

WALI KOTA PROBOLINGGO
PROVINSI JAWA TIMUR

SALINAN

PERATURAN WALI KOTA PROBOLINGGO

NOMOR 2 TAHUN 2024

TENTANG

PERATURAN INTERNAL UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AR ROZY KOTA PROBOLINGGO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA PROBOLINGGO,

- Menimbang :
- a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar, sehingga Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
 - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat yang memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan oleh karena itu, Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Ar Rozy Kota Probolinggo diharapkan dapat memberikan pelayanan bermutu dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat di Kota Probolinggo;
 - c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, maka salah satu kewajiban setiap Rumah Sakit adalah menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b dan huruf c, maka perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Ar Rozy Kota Probolinggo;

- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah dan Jawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia tanggal 14 Agustus 1950), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang- Undang Nr 16 Dan 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);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundangan-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
11. Peraturan Presiden Nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Pegawai Non Aparatur Sipil Negara Pada Satuan Kerja Kementerian Kesehatan Yang Merupakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 653);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
17. Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Probolinggo Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kota Probolinggo Nomor 24) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 7 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Probolinggo Tahun 2022 Nomor 7);
18. Peraturan Wali Kota Probolinggo Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Pembentukan Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Ar Rozy Pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, Dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo (Berita Daerah Kota Probolinggo Tahun 2021 Nomor 88);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AR ROZY KOTA PROBOLINGGO.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota Probolinggo ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Probolinggo.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Probolinggo.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Probolinggo.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Ar Rozy Kota Probolinggo merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo.
6. Pimpinan RSUD adalah Pimpinan RSUD Rumah Sakit Umum Daerah Ar Rozy Kota Probolinggo.
7. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) yang selanjutnya disebut Peraturan Internal Rumah Sakit adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal Staf Medis yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).
8. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) yang selanjutnya disebut Peraturan Internal Korporasi adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*Corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medis di Rumah Sakit.
9. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) yang selanjutnya disebut Peraturan Internal Staf Medis adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di Rumah Sakit.
10. Pemilik adalah Pemilik RSUD Ar Rozy Kota Probolinggo yaitu Pemerintah Kota Probolinggo.
11. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Pimpinan RSUD, Kepala Bagian, Kepala Bidang.
12. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang Pegawai dalam satu organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau keterampilan tertentu serta bersifat mandiri.
13. Pejabat Pengelola Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pejabat Pengelola adalah pejabat yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional RSUD yang terdiri atas pemimpin, pejabat keuangan dan pejabat teknis.
14. Dewan Pengawas adalah suatu unit non struktural di Rumah Sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
16. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

17. 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.
18. Staf Medis adalah Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Gigi Spesialis yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat secara purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan Rumah Sakit serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
19. Tenaga Kesehatan Lainnya adalah suatu profesi yang mempunyai keahlian, tanggung jawab dan kesejawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan harus memenuhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan profesional.
20. Komite Medik adalah organisasi non struktural Rumah Sakit yang dibentuk oleh Pimpinan RSUD untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar Staf Medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme Kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
21. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau Pimpinan RSUD Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.
22. 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.
23. Unit Kerja adalah tempat Staf Medis dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
24. Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) yang selanjutnya disebut Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan Penugasan Klinis (*clinical appointment*).
25. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) yang selanjutnya disebut Penugasan Klinis adalah penugasan Pimpinan RSUD kepada seorang Staf Medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar Kewenangan Klinis yang telah ditetapkan baginya.
26. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staf Medis untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*).

27. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap Staf Medis yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis tersebut.
28. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
29. Audit Klinis adalah telaah sistematis mencakup kegiatan Audit Medis, audit keperawatan dan audit pelayanan klinis lainnya yang dilakukan secara terintegrasi oleh tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya dengan menggunakan kriteria dan standar yang dinyatakan secara eksplisit dan diikuti dengan upaya perbaikan.
30. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli dan profesi untuk memberikan pertimbangan pengelolaan etik dan hukum di Rumah Sakit.
31. Pegawai adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan Rumah Sakit.
32. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di Rumah Sakit.
33. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang selanjutnya disebut SMK3 Rumah Sakit adalah bagian dari manajemen Rumah Sakit secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan aktifitas proses kerja di Rumah Sakit guna terciptanya lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman dan nyaman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit.
34. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Maksud ditetapkannya Peraturan Wali Kota ini adalah sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan di Rumah Sakit, baik yang berhubungan dengan kebijakan teknis operasional maupun pengaturan Staf Medis.

Pasal 3

Tujuan ditetapkan Peraturan Wali Kota ini adalah mengatur melalui organ yang ditempatkan di Rumah Sakit (Dewan Pengawas), Direksi Rumah Sakit (selaku pengelola), komite-komite serta staf terkait yang bekerja di Rumah Sakit, sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.

BAB III

RUANG LINGKUP

Pasal 4

Ruang Lingkup Peraturan Internal Rumah Sakit meliputi :

- a. Prinsip Peraturan Internal Rumah Sakit;
- b. Identitas Rumah Sakit;
- c. Tujuan, Visi, Misi, Strategis dan Nilai Dasar;
- d. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit;
- e. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit;
- f. Akreditasi Rumah Sakit;
- g. Struktur Rumah Sakit;
- h. Dewan Pengawas Rumah Sakit;
- i. Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
- j. Organisasi Pelaksana;
- k. Organisasi Pendukung;
- l. Tata Kerja;
- m. Pengelolaan Sumber Daya Manusia;
- n. Pengelolaan Keuangan;
- o. Tarif Pelayanan;
- p. Pendapatan dan Biaya;
- q. Pengelolaan Sumber Daya Lain; dan
- r. Pengelolaan Lingkungan dan Limbah Rumah Sakit.

BAB IV

PRINSIP PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 5

Peraturan Internal Rumah Sakit menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Transparansi;
- b. Akuntabilitas;
- c. Responsibilitas; dan
- d. Independensi.

Pasal 6

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf b adalah sebagai berikut:
 - a. Akuntabilitas merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak.
 - b. Akuntabilitas diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen sumber daya manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat serta perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB V

IDENTITAS RUMAH SAKIT

Pasal 7

- (1) Identitas Rumah Sakit meliputi:
 - a. Nama Rumah Sakit adalah Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Ar Rozy Kota Probolinggo;
 - b. Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang dimiliki dan dikelola oleh Pemerintah Kota Probolinggo dan bukan merupakan Rumah Sakit pendidikan;
 - c. Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C;
 - d. Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan Prof. Dr. Hamka, KM 3,5 Kota Probolinggo Kode Pos 67228, Telepon (0335) 4990009; dan
 - e. Logo Rumah Sakit.
- (2) Bentuk, warna dan makna Logo Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

BAB VI
TUJUAN, VISI, MISI, STRATEGIS DAN NILAI DASAR
(RENCANA STRATEGI RUMAH SAKIT)

Pasal 8

- (1) Tujuan Strategis dari Rumah Sakit adalah:
 - a. meningkatkan kualitas pelayanan dan fasilitas kesehatan masyarakat;
 - b. meningkatkan pemenuhan standarisasi pelayanan Rumah Sakit; dan
 - c. meningkatkan kepuasan pengguna layanan Rumah Sakit.
- (2) Visi Rumah Sakit adalah “Menjadi Rumah Sakit yang Handal, Unggul, dan Berkualitas”.
- (3) Misi Rumah Sakit adalah:
 - a. memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien;
 - b. membangun kepuasan pelanggan dengan mewujudkan pelayanan prima secara konsisten;
 - c. mewujudkan tata kelola Rumah Sakit yang profesional, akuntabel, transparan, dan inovatif.
- (4) Nilai-nilai dasar dari Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan berdasarkan:
 - a. **HANDAL TERPERCAYA**

Dimana masyarakat memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi serta memiliki persepsi yang baik dan akan selalu konsisten terhadap pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit, sehingga diharapkan menjadi Rumah Sakit pilihan masyarakat sehingga mampu menciptakan loyalitas masyarakat karena dengan loyalitas, maka keberlanjutan Rumah Sakit untuk jangka panjang akan tetap terjaga.
 - b. **UNGGUL**

Dimana diharapkan menjadi Rumah Sakit yang memiliki keunggulan dari aspek kinerja dan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat, sehingga Rumah Sakit memiliki "VALUE" yang membedakan dengan Rumah Sakit/fasilitas kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan karena Rumah Sakit ditunjang oleh ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas, peralatan/teknologi yang memadai, hasil riset yang "Applicable", serta tata kelola yang profesional.

c. BERKUALITAS

Kualitas terkait dengan produk "layanan" yang diberikan kepada masyarakat/*stakeholders* yaitu terdepan dalam kualitas mengandung harapan bahwa Rumah Sakit berupaya dalam memperbaiki kualitas secara berkelanjutan "*QUALITY IMPROVMENT*", pelayanan prima "*SERVICE EXCELLENT*" serta selalu melakukan inovasi dalam pemberian pelayanan terbaik dan meningkatkan kinerja Rumah Sakit untuk memenuhi atau bahkan melampaui harapan masyarakat pengguna layanan maupun *stakeholders*.

BAB VII

KEDUDUKAN, TUGAS POKOK DAN FUNGSI RUMAH SAKIT

Pasal 9

- (1) Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Wali Kota di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Pimpinan RSUD yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Wali Kota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik.
- (3) Rumah Sakit mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (4) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Rumah Sakit mempunyai fungsi:
 - a. perumusan kebijakan teknis bidang pelayanan kesehatan paripurna, dan penelitian sesuai dengan rencana strategis yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah;
 - b. pemberian dukungan atas perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan bidang pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan dan penelitian;
 - c. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian urusan umum dan keuangan;
 - d. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi dan pengendalian pelayanan bidang medik dan keperawatan;
 - e. perumusan, perencanaan, pembinaan, koordinasi, pengendalian, penunjang dan pengembangan sumber daya manusia serta peningkatan mutu;
 - f. pembinaan kelompok jabatan fungsional; dan
 - g. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya.

BAB VIII
HAK DAN KEWAJIBAN RUMAH SAKIT

Pasal 10

- (1) Rumah Sakit mempunyai hak, antara lain:
- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
 - b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam mengembangkan pelayanan;
 - d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
 - f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan Pelayanan Kesehatan; dan
 - g. mempromosikan layanan Kesehatan yang ada di Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Rumah Sakit memiliki kewajiban, antara lain:
- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - b. memberikan Pelayanan Kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. berperan aktif dalam memberikan Pelayanan Kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
 - f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan Kejadian Luar Biasa (KLB), atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
 - h. menyelenggarakan rekam medis;
 - i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia;

- j. melaksanakan sistem rujukan;
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
- l. memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional;
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan Tenaga Kesehatan Lainnya;
- r. menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. memberlakukan seluruh lingkungan Rumah Sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB IX

AKREDITASI RUMAH SAKIT

Pasal 11

- (1) Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi standar akreditasi.
- (2) Standar akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh Rumah Sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- (3) Pengaturan akreditasi bertujuan :
 - a. meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit;
 - b. meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit, dan Rumah Sakit sebagai institusi;
 - c. meningkatkan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis;
 - d. mendukung program pemerintah dibidang kesehatan.
- (4) Setiap Rumah Sakit wajib terakreditasi.
- (5) Akreditasi sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) diselenggarakan secara berkala setiap 4 (empat) tahun dan dilakukan paling lambat setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali.

BAB X
STRUKTUR RUMAH SAKIT

Pasal 12

- (1) Struktur organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas :
 - a. unsur pimpinan,
 - b. unsur pelayanan medis,
 - c. unsur keperawatan,
 - d. unsur penunjang medis dan nonmedis,
 - e. unsur pelaksana administratif, dan
 - f. unsur operasional
- (2) Organisasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disesuaikan dengan besarnya kegiatan dan beban kerja Rumah Sakit.
- (3) Struktur organisasi Rumah Sakit harus membagi habis seluruh tugas dan fungsi Rumah Sakit.

BAB XI
DEWAN PENGAWAS RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Pembentukan Dewan Pengawas

Pasal 13

- (1) Persyaratan menjadi Dewan Pengawas Rumah Sakit antara lain :
 - a. memiliki integritas, dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan Rumah Sakit dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - c. orang yang tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola, komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu Rumah Sakit dinyatakan pailit;
 - d. orang yang tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
 - e. orang yang tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
 - f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berjumlah paling banyak 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.

- (3) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri dari unsur-unsur:
 - a. Pemilik;
 - b. tenaga ahli/tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - c. asosiasi perumahsakitannya; dan
 - d. organisasi profesi.
- (4) Selama belum terbentuk Dewan Pengawas atau belum memenuhi syarat pembentukan Dewan Pengawas, maka tanggung jawab dan wewenang Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab dan wewenang Wali Kota;
- (5) Wali Kota sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat mendelegasikan wewenang dan tanggung jawab Dewan Pengawas kepada Kepala Dinas.

Bagian Kedua

Tujuan Dewan Pengawas

Pasal 14

Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitannya secara internal di Rumah Sakit.

Bagian Ketiga

Pengangkatan Dewan Pengawas dan Masa Jabatan

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas diangkat oleh Wali Kota dengan surat keputusan Wali Kota atas usulan Pimpinan RSUD.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau sesuai dengan Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*) dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Keempat

Penilaian Kinerja

Pasal 16

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Wali Kota sebagai Pemilik.

Bagian Kelima

Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 17

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berakhir setelah masa jabatan anggota Dewan Pengawas berakhir.
- (2) Anggota Dewan Pengawas pada Rumah Sakit dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Pemilik.

- (3) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas terbukti :
- a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (4) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Pemilik.

Pasal 18

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2), maka dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Keenam

Tugas dan Kewajiban Pengelolaan Pengawasan

Pasal 19

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tanggung jawab dalam melaksanakan fungsinya sebagai berikut:
- 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 secara tertulis;
 - h. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (2) Dewan Pengawas yang dibentuk pada Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLU/BLUD, selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) juga melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Pemilik paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik.

Bagian Ketujuh
Wewenang Pengelolaan
Pasal 20

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

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Pimpinan RSUD;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Pimpinan RSUD dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Pimpinan RSUD sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit non struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Pimpinan RSUD dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh Pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Kedelapan
Rapat Dewan Pengawasan

Pasal 21

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Pengelola.
- (2) Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas :
 - a. rapat bulanan;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat pleno/khusus.

Pasal 22

- (1) Rapat bulanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf a diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat bulanan merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan direksi Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain, untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di Rumah Sakit.
- (3) Rapat bulanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) kali dalam 1 (satu) tahun yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, direksi, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

Pasal 23

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) 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) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 24

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

Pasal 25

- (1) Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21, hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh Ketua dan dua (2) orang dari seluruh anggota Dewan Pengawas.

Bagian Kesembilan

Dewan Pengawas Terhadap Komite-Komite Rumah Sakit

Pasal 26

Dewan Pengawas meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit atau dokumen pola tata kelola (*Corporate Governance*);

BAB XII

PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Komposisi Pejabat Pengelola

Pasal 27

Pejabat Pengelola terdiri dari:

- a. Pimpinan RSUD;

- b. Bagian Umum dan Keuangan, terdiri atas:
 - 1. Subbagian Umum;
 - 2. Subbagian Keuangan; dan
 - 3. Subbagian Penelitian dan Pengembangan, Sumber Daya Manusia, serta Pendidikan dan Pelatihan.
- c. Bidang Pelayanan Medik, Penunjang Medik, dan Pelayanan Kefarmasian, terdiri atas:
 - a. Seksi Pelayanan Medik dan Penunjang Medik; dan
 - b. Seksi Kefarmasian.
- d. Bidang Pelayanan Keperawatan, Kebidanan, dan Pelayanan Penunjang, terdiri atas:
 - 1. Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan; dan
 - 2. Seksi Pelayanan Penunjang.
- e. Kelompok Staf Medis;
- f. Komite Rumah Sakit;
- g. Satuan Pemeriksaan Internal;
- h. Instalasi; dan
- i. Kelompok Jabatan Fungsional.

Bagian Kedua

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 28

- (1) Pejabat Pengelola diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (2) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan.
- (3) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pejabat Pengelola BLUD berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.

Bagian Ketiga

Persyaratan Menjadi Pimpinan RSUD

Pasal 29

- (1) Unsur Pimpinan RSUD dijabat oleh:
 - a. tenaga medis;
 - b. Tenaga Kesehatan; atau
 - c. tenaga profesional.yang memiliki kompetensi manajemen Rumah Sakit.

- (2) Pimpinan RSUD wajib mengikuti pelatihan perumahsakitian meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem remunerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia.
- (3) Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 1 (satu) tahun pertama setelah menduduki Jabatan Struktural.

Bagian Keempat

Tugas dan Fungsi Pimpinan RSUD

Pasal 30

- (1) Pimpinan RSUD mempunyai tugas pokok memimpin penyelenggaraan tugas Rumah Sakit dalam melaksanakan upaya kesehatan paripurna sehingga Pimpinan RSUD berkewajiban:
 - a. mematuhi perundang-undangan yang berlaku.
 - b. menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan.
 - c. menetapkan kebijakan Rumah Sakit.
 - d. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator.
 - e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya.
 - 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.
 - i. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada representasi Pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Pimpinan RSUD mempunyai fungsi:
 - a. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier; dan
 - b. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan Tenaga Kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian Pelayanan Kesehatan.

Bagian Kelima
Tanggung jawab dan Wewenang
Pasal 31

- (1) Pimpinan RSUD dalam menjalankan tugasnya dapat bertindak atas nama Pejabat Pengelola.
- (2) Dalam menjalankan tugas dan kewenangan, Pimpinan RSUD dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:
 - a. Kepala Bagian/Kepala Bidang;
 - b. seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
 - c. orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

Bagian Keenam
Rapat
Pasal 32

- (1) Rapat direksi adalah rapat yang diselenggarakan untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat direksi terdiri dari:
 - a. rapat rutin/bulanan;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus/pleno.
- (3) Keputusan rapat diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.

Pasal 33

- (1) Rapat rutin/bulanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf a diselenggarakan oleh direksi secara terjadwal dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin/bulanan merupakan rapat koordinasi antara direksi Rumah Sakit dan Komite Medik serta pejabat lain, untuk mendiskusikan, klarifikasi atau alternatif solusi berbagai permasalahan di Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin/bulanan dilaksanakan paling sedikit 3 (tiga) kali dalam 1 (satu) tahun yang ditetapkan oleh direksi.

Pasal 34

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh direksi setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit.
- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Direksi menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 35

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf c diselenggarakan oleh direksi untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Hal-hal khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yakni:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Direksi 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 direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

BAB XIII

ORGANISASI PELAKSANA

Bagian Kesatu

Instalasi

Pasal 36

- (1) Instalasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf h merupakan unit pelayanan non struktural yang dibentuk guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan.
- (2) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dengan Keputusan Pimpinan RSUD.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Pimpinan RSUD.

Bagian Kedua

Kelompok Jabatan Fungsional

Pasal 37

Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud Pasal 27 huruf 1 diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota dari Pegawai Aparatur Sipil Negara yang memenuhi syarat melalui Sekretaris Daerah sesuai dengan kewenangannya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 38

Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 mempunyai tugas melakukan kegiatan sesuai dengan bidang tenaga fungsional masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 39

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 terdiri atas sejumlah tenaga fungsional yang terbagi dalam kelompok Jabatan Fungsional sesuai dengan bidang keahliannya.
- (2) Kelompok Jabatan Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh subkoordinator sebagai pelaksana fungsi pelayanan fungsional sesuai dengan ruang lingkup bidang tugas dan fungsi Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama.
- (3) Sub koordinator sebagaimana dimaksud pada ayat (2) melaksanakan tugas membantu Pejabat Administrator dalam penyusunan rencana, pelaksanaan dan pengendalian, pemantauan dan evaluasi, serta pelaporan pada satu sub koordinator.
- (4) Sub koordinator sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh pejabat Pembina Kepegawaian atas usulan pejabat yang berwenang.

BAB XIV

ORGANISASI PENDUKUNG

Bagian Kesatu

Satuan Pemeriksa Internal

Pasal 40

- (1) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 huruf g, adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan internal dalam rangka membantu Pimpinan RSUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk dengan Keputusan Pimpinan RSUD.
- (3) Satuan Pemeriksa Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Pimpinan RSUD.

Bagian Kedua
Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit

Pasal 41

- (1) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Pimpinan RSUD untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Pimpinan RSUD.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; dan
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Pimpinan RSUD kepada yang bersangkutan.

Pasal 42

- (1) Tugas secara terperinci dari Komite Etik dan Hukum adalah:
 - a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Pimpinan RSUD dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;
 - b. membantu Pimpinan RSUD dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;
 - c. membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit dalam penyelenggaraan fungsi Rumah Sakit yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit; dan
 - d. berkoordinasi dengan Bagian Hukum Rumah Sakit dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit;
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan Organisasi Rumah Sakit baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;

- b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit bagi petugas di Rumah Sakit; dan
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit Umum terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Pimpinan RSUD dalam bentuk laporan dan rekomendasi;

Bagian Ketiga

Komite Medik

Paragraf 1

Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 43

- (1) Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme Staf Medis dengan:
- a. melakukan Kredensial dan ReKredensial seluruh Staf Medis;
 - b. memelihara mutu profesi Staf Medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian;
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku Staf Medis.
- (2) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
- a. Ketua Komite Medik
 - b. Sekretaris Komite Medik
 - c. Anggota terdiri dari:
 - 1. Sub Komite Kredensial;
 - 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
 - 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh personalia Komite Medik oleh Pimpinan RSUD.
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Medik menyusun dan membuat pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Pimpinan RSUD.
- (5) Bagan Struktur Organisasi Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2), tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Paragraf 2

Rapat

Pasal 44

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence based*).
- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diputuskan melalui rapat Komite Medik dan Sub Komite.
- (3) Rapat Komite Medik meliputi:
 - a. rapat rutin/bulanan;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat pleno/khusus.
- (4) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diatur lebih lanjut dalam Pedoman Penyelenggaraan Komite Medik.

Pasal 45

- (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) Dalam melaksanakan tugas Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon Kewenangan Klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan Kewenangan Klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian Kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
 - g. melakukan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik; dan
 - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan surat Penugasan Klinis.

- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan Audit Medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis Rumah Sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 46

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik 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*) tertentu;
- 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.

Paragraf 3

Pengorganisasian Sub Komite

Pasal 47

Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:

- a. Sub komite Kredensial;
- b. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi;
- c. Sub komite Mutu Profesi.

Pasal 48

Pembentukan sub komite ditetapkan oleh Pimpinan RSUD, dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.

Pasal 49

Susunan organisasi sub komite terdiri dari:

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

Paragraf 4

Sub Komite Kredensial

Pasal 50

- (1) Sub komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 huruf a, di Rumah Sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang Staf Medis yang memiliki surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit.
- (2) Pengorganisasian sub komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 51

Tugas dan wewenang sub komite Kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/P3KGB) tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon Kewenangan Klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian Kredensial dan menyampaikan rekomendasi Kewenangan Klinis kepada Komite Medik;
- f. melakukan proses Rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat Penugasan Klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 52

Proses Kredensial yang dilakukan oleh sub komite Kredensial meliputi elemen:

- a. kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang;
 2. kognitif;
 3. afektif; dan
 4. psikomotor.
- b. kompetensi fisik;
- c. kompetensi mental/perilaku;
- d. perilaku etis (*ethical standing*).

Pasal 53

- (1) Proses Kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses Kredensial dilakukan oleh tim mitra bestari yang merupakan bentukan dari sub komite Kredensial.
- (3) Setelah dilakukannya proses Kredensial, Komite Medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Pimpinan RSUD tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang Staf Medis.
- (4) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 54

- (1) Sub komite Kredensial melakukan Rekredensial bagi setiap Staf Medis dalam hal:
 - a. masa berlaku surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh Staf Medis telah habis masa berlakunya;
 - b. Staf Medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. Staf Medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses Rekredensial sub komite Kredensial dapat memberikan rekomendasi:
 - 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.
- (3) Sub komite Kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang Kewenangan Klinisnya ditambah atau dikurangi.

Paragraf 5

Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 59

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 huruf b, terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang Staf Medis yang memiliki surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud ayat (1), sekurang kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 60

Tugas sub komite etika dan disiplin profesi:

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit;
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 61

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 huruf b, antara lain:

- a. pedoman pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di Rumah Sakit;
- c. daftar Kewenangan Klinis di Rumah Sakit;
- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) Di Rumah Sakit;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik Kedokteran yang baik);
- g. Pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. Pedoman pelayanan medik/klinik;
- i. Standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 62

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi.

- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari 3 (tiga) orang Staf Medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih Staf Medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam Rumah Sakit atau luar Rumah Sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Pimpinan RSUD Rumah Sakit atau Pimpinan RSUD Rumah Sakit terlapor.
- (3) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang berasal dari luar Rumah Sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.

Pasal 63

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh Unit Kerja Rumah Sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, Komite Medik, dan sebagainya.

Pasal 64

- (1) Staf Medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Medik.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

Paragraf 6

Subkomite Mutu Profesi

Pasal 65

- (1) Sub komite mutu profesi di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 47 huruf c, terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang Staf Medis yang memiliki surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Pasal 66

Tugas dan wewenang sub komite mutu profesi adalah:

- a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh Staf Medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
- b. melakukan Audit Medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal program pendidikan kedokteran;
- d. berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- e. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan;
- f. Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis Rumah Sakit;
- g. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;
- h. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 67

- (1) Sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok Staf Medis.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana dimaksud pada ayat (1), subkomite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok Staf Medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan Staf Medis Rumah Sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (4) Sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian Rumah Sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Sub komite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing Staf Medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Pasal 68

- (1) Komite Medik berkoordinasi dengan Pimpinan RSUD untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- (2) Subkomite mutu profesi menentukan nama Staf Medis yang akan mendampingi Staf Medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

Bagian Keempat

Komite Keperawatan

Paragraf 1

Keanggotaan

Pasal 69

- (1) Susunan organisasi komite keperawatan terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite.
- (2) Sub komite sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf c, terdiri dari:
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu; dan
 - c. Sub Komite Etik dan Disiplin.
- (3) Sub komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a bertugas merekomendasikan Kewenangan Klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (4) Sub komite mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (5) Sub komite etik dan disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.
- (6) Ketua komite keperawatan ditetapkan oleh Pimpinan RSUD dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (7) Pengurus Komite Keperawatan diusulkan oleh Ketua komite keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan di Rumah Sakit kemudian ditetapkan oleh Pimpinan RSUD.
- (8) Bagan Struktur Organisasi Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 70

Personil Komite Keperawatan harus memiliki kompetensi yang tinggi sesuai jenis pelayanan atau area praktik, mempunyai semangat profesionalisme serta reputasi baik.

Pasal 71

Komite Keperawatan memberikan jaminan kepada Pimpinan RSUD bahwa tenaga keperawatan memiliki kompetensi kerja yang tinggi sesuai standar pelayanan dan berperilaku baik sesuai etika profesinya serta mengutamakan keselamatan pasien melalui penerapan standar pelayanan keperawatan, pedoman etik dan disiplin, serta proses Kredensial.

Paragraf 2

Tugas dan Fungsi

Pasal 72

- (1) Komite keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Pimpinan RSUD dalam melakukan Kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesional berkelanjutan/*Continuing Profesional Development* (CPD).
- (2) Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi:
 - a. melaksanakan Kredensial dan Rekredensial;
 - b. memberikan rekomendasi kepada Pimpinan RSUD untuk penerbitan SPK dan RKK;
 - c. melakukan peninjauan ulang Kewenangan Klinis perawat jika ada dugaan perawat tidak kompeten pada kewenangan tertentu dan bila terbukti akan memberikan rekomendasi pencabutan Kewenangan Klinis;
 - d. melakukan telaah atas pelanggaran etik dan disiplin profesi;
 - e. penjagaan mutu profesi dengan cara audit keperawatan.

Pasal 73

- (1) Tanggung jawab komite keperawatan:
 - a. komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Pimpinan RSUD; dan
 - b. menjaga citra dan nama baik komite keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan di Rumah Sakit pada umumnya.

(2) Wewenang komite keperawatan:

- a. membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia *AdHoc*) secara mandiri maupun bersama bidang keperawatan;
- b. mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasar tinjauan profesi;
- c. mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- d. membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir; dan
- e. memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

Pasal 74

Dalam melaksanakan fungsinya, komite keperawatan dibantu oleh Panitia *AdHoc* yang terdiri dari Mitra Bestari sesuai dengan disiplin/spesifikasi dan peminatan tenaga keperawatan berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit.

Pasal 75

Komite keperawatan sebagai mitra kerja dari bidang keperawatan dan tidak bertanggung jawab kepada Kepala bidang keperawatan.

Pasal 76

Komite keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan Kepala bidang keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit.

Paragraf 3

Rapat

Pasal 77

- (1) Komite keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari:
 - a. Rapat Rutin/Bulanan;
 - b. Rapat Tahunan; dan
 - c. Rapat Khusus/Pleno.

Pasal 78

- (1) Rapat rutin/bulanan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf a, dilaksanakan 1 (satu) kali dalam sebulan diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, dan Kepala Ruang Keperawatan.
- (2) Agenda rapat rutin/bulanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membahas masalah-masalah harian keperawatan dan capaian kinerja.
- (3) Rapat rutin/bulanan keperawatan dipimpin oleh Kepala bidang keperawatan atau Ketua komite keperawatan.

Pasal 79

- (1) Rapat Tahunan Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf b dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka.
- (2) Rapat Tahunan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dipimpin oleh Ketua komite keperawatan atau Kepala bidang keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris komite keperawatan, sub komite, kasie keperawatan, panitia-panitia keperawatan, dan Kepala ruang keperawatan.
- (3) Agenda rapat tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun.

Pasal 80

- (1) Rapat Khusus/Pleno Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 77 ayat (2) huruf c diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan.
- (2) Rapat khusus/ pleno dipimpin oleh Ketua komite keperawatan atau Kepala bidang keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris komite keperawatan, sub komite, dan kasie keperawatan.
- (3) Agenda rapat khusus/pleno adalah membahas persoalan-persoalan yang terjadi di bidang keperawatan untuk menghasilkan rekomendasi dalam pengambilan keputusan.
- (4) Kehadiran peserta rapat khusus/pleno adalah 3/4 peserta rapat.

Pasal 81

- (1) Sidang tahunan Keperawatan diadakan 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Sidang tahunan dipimpin oleh Ketua komite keperawatan atau Kepala bidang keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris komite keperawatan, sub komite, panitia - panitia keperawatann dan Kepala ruang keperawatan.
- (3) Agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu.
- (4) Keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh $\frac{3}{4}$ peserta rapat yang hadir sebagaimana dimaksud pada ayat (2).

Paragraf 4

Sub Komite Kredensial

Pasal 82

- (1) Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf a bertugas:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis;
 - b. menyusun buku putih;
 - c. menerima hasil verifikasi persyaratan Kredensial;
 - d. merekomendasikan tahapan proses Kredensial;
 - e. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan Kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
 - g. membuat laporan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite keperawatan untuk diteruskan kepada Pimpinan RSUD.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya Tim *AdHoc* dan Mitra Bestari kepada Ketua komite keperawatan.

Paragraf 5

Sub Komite Mutu

Pasal 83

- (1) Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf b bertugas:
 - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan;
 - e. menjamin mutu tenaga profesional keperawatan dengan melakukan supervisi;
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), sub komite mutu profesi dapat mengusulkan dibentuknya Tim *AdHoc* kepada ketua komite keperawatan baik insidental atau permanen.

Paragraf 6

Sub Komite Etik dan Disiplin

Pasal 84

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (2) huruf c bertugas:
 - a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi, asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan;
 - e. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis;
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (1), komite keperawatan membentuk Tim *Adhoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja panitia *AdHoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dibawa dalam rapat khusus/pleno sebagaimana dimaksud dalam Pasal 80.

Paragraf 7

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 85

- (1) Dalam memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan diperlukan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan kebutuhan dasar pasien.
- (2) Dalam memenuhi kebutuhan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan bersama-sama Bidang Keperawatan berkewajiban menyusun:
 - a. standar profesi keperawatan dan kebidanan;
 - b. standar pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - c. standar prosedur operasional keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. standar kebutuhan dasar pasien.
- (3) Dalam keadaan tidak mampu, setiap staf keperawatan berkewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan lain yang dianggap lebih mampu.

Paragraf 8

Tata Cara Dan Review Perbaikan Peraturan Internal Staf Keperawatan

Pasal 86

- 1) Segala sesuatu yang belum diatur dalam aturan ini akan diatur dikemudian hari melalui Rapat Pleno Keperawatan dan Kebidanan.
- 2) Apabila ada pasal dan/ atau ayat dalam peraturan internal keperawatan ini yang dikemudian hari dianggap tidak sesuai, dapat ditinjau ulang melalui sidang tahunan keperawatan.

Paragraf 9

Kelompok Fungsional Keperawatan

Pasal 87

Dalam pelayanan keperawatan, terdapat Kelompok Fungsional Keperawatan yang berasal dari tenaga perawat fungsional yang bekerja langsung pada tatanan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit. Staf fungsional keperawatan dan kebidanan dikelompokkan berdasarkan pada peminatan dan bidang keahlian yang dimilikinya.

Pasal 88

Kelompok Fungsional Keperawatan berkoordinasi dan bertanggung jawab kepada Wakil Pimpinan RSUD Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit.

Pasal 89

Tujuan pembentukan Kelompok Fungsional Keperawatan:

- a. agar staf keperawatan di Rumah Sakit dapat fokus tertiadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan profesional;
- b. melalui Pengembangan profesional berkelanjutan (*Continuing Profosional Devolopment/ CPD*) menghasilkan standar asuhan keperawatan dan standar operasional keperawatan.

Pasal 90

Jenis Kelompok Fungsional Keperawatan terdiri atas:

- a. Kolompok Keperawatan Anak;
- b. Kolompok Keperawatan Bedah;
- c. Kelompok Keperawatan Interna;
- d. Kelompok Keperawatan Gawat Darurat;
- e. Kelompok Keperawatan Kardiologi;
- f. Kelompok Keperawatan *Intensif Care*; dan
- g. Kelompok Keperawatan Maternitas.

Pasal 91

- (1) Kelompok Keperawatan Anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf a, merupakan kelompok perawat seminat di bidang Anak.
- (2) Kelompok Keperawatan Bedah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf b merupakan kelompok perawat seminat di bidang Bedah.
- (3) Kelompok Keperawatan Interna sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf c, merupakan kelompok perawat seminat di bidang perawatan Interna/ non-bedah.
- (4) Kelompok Keperawatan Gawat Darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf d, merupakan kelompok perawat seminat di bidang Kegawatdaruratan.
- (5) Kelompok Keperawatan Kardiologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf e adalah kelompok perawat seminat di bidang Kardiologi.
- (6) Kelompok Keperawatan *Intensif Care* sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf f adalah kelompok perawat seminat di bidang *Intensif Care*.
- (7) Kelompok Keperawatan Maternitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 90 huruf g, merupakan kelompok perawat seminat di bidang Maternitas.

Pasal 92

- (1) Seluruh staf keperawatan baik Aparatur Sipil Negara (ASN) atau non Aparatur Sipil Negara (ASN) wajib menjadi anggota kelompok fungsional keperawatan dan terdaftar sebagai anggota PPNI Komisariat Rumah Sakit.
- (2) Setiap kelompok fungsional keperawatan beranggotakan minimal 5 (lima) orang staf keperawatan, dengan seminat yang sama.
- (3) Staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) masuk dalam kelompok keperawatan yang ada di Rumah Sakit.
- (4) Penempatan staf keperawatan ke dalam kelompok fungsional keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ditetapkan dengan Surat Keputusan Pimpinan RSUD sesuai dengan pedoman keanggotaan kelompok fungsional keperawatan.

Pasal 93

- (1) Setiap Kelompok Fungsional Keperawatan dipimpin oleh seorang Ketua yang ditetapkan oleh Pimpinan RSUD dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku baik.
- (2) Dalam menentukan Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pimpinan RSUD dapat meminta pendapat dari Komite Keperawatan.
- (3) Penetapan sebagai Ketua Kelompok Fungsional Keperawatan dengan Surat Keputusan Pimpinan RSUD untuk masa bakti selama 5 (lima) tahun.

Pasal 94

- (1) Pemberhentian staf keperawatan sebagai anggota kelompok fungsional keperawatan berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.
- (2) Pemberhentian menetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1), apabila:
 - a. kondisi fisik dan atau mental Kelompok Fungsional Keperawatan yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan keperawatan berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
 - b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Organisasi Profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;
 - d. berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang; atau
 - e. tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota Kelompok Fungsional Keperawatan.
- (3) Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1), apabila:
 - a. kondisi fisik staf keperawatan yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan keperawatan lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
 - b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh organisasi profesi dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
 - c. melakukan pelanggaran disiplin profesi keperawatan atau peraturan lain yang terkait;
 - d. dicabut kewenangan klinisnya;
 - e. Ijin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
 - f. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
 - g. Staf keperawatan yang memasuki usia pensiun namun berdasarkan pertimbangan Pimpinan RSUD yang bersangkutan masih dapat diangkat sebagai anggota Kelompok Fungsional Keperawatan/ yang masih dalam proses pertimbangan untuk pengangkatan kembali sebagai anggota Kelompok Fungsional Keperawatan;
 - h. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
 - i. cuti diluar tanggungan negara sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN).

Bagian Kelima

Komite Mutu

Paragraf 1

Pembentukan Komite Mutu

Pasal 95

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu.
- (2) Tata kelola mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.
- (3) Penyelenggaraan tata kelola mutu sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 dapat dilakukan melalui pembentukan Komite Mutu sesuai dengan kebutuhan, ketersediaan sumber daya, dan beban kerja Rumah Sakit.
- (4) Dalam hal Rumah Sakit belum mampu membentuk Komite Mutu, penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit dapat dilaksanakan oleh tim penyelenggara mutu.

Pasal 96

- (1) Komite Mutu dibentuk oleh Pimpinan RSUD dan ditetapkan dengan surat keputusan Pimpinan RSUD.
- (2) Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Pimpinan RSUD.

Paragraf 2

Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 97

- (1) Susunan organisasi Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.
- (2) Ketua dan sekretaris sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b merangkap sebagai anggota.
- (3) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a tidak boleh merangkap sebagai pejabat struktural di Rumah Sakit.
- (4) Ketua, sekretaris, dan anggota Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipilih dan diangkat oleh Pimpinan RSUD.

Pasal 98

- (1) Keanggotaan Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
 - a. Tenaga medis;
 - b. Tenaga keperawatan;
 - c. Tenaga kesehatan lain; dan
 - d. Tenaga non kesehatan.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kemampuan dan ketersediaan sumber daya manusia Rumah Sakit.

Pasal 99

- (1) Keanggotaan Komite Mutu diangkat dan diberhentikan oleh Pimpinan RSUD.
- (2) Untuk diangkat menjadi anggota Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi persyaratan:
 - a. tidak pernah melakukan perbuatan tercela;
 - b. sehat jasmani dan jiwa;
 - c. memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman bekerja dalam penyelenggaraan mutu Rumah Sakit;
 - d. bersedia bekerja sebagai anggota Komite Mutu; dan
 - e. memiliki komitmen terhadap peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (3) Masa kerja keanggotaan Komite Mutu berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali setelah memenuhi persyaratan.

Pasal 100

- (1) Pimpinan RSUD dapat memberhentikan anggota Komite Mutu sebelum habis masa kerjanya yang disertai dengan alasan pemberhentian.
- (2) Alasan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. melanggar etika;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit; dan/atau
 - d. dipidana karena melakukan tindak pidana kejahatan berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (3) Pemberhentian anggota Komite Mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberitahukan secara tertulis oleh Pimpinan RSUD kepada ketua dan/atau anggota yang diberhentikan.

Pasal 101

- (1) Dalam rangka efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan tata kelola mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 ayat (1) Rumah Sakit, komite lainnya yang melaksanakan fungsi manajemen risiko dan keselamatan pasien dapat diintegrasikan dengan Komite Mutu.
- (2) Integrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan membentuk sub komite.

Pasal 102

- (1) Komite Mutu bertugas membantu Pimpinan RSUD Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki fungsi:
 - a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Pimpinan RSUD Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
 - c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
 - d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di Unit Kerja;
 - e. pemantauan dan memandu Unit Kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 - f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
 - g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh Unit Kerja;
 - h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
 - i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan Unit Kerja lainnya yang terkait, serta staf;
 - j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
 - k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
 - l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
 - m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

- (3) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Pimpinan RSUD Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
 - c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di Unit Kerja;
 - d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
 - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 - f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
 - h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- (4) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:
- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Pimpinan RSUD terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
 - c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di Unit Kerja;
 - d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 - e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
 - g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
 - i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.
- (5) Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ayat (3) dan ayat (4), Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

Pasal 103

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 102, Komite Mutu dapat dibantu oleh tim yang bersifat *ad hoc* yang terdiri atas komite atau Unit Kerja lain, dan pakar/ahli yang terkait.
- (2) Tim yang bersifat *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pimpinan RSUD berdasarkan usulan ketua Komite Mutu.

Pasal 104

- (1) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 102 dilaporkan secara tertulis kepada Pimpinan RSUD disertai rekomendasi, paling sedikit setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan.
- (2) Pimpinan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melaporkan hasil kegiatan penyelenggaraan mutu kepada Pemilik atau Dewan Pengawas Rumah Sakit bagi Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah.
- (3) Pemilik atau Dewan Pengawas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) memberikan umpan balik berupa rekomendasi kepada Pimpinan RSUD untuk ditindaklanjuti.

Bagian Keenam

Komite K3RS

Pasal 105

Pengaturan K3RS bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Pasal 106

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan K3RS.
- (2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. membentuk dan mengembangkan SMK3 Rumah Sakit; dan
 - b. menerapkan standar K3RS.

Pasal 107

SMK3 Rumah Sakit meliputi :

- a. penetapan kebijakan K3RS;
- b. perencanaan K3RS;
- c. pelaksanaan rencana K3RS;
- d. pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan
- e. peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS.

Pasal 108

- (1) Kebijakan K3RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 107 huruf a ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Pimpinan RSUD dan disosialisasikan ke seluruh sumber daya manusia Rumah Sakit.
- (2) Kebijakan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS;
 - b. penetapan organisasi K3RS; dan
 - c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana.

Pasal 109

- (1) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 107 huruf b dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.
- (2) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Pimpinan RSUD.
- (3) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan tingkat faktor risiko.
- (4) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat secara berkala setiap 1 (satu) tahun dan ditinjau jika terdapat perubahan sarana dan prasarana serta proses kerja di Rumah Sakit.

Pasal 110

- (1) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 107 huruf c meliputi:
 - a. manajemen risiko K3RS;
 - b. keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit;
 - c. pelayanan Kesehatan Kerja;
 - d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja;
 - 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.
- (2) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan standar K3RS.
- (3) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.

Pasal 111

- (1) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 95 huruf d dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh Kepala atau Pimpinan RSUD Rumah Sakit.
- (2) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit.

- (3) Dalam hal Rumah Sakit tidak memiliki sumber daya manusia di bidang K3RS untuk melakukan pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat menggunakan jasa pihak lain.
- (4) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.

Bagian Ketujuh

Komite PPI

Pasal 112

- (1) Setiap fasilitas Pelayanan Kesehatan harus melaksanakan PPI.
- (2) PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui penerapan:
 - a. prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi;
 - b. penggunaan antimikroba secara bijak; dan
 - c. *bundles*.
- (3) *bundles* sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sahih yang menghasilkan perbaikan keluaran poses Pelayanan Kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten.
- (4) Penerapan PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan terhadap infeksi terkait pelayanan HAIs dan infeksi yang bersumber dari masyarakat.
- (5) Dalam pelaksanaan PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1), fasilitas Pelayanan Kesehatan harus melakukan:
 - a. *surveilans*; dan
 - b. pendidikan dan pelatihan PPI.

Pasal 113

Pelaksanaan PPI di fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 112, dilakukan melalui pembentukan Komite atau tim PPI.

Pasal 114

- (1) Komite atau tim PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113, dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola PPI yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja di fasilitas Pelayanan Kesehatan terjamin dan terlindungi.
- (2) Pembentukan Komite atau Tim PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jenis, kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Pasal 115

- (1) Komite atau Tim PPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113, bertugas melaksanakan kegiatan kegiatan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, dan pembinaan.
- (2) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus dilaporkan kepada pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan secara berkala paling sedikit 2 (dua) kali dalam setahun, atau sesuai dengan kebutuhan.
- (3) Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipergunakan pimpinan fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai dasar penyusunan perencanaan dan pengambilan keputusan.

Bagian Kedelapan

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Paragraf 1

Susunan, Tugas, Fungsi, dan Kewenangan

Pasal 116

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah non struktural / non medis yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi yang dibentuk oleh Pimpinan RSUD.
- (2) Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah meningkatkan profesionalisme staf Tenaga Kesehatan Lainnya dengan:
 - a. melakukan Kredensial dan Rekredensial seluruh staf profesi Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - b. memelihara mutu profesi Staf Medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf profesi Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - b. Sekretaris Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - c. Anggota terdiri dari:
 1. Sub Komite Kredensial;
 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (4) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh personalia Komite Tenaga Kesehatan Lainnya oleh Pimpinan RSUD.

- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (2) di atas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Pimpinan RSUD.
- (6) Bagan Struktur Organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2), tercantum dalam Lampiran IV yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini

Paragraf 2

Rapat

Pasal 117

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence based*).
- (2) Keputusan sebagaimana pada ayat (1) diputuskan melalui rapat komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan sub komite.
- (3) Rapat komite Tenaga Kesehatan Lainnya meliputi:
 - a. rapat rutin/bulanan;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat pleno/khusus.
- (4) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diatur lebih lanjut dalam pedoman penyelenggaraan komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 118

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan Kredensial bagi seluruh staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang akan melakukan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf Tenaga Kesehatan Lainnya; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis/teknis;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis/teknis;
 - d. merekomendasikan pemilihan Kewenangan Klinis/teknis;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.

- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf Tenaga Kesehatan Lainnya, komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. menyusun dan *review* standar asuhan petugas/tenaga kesehatan lainnya;
 - b. menyusun pedoman mutu pelayanan petugas/Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - c. menyusun pedoman pola ketenagaan Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - d. menyusun instrument evaluasi kinerja klinik petugas/Tenaga Kesehatan Lainnya dan pelaksanaannya;
 - e. menyusun indikator mutu pelayanan petugas/ Tenaga Kesehatan Lainnya sesuai area praktek;
 - f. menyusun pedoman manajemen pembimbing mahasiswa praktek;
 - g. mengembangkan sumber daya manusia petugas/Tenaga Kesehatan Lainnya; dan
 - h. mengorientasi Pegawai baru.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf tenaga kesehatan lainnya komite tenaga kesehatan lainnya memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi tenaga kesehatan lainnya;
 - b. pemeriksaan staf tenaga kesehatan lainnya yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan pelayanan kesehatan pasien.

Pasal 119

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite tenaga kesehatan lainnya 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*) tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit tenaga kesehatan lainnya;
- f. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 3
Pengorganisasian Sub Komite
Pasal 120

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:

- a. Sub komite Kredensial;
- b. Sub komite Mutu Profesi; dan
- c. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 121

Pembentukan sub komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120, ditetapkan oleh Pimpinan RSUD dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 122

Susunan organisasi sub komite terdiri dari :

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

Paragraf 4
Subkomite Kredensial

Pasal 123

- (1) Sub komite Kredensial di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 huruf a, terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang memiliki surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit.
- (2) Pengorganisasian sub komite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (3) Sub Komite Kredensial mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis/ teknis untuk memperoleh surat penugasan.

Pasal 124

- (1) Mempersiapkan Kewenangan Klinis/teknis mencakup kompetensi sesuai area praktik yang ditetapkan oleh Rumah Sakit.

