

MATRIKS PERBANDINGAN

PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN NOMOR 3D TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN KOTA PEKALONGAN SEBAGAIMANA TELAH DIUBAH DENGAN PERATURAN WALI KOTA PEKALONGAN NOMOR 23A TAHUN 2023 TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALI KOTA PEKALONGAN NOMOR 3D TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN KOTA PEKALONGAN

Peraturan Walikota Pekalongan Nomor 3D Tahun 2022 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan	Peraturan Wali Kota Pekalongan Nomor 23a Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Wali Kota Pekalongan Nomor 3d Tahun 2022 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA	DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
WALIKOTA PEKALONGAN,	WALIKOTA PEKALONGAN,
Menimbang:	Menimbang:
<p>a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal rumah sakit (Hospital Bylaws);</p> <p>b. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan;</p>	<p>a. hwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal rumah sakit (Hospital Bylaws);</p> <p>b. bahwa berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 0.HK.01.07/MENKES/ 16/2023 Tanggal 0 Januari 2023 tentang Instrumen Penilaian Rumah Sakit Pendidikan dan. Rasio Jumlah Dosen dengan Mahasiswa di Rumah Sakit Pendidikan, setiap rumah sakit pendidikan mempunyai komitmen yang berorientasi pada pendidikan;</p> <p>c. berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Perubahan Atas Peraturan Wali Kota Pekalongan Nomor 3D Tahun 2022 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan;</p>

Mengingat:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta, sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-kota Besar dan Kota-kota Ketjil di Djawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

Mengingat:

1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta, sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-kota Besar dan Kota-kota Ketjil di Djawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
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 diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan, Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan dan Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3381);

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5667);8. Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 1988 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Pekalongan, Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan dan Kabupaten Daerah Tingkat II Pekalongan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1988 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3381);9. Peraturan Pemerintah Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Rumah Sakit ((Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);10. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);11. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42);12. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);13. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2021 Penyelenggaraan Perumhaskitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659); | |
|---|--|

<p>14. Peraturan Daerah Kota Pekalongan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Perubahan Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Pekalongan;</p>	
<p style="text-align: center;">Memperhatikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit; 2 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2016 tentang Pedoman Pengelolaan Barang Milik Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 547); 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 143); 4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213); 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21); 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781); 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perijinan Berbasis Resiko (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316) 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan 	

<p>Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;</p> <p>9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah (Hospital Bylaws);</p> <p>10. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : Kep/26/M.Pan/2/2004 Tentang Petunjuk Teknis Transparansi Dan Akuntabilitas Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik;</p> <p>11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</p> <p>12. Peraturan Walikota Nomor 74 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kota Pekalongan Tahun 2020 Nomor 74);</p> <p>13. Peraturan Walikota Pekalongan Nomor 83 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kelas C;</p>	
<p style="text-align: center;">MEMUTUSKAN:</p> <p>Menetapkan: PERATURAN WALIKOTA PEKALONGAN TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN KOTA PEKALONGAN.</p>	<p style="text-align: center;">MEMUTUSKAN:</p> <p>Menetapkan: PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALI KOTA PEKALONGAN NOMOR 3D TAHUN 2022 TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN KOTA PEKALONGAN.</p>
<p style="text-align: center;">BAB I KETENTUAN UMUM Pasal 1</p> <p>Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :</p> <p>1. Daerah adalah Kota Pekalongan.</p>	

2. Pemerintah Daerah adalah Walikota Pekalongan beserta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Pekalongan.
4. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah adalah rumah sakit yang didirikan dan diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Bendan yang selanjutnya disebut RSUD Bendan adalah Rumah Sakit Umum Daerah Bendan Kota Pekalongan.
7. Direktur adalah Direktur RSUD Bendan.
8. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
9. Peraturan Internal (Hospital Bylaws) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
10. Peraturan Internal Korporasi (Corporate Bylaws) adalah Peraturan yang mengatur tentang hubungan antara Pemerintah sebagai pemilik dengan Direktur dan Staf Medis RSUD Bendan.
11. Dewan Pengawas adalah organ yang dibentuk Walikota untuk membina dan mengawasi BLUD RSUD Bendan.
12. Kepala Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan.
13. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi, yang terdiri atas Direktur, Kepala

Bagian Tata Usaha, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.

14. Pelayanan Medis adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan oleh tenaga medis yang diberikan kepada seseorang dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya.
15. Pelayanan Keperawatan adalah pelayanan terhadap pasien yang dilakukan oleh tenaga perawat dan/atau bidan dengan menggunakan proses keperawatan.
16. Pelayanan Penunjang Medis adalah pelayanan yang diberikan dalam rangka penegakan diagnosa penyakit dan pengobatan penderita.
17. Pelayanan Penunjang Non Medis adalah pelayanan yang diberikan rumah sakit yang secara tidak langsung berkaitan dengan pelayanan medis
18. Central Sterile Supply Departement (CSSD) adalah instalasi yang melayanni pelayanan sterilisasi dengan fasilitas untuk menerima, mendesinfeksi, membersihkan, mengemas, mensteril, menyimpan dan mendistribusikan alat-alat (baik yang dapat dipakai berulang kali dan alat yang sekali pakai), sesuai dengan standar prosedur.
19. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRS) adalah suatu unit fungsional untuk melaksanakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu sarana, prasarana dan peralatan alat kesehatan RS selalu berada dalam keadaan layak pakai guna menunjang pelayanan kesehatan yang paripurna dan prima kepada pelanggan.
20. Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) adalah sebuah unit pelayanan di rumah sakit yang bertanggung jawab atas ketersediaannya darah untuk transfusi yang aman, berkualitas dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan

<p>kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.</p> <p>21. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang Aparatur Sipil Negara dalam suatu organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/ atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.</p> <p>22. Kelompok Jabatan Fungsional adalah kumpulan jabatan fungsional yang terdiri dari sejumlah tenaga ahli dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai keahliannya.</p> <p>23. Pejabat Pengelola adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Seksi maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku.</p> <p>24. Kepala Bidang/Kepala Bagian adalah Kepala Bidang/Kepala Bagian RSUD Benda yang secara teknis operasional bertanggung jawab kepada Direktur.</p> <p>25. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan fungsi pelayanan medis dan/atau non medis tertentu.</p> <p>26. Tokoh masyarakat adalah mereka yang karena prestasi dan perilakunya dapat dijadikan contoh/tauladan bagi masyarakat.</p> <p>27. Profesi kesehatan adalah mereka yang dalam tugasnya telah mendapat pendidikan formal kesehatan dan melaksanakan fungsi melayani masyarakat dengan usaha pelayanan penyakit dan mental untuk menjadi sehat.</p> <p>28. 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.</p>	
--	--

- | | |
|---|--|
| <p>29. Pelayanan medis spesialistik dasar adalah pelayanan medis spesialis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.</p> <p>30. Pelayanan medis spesialistik luas adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialis telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, gigi dan mulut, kedokteran forensik dan medikolegal, dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.</p> <p>31. Pelayanan medis subspecialistik luas adalah pelayanan sub spesialisasi yang ada di pelayanan medis spesialis bedah, kesehatan anak, kebidanan dan penyakit kandungan, penyakit dalam, telinga, hidung dan tenggorokan, paru dan pelayanan sub spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.</p> <p>32. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk Instalasi.</p> <p>33. Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Ketua Kelompok Staf Medik Fungsional dan atau yang mewakili.</p> <p>34. Sub Komite adalah Kelompok kerja di bawah Komite Medik yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus, yang anggotanya terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara ex officio.</p> <p>35. Satuan Pemeriksa Internal adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam menyelenggarakan praktek bisnis sehat.</p> <p>36. Tenaga administrasi adalah orang atau sekelompok orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, Komite</p> | |
|---|--|

<p>Medik, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.</p> <p>37. Lembaga Pengawas adalah lembaga pemerintah atau non pemerintah dari luar organisasi yang melakukan pengawasan terhadap kegiatan di RSUD Bendan seperti Inspektorat, Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) serta Kantor Akuntan Publik (KAP).</p> <p>38. Regulator adalah adalah rangkaian regulasi pihak yang mengatur, mengawasi atau menegakkan peraturan di dalam suatu kegiatan bertugas mengatur ketertiban dan terlaksananya suatu kegiatan, mengawasi bila ada pihak yang melanggar peraturan dan menjatuhkan sanksi atas pelanggaran.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB II MAKSUD DAN TUJUAN Pasal 2</p> <p>(1) Maksud Peraturan Walikota ini adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyusun peraturan dasar (peraturan internal) yang mengatur hubungan antara Pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili, Direktur Rumah Sakit, dan Komite Medik sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien, dan berkualitas; b. Untuk meningkatkan kinerja layanan secara profesional kepada masyarakat <p>(2) Tujuan Peraturan Walikota ini adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Umum Dimilikinya suatu tatanan peraturan internal RSUD Bendan sebagai acuan bagi pengelola rumah sakit dalam melaksanakan kegiatan. b. Khusus <ol style="list-style-type: none"> 1) Sebagai konstitusi /pedoman dalam pengaturan hubungan tata kerja antara Pemilik dengan Pengelola, 	

<p>Tenaga Administrasi dan Tenaga Profesional Kesehatan;</p> <p>2) Sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan Rumah Sakit.</p>	
<p>Pasal 3</p> <p>Fungsi Peraturan Tata Kelola adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sebagai acuan pemilik Rumah Sakit dalam melakukan pengawasan; b. Sebagai acuan Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional; c. Sarana menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan; d. Sarana perlindungan hukum; e. Sebagai acuan penyelesaian konflik; f. Memenuhi persyaratan akreditasi. 	
<p style="text-align: center;">BAB III</p> <p style="text-align: center;">RUANG LINGKUP DAN PRINSIP TATA KELOLA</p> <p style="text-align: center;">Pasal 4</p> <p>(1) Ruang Lingkup Tata Kelola Rumah Sakit terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tata Kelola Korporasi; b. Tata Kelola Staf Medis; c. Tata Kelola Staf Keperawatan; d. Tata Kelola Staf Tenaga Kesehatan Lainnya; e. Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan Keuangan; 2. Pengelolaan Barang Milik Daerah; 3. Pengelolaan Kepegawaian. f. Manajemen Sumber Daya; g. Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; h. Manajemen Budaya Keselamatan Kerja; i. Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; 	<p>1. Ketentuan ayat (1) huruf k Pasal 4 diubah, sehingga pasal 4 berbunyi sebagai berikut :</p> <p style="text-align: center;">Pasal 4</p> <p>(1) Ruang Lingkup Tata Kelola Rumah Sakit terdiri dan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ata Kelola Korporasi; b. Tata Kelola Staf Medis; c. Tata Kelola Staf Keperawatan; d. Tata Kelola Staf Tenaga Kesehatan Lainnya; e. Manajemen Pengelolaan Rumah Sