Forensik dan Medikolegal;
- n. Instalasi Penyehatan Lingkungan;
- o. Instalasi Prasarana dan Sarana Rumah Sakit;
- p. Instalasi *Central Sterilisation Support Department (CSSD)*;
- q. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit; dan
- r. Instalasi Pemulasaraan Jenazah.

Pasal 47

(1) Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahi:

- a. Instalasi Prasarana dan Sarana Rumah Sakit;

b. Instalasi . . .

- b. Instalasi Gizi;
 - c. Instalasi *Laundry*; dan
 - d. Instalasi Pemulasaraan Jenazah.
- (2) Wakil Direktur Pelayanan membawahi:
- a. Instalasi Gawat darurat;
 - b. Instalasi Rawat Jalan;
 - c. Instalasi Rawat inap;
 - d. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik;
 - e. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi;
 - f. Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik;
 - g. Instalasi Radiologi;
 - h. Instalasi *Intensive Care Unit*;
 - i. Instalasi Bedah Sentral;
 - j. Instalasi Farmasi;
 - k. Instalasi Penyehatan Lingkungan;
 - l. Instalasi *Central Sterilisation Support Department (CSSD)*;
 - m. Instalasi Kedokteran Forensik dan Medikolegal; dan
 - n. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit.

Paragraf 3

Tugas dan Fungsi Kepala Instalasi

Pasal 48

- (1) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Wakil Direktur.
- (2) Instalasi mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pelayanan medis, penunjang medis, pemelihara sarana dan prasarana Rumah Sakit Kardinah sesuai dengan bidang masing-masing.
- (3) Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), instalasi mempunyai rincian tugas:
- a. menyusun program kerja dan RBA instalasi;
 - b. menyusun standar pelayanan dan menghitung unit cost pelayanan instalasi;
 - c. melaksanakan pelayanan sesuai dengan bidangnya;
 - d. menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan instalasi.
 - e. melaporkan . . .

- e. melaporkan capaian indikator mutu meliputi indikator area klinis, indikator area manajemen, Indikator Sasaran Keselamatan Pasien, Indikator Standar Pelayanan Minimal;
- f. menangani keluhan pengguna jasa dan mengevaluasi capaian kepuasan pelanggan; dan
- g. mengelola sumber daya manusia yang ada di instalasinya.

Paragraf 4

Kelompok Staf Medis

Pasal 49

- (1) Kelompok Staf Medis adalah kelompok Dokter yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Kelompok Staf Medis mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya, Kelompok Staf Medis menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

Paragraf 5

Duty Manager

Pasal 50

- (1) *Duty Manager* merupakan seseorang yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur dan ditugaskan untuk menjadi manajer serta sebagai perwakilan pada Rumah Sakit pada saat jam kerja dan di luar jam kerja.
- (2) *Duty Manager* mempunyai tugas sebagai perwakilan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk:
 - a. memberikan informasi kepada petugas, pasien dan/atau keluarga pasien;
 - b. mengawasi kelengkapan tenaga pada setiap unit berdasarkan jadwal dinas diruangan/ unit masing-masing;
 - c. mengoordinasikan tenaga kesehatan saat dibutuhkan terutama dalam hal terjadi kegawatdaruratan;
 - d. mengupayakan kelengkapan peralatan, fasilitas, dan obat-obatan di ruangan/ unit yang membutuhkan khususnya kebutuhan darurat;
 - e. menangani . . .

- e. menangani keluhan pengguna jasa dan menangani permasalahan yang terjadi pada saat jam tugasnya;
 - f. mewakili manajemen untuk mengontrol kegiatan seluruh karyawan di Rumah Sakit pada saat jam bertugas; dan
 - g. bertanggung jawab sepenuhnya dalam setiap pengambilan keputusan yang dilakukan pada saat jam bertugas.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya *Duty Manager* bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kesepuluh
Organisasi Pendukung
Paragraf 1
Umum
Pasal 51

- (1) Organisasi Pendukung terdiri atas:
- a. SPI; dan
 - b. Komite-Komite.
- (2) Komite-Komite sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b, terdiri atas:
- a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Tenaga Kesehatan Lain;
 - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e. Komite Keselamatan Pasien;
 - f. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja
 - g. Komite Mutu Rumah Sakit;
 - h. Komite Etik dan Hukum;
 - i. Komite Farmasi dan Terapi;
 - j. Komite Rekam medik;
 - k. Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba; dan
 - l. Komite Koordinasi Pendidikan.

Paragraf 2
SPI
Pasal 52

Dalam rangka membantu Direktur dalam bidang pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit dibentuk SPI.

Pasal . . .

Pasal 53

- (1) SPI adalah Satuan Internal yang bersifat independen yang bertugas melaksanakan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu pengawas internal yang berkedudukan langsung di bawah Direktur.
- (3) Pembentukan sebagaimana pada Pasal 52 dengan mempertimbangkan:
 - a. keseimbangan antara manfaat dan beban;
 - b. kompleksitas manajemen; dan
 - c. volume dan/atau jangkauan pelayanan.
- (4) SPI mempunyai tugas membantu manajemen untuk:
 - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja Rumah Sakit;
 - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan Direktur;
 - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit;
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional Rumah Sakit; dan
 - f. melaporkan pelaksanaan tugas kepada Direktur.
- (5) SPI dipimpin oleh satu orang ketua yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil di Rumah Sakit.
- (6) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 54

Susunan SPI terdiri atas:

- a. 1 (satu) orang ketua merangkap anggota;
- b. 1 (satu) orang sekretaris merangkap anggota; dan
- c. 3 (tiga) orang anggota.

Pasal . . .

Pasal 55

Untuk dapat diangkat sebagai ketua, sekretaris, dan anggota SPI, sekurang-kurangnya harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. berprofesi sebagai tenaga kesehatan atau pegawai non profesi;
- b. memiliki dedikasi yang tinggi dalam menjalankan tugas;
- c. memiliki nilai keteladanan dan dihormati oleh pegawai Rumah Sakit;
- d. tidak pernah melanggar etika profesi atau peraturan kepegawaian;
- e. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
- f. memiliki pendidikan minimal strata satu;
- g. berminat atau berpengalaman dalam manajemen Rumah Sakit;
- h. memiliki integritas moral tinggi; dan
- i. memiliki komitmen, konsistensi dan obyektif.

Pasal 56

SPI diangkat oleh Direktur untuk masa tugas 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk masa tugas berikutnya.

Paragraf 3

Komite-Komite

Pasal 57

- (1) Komite merupakan organisasi nonstruktural yang dibentuk di Rumah Sakit oleh Direktur.
- (2) Komite mempunyai tugas membantu Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (3) Ketentuan dan tata kerja Komite akan ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kesebelas

Pedoman Pelayanan

Pasal 58

- (1) Kepala Unit / Kepala Instalasi Pelayanan mengusulkan rencana kegiatan dan anggaran serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan rumah sakit melalui pejabat di atasnya.

(2) Kepala . . .

- (2) Kepala Instalasi Pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang menjadi tanggung jawabnya.
- (3) Pedoman pelayanan sebagaimana diatur pada ayat (1) paling sedikit berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assesmen pasien dan kebutuhan pasien.
- (4) Kepala Instalasi Pelayanan bekerja sama dengan unit-unit pelayanan yang lain pada Rumah Sakit, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.
- (5) Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.

Bagian Keduabelas

Program Mutu Instalasi dan Unit

Pasal 59

Kepala Instalasi dan unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis bagi unit pelayanan tersebut.

Pasal 60

- (1) Kepala Instalasi dan Unit menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.
- (2) Standar minimal indikator mutu di Instalasi dan unit sebagaimana diatur pada ayat (1) mencakup:
 - a. penilaian Rumah Sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur yang terkait secara spesifik dengan Instalasi dan unit mereka;
 - b. penilaian yang terkait dengan prioritas Instalasi dan Unit secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi.

c. penilaian . . .

- c. penilaian spesifik di Instalasi dan unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan.

Pasal 61

Kepala Instalasi dan Unit menyediakan data dan Informasi dari hasil kegiatan pelayanan di Instalasi dan unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di Instalasi dan Unit tersebut.

Bagian Ketigabelas

Program Mutu Kelompok Staf Medis

Pasal 62

- (1) Tiap kelompok staf medis memilih dan menetapkan panduan praktik klinik, beserta dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*) dan/atau protokol klinis atau prosedur dan/atau *standing order* sebagai panduan asuhan klinis.
- (2) Pemilihan dan penetapan Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi kriteria:
 - a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi Rumah Sakit;
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di Rumah Sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional
 - c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang;
 - d. disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit;
 - e. dilaksanakan dan diukur efektivitasnya;
 - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*; dan
 - g. secara berkala diperbarui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (3) Panduan Praktik Klinik, Alur Klinis, atau Protokol dijadikan acuan dan bahan evaluasi kelompok staf medis.

Pasal . . .

Pasal 63

- (1) Tiap ketua kelompok staf medis menetapkan secara bersama-sama paling sedikit 5 (lima) panduan klinis prioritas setiap tahun untuk diimplementasikan di unit pelayanan.
- (2) Tiap-tiap unit pelayanan melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapan panduan klinis prioritas.

Pasal 64

Kepala Unit Pelayanan Klinis ikut terlibat dalam evaluasi penerapan panduan praktik klinis, alur klinis dan protokol kelompok staf medis, sesuai dengan indikator mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 62 ayat (2).

Pasal 65

Komite Medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktek klinis.

Bagian Keempatbelas

Hubungan-Hubungan Dalam

Peraturan Internal

Paragraf 1

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas

Pasal 66

- (1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Wali Kota melalui Dewan Pengawas.
- (3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Dinas.
- (4) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik di bidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.

(5) Keberhasilan . . .

- (5) Keberhasilan Rumah Sakit tergantung dari pengurusan Pejabat Pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari Wali Kota melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pengelola, dan Wali Kota selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.

Paragraf 2

Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite

Pasal 67

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus menerus dan berkesinambungan.
- (3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite.

Paragraf 3

Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite

Pasal 68

- (1) Komite Medik berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- (2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf 4

Hubungan Pejabat Pengelola dengan SPI

Pasal 69

- (1) SPI berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
(2) Tugas . . .

- (2) Tugas Pokok SPI adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di Rumah Sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), SPI berfungsi:
 - a. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan operasional;
 - b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal;
 - c. melakukan identifikasi resiko;
 - d. mencegah terjadinya penyimpangan;
 - e. memberikan konsultasi pengendalian internal;
 - f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.

BAB III

TATA KELOLA KELOMPOK STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Kelompok Staf Medis

Paragraf 1

Umum

Pasal 70

- (1) Untuk menjadi Kelompok Staf Medis Rumah Sakit seorang staf medis harus memiliki:
 - a. Kompetensi yang dibutuhkan;
 - b. Surat Tanda Registrasi (STR); dan
 - c. Surat Ijin Praktek (SIP).
- (2) Selain memenuhi syarat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) staf medis harus memiliki kesehatan jasmani dan rohani yang laik untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya serta memiliki perilaku, moral dan etik yang baik.

Pasal 71

- (1) Kelompok Staf Medis Rumah Sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.

(2) Kelompok . . .

- (2) Kelompok Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

Pasal 72

Dalam melaksanakan fungsinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 71 ayat (1) Kelompok 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 atau pelatihan berkelanjutan;
- d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran; dan
- e. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 73

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 72 Staf Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.
- (2) Setiap kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang 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 kewenangannya.

Pasal 74

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- (2) Ketua kelompok Staf Medis dapat dijabat oleh Dokter PNS atau Dokter dari unsur tenaga profesional lainnya.

(3) Pemilihan . . .

- (3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik dengan persetujuan Direktur.
- (4) Ketua Kelompok Staf Medis ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.

Pasal 75

Tanggung jawab Kelompok Staf Medis meliputi :

- a. melakukan evaluasi atas kinerja praktek Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
- b. memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
- d. memberikan laporan secara teratur minimal 1 (satu) kali setiap tahun melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur atau Wakil Direktur Pelayanan tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan staf, dan lain-lain yang dianggap perlu; dan
- e. melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 76

Kewajiban Kelompok Staf Medis meliputi :

- a. menyusun standar prosedur operasional pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medik;
- b. menyusun indikator mutu klinis; dan
- c. menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

Pasal . . .

Pasal 77

- (1) Terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi Staf Medis dilakukan penilaian kinerja oleh Direktur sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite medik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Staf Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggungjawab Komite Medik, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Paragraf 2

Kelompok Staf Medis

Pasal 78

Staf Medis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (1) terdiri dari:

- a. Staf Medis ASN; dan
- b. Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya.

Pasal 79

Staf Medis ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf a, yaitu dokter ASN yang bekerja purna waktu sebagai pegawai tetap rumah sakit, berkedudukan sebagai subkoordinator yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 80

- (1) Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf b, yaitu dokter, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang berstatus tenaga kontrak dan yang telah terikat perjanjian kerja dengan Rumah Sakit dan/atau Institusi Pendidikan dan ditetapkan berdasarkan Keputusan Penempatan di Rumah Sakit oleh Direktur dan/atau Dekan.
- (2) Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berhenti secara otomatis sebagai Staf Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontrak 1 (satu) tahun atau berhenti atas persetujuan bersama.

(3) Staf . . .

- (3) Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya yang telah menyelesaikan masa kontraknya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bekerja kembali untuk masa kontrak 1 (satu) kali setelah menandatangani perjanjian kerja baru dengan pihak Rumah Sakit.

Pasal 81

- (1) Rumah Sakit dapat mengikutsertakan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis sebagai pendamping sementara dokter spesialis.
- (2) Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu Dokter yang secara sah diterima sebagai peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, serta membantu memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 3

Kewenangan Klinis Staf Medis

Pasal 82

- (1) Setiap Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sesuai standar profesi setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan buku putih (*white paper*).
- (2) Kewenangan klinis seorang staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*).

Pasal 83

- (1) Untuk dapat memberikan rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82 ayat (1) Komite medik menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) dari syarat-syarat kompetensi yang dibutuhkan untuk setiap jenis pelayanan medis bagi setiap jenis pelayanan di Rumah Sakit.

(2) Penetapan . . .

- (2) Penetapan rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi dan didokumentasikan oleh Komite Medik dalam buku putih.
- (3) Buku putih sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menjadi dasar bagi Komite Medik dalam mengeluarkan rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk Staf Medis.

Paragraf 4

Surat Penugasan Klinis

Pasal 84

- (1) Pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 82 ayat (2) diberikan Direktur melalui penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Staf Medis sebagai dasar untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (3) Berdasarkan Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medik di Rumah Sakit.
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite medik atau alasan tertentu.
- (5) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medik di Rumah Sakit.

Pasal 85

Direktur dapat memberikan Surat Penugasan Klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.

Pasal . . .

Pasal 86

Dalam keadaan *emergency* atau bencana yang menimbulkan banyak korban, semua Staf Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinis oleh Direktur untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinis yang dimilikinya sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Paragraf 5

Masa Kerja Staf Medis

Pasal 87

- (1) Staf Medis ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf a dari Pegawai Negeri Sipil, memiliki masa kerja sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang undangan.
- (2) Staf Medis ASN sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf a dari Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja dan Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 huruf c, memiliki masa kerja sesuai dengan perjanjian dan/atau Keputusan Direktur.

Pasal 88

- (1) Staf Medis PNS yang sudah pensiun dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan dan tenaganya masih dibutuhkan oleh Rumah Sakit.
- (2) Untuk dapat diangkat kembali sebagai Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya, harus terlebih dahulu mengajukan permohonan kepada Direktur dan selanjutnya Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan tersebut.
- (3) Dalam pengambilan keputusan untuk menerima atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur meminta Komite Medik untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis melalui Subkomite Kredensial Staf Medis.
- (4) Selain Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Rumah Sakit/ Direktur juga dapat mempekerjakan Staf Medis Spesialis Mandiri / dari luar yang diikat dengan Perjanjian Kerja Sama / Kontrak berdasarkan analisis kebutuhan yang dilakukan dengan membuat kajian terlebih dahulu oleh Komite Medik Sub Komite Kredensial.

(5) Jangka . . .

- (5) Jangka waktu perjanjian kerjasama sebagaimana dimaksud ayat (4) berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak dengan mempertimbangkan efektivitas, efisien dan kemampuan keuangan.
- (6) Tata cara pelaksanaan Perjanjian Kerja Sama diatur dalam Peraturan Direktur sebagai pedoman dalam pengelolaan kerjasama di Rumah Sakit.

Pasal 89

Staf Medis diberhentikan dengan hormat karena :

- a. telah memasuki masa pensiun;
- b. permintaan sendiri;
- c. tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staf Medis;
- d. tidak masuk kerja selama 46 (empat puluh enam) hari kerja secara kumulatif selama 1(satu) tahun; dan
- e. berhalangan tetap karena sakitnya sehingga tidak dapat melaksanakan tugas.

Pasal 90

Staf Medis dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila terbukti melakukan perbuatan melawan hukum dengan ancaman pidana lebih dari 5 (lima) tahun berdasarkan putusan pengadilan yang berkekuatan hukum tetap.

Paragraf 6

Penilaian Kinerja Staf Medis

Pasal 91

Penilaian kinerja Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik yang disampaikan kepada Direktur merupakan rekomendasi bagi Direktur untuk mengambil kebijakan.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 92

- (1) Pembinaan dan pengawasan Staf Medis dilakukan oleh Direktur melalui Komite Medik.

(2) Pembinaan . . .

- (2) Pembinaan dan pengawasan anggota Staf Medis dilakukan oleh Wakil Direktur Pelayanan melalui ketua Staf Medis dari masing-masing kelompok.

Paragraf 8

Sanksi

Pasal 93

- (1) Seluruh Staf Medis Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, aturan Rumah Sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.
- (2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. administrasi;
 - b. teguran lisan atau tertulis;
 - c. penghentian praktik untuk sementara waktu;
 - d. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis PNS; atau
 - e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis dari unsur tenaga profesional lainnya yang masih berada dalam masa kontrak saja.
- (3) Pemberian sanksi sebagaimana dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.
- (4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staf Medis Fungsional yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Dalam hal Staf Medis Fungsional tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.
- (6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.

Bagian . . .

Bagian Kedua

Komite Medik

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 94

- (1) Komite Medik merupakan organisasi nonstruktural di Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur. Perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (3) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :
 - a. mutu pelayanan medis;
 - b. pembinaan etik kedokteran; dan
 - c. pengembangan profesi medis.
- (4) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi, Tugas dan Kewenangan

Pasal 95

Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Subkomite.

Pasal 96

- (1) Ketua komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.

(2) Sekretaris . . .

- (2) Sekretaris komite medik dan ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.
- (5) Dalam hal diperlukan Wakil Ketua Komite Medik, maka Wakil Ketua Komite Medik diusulkan oleh Ketua Komite Medik dan ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 97

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu :
 - a. subkomite Kredensial Staf Medis;
 - b. subkomite Mutu Profesi Medis;
 - c. subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis.
- (3) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 98

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite medis berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- d. memberikan . . .

- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 99

- (1) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 97 ayat (2) huruf a sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - 1. kompetensi;
 - 2. kesehatan fisik dan mental;
 - 3. perilaku etika profesi.
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian;
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi . . .

- h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Pasal 100

- (1) Organisasi Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 97 ayat (2) huruf b, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Subkomite Mutu profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) subkomite Mutu profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit tersebut ; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
 - e. pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui :
 - 1. pemantauan kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
 - 2. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 101

- (1) Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 97 ayat (2) huruf c, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik.

(2) Subkomite . . .

- (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) subkomite etika dan disiplin profesi medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasihat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 102

- (1) Rekomendasi dari Komite Medik untuk pemberian kewenangan klinis dilakukan melalui proses kredensial.
- (2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (3) Kredensial dilakukan terhadap seluruh Staf Medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya.
- (4) Rumah Sakit wajib melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar memiliki kompetensi.
- (6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi 2 (dua) aspek yaitu:
 - a. kompetensi . . .

- a. kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan dan perilaku profesional; dan
- b. kompetensi fisik dan mental.

Pasal 103

- (1) Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 104

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Penerbitan Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya, staf medis yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial Staf Medis harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.
- (3) Mekanisme dan proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan . . .

- e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
- f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Pasal 105

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial Staf Medis.

Paragraf 5

Rapat-Rapat

Pasal 106

Rapat Komite Medik terdiri atas:

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

Pasal 107

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.
- (2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan minimal 1 (satu) kali setiap bulan.
- (3) Rapat dipimpin oleh Ketua Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu dari anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua Komite Medik tidak hadir.
- (4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.
- (5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

Pasal 108

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 huruf b diadakan apabila:

a. ada . . .

- a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
 - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik.
- (2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
 - (3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
 - (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
 - (5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 109

- (1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 huruf c, diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 110

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 106 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medis.

Pasal 111

- (1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.

(3) Perhitungan . . .

- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

Pasal 112

- (1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Paragraf 6

Panitia *Adhoc*

Pasal 113

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Mitra bestari (*per group*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
- (5) 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.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 114

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Pembinaan . . .

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di Rumah Sakit
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan, pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.

BAB IV

TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 115

- (1) Peraturan internal staf keperawatan merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan.
- (2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai acuan dan dasar hukum yang sah bagi komite keperawatan dan Direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf keperawatan.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 116

- (1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.
- (2) Staf Keperawatan dapat memperoleh pelimpahan tindakan medis tertentu dari Staf Medis Fungsional berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.

(3) Jenjang . . .

- (3) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. jenjang perawat klinik I;
 - b. jenjang perawat klinik II;
 - c. jenjang perawat klinik III;
 - d. jenjang perawat klinik IV;
 - e. jenjang perawat klinik V.
- (4) Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:
 - a. kewenangan klinis sementara;
 - b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat;
 - c. kewenangan klinis bersyarat;
- (5) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dijabarkan dalam buku putih.
- (6) Buku Putih sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh komite keperawatan dengan melibatkan mitra bestari.

Pasal 117

- (1) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Keperawatan untuk melakukan proses kredensial.
- (2) Komite keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan.
- (3) Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa :
 - a. rekomendasi pemberian kewenangan klinis;
 - b. tidak diberi rekomendasi; dan
 - c. rekomendasi dengan syarat.

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis

Pasal 118

- (1) Komite Keperawatan menetapkan kewenangan klinis staf keperawatan dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.

(2) Direktur . . .

- (2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf keperawatan atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Keperawatan.

Bagian Keempat
Komite Keperawatan

Paragraf 1

Pembentukan

Pasal 119

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Paragraf 2

Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan

Pasal 120

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari:
 - a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.

(5) Subkomite . . .

- (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 121

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan;
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan . . .

- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesi berkelanjutan kepada tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 122

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi kewenangan klinis;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 123

- (1) Rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Keperawatan dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atas asuhan kebidanan dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
- (3) Proses Kredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf keperawatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah:
 - a. Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - b. Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;
 - c. Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan.

Pasal 124

- (1) Setelah seorang Staf Keperawatan dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga keperawatan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4
Rekredensial
Pasal 125

- (1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Rumah Sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Keperawatan harus melakukan rekredensial terhadap staf keperawatan yang bersangkutan.
- (3) Proses rekredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.
- (4) Mekanisme dan proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5
Rapat-Rapat
Pasal 126

Rapat Komite Keperawatan terdiri dari:

- a. Rapat Komite; dan
- b. Rapat dengan Tim Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Unit Lain.

Pasal . . .

Pasal 127

- (1) Rapat Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 126 huruf a adalah rapat yang melibatkan semua anggota komite Keperawatan yang dilakukan 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.
- (2) Rapat dengan Tim Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 126 huruf b adalah rapat yang dilakukan oleh IPCN dengan IPCLN atau dengan unit terkait lainnya dilakukan rutin 3 (tiga) bulan sekali atau jika ada kejadian khusus yang membutuhkan rapat mendadak.

Pasal 128

- (1) Keputusan rapat Komite Komite Keperawatan didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Keperawatan yang hadir.

Paragraf 6

Panitia *Adhoc*

Pasal 129

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan, dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi pendidikan kebidanan.

Paragraf . . .

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 130

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Keperawatan dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 131

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 130 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB V

TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 132

- (1) Maksud dibuatnya Tata Kelola Staf Kesehatan Lainnya agar Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di Rumah Sakit.
- (2) Tenaga kesehatan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. apoteker;
 - b. teknisi kardiovaskuler;
 - c. psikolog klinis;
 - d. perekam medis;
 - e. tenaga . . .

- e. tenaga teknik kefarmasian;
- f. asisten penata anestesi;
- g. penata anestesi;
- h. radiografer;
- i. okupasi terapis;
- j. fisio terapi;
- k. terapi wicara;
- l. ortotik prostetik;
- m. akupunktur;
- n. dietizen;
- o. nutrisionis;
- p. penata laboratorium kesehatan;
- q. fisikawan medis;
- r. elektromedis;
- s. sanitarian; dan
- t. terapis gigi.

Bagian Kedua

Kewenangan Klinis

Pasal 133

- (1) Kompetensi masing-masing profesi hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kategori jenjang klinis masing-masing profesi.
- (2) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf tenaga kesehatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk melakukan proses kredensial.
- (3) Komite tenaga kesehatan lainnya menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan profesi masing-masing.

Bagian . . .

Bagian Ketiga
Penugasan Klinis
Pasal 134

- (1) Komite Kesehatan Lainnya menetapkan kewenangan klinis dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.
- (2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf tenaga kesehatan lainnya atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Bagian Keempat
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
Paragraf 1
Pembentukan
Pasal 135

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien/ Optometris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, dan Ortotik Prostetik.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.

Paragraf 2
Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan
Pasal 136

- (1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris . . .

- b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite.
- (2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
 - (3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
 - (4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :
 - a. subkomite kredensial;
 - b. subkomite mutu profesi; dan
 - c. subkomite etik dan disiplin profesi.
 - (5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya.
 - (6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya.
 - (7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 137

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lainnya masing-masing profesi.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. menyusun . . .

- a. menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
- a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lain;
 - c. melakukan audit tenaga kesehatan lain;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan
 - e. membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lain;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lain; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain.

Pasal 138

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan tenaga kesehatan lain;
- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan tenaga kesehatan lain;
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan tenaga kesehatan lain tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat penugasan tenaga kesehatan lain;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit tenaga kesehatan lain;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lain berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3

Kredensial

Pasal 139

- (1) Rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan melalui proses Kredensial.
- (2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan kompetensi masing-masing profesi dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.
- (3) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Kesehatan Lainnya.
- (4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.
- (5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah:

a. memberi . . .

- a. memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;
 - b. melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; dan
 - c. pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.
- (6) Setelah seorang Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.
- (7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga kesehatan lainnya tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Paragraf 4

Rekredensial

Pasal 140

- (1) Paling lambat 2 (dua) minggu sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Rumah Sakit melalui Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya harus melakukan rekredensial terhadap staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan.
- (3) Proses rekredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.
- (5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya kepada Direktur berupa:
 - a. kewenangan . . .

- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
- b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
- c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
- d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
- e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
- f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

Paragraf 5

Rapat-Rapat

Pasal 141

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lain dan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi Tenaga Kesehatan Lain
- (2) Rapat Koordinasi Tenaga Kesehatan Lain terdiri atas:
 - a. rapat kerja;
 - b. rapat rutin;
 - c. rapat pleno; dan
 - d. rapat tahunan.
- (3) Rapat kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a:
 - a. Rapat kerja Tenaga Kesehatan Lain dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. Rapat kerja Tenaga Kesehatan Lain dipimpin oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain atau Kepala Instalasi Tenaga Kesehatan Lain dan dihadiri oleh sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain, sub Komite, Panitia-panitia dan kepala ruang Tenaga Kesehatan Lain;
 - c. Agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja Tenaga Kesehatan Lain dalam 1 (satu) tahun.
- (4) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b:
 - a. Rapat rutin Tenaga Kesehatan Lain dilaksanakan 1 (satu) kali dalam sebulan diikuti oleh Kepala Instalasi Tenaga Kesehatan Lain, Komite Tenaga Kesehatan Lain dan Kepala Ruang Tenaga Kesehatan Lain;
 - b. Agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah harian Tenaga Kesehatan Lain;

c. Rapat . . .

- c. Rapat rutin Tenaga Kesehatan Lain dipimpin oleh Kepala Instalasi Tenaga Kesehatan Lain atau Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain.
- (5) Rapat Pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c:
- a. Rapat Pleno Tenaga Kesehatan Lain diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. Rapat Pleno dipimpin oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain atau Kepala Instalasi Tenaga Kesehatan Lain dan dihadiri oleh sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lain, sub Komite dan Anggota;
 - c. Agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin Tenaga Kesehatan Lain;
 - d. Kehadiran rapat pleno adalah 100% (seratus persen) peserta rapat.
- (6) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d:
- a. Rapat tahunan Tenaga Kesehatan Lain diadakan satu kali setahun;
 - b. Rapat tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain atau Kepala Instalasi Tenaga Kesehatan Lain dan dihadiri oleh sekretaris komite Tenaga Kesehatan Lain, sub Komite, panitia-panitia Tenaga Kesehatan Lain lain dan kepala ruang Tenaga Kesehatan Lain;
 - c. Agenda rapat tahunan adalah membuat rencana kerja Tenaga Kesehatan Lain dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
 - d. Keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 (dua per tiga) peserta hadir.

Pasal 142

- (1) Keputusan rapat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama, maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang.
- (3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang hadir.

Paragraf . . .

Paragraf 6

Panitia *Adhoc*

Pasal 143

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Panitia *Adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga kesehatan lainnya yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah sakit lain, organisasi profesi masing-masing tenaga kesehatan, dan/atau institusi pendidikan tenaga kesehatan sesuai dengan profesi masing-masing.

Paragraf 7

Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 144

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Tenaga kesehatan Lainnya dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 145

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 144 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.

BAB VI
PENGELOLAAN RUMAH SAKIT SEBAGAI UOBK

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 146

- (1) Dalam menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah.
- (3) Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur bertanggung jawab kepada Kepala Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan melalui penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit.
- (4) Penyampaikan laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Pengelolaan Keuangan

Paragraf 1

Perencanaan, Penganggaran, Penatausahaan, Pelaksanaan,
Pelaporan dan Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 147

- (1) Otonomi dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada Pasal 146 ayat (1) meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan.

(2) Direktur . . .

- (2) Direktur bertanggung jawab atas pelaksanaan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan Rumah Sakit.

Pasal 148

- (1) Direktur dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 146 ayat (1) bertanggung jawab:
 - a. secara administratif/dalam bentuk laporan kepada Kepala Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan; dan
 - b. secara substantif kepada Wali Kota melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah.
- (2) Dalam penyampaian laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Direktur melakukan penyusunan laporan keuangan yang merupakan bagian dari laporan kinerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disajikan sebagai lampiran laporan keuangan Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
- (4) Tata cara dan format penyusunan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dalam Penatausahaan Keuangan dengan Peraturan Direktur.

Pasal 149

- (1) Dalam melaksanakan otonomi pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 ayat (1), Direktur ditetapkan selaku Kuasa Pengguna Anggaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kepala Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan selaku Pengguna Anggaran melimpahkan kewenangannya atas pengelolaan keuangan Rumah Sakit kepada Direktur selaku Kuasa Pengguna Anggaran.
- (3) Selain selaku Kuasa Pengguna Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur memiliki tugas dan kewenangan:
 - a. menyusun RKA;
 - b. menyusun . . .

- b. menyusun DPA;
 - c. menandatangani Surat Perintah Membayar;
 - d. mengelola utang dan piutang daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
 - e. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
 - f. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan (PPTK) dan pejabat penatausahaan keuangan (PPK); dan
 - g. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan daerah;
 - h. mengusulkan Kuasa Pengguna Anggaran (KPA), Bendahara Pengeluaran (BP), Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran Pembantu (BPP) kepada Wali Kota melalui Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
- (4) RKA dan DPA sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) huruf (a) dan huruf (b) disampaikan kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah melalui Pejabat Pengelola Keuangan Daerah untuk diverifikasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Direktur menandatangani Surat Perintah Membayar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c meliputi Uang Persediaan, Ganti Uang, Ganti Uang Persediaan, Tambahan Uang Persediaan, Lumsum.
- (6) Direktur mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggung jawabnya sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf d yang merupakan konsekuensi dari pelaksanaan DPA.

Pasal 150

- (1) RKA Rumah Sakit merupakan lampiran dari DPA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.
- (2) DPA Rumah Sakit merupakan lampiran dari DPA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.

(3) Dalam . . .

- (3) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 147 ayat (1) Direktur melaksanakan belanja sesuai DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 149 ayat (3) huruf b sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) Rumah Sakit juga melaksanakan anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan.

Pasal 151

- (1) Seluruh pendapatan Rumah Sakit dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja Rumah Sakit.
- (2) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi seluruh pendapatan Rumah Sakit selain dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.
- (3) Pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dicantumkan dalam RKA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan pada kelompok Pendapatan Asli Daerah, jenis lain-lain Pendapatan Asli Daerah yang sah dan objek pendapatan Rumah Sakit.

Pasal 152

- (1) Pagu Anggaran belanja Rumah Sakit dalam RKA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan yang sumber dananya berasal dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 151 ayat (2) dan surplus anggaran Rumah Sakit dirinci dalam satu program, satu kegiatan, satu *output* dan jenis belanjanya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan.
- (2) Rincian lebih lanjut dari Pagu Anggaran Belanja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam RBA.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan lampiran dari DPA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

Pasal . . .

Pasal 153

- (1) Pembiayaan Rumah Sakit merupakan Lampiran RKA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan selanjutnya diintegrasikan pada akun pembiayaan Dinas.
- (2) Rumah Sakit dapat melakukan pergeseran rincian belanja yang ada di RBA, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sepanjang tidak melebihi pagu anggaran perjenis belanja di DPA dengan diketahui Dewan Pengawas.

Paragraf 2

Prinsip Pengelolaan Keuangan

Pasal 154

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.
- (2) Dalam rangka penerapan prinsip dan asas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), penatausahaan keuangan menerapkan Sistem Akuntansi berbasis Standar Akuntansi Pemerintahan.

Paragraf 3

Fleksibilitas

Pasal 155

- (1) Dalam pengelolaan keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 154 ayat (1) Rumah Sakit dengan status BLUD memperoleh fleksibilitas berupa:
 - a. pengelolaan pendapatan dan belanja;
 - b. pengelolaan kas;
 - c. pengelolaan utang;
 - d. pengelolaan piutang;
 - e. pengelolaan investasi;
 - f. pengelolaan barang dan/atau jasa;
 - g. pengadaan barang/jasa;
 - h. penyusunan akuntansi, pelaporan dan pertanggungjawaban;
 - i. pengelolaan surplus dan defisit;
 - j. kerjasama dengan pihak lain;
 - k. mempekerjakan . . .

- k. mempekerjakan tenaga Non Aparatur Sipil Negara;
 - l. pengelolaan dana secara langsung; dan
 - m. perumusan standar, kebijakan, sistem, dan prosedur pengelolaan keuangan.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Wali Kota tersendiri.

Paragraf 4

Tarif Layanan

Pasal 156

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan (*unit cost*) dan per kegiatan (*activity based costing*).
- (3) Sasaran penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah untuk menutup sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan serta tidak mengutamakan mencari keuntungan dengan tetap memperhatikan kemampuan ekonomi sosial masyarakat dan daya saing untuk pelayanan sejenis.
- (4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.

Pasal 157

- (1) Tarif layanan Rumah Sakit diusulkan oleh Direktur kepada Wali Kota.
- (2) Penetapan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Wali Kota.
- (3) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.
- (4) Pola tarif dan penetapan besaran tarif disusun oleh tim yang dibentuk oleh Direktur.

Pasal 158

- (1) Peraturan Wali Kota mengenai tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (2) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan secara keseluruhan atau per unit layanan.

Paragraf 5

Struktur Anggaran BLUD

Pasal 159

- (1) Struktur anggaran BLUD, terdiri atas:
 - a. pendapatan BLUD;
 - b. belanja BLUD; dan
 - c. pembiayaan BLUD.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) huruf a bersumber dari:
 - a. jasa layanan;
 - b. hibah;
 - c. hasil kerja sama dengan pihak lain;
 - d. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah;
 - e. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara; dan/atau
 - f. lain-lain pendapatan BLUD yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 160

- (1) Pendapatan BLUD yang bersumber dari jasa layanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a berupa imbalan yang diperoleh dari jasa layanan yang diberikan kepada masyarakat.
- (2) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf b dapat berupa hibah terikat dan hibah tidak terikat yang diperoleh dari masyarakat atau badan lain.
- (3) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hibah terikat sebagaimana dimaksud ayat (2), digunakan sesuai dengan tujuan pemberian hibah, sesuai dengan peruntukannya yang selaras dengan tujuan BLUD sebagaimana tercantum dalam naskah perjanjian hibah.

(4) Pendapatan . . .

- (4) Pendapatan BLUD yang bersumber dari hasil kerja sama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf c dapat berupa hasil yang diperoleh dari kerja sama BLUD.
- (5) Pendapatan BLUD yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf d dan huruf e berupa pendapatan yang berasal dari DPA Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.
- (6) Lain-lain pendapatan BLUD yang sah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf e, meliputi:
 - a. jasa giro;
 - b. pendapatan bunga;
 - c. keuntungan selisih nilai tukar rupiah terhadap mata uang asing;
 - d. komisi, potongan ataupun bentuk lain sebagai akibat dari penjualan dan/ atau pengadaan barang dan/atau jasa oleh BLUD;
 - e. investasi; dan
 - f. pengembangan usaha.

Pasal 161

- (1) Pengembangan usaha sebagaimana dimaksud dalam Pasal 160 ayat (6) huruf f dilakukan melalui pembentukan unit usaha untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat.
- (2) Unit usaha sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan bagian dari BLUD yang bertugas melakukan pengembangan layanan dan mengoptimalkan sumber pendanaan untuk mendukung kegiatan BLUD.

Pasal 162

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a sampai dengan huruf e dikelola langsung untuk membiayai pengeluaran BLUD sesuai RBA, kecuali yang berasal dari hibah terikat dan hibah tidak terikat.
- (2) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui Rekening Kas BLUD.

(3) Seluruh . . .

- (3) Seluruh pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) dilaksanakan melalui rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kas Rumah Sakit dan dicatat dalam kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain-lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan Rumah Sakit.
- (4) Seluruh pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaporkan kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah setiap triwulan.
- (5) Format laporan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 163

- (1) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 169 ayat (1) huruf b terdiri atas:
 - a. belanja operasi; dan
 - b. belanja modal.
- (2) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mencakup seluruh belanja BLUD untuk menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Belanja operasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi belanja pegawai, belanja barang dan jasa, belanja bunga dan belanja lain.
- (4) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b mencakup seluruh belanja BLUD untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD.
- (5) Belanja modal sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi belanja tanah, belanja peralatan dan mesin, belanja gedung dan bangunan, belanja jalan, irigasi dan jaringan, dan belanja aset tetap lainnya.

Pasal 164

- (1) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (1) huruf c terdiri atas:
 - a. penerimaan pembiayaan; dan
 - b. pengeluaran pembiayaan.

(2) Pembiayaan . . .

- (2) Pembiayaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua penerimaan yang perlu dibayar kembali dan/atau pengeluaran yang akan diterima kembali, baik pada tahun anggaran yang bersangkutan maupun pada tahun anggaran berikutnya.

Pasal 165

- (1) Penerimaan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya;
 - b. divestasi; dan
 - c. penerimaan utang/pinjaman.
- (2) Pengeluaran pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 164 ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. investasi; dan
 - b. pembayaran pokok utang/pinjaman.

Paragraf 6

Perencanaan dan Penganggaran BLUD

Pasal 166

- (1) Rumah Sakit menyusun Renstra BLUD.
- (2) Renstra BLUD Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan Rumah Sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuatu visi yang ditetapkan, agar tujuan organisasi dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau mungkin timbul.

(6) Pengukuran . . .

- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisis atas faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.
- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun.
- (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Pasal 167

Renstra BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 166 ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penyusunan RBA dan Evaluasi kinerja.

Pasal 168

RBA merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan Rumah Sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

Pasal 169

- (1) Direktur wajib menyusun Renstra Rumah Sakit dan Renstra BLUD setiap 5 (lima) tahun sekali.
- (2) Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah.
- (3) Sebelum ditetapkan oleh Wali Kota, Rancangan Renstra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terlebih dahulu dikoordinasikan dengan Dewan Pengawas untuk mendapat persetujuan.
- (4) Rumah sakit yang menerapkan BLUD menyusun RBA mengacu pada Renstra.
- (5) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disusun berdasarkan:
 - a. anggaran berbasis kinerja;
 - b. standar satuan harga; dan
 - c. kebutuhan . . .

- c. kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diperoleh dari layanan yang diberikan kepada masyarakat, hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan sumber pendapatan BLUD lainnya.
- (6) Anggaran berbasis kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a merupakan analisis kegiatan yang berorientasi pada pencapaian *output* dengan penggunaan sumber daya secara efisien.
- (7) Standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b merupakan harga satuan setiap unit barang/jasa di Pemerintah Daerah.
- (8) BLUD menyusun standar satuan harga yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (9) Dalam hal BLUD belum menyusun standar satuan harga sebagaimana dimaksud pada ayat (9), BLUD menggunakan standar satuan harga yang ditetapkan dengan Peraturan Wali Kota.
- (10) Kebutuhan belanja dan kemampuan pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf c merupakan pagu belanja yang dirinci menurut belanja operasi dan belanja modal.

Pasal 170

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 168, meliputi:
 - a. ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - b. rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan;
 - c. perkiraan harga;
 - d. besaran persentase ambang batas; dan
 - e. perkiraan maju atau *forward estimate*.
- (2) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut pola anggaran fleksibel dengan suatu presentase ambang batas tertentu.
- (3) RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disertai dengan standar pelayanan minimal.

Pasal . . .

Pasal 171

- (1) Ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) huruf a merupakan ringkasan pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) Rincian anggaran pendapatan, belanja dan pembiayaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) huruf b merupakan rencana anggaran untuk seluruh kegiatan tahunan yang dinyatakan dalam satuan uang yang tercermin dari rencana pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (3) Perkiraan harga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) huruf c merupakan estimasi harga jual produk barang dan/atau jasa setelah memperhitungkan biaya per satuan dan tingkat margin yang ditentukan seperti tercermin dari Tarif Layanan.
- (4) Besaran persentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) huruf d, merupakan besaran persentase perubahan anggaran bersumber dari pendapatan operasional yang diperkenankan dan ditentukan dengan mempertimbangkan fluktuasi kegiatan operasional BLUD.
- (5) Perkiraan maju sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) huruf e, merupakan perhitungan kebutuhan dana untuk tahun anggaran berikutnya dari tahun yang direncanakan guna memastikan kesinambungan program dan kegiatan yang telah disetujui dan menjadi dasar penyusunan anggaran tahun berikutnya.

Pasal 172

- (1) Pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf d dan huruf e diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam RKA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan pada akun pendapatan daerah pada kode rekening kelompok pendapatan asli daerah pada jenis lain pendapatan asli daerah yang sah dengan obyek pendapatan dari BLUD.

(2) Belanja . . .

- (2) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (1) huruf b yang sumber dananya berasal dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf d dan huruf e dan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD, diintegrasikan/ dikonsolidasikan ke dalam RKA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan pada akun belanja daerah yang selanjutnya dirinci dalam I (satu) program, I (satu) kegiatan, I (satu) output dan jenis belanja.
- (3) Belanja BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan serta kegiatan pelayanan dan pendukung pelayanan.
- (4) Pembiayaan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (1) diintegrasikan / dikonsolidasikan ke dalam RKA Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan selanjutnya diintegrasikan/ dikonsolidasikan pada akun pembiayaan pada Satuan Kerja Pengelolaan Keuangan Daerah selaku Bendahara Umum Daerah.
- (5) BLUD dapat melakukan pergeseran rincian belanja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), sepanjang tidak melebihi pagu anggaran dalam jenis belanja pada DPA untuk selanjutnya disampaikan kepada PPKD.
- (6) Rincian belanja dicantumkan dalam RBA.

Pasal 173

- (1) RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 170 ayat (1) diintegrasikan/ dikonsolidasikan dan merupakan kesatuan dari RKA.
- (2) RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada PPKD sebagai bahan penyusunan rancangan peraturan daerah tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Pasal 174

- (1) PPKD menyampaikan RKA beserta RBA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 173 ayat (2) kepada Tim Anggaran Pemerintah Daerah untuk dilakukan penelaahan.

(2) Hasil . . .

- (2) Hasil penelaahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain digunakan sebagai dasar pertimbangan alokasi dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah untuk BLUD.

Pasal 175

- (1) Tim Anggaran Pemerintah Daerah menyampaikan kembali RKA beserta RBA yang telah dilakukan penelaahan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 174 ayat (1) kepada PPKD untuk dicantumkan dalam rancangan peraturan daerah tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya ditetapkan menjadi Peraturan Daerah tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (2) Tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan RBA mengikuti tahapan dan jadwal proses penyusunan dan penetapan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Paragraf 7

Pelaksanaan Anggaran

Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 176

Rumah Sakit menyusun DPA berdasarkan peraturan daerah tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah untuk diajukan kepada PPKD.

Pasal 177

- (1) DPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 176 memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan.
- (2) PPKD mengesahkan DPA sebagai dasar pelaksanaan anggaran BLUD.

Pasal 178

- (1) DPA yang telah disahkan oleh PPKD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 177 ayat (2) menjadi dasar pelaksanaan anggaran yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

(2) Pelaksanaan . . .

- (2) Pelaksanaan anggaran yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk belanja pegawai, belanja modal dan belanja barang dan/atau jasa yang mekanismenya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara berkala sesuai dengan kebutuhan yang telah ditetapkan, dengan memperhatikan anggaran kas dalam DPA, dan memperhitungkan:
 - a. jumlah kas yang tersedia;
 - b. proyeksi pendapatan; dan
 - c. proyeksi pengeluaran.
- (4) Pelaksanaan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dengan melampirkan RBA.

Pasal 179

- (1) DPA yang telah disahkan dan RBA menjadi lampiran perjanjian kinerja yang ditandatangani oleh Wali Kota dan Direktur.
- (2) Perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain memuat kesanggupan untuk meningkatkan:
 - a. kinerja pelayanan bagi masyarakat;
 - b. kinerja keuangan; dan
 - c. manfaat bagi masyarakat.

Pasal 180

- (1) Dalam pelaksanaan anggaran, direktur menyusun laporan pendapatan BLUD, laporan belanja BLUD dan laporan pembiayaan BLUD secara berkala kepada PPKD.
- (2) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan melampirkan surat pernyataan tanggung jawab yang ditandatangani oleh direktur.
- (3) Berdasarkan laporan yang melampirkan surat pernyataan tanggung jawab sebagaimana dimaksud ayat (2), direktur menerbitkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan untuk disampaikan kepada PPKD.

(4) Berdasarkan . . .

- (4) Berdasarkan Surat Permintaan Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan sebagaimana dimaksud ayat (3), PPKD melakukan pengesahan dengan menerbitkan Surat Pengesahan Pendapatan, Belanja dan Pembiayaan.

Pasal 181

- (1) Untuk pengelolaan kas Rumah Sakit, direktur membuka rekening kas BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Rekening kas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk menampung penerimaan dan pengeluaran kas yang dananya bersumber dari pendapatan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf d dan huruf e.

Pasal 182

- (1) Dalam pengelolaan kas, BLUD menyelenggarakan:
- a. perencanaan penerimaan dan pengeluaran kas;
 - b. pemungutan pendapatan atau tagihan;
 - c. penyimpanan kas dan pengelolaan rekening BLUD;
 - d. pembayaran;
 - e. perolehan sumber dana untuk menutup defisit jangka pendek; dan
 - f. pemanfaatan surplus kas untuk memperoleh pendapatan tambahan.
- (2) Penerimaan BLUD dilaporkan setiap hari kepada direktur melalui pejabat keuangan.

Pasal 183

Dalam pelaksanaan anggaran, rumah sakit melakukan penatausahaan keuangan paling sedikit memuat:

- a. pendapatan dan belanja;
- b. penerimaan dan pengeluaran;
- c. utang dan piutang;
- d. persediaan, aset tetap dan investasi; dan
- e. ekuitas.

Paragraf . . .

Paragraf 8

Pengelolaan Belanja Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 184

- (1) Pengelolaan belanja Rumah Sakit diberikan Fleksibilitas dengan mempertimbangkan volume kegiatan pelayanan.
- (2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan belanja yang disesuaikan dengan perubahan pendapatan dalam ambang batas RBA dan DPA yang telah ditetapkan secara definitif.
- (3) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat dilaksanakan terhadap belanja rumah sakit yang bersumber dari pendapatan BLUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 159 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c, huruf e, dan hibah tidak terikat.
- (4) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan besaran persentase realisasi belanja yang diperkenankan melampaui anggaran dalam RBA dan DPA.
- (5) Dalam hal belanja BLUD melampaui ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (4), terlebih dahulu mendapat persetujuan Wali Kota
- (6) Dalam hal terjadi kekurangan anggaran, BLUD mengajukan usulan tambahan anggaran dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah kepada PPKD.

Pasal 185

- (1) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 184 ayat (4) dihitung tanpa memperhitungkan saldo awal kas.
- (2) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memperhitungkan fluktuasi kegiatan operasional, meliputi:
 - a. kecenderungan/tren selisih anggaran pendapatan BLUD selain Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah tahun berjalan dengan realisasi 2 (dua) tahun anggaran sebelumnya; dan
 - b. kecenderungan/tren selisih pendapatan BLUD selain Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dengan prognosis tahun anggaran berjalan.

(2) Besaran . . .

- (3) Besaran presentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dicantumkan dalam RBA dan DPA.
- (4) Pencantuman ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (3) berupa catatan yang memberikan informasi besaran presentase ambang batas.
- (5) Pesentase ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kebutuhan yang dapat diprediksi, dicapai, terukur, rasional dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (6) Ambang batas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), digunakan apabila pendapatan BLUD sebagaimana Pasal 156 ayat (2) huruf a, huruf b, huruf c. dan huruf e diprediksi melebihi target pendapatan yang telah ditetapkan RBA dan DPA tahun yang dianggarkan.

Paragraf 9

Piutang Dan Utang/Pinjaman BLUD

Pasal 186

- (1) Rumah Sakit mengelola piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa, dan/atau transaksi yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan BLUD.
- (2) Rumah Sakit melaksanakan penagihan piutang pada saat piutang jatuh tempo, dilengkapi administrasi penagihan.
- (3) Dalam hal piutang sulit tertagih, keputusan penagihan piutang diputuskan setelah dikonsultasikan kepada Wali Kota dengan melampirkan bukti yang sah.

Pasal 187

- (1) Piutang dapat dihapus secara mutlak atau bersyarat.
- (2) Tata cara penghapusan piutang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Wali Kota tentang piutang.

Pasal 188

- (1) BLUD dapat melakukan utang/pinjaman sehubungan dengan kegiatan operasional dan/atau perikatan pinjaman dengan pihak lain.

(2) Utang/pinjaman . . .

- (2) Utang/pinjaman sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa utang/pinjaman jangka pendek atau utang/pinjaman jangka panjang.

Pasal 189

- (1) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 188 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat kurang dari 1 (satu) tahun yang timbul karena kegiatan operasional dan/atau yang diperoleh dengan tujuan untuk menutup selisih antara jumlah kas yang tersedia ditambah proyeksi jumlah penerimaan kas dengan proyeksi jumlah pengeluaran kas dalam 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Pembayaran utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang harus dilunasi dalam tahun anggaran berkenaan.
- (3) Utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dalam bentuk perjanjian utang/pinjaman yang ditandatangani oleh Direktur dan pemberi utang/pinjaman.
- (4) Pembayaran kembali utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah melalui rumah sakit.
- (5) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Wali Kota

Pasal 190

- (1) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 188 ayat (2) merupakan utang/pinjaman yang memberikan manfaat lebih dari 1 (satu) tahun anggaran dengan masa pembayaran kembali atas utang/pinjaman tersebut lebih dari 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya untuk pengeluaran belanja modal.

(3) Pembayaran . . .

- (3) Pembayaran utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kewajiban pembayaran kembali utang/pinjaman yang meliputi pokok utang/pinjaman, bunga dan biaya lain yang harus dilunasi pada tahun anggaran berikutnya sesuai dengan persyaratan perjanjian utang/pinjaman yang bersangkutan.
- (4) Mekanisme pengajuan utang/pinjaman jangka panjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf 10

Investasi

Pasal 191

- (1) Rumah sakit dapat melakukan investasi sepanjang memberi manfaat bagi peningkatan pendapatan dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat serta tidak mengganggu likuiditas keuangan BLUD dengan tetap memperhatikan rencana pengeluaran.
- (2) Investasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa investasi jangka pendek.

Pasal 192

- (1) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud dalam Pasal 191 ayat (2) merupakan investasi yang dapat segera dicairkan dan dimaksudkan untuk dimiliki selama 12 (dua belas) bulan atau kurang.
- (2) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan dengan mengoptimalkan surplus kas jangka pendek dengan memperhatikan rencana pengeluaran.
- (3) Investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. deposito pada bank umum dengan jangka waktu 3 (tiga) sampai dengan 12 (dua belas) bulan dan/atau yang dapat diperpanjang secara otomatis:

b. surat . . .

- b. surat berharga negara jangka pendek; dan
 - c. lain-lain investasi yang memenuhi kriteria investasi jangka pendek.
- (4) Karakteristik investasi jangka pendek sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
- a. dapat segera diperjualbelikan, dicairkan;
 - b. ditujukan untuk manajemen kas; dan
 - c. instrumen keuangan dengan risiko rendah.

Pasal 193

Pengelolaan investasi Rumah Sakit dengan status BLUD diatur dengan Peraturan Wali Kota.

Paragraf 11

Sisa Lebih Perhitungan Anggaran

Pasal 194

- (1) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD merupakan selisih lebih antara realisasi penerimaan dan pengeluaran BLUD selama 1 (satu) tahun anggaran.
- (2) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihitung berdasarkan laporan realisasi anggaran pada I (satu) periode anggaran.
- (3) Sisa lebih perhitungan anggaran BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat digunakan dalam tahun anggaran berikutnya, kecuali atas perintah Wali Kota berdasarkan terjadinya kesulitan likuiditas keuangan daerah yang dibuat oleh PPKD dan disetorkan sebagian atau seluruhnya ke kas daerah dengan mempertimbangkan posisi likuiditas dan rencana pengeluaran BLUD.
- (4) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan likuiditas.

(5) Pemanfaatan . . .

- (5) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang digunakan untuk membiayai program dan kegiatan harus melalui mekanisme Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dicatatkan pada saat pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Perubahan.
- (6) Pemanfaatan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD dalam tahun anggaran berikutnya sebagaimana dimaksud pada ayat (5) apabila dalam kondisi mendesak dapat dilaksanakan mendahului Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah perubahan.
- (7) Kriteria kondisi mendesak sebagaimana dimaksud pada ayat (6) mencakup:
 - a. program dan kegiatan pelayanan dasar masyarakat yang anggarannya belum tersedia dan/atau belum cukup anggarannya pada tahun anggaran berjalan;
 - b. keperluan mendesak lainnya yang apabila ditunda akan menimbulkan kerugian yang lebih besar bagi pemerintah daerah dan masyarakat.

Pasal 195

Pengelolaan sisa lebih perhitungan anggaran BLUD diatur dengan Peraturan Wali Kota.

Paragraf 12

Defisit Anggaran

Pasal 196

- (1) Defisit anggaran BLUD merupakan selisih kurang antara pendapatan dengan belanja BLUD.
- (2) Dalam hal anggaran BLUD diperkirakan defisit, ditetapkan pembiayaan untuk menutupi defisit tersebut antara lain dapat bersumber dari sisa lebih perhitungan anggaran tahun anggaran sebelumnya dan penerimaan pinjaman.
- (3) Dalam hal terjadi defisit pada BLUD maka Pemerintah Daerah wajib menyediakan dana untuk menutup defisit melalui mekanisme pembiayaan.

Paragraf . . .

Paragraf 13
Penyelesaian Kerugian

Pasal 197

Setiap kerugian daerah pada BLUD akibat tindakan melawan hukum atau yang disebabkan oleh kelalaian seseorang diselesaikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai penyelesaian kerugian negara/daerah.

Paragraf 14
Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 198

- (1) BLUD menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan BLUD sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh SPI.
- (3) BLUD menyelenggarakan akuntansi, menyusun laporan keuangan dan pertanggungjawaban keuangan wajib dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal.

Pasal 199

- (1) BLUD menyusun pelaporan dan pertanggungjawaban berupa laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. laporan realisasi anggaran;
 - b. laporan perubahan saldo anggaran lebih;
 - c. neraca;
 - d. laporan operasional;
 - e. laporan arus kas;
 - f. laporan perubahan ekuitas; dan
 - g. catatan atas laporan keuangan.
- (3) Laporan keuangan BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disusun berdasarkan standar akuntansi pemerintahan.
- (4) Dalam hal standar akuntansi pemerintahan tidak mengatur jenis usaha BLUD, BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi.

(5) BLUD . . .

- (5) BLUD mengembangkan dan menerapkan kebijakan akuntansi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) yang diatur dengan Peraturan Wali Kota
- (6) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil atau keluaran BLUD.
- (7) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 200

- (1) Rumah sakit menyusun laporan keuangan semesteran dan tahunan.
- (2) Laporan keuangan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disertai dengan laporan kinerja paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan berakhir, setelah dilakukan reviu oleh Perangkat Daerah yang membidangi pengawasan di pemerintah daerah.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaporkan oleh BLUD kepada PPKD dan diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Perangkat Daerah yang melaksanakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, untuk selanjutnya diintegrasikan/dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan Pemerintah Daerah.
- (4) Hasil reviu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan kesatuan dari laporan keuangan BLUD tahunan.

Paragraf 15

Pertanggungjawaban Keuangan

Pasal 201

- (1) Rumah Sakit menyelenggarakan akuntansi dan menyusun laporan keuangan.
- (2) Dalam rangka akuntabilitas keuangan laporan keuangan Rumah Sakit sebelum dilakukan Audit oleh Auditor Eksternal dilakukan Reviu oleh SPI.

Bagian Ketiga
Pengelolaan Barang Milik Daerah
Pasal 202

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah.
- (2) Otonomi dalam pengelolaan Barang Milik Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah.
- (3) Rumah Sakit berwenang dan bertanggungjawab dalam pengelolaan Barang Milik Daerah dan merupakan keseluruhan kegiatan yang meliputi perencanaan kebutuhan dan penganggaran, pengadaan, penggunaan, pemanfaatan, pengamanan dan pemeliharaan, penilaian, penatausahaan dan pengendalian dalam rangka melaksanakan tugas dan fungsi Rumah Sakit dalam lingkup Barang Milik Daerah yang ada dalam penguasaannya.
- (4) Direktur mempunyai wewenang dan bertanggung jawab dalam pelaksanaan penggunaan dan penatausahaan Barang Milik Daerah meliputi:
 - a. mengajukan rencana kebutuhan dan penganggaran barang milik daerah bagi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - b. mengajukan permohonan penetapan status penggunaan barang yang diperoleh dari beban APBD dan perolehan lainnya yang sah;
 - c. melakukan pencatatan dan inventarisasi barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
 - d. menggunakan barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit yang dipimpinnya;
 - e. mengamankan dan memelihara barang milik daerah yang berada dalam penguasaannya;
 - f. mengajukan usul pemanfaatan dan pemindah tanganan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak memerlukan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan barang milik daerah selain tanah dan/atau bangunan;
 - g. menyerahkan . . .

- g. menyerahkan barang milik daerah berupa tanah dan/atau bangunan yang tidak digunakan untuk kepentingan penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit yang dipimpinnya dan sedang tidak dimanfaatkan pihak lain, kepada Wali Kota melalui Pengelola Barang;
- h. mengajukan usul pemusnahan dan penghapusan barang milik daerah;
- i. melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian atas penggunaan barang milik daerah yang ada dalam penguasaannya;
- j. menyusun dan menyampaikan laporan barang pengguna semesteran dan laporan barang pengguna tahunan yang berada dalam penguasaannya kepada Pengelola Barang; dan
- k. hasil pemanfaatan barang milik daerah merupakan pendapatan Rumah Sakit.

Bagian Keempat

Pengelolaan Kepegawaian

Paragraf 1

Umum

Pasal 203

- (1) Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan bidang kepegawaian.
- (2) Direktur dapat mengusulkan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara kepada pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Direktur memiliki kewenangan dalam menyelenggarakan pembinaan pegawai yang berasal dari Aparatur Sipil Negara dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dalam jabatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-Undangan.
- (4) Direktur memiliki kewenangan dalam pengelolaan dan pembinaan pegawai di lingkungan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Paragraf . . .

Paragraf 2

Klasifikasi Pegawai Rumah Sakit

Pasal 204

Pegawai Rumah Sakit terdiri dari

- a. PNS;
- b. PPPK; dan
- c. Tenaga Profesional Lainnya

Pasal 205

Kedudukan, hak, kewajiban pegawai dan evaluasi kinerja pegawai Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 206

- (1) Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud Pasal 204 berkedudukan sebagai pegawai pada Rumah Sakit.
- (2) Pegawai Rumah Sakit terdiri atas:
 - a. Pegawai Tetap; dan
 - b. Pegawai Profesional tertentu.

Paragraf 3

Pegawai Paruh Waktu dan Profesional Tertentu

Pasal 207

- (1) Selain Pegawai Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pasal 266 ayat (2), Rumah Sakit dapat mempekerjakan Tenaga Medis Spesialis paruh waktu sebagai Dokter Mitra.
- (2) Tenaga Medis Spesialis paruh waktu sebagai Dokter Mitra sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari ASN dan Non ASN sepanjang tidak mengganggu pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya pada institusi asal, yang ditunjukkan dengan surat persetujuan / izin dari institusi asal.
- (3) Tenaga Medis Spesialis yang mempunyai keahlian khusus yang dibutuhkan, dapat dilakukan kontrak kerja profesional, dengan batasan usia mengikuti Surat Tanda Registrasi yang dikeluarkan oleh Ketua Konsil Kedokteran Indonesia.

BAB VII
MANAJEMEN SUMBER DAYA

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 208

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 209

- (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 ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di Rumah Sakit.

Bagian Kedua

Perencanaan

Pasal 210

- (1) Rumah Sakit menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen Rumah Sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit.
- (2) Rencana Kerja Unit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat masing-masing Unit dalam format yang seragam dan di tetapkan Direktur.
- (3) Rencana Kerja Unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:

a. Renstra . . .

- a. Renstra 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;
- e. Risiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja.

Bagian Ketiga

Pengadaan

Pasal 211

- (1) Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Unit Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Pengadaan barang dan Jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mengacu pada DPA yang telah disahkan.
- (5) Ketentuan lebih lanjut tentang pengadaan barang dan jasa ditetapkan dengan Peraturan Wali Kota Tegal yang mengatur tentang Pengadaan Barang/Jasa.

Bagian Keempat

Pengelolaan

Pasal 212

- (1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.
- (3) Setiap Kepala Unit Kerja di lingkungan Rumah Sakit melakukan pengawasan atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Unit kerja di lingkungan Rumah Sakit wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana rumah sakit yang berada dalam pengawasannya dengan sebaik-baiknya.

Pasal . . .

Pasal 213

- (1) Sarana dan prasarana Rumah Sakit adalah barang milik BLUD yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.
- (2) Barang inventaris milik BLUD yang merupakan sarana dan prasarana rumah sakit yang dapat dihapus dan / atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan / atau dihibahkan.
- (3) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.
- (4) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.
- (5) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.

Pasal 214

- (1) BLUD tidak boleh mengalihkan dan / atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang.
- (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan alat berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum.
- (3) Kewenangan pengalihan dan / atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Hasil pengalihan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.
- (5) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap dilaporkan kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.
- (6) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.

(7) Sarana . . .

- (7) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai Rumah Sakit harus disertifikatkan.
- (8) Sarana dan prasarana Rumah Sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib.

BAB VIII

MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU

DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 215

- (1) Direktur merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.
- (3) Direktur bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen Rumah Sakit terhadap mutu.
- (4) Direktur mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik Rumah Sakit membentuk suatu budaya mutu di Rumah Sakit.
- (5) Direktur memilih pendekatan yang digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat Rumah Sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.
- (7) Direktur menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.
- (8) Direktur dapat membentuk Komite/Tim Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.

(9) Direktur . . .

- (9) Direktur menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.
- (10) Direktur bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:
- a. setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - b. setiap 6 (enam) bulan Direktur melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 1. Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan / insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 2. Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut
 3. Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut.
 4. Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
 - c. khusus untuk kejadian sentinel, Direktur wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 (dua kali dua puluh empat) jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 (empat puluh lima) hari.
- (11) Direktur menetapkan Regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk Pedoman dan prosedur-prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut:
- a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. peran . . .

- b. peran Direktur dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. peran Direktur dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat Rumah Sakit (indikator area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;
 - d. peran Direktur dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan;
 - e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya;
 - f. proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf;
 - g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit;
 - h. bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveilans infeksi.
- (12) Direktur dengan para pimpinan dan Komite/Tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal:
- a. misi Rumah Sakit;
 - b. data-data permasalahan yang ada (komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan);
 - c. sistem serta proses yang memperhatikan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak misalnya pelayanan pasien *stroke* yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperhatikan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi;
 - d. dampak . . .

- d. dampak dan perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan *strock*, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya serta sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut, sehingga perlu pembuatan program (*tool*) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru;
 - e. dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh Rumah Sakit, misalnya sistem manajemen obat di Rumah Sakit; dan
 - f. riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit pendidikan.
- (13) Direktur membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standardisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
- (14) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Prosedur Operasional.
- (15) Dalam rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia Teknis Pengawasan Mutu yang bekerja di bawah koordinasi SPI.

BAB IX

MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA

Pasal 216

- (1) Rumah Sakit wajib menyelenggarakan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit.
- (2) Penyelenggaraan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit.

(3) Sistem . . .

- (3) Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja Rumah Sakit meliputi:
 - a. penetapan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit;
 - b. perencanaan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit;
 - c. pelaksanaan rencana keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit;
 - d. pemantauan dan evaluasi kinerja keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit; dan
 - e. peninjauan dan peningkatan kinerja keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit.
- (4) Kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Direktur dan disosialisasikan ke seluruh sumber daya manusia Rumah Sakit.
- (5) Kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit;
 - b. penetapan organisasi keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.
- (6) Perencanaan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b dibuat berdasarkan manajemen risiko keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (7) Perencanaan keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit ditetapkan oleh Direktur.
- (8) Pelaksanaan rencana keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud meliputi:
 - a. manajemen risiko keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit;
 - b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - c. pelayanan Kesehatan Kerja;
 - d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - e. pencegahan . . .

- e. pencegahan dan pengendalian kebakaran;
 - f. pengelolaan prasarana Rumah Sakit dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja;
 - g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan
 - h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.
- (9) Pelaksanaan rencana keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.
- (10) Pemantauan dan evaluasi kinerja keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit yang ditugaskan oleh Direktur.
- (11) Pemantauan dan evaluasi kinerja keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- (12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (11) digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.
- (13) Peninjauan dan peningkatan kinerja keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf e dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- (14) Peninjauan sebagaimana dimaksud pada ayat (13) dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.
- (15) Hasil peninjauan sebagaimana dimaksud pada ayat (14) digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit.
- (16) Direktur menetapkan Program Budaya Keselamatan di Rumah Sakit yang mencakup:

a. Perilaku . . .

- a. perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi;
- b. perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (*just culture*);
- c. kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien;
- d. komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan;
- e. identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan;
- f. evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi, wawancara dengan staf, dan analisis data;
- g. mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman; dan
- h. menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di Rumah Sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota dewan pengawas.

BAB X

MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Pasal 217

- (1) Direktur menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Direktur bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (3) Direktur menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:
 - a. pelaksanaan kebersihan tangan;
 - b. penggunaan . . .

- b. penggunaan alat pelindung diri yang tepat sesuai level risiko;
 - c. surveilans risiko infeksi;
 - d. investigasi wabah (*outbreak*) penyakit infeksi;
 - e. meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
 - f. asesmen berkala terhadap risiko;
 - g. menerapkan sasaran penurunan risiko; dan
 - h. mengukur dan mereview risiko infeksi.
- (4) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
 - (5) Direktur mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi.
 - (6) Direktur menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
 - (7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait pencegahan dan pengendalian infeksi, Direktur mengesahkan Regulasi dan Standar Prosedur Operasional yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.
 - (8) Direktur memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area berisiko.

BAB XI

MANAJEMEN KERJASAMA/KONTRAK

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 218

- (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 efisiensi, ekonomis dan saling menguntungkan.

(3) Prinsip . . .

- (3) Prinsip saling menguntungkan sebagaimana pada ayat (2) dapat berbentuk finansial dan/atau non finansial.
- (4) Rumah Sakit tetap mempertahankan mutu dan kelangsungan dari pelayanan pasien apabila kontrak dihentikan.
- (5) Penatalaksanaan Kerjasama dengan pihak lain sebagaimana dimaksud ayat (4) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Wali Kota.