- (2) Menyusun Kewenangan Klinis/teknis dengan kriteria sesuai dengan persyaratan Kredensial dimaksud.
- (3) Melakukan *assessment* Kewenangan Klinis/teknis dengan berbagai metode yang disepakati.
- (4) Memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rekomendasi memperoleh Penugasan Klinis/teknis dari Pimpinan RSUD.
- (5) Memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis/teknis untuk memperoleh Penugasan Klinis/teknis dari Pimpinan RSUD dengan cara :
 - a. Tenaga Kesehatan lainnya mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis/ teknis kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
 - b. Ketua Komite Tenaga Kesehatan lainnya menugaskan sub Komite Kredensial untuk melakukan proses Kredensial (dapat dilakukan individu atau kelompok).
 - c. Sub komite melakukan *review*, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode : porto folio.
 - d. Sub komite memberikan laporan hasil Kredensial sebagai bahan rapat menentukan Kewenangan Klinis/teknis bagi setiap Tenaga Kesehatan Lainnya.
 - e. Penilaian Kredensial untuk pelaksanaan klinis/teknis di Unit Kerja masing – masing profesi dilakukan oleh ketua Komite Kredensial didampingi ketua Unit Kerja masing-masing profesi.
 - f. Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Ketua sub komite Kredensial dan Kepala Unit Kerja profesi masing-masing untuk Kredensialnya dilakukan oleh atasan langsung didampingi oleh ketua sub komite.
 - g. Untuk setiap Tenaga Kesehatan Lainnya yang baru/magang perlu dilaksanakan Kredensial.
- (6) Melakukan pembinaan dan pemilihan Kewenangan Klinis/teknis secara berkala.
- (7) Melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan.

Pasal 125

- (1) Sub komite Kredensial melakukan Rekredensial bagi setiap staf Tenaga Kesehatan Lainnya dalam hal:
 - a. masa berlaku surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf Tenaga Kesehatan Lainnya telah habis masa berlakunya;
 - b. staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.

- (2) Dalam proses Rekredensial sub komite Kredensial dapat memberikan rekomendasi:
- 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;
 - f. Kewenangan Klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Sub komite Kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang Kewenangan Klinisnya ditambah atau dikurangi.

Paragraf 5

Subkomite Mutu Profesi

Pasal 126

- (1) Sub komite mutu profesi di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 huruf b terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang memiliki surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 127

Sub komite mutu profesi mempunyai kewenangan memberikan rekomendasi tindak lanjut petugas/Tenaga Kesehatan Lainnya berkelanjutan serta pendampingan.

Pasal 128

Untuk melaksanakan tugas sub komite mutu profesi, maka ditetapkan mekanisme sebagai berikut :

- a. koordinasi dengan komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk memperoleh data dasar tentang profil tiap-tiap anggota profesi yang ada dalam lingkup tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit sesuai dengan praktiknya berdasarkan jenjang karier.
- b. mengidentifikasi kesenjangan kompetensi yang berasal dari data sub komite Kredensial sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi perubahan standar profesi.

- c. koordinasi dengan masing-masing profesi yang ada dilingkup tenaga kesehatan lainnya dalam melakukan pendampingan sesuai dengan kebutuhan.
- d. melakukan audit kepada anggota tenaga kesehatan lainnya, meliputi:
 1. pemilihan topik audit;
 2. penetapan standar kriteria;
 3. penetapan jumlah kasus yang akan dipilih untuk diaudit sesuai dengan standar profesi masing-masing anggota;
 4. melakukan analisa kasus yang tidak sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan masing-masing profesi;
 5. menetapkan perbaikan; dan
 6. rencana audit ulang.
- e. Menyusun laporan kegiatan sub komite mutu profesi untuk disampaikan kepada Ketua komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 129

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berkoordinasi dengan Pimpinan RSUD untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- (2) Sub komite mutu profesi menentukan nama staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang akan mendampingi staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

Paragraf 6

Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 130

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 120 huruf c terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf Tenaga Kesehatan Lainnya yang memiliki surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite etika dan disiplin profesi sekurang kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 131

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi:

- a. melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di Rumah Sakit; dan
- c. memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 132

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf Tenaga Kesehatan Lainnya, antara lain:

- a. pedoman pelayanan Tenaga Kesehatan Lainnya di Rumah Sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di Rumah Sakit;
- c. daftar Kewenangan Klinis di Rumah Sakit;
- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan Pelayanan Kesehatan (*white paper*) di Rumah Sakit;
- e. kode etik profesi Tenaga Kesehatan Lainnya Indonesia; dan
- f. standar prosedur operasional Pelayanan Kesehatan.

Pasal 133

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi yang terdiri dari 3 (tiga) orang staf Tenaga Kesehatan Lainnya atau lebih dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari sub komite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa; dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf Tenaga Kesehatan Lainnya dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam Rumah Sakit atau luar Rumah Sakit, baik atas permintaan komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan persetujuan Pimpinan RSUD atau Pimpinan RSUD Rumah Sakit terlapor.
- (2) Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 134

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme Tenaga Kesehatan Lainnya dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh Unit Kerja Rumah Sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite Tenaga Kesehatan Lainnya, dan sebagainya.

Pasal 135

- (1) Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pelayanan kesehatan di Rumah Sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (2) Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

BAB XV

TATA KERJA

Bagian Kesatu

Audit Klinis

Paragraf 1

Siklus Audit Klinis

Pasal 136

Audit Klinis harus dipandang sebagai suatu siklus atau rangkaian peningkatan mutu secara berkesinambungan. Terdapat siklus audit yang terdiri dari 6 langkah, yaitu :

- a. menentukan topik;
- b. menentukan kriteria;
- c. mengumpulkan data pelayanan yang selama ini telah diberikan;
- d. menganalisa data dengan cara membandingkan pelayanan yang telah diberikan dengan kriteria;
- e. menetapkan dan melaksanakan perubahan berdasarkan hasil temuan audit;
dan
- f. melakukan re-audit untuk memastikan bahwa perubahan dilakukan dan mutu pelayanan telah meningkat.

Paragraf 2

Pengorganisasian

Pasal 137

Dalam melakukan Audit Klinis di Rumah Sakit terdapat 3 (tiga) bagian yang terlibat dengan tugas yakni sebagai berikut:

- a. Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang bertugas menentukan topik audit dan memfasilitasi serta mengkoordinir jalannya proses Audit Klinis;
- b. Tim *AdHock* Audit Klinis atau dapat disebut sebagai tim kerja yang terdiri dari unsur Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya yang terlibat langsung dalam proses pelayanan sesuai topik audit;

- c. Tim *Adhock* sebagaimana dimaksud pada huruf b dibentuk oleh Pimpinan RSUD;
- d. Tim *Adhock* sebagaimana dimaksud pada huruf c, melakukan analisa dan menyusun rencana perbaikan setelah mendapatkan hasil audit; dan
- e. Asisten audit yaitu staf rekam medis yang bertujuan mencari dan mengolah data.
- f. staf rekam medis sebagaimana dimaksud pada huruf e, yang dipilih diharapkan sudah terlatih dan tidak berganti-ganti pada satu topik Audit Klinis.

Bagian Kedua

Audit Kinerja

Pasal 138

Audit Kinerja Rumah Sakit merupakan laporan Hasil Evaluasi Kinerja yang mencakup penilaian tingkat kesehatan Rumah Sakit yang terdiri dari 3 (tiga) indikator kinerja yakni:

- a. indikator kinerja keuangan;
- b. indikator kinerja operasional; dan
- c. indikator kinerja mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat.

Bagian Ketiga

Audit Eksternal

Pasal 139

Audit Eksternal adalah audit yang pelaksanaannya adalah para auditor dari luar Rumah Sakit, konsultan tamu atau organisasi profesi terkait untuk melakukan analisa hasil audit dan memberikan rekomendasi khusus.

BAB XVI

PENGELOLA SUMBER DAYA MANUSIA

Bagian Kesatu

Tujuan Pengelolaan

Pasal 140

Tujuan Pengelolaan Sumber Daya Manusia adalah :

- a. merencanakan tenaga kerja secara efektif dan efisien agar sesuai dengan kebutuhan;
- b. mengorganisasikan semua karyawan dengan menetapkan pembagian kerja, delegasi wewenang, integrasi dan koordinasi dalam bagan organisasi;
- c. mengendalikan semua karyawan agar menaati peraturan; dan
- d. meningkatkan ketrampilan teknis, teoritis, konseptual dan moral karyawan melalui pendidikan dan pelatihan.

Bagian Kedua
Pengangkatan Pegawai
Pasal 141

- (1) Rekrutmen Pegawai terdiri dari tiga cara yaitu:
 - a. Rekrutmen tenaga CPNS / PNS;
 - b. Rekrutmen tenaga PPPK; dan
 - c. Rekrutmen tenaga Alih Daya.
- (2) Rekrutmen tenaga dengan status CPNS/PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, menjadi wewenang Pejabat Pembina KePegawaian bersama kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendayagunaan aparatur Negara, sehingga dalam hal ini Pimpinan RSUD tidak mempunyai wewenang sedikitpun untuk melakukan Rekrutmen Tenaga CPNS/PNS.
- (3) Rekrutmen tenaga CPNS/PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (2), harus mengacu pada Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Rekrutmen tenaga PPPK sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, melalui seleksi yang dilakukan oleh Badan KePegawaian dan Pengembangan Sumber Daya Manusia Kota Probolinggo.
- (5) Rekrutmen Tenaga Alih Daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, dilaksanakan melalui pemilihan penyedia dengan proses pengadaan barang dan jasa.

Bagian Ketiga
Penghargaan dan Sanksi
Paragraf 1
Penghargaan
Pasal 142

- (1) Pemberian penghargaan (*reward*) kepada Pegawai Rumah Sakit dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali pada awal tahun berikutnya dan ditetapkan dalam Keputusan Pimpinan RSUD.
- (2) Penghargaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan berdasarkan penilaian terhadap kinerja pelayanan, sikap kerja dan mutu pelayanan Pegawai Rumah Sakit.
- (3) Pegawai dengan nilai terbanyak di masing-masing unit/ruang yang akan dipilih sebagai Pegawai terbaik dan mendapatkan penghargaan (*reward*).
- (4) Penghargaan (*reward*) yang diberikan adalah berupa piagam penghargaan, dan/atau pin kehormatan.

Paragraf 2

Sanksi

Pasal 143

- (1) Hukuman (Sanksi) diberikan kepada Pegawai yang terbukti melakukan pelanggaran dalam menjalankan tugas dan fungsinya.
- (2) Pegawai yang terbukti melakukan pelanggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), akan diberikan hukuman berupa :
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis;
 - c. pembinaan;
 - d. pemindahan (mutasi); dan/atau
 - e. pembebasan dari jabatan

Bagian Keempat

Mutasi Pegawai

Pasal 144

- (1) Mutasi Pegawai adalah perpindahan Pegawai dari salah satu Perangkat Daerah ke Perangkat Daerah lain.
- (2) Mutasi Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Mutasi Masuk; dan
 - b. Mutasi Keluar.
- (3) Mutasi Masuk sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, dimaksudkan untuk mencukupi / memenuhi kebutuhan tenaga di Rumah Sakit.
- (4) Mutasi Keluar ke Perangkat Daerah lain sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, dikarenakan penugasan atau alasan tertentu dengan mendapat persetujuan Pejabat Pembina Kepegawaian.

Bagian Kelima

Pemberhentian Pegawai

Pasal 145

- (1) Pemberhentian Pegawai adalah masa dimana Pegawai tidak beraktifitas sebagaimana mestinya atau sudah tidak melaksanakan aktifitas kedinasan lagi.
- (2) Pemberhentian Pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Pemberhentian atas permintaan sendiri;
 - b. Pemberhentian karena mencapai batas pensiun;
 - c. Pemberhentian karena perampingan organisasi atau kebijakan pemerintah;
 - d. Pemberhentian karena tidak cakap jasmani dan/atau rohani;
 - e. Pemberhentian karena meninggal dunia, tewas, atau hilang;

- f. Pemberhentian karena melakukan tindak pidana/penyelewengan;
- g. Pemberhentian karena menjadi anggota dan/atau pengurus partai politik;
- h. Pemberhentian karena tidak menjabat lagi sebagai pejabat negara; dan
- i. Pemberhentian karena hal lain.

Bagian Keenam
Standar Pelayanan Minimal
Pasal 146

- (1) Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah terdiri atas:
- a. Pelayanan kesehatan ibu hamil;
 - b. Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
 - c. Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
 - d. Pelayanan kesehatan balita;
 - e. Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
 - f. Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
 - g. Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
 - h. Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
 - i. Pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus;
 - j. Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
 - k. Pelayanan kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
 - l. Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).
 - m. Pelayanan kesehatan yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif.
- (2) Pelayanan yang bersifat peningkatan/ promotif dan pencegahan/ preventif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf m mencakup:
- a. peningkatan kesehatan;
 - b. perlindungan spesifik;
 - c. diagnosis dini dan pengobatan tepat;
 - d. pencegahan kecacatan; dan
 - e. rehabilitasi.
- (3) Pelayanan dasar pada SPM Kesehatan dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah pusat, Pemerintah Daerah, maupun swasta.
- (4) Pelayanan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan.

Bagian Ketujuh
Kesehatan dan Keselamatan Kerja
Pasal 147

- (1) Rumah Sakit secara berkala memberikan pelayanan Kesehatan dan Keselamatan kerja staf dengan cara:
 - a. skrining kesehatan awal;
 - b. tindakan-tindakan untuk mengendalikan pajanan kerja yang berbahaya, seperti pajanan terhadap obat-obatan beracun dan tingkat kebisingan yang berbahaya;
 - c. pendidikan, pelatihan, dan intervensi terkait cara pemberian asuhan pasien yang aman;
 - d. pendidikan, pelatihan, dan intervensi terkait pengelolaan kekerasan di tempat kerja;
 - e. pendidikan, pelatihan, dan intervensi terhadap staf yang berpotensi melakukan kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian sentinel;
 - f. tata laksana kondisi terkait pekerjaan yang umum dijumpai seperti cedera punggung atau cedera lain yang lebih darurat;
 - g. vaksinasi/Imunisasi pencegahan, dan pemeriksaan kesehatan berkala;
 - h. pengelolaan kesehatan mental staf, seperti pada saat kondisi kedaruratan penyakit infeksi/pandemi.
- (2) Pelayanan Kesehatan berupa pemeriksaan kesehatan secara bergilir dan diutamakan terhadap staf yang beresiko tinggi.
- (3) Hasil kesimpulan atas pemeriksaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), berupa rekomendasi tindak lanjut.
- (4) Rumah Sakit juga berkewajiban memberikan keselamatan staf baik dari resiko terpapar atau tertular penyakit-penyakit infeksi maupun kekerasan di tempat kerja.

BAB XVII
PENGELOLAAN KEUANGAN

Pasal 148

- (1) Pengelolaan keuangan Rumah Sakit merupakan proses perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, dan pengawasan atas semua aktivitas keuangan yang terkait dengan operasional Rumah Sakit.
- (2) Tujuan dari manajemen keuangan Rumah Sakit adalah untuk mencapai keberhasilan keuangan Rumah Sakit dengan mengelola keuangan secara efektif dan efisien.

BAB XVIII
TARIF PELAYANAN

Pasal 149

- (1) Rumah Sakit dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.
- (2) Imbalan atas barang dan/atau jasa layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan dalam bentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya satuan per unit layanan atau hasil per investasi dana.
- (3) Dalam hal penyusunan tarif tidak dapat disusun dan ditetapkan atas perhitungan biaya per unit layanan atau hasil per investasi dana sebagaimana dimaksud pada ayat (2), tarif dapat ditetapkan dengan perhitungan atau penetapan lain yang berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan;
- (4) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.
- (5) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif dan/atau pola tarif sesuai jenis layanan Rumah Sakit.
- (6) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) diatur dengan Peraturan Wali Kota.
- (7) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat
- (8) Tarif layanan Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.
- (9) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (8), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.
- (10) Selama proses pengusulan perubahan sampai dengan disahkannya tarif dengan Peraturan Wali Kota, maka perubahan tarif dapat diatur sementara dengan Keputusan Pimpinan RSUD.

BAB XIX
PENDAPATAN DAN BIAYA

Bagian Kesatu

Pendapatan

Pasal 150

Sumber pendapatan Rumah Sakit, yakni:

- a. Penerimaan Pasien, terdiri atas:
 1. pelayanan rawat inap; dan
 2. pelayanan rawat jalan.
- b. Asuransi Kesehatan;

- c. Dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah);
- d. Layanan Khusus;
- e. Sumber Pendapatan Tambahan;
- f. Hibah;
- g. hasil kerjasama dengan pihak lain;
- h. APBN; dan
- i. lain-lain pendapatan Rumah Sakit yang sah.

Bagian Kedua

Biaya

Pasal 151

- (1) Biaya Rumah Sakit merupakan biaya operasional dan biaya non operasional.
- (2) Biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi.
- (3) Biaya non operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup seluruh biaya yang menjadi beban Rumah Sakit dalam rangka menunjang pelaksanaan tugas dan fungsi.
- (4) Biaya Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dialokasikan untuk membiayai program peningkatan pelayanan, kegiatan pelayanan dan kegiatan pendukung pelayanan
- (5) Pembiayaan program dan kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dialokasikan sesuai dengan kelompok, jenis, program dan kegiatan.

BAB XX

PENGELOLAAN SUMBER DAYA LAIN

Bagian Kesatu

Pengelolaan Lingkungan Dan Limbah Rumah Sakit

Pasal 152

- (1) Limbah Rumah Sakit adalah limbah yang dihasilkan dari kegiatan Rumah Sakit, baik itu jenis limbah medis maupun limbah non medis yang pada umumnya limbah medis Rumah Sakit cenderung lebih berbahaya karena memiliki karakteristik khusus.
- (2) Jenis Limbah medis Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), antara lain:
 - a. Limbah Patologis;
 - b. Limbah Infeksius;
 - c. Limbah Benda Tajam;

- d. Limbah Farmasi;
- e. Limbah Sitotoksis;
- f. Limbah Kimiawi; dan
- g. Limbah Radioaktif.

(3) Tindakan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit, antara lain:

- a. Identifikasi jenis limbah;
- b. Pemisahan limbah;
- c. Pengangkutan;
- d. Penampungan sementara; dan
- e. Pengolahan akhir.

BAB XXI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 153

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 Probolinggo.

Ditetapkan di Probolinggo
pada tanggal 12 Januari 2024
WALI KOTA PROBOLINGGO,
Ttd,
HADI ZAINAL ABIDIN

Diundangkan di Probolinggo
pada tanggal 12 Januari 2024

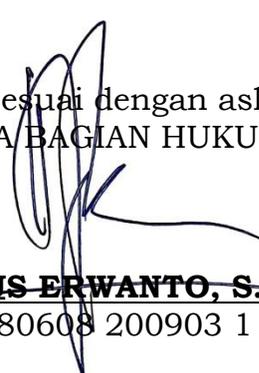
SEKRETARIS DAERAH KOTA PROBOLINGGO,

Ttd,

NINIK IRA WIBAWATI

BERITA DAERAH KOTA PROBOLINGGO TAHUN 2024 NOMOR 2

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,


DENNY BAGUS ERWANTO, S.H., M.H.

NIP. 19780608 200903 1 004

SALINAN LAMPIRAN I
PERATURAN WALI KOTA PROBOLINGGO
NOMOR 2 TAHUN 2024
TENTANG PERATURAN INTERNAL UNIT
ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AR ROZY
KOTA PROBOLINGGO

LOGO RUMAH SAKIT



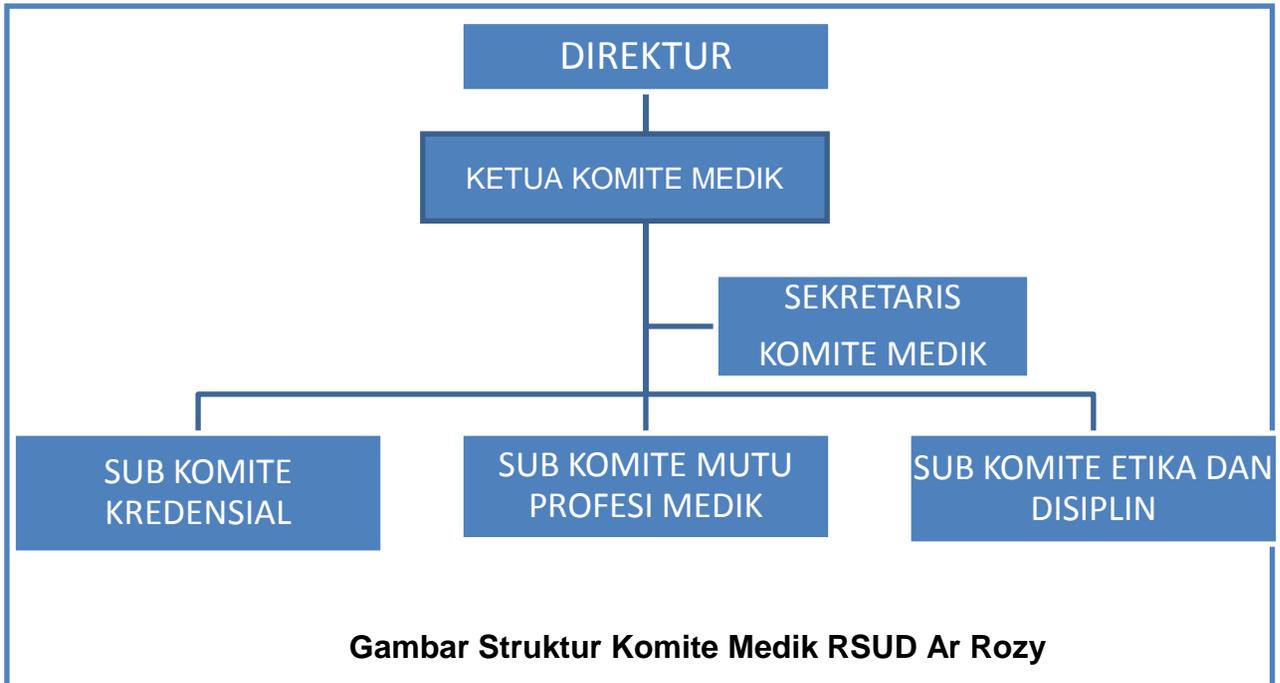
Memiliki makna sebagai berikut:

1. bunga yang harum membentuk simbol + sebagai simbol universal di bidang kesehatan memberi arti tumbuh mekar untuk menebarkan kebaikan dan memberi kontribusi positif di bidang kesehatan;
2. lebah sebagai hewan penghasil madu memberi arti tentang semangat berbagi kebaikan terhadap kesehatan dan kesembuhan penyakit manusia seperti yang disebutkan di dalam Al-Quran dan Hadist Shahih;
3. matahari terbit dengan 8 (delapan) sinar (8 arah mata angin) sebagai wujud rasa optimis untuk membangkitkan harapan hidup sehat yang rahmatan lil 'alamin bagi semua orang secara menyeluruh ke berbagai penjuru;
4. telapak tangan yang selalu berdoa, bermunajad, dan memohon kepada Allah agar diberi kemudahan didalam proses pengobatan sebagai wujud ikhtiar untuk memperoleh kesembuhan segala penyakit;
5. warna Hijau memberi kesan sejuk, damai, sehat, dan alami; dan
6. warna Jingga memberi kesan hangat, gembira, dan ramah.

WALI KOTA PROBOLINGGO,
Ttd,
HADI ZAINAL ABIDIN

SALINAN LAMPIRAN II
PERATURAN WALI KOTA PROBOLINGGO
NOMOR 2 TAHUN 2024
TENTANG PERATURAN INTERNAL UNIT
ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH AR ROZY KOTA
PROBOLINGGO

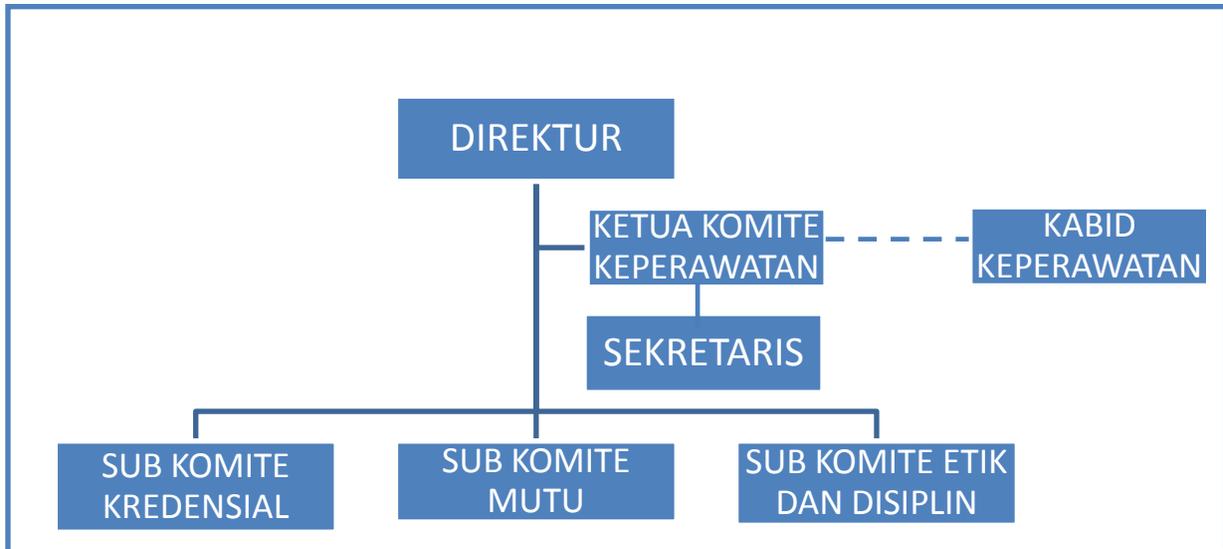
BAGAN STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MEDIK



WALI KOTA PROBOLINGGO,
Ttd,
HADI ZAINAL ABIDIN

SALINAN LAMPIRAN III
PERATURAN WALI KOTA PROBOLINGGO
NOMOR 2 TAHUN 2024
TENTANG PERATURAN INTERNAL UNIT
ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH AR ROZY KOTA
PROBOLINGGO

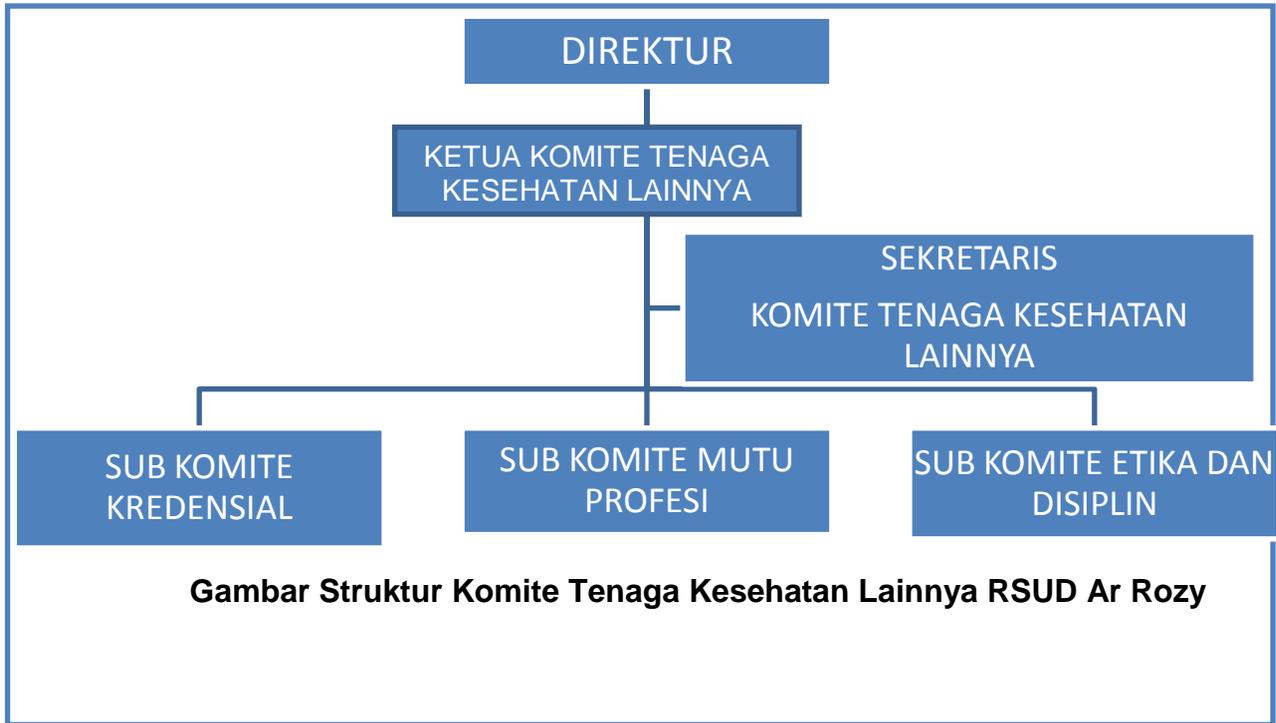
BAGAN STRUKTUR ORGANISASI KOMITE KEPERAWATAN



WALI KOTA PROBOLINGGO,
Ttd,
HADI ZAINAL ABIDIN

SALINAN LAMPIRAN IV
PERATURAN WALI KOTA PROBOLINGGO
NOMOR 2 TAHUN 2024
TENTANG PERATURAN INTERNAL UNIT
ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH AR ROZY KOTA
PROBOLINGGO

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA



WALI KOTA PROBOLINGGO,
Ttd,
HADI ZAINAL ABIDIN