BAB XII

MANAJEMEN ETIK

Pasal 219

- (1) Rumah Sakit menetapkan kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf Rumah Sakit.
- (2) Kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagaimana dimaksud ayat (1) mengatur:
 - a. tanggung jawab Direktur secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai;
 - b. penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan Rumah Sakit;
 - c. acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi tenaga kesehatan dan staf Rumah Sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai-nilai Rumah Sakit, serta kebijakan sumber daya manusia;
 - d. pedoman bagi tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antarprofesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan; dan
 - e. pertimbangan norma-norma nasional dan internasional berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya.

Pasal . . .

Pasal 220

Rumah sakit membentuk dan menetapkan Komite/Panitia/Tim yang mengelola etik rumah sakit dengan keputusan Direktur.

Pasal 221

Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus :

- a. mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b. menjelaskan pelayanan pada pasien secara jujur;
- c. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d. menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
- e. menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- f. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g. menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- h. mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
- i. menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia; dan
- k. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis.

BAB XIII

MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN

Pasal 222

- (1) Direktur menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Direktur . . .

- (2) Direktur melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.
- (3) Direktur menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf Rumah Sakit.
- (4) Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:
 - a. perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat atau memaki;
 - b. perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain;
 - c. perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender; dan
 - d. pelecehan seksual.
- (5) Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:
 - a. Staf Rumah Sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman;
 - b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera;
 - c. Direktur mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
 - d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
- (6) Direktur melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.
- (7) Direktur mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.

(8) Direktur . . .

- (8) Direktur menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.
- (9) Direktur mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.
- (10) Direktur mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.
- (11) Direktur menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan Rumah Sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.
- (12) Direktur menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam Rumah Sakit.
- (13) Direktur menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam Rumah Sakit secara tepat waktu.
- (14) Direktur melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan Rumah Sakit.
- (15) Dilakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya.
- (16) Direktur menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam Rumah Sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.
- (17) Direktur menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.

BAB XIV

MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN

Bagian Kesatu

Pengaduan Internal dan Eksternal

Pasal 223

- (1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit.
- (2) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:
 - a. pengaduan ketidakpuasan, dan/atau keluhan Pegawai Rumah Sakit terhadap manajemen Rumah Sakit;
 - b. pelanggaran . . .

- b. pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai; dan/atau
 - c. informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku.
- (3) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap Rumah Sakit.
 - (4) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan /atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh Rumah Sakit.
 - (5) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan dengan surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.
 - (6) Pengaduan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.

Bagian Kedua

Penanganan Pengaduan

Pasal 224

- (1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 223 ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.
- (2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 223 ayat (2) huruf b dilakukan oleh atasan langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.
- (3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 223 ayat (2) huruf c dilakukan oleh Komite Etik Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik dan Sub Komite Etik Komite Keperawatan.
- (4) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 223 ayat (3) dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Penanganan Pengaduan.

BAB XV
MANAJEMEN PENGELOLAAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT
DAN SUMBER DAYA LAIN

Pasal 225

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

Pasal 226

- (1) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 225 ayat (2) meliputi pengelolaan limbah, yang terdiri dari limbah medis dan limbah non medis.
- (2) Tata laksana pengelolaan limbah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 227

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

BAB XVI
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 228

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit selanjutnya diatur dengan Peraturan Wali Kota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diusulkan oleh Direktur.

(3) Standar . . .

- (3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 229

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 228 ayat (3) harus memenuhi persyaratan :

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

Pasal 230

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi Rumah Sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 229 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB XVII

EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal . . .

Pasal 231

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh 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 sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Pasal 232

Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 231 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD dalam:

- 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 menerima dari jasa layanan untuk membiyai pengeluaran.

Pasal 233

Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 231 ayat (1) dapat diukur berdasarkan persepektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan.

BAB XVIII

INFORMASI MEDIS

Bagian Kesatu

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

Pasal 234

- (1) Rumah Sakit berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku.
- (2) Rumah Sakit wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Rekam medis dapat diberikan kepada:
 - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien secara tertulis; dan
 - b. pengadilan . . .

- b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua

Hak dan Kewajiban Dokter Rumah Sakit

Pasal 235

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

Bagian Ketiga

Hak dan Kewajiban Pasien Rumah Sakit

Pasal 236

- (1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk:
 - a. memperoleh informasi tentang tata tertib dan ketentuan peraturan perundang-undangan Rumah Sakit;
 - b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
 - c. memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi;
 - d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
 - e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
 - f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
 - g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai keinginannya dan ketentuan peraturan perundang-undangan Rumah Sakit;
 - h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
 - i. mendapatkan . . .

- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya;
 - j. mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
 - k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
 - l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
 - m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya;
 - n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
 - o. mengajukan usul, saran, perbaikan, atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
 - p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 - q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui medis cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk:
- a. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
 - b. menaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

BAB XIX

TUNTUTAN HUKUM DAN PEMBERIAN BANTUAN HUKUM

Pasal 237

(1) Dalam . . .

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukuman pidana dan/atau perdata, maka tindak lanjut berdasarkan pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan/Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan.
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu yang tidak mematuhi aturan/Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab atas tuntutan tersebut.
- (4) Apabila hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran, maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

BAB XX

PENGISIAN JABATAN

Pasal 238

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota dari Pegawai Aparatur Sipil Negara/Non Aparatur Sipil Negara yang memenuhi syarat atas usul Sekretaris Daerah selaku Ketua Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Jabatan Struktural selain Direktur diisi Pegawai Aparatur Sipil Negara atas usulan Direktur kepada Wali Kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan pimpinan tinggi, jabatan administrator dan jabatan pengawas Rumah Sakit memenuhi persyaratan kompetensi:
 - a. teknis;
 - b. manajerial; dan
 - c. sosial kultural.
- (4) Selain memenuhi kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Pegawai Aparatur Sipil Negara yang menduduki jabatan harus memenuhi kompetensi Pemerintahan.

(5) Kompetensi . . .

- (5) Kompetensi teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a diukur dari tingkat dan spesialisasi pendidikan, pelatihan teknis fungsional dan pengalaman bekerja secara teknis yang dibuktikan dengan sertifikasi.
- (6) Kompetensi manajerial sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b diukur dari tingkat pendidikan, pelatihan struktural atau manajemen dan pengalaman kepemimpinan.
- (7) Kompetensi sosial kultural sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c diukur dari pengalaman kerja berkaitan dengan masyarakat majemuk dalam hal agama, suku dan budaya sehingga memiliki wawasan kebangsaan.
- (8) Kompetensi pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi kompetensi pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang terkait dengan kebijakan desentralisasi, hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah, pemerintahan umum, pengelolaan keuangan daerah, Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, hubungan Pemerintah Daerah dengan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, serta etika pemerintahan.
- (9) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB XXI

MANAJEMEN RISIKO

Pasal 255

- (1) Manajemen risiko merupakan proses yang proaktif dan berkesinambungan meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya.
- (2) Rumah Sakit menerapkan manajemen risiko dan rencana penanganan risiko untuk memitigasi dan mengurangi risiko bahaya yang ada atau mungkin terjadi.
- (3) Rumah Sakit melakukan identifikasi kategori risiko meliputi, namun tidak terbatas pada:

a. operasional . . .

- a. operasional adalah risiko yang terjadi saat Rumah Sakit memberikan pelayanan kepada pasien baik klinis maupun non klinis;
 - b. risiko klinis yaitu risiko operasional yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (keselamatan pasien) meliputi risiko yang berhubungan dengan perawatan klinis dan pelayanan penunjang seperti kesalahan diagnostik, bedah atau pengobatan;
 - c. risiko non klinis yang juga termasuk risiko operasional adalah risiko Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (terkait pengendalian dan pencegahan infeksi misalnya sterilisasi, laundry, gizi, kamar jenazah dan lain-lainnya);
 - d. risiko manajemen fasilitas dan keselamatan, terkait dengan fasilitas dan lingkungan, seperti kondisi bangunan yang membahayakan, risiko yang terkait dengan ketersediaan sumber air dan listrik, dan lain lain, unit klinis maupun non klinis dapat memiliki risiko yang lain sesuai dengan proses bisnis/kegiatan yang dilakukan di unitnya, misalnya unit humas dapat mengidentifikasi risiko reputasi dan risiko keuangan;
 - e. risiko keuangan;
 - f. risiko reputasi, yaitu citra Rumah Sakit yang dirasakan oleh masyarakat;
 - g. risiko strategis, yaitu terkait dengan rencana strategis termasuk tujuan strategis Rumah Sakit; dan
 - h. risiko kepatuhan terhadap hukum dan regulasi.
- (4) Proses manajemen risiko yang diterapkan di Rumah Sakit meliputi:
- a. komunikasi dan konsultasi;
 - b. menetapkan konteks;
 - c. identifikasi risiko sesuai kategori risiko pada ayat (3) huruf a sampai dengan huruf e;
 - d. analisis risiko;
 - e. evaluasi risiko;
 - f. penanganan risiko; dan
 - g. pemantauan risiko.

(5) Rumah . . .

- (5) Rumah Sakit wajib menyusun program manajemen risiko setiap tahun berdasarkan daftar risiko yang diprioritaskan dalam profil risiko meliputi:
- a. proses manajemen risiko;
 - b. integrasi manajemen risiko di rumah sakit;
 - c. pelaporan kegiatan program manajemen risiko; dan
 - d. pengelolaan klaim tuntutan yang dapat menyebabkan tuntutan.

BAB XXII

PELAKSANAAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 239

Seluruh pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Peraturan ini akan diatur dalam Standar Operasional Prosedur yang ditetapkan oleh Direktur.

BAB XXIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 240

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, Peraturan Wali Kota Tegal Nomor 28 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kardinah Kota Tegal (Berita Daerah Kota Tegal Tahun 2018 Nomor 28) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal . . .

Pasal 241

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tegal

pada tanggal 18 April 2023

WALI KOTA TEGAL,

ttd

DEDY YON SUPRIYONO

Diundangkan di Tegal

pada tanggal 18 April 2023

Pj. SEKRETARIS DAERAH KOTA TEGAL,

ttd

AGUS DWI SULISTYANTONO

BERITA DAERAH KOTA TEGAL TAHUN 2023 NOMOR 14

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM,



BUDIO PRADIBTO, S.H.

Pembina

NIP 19700705 199003 1 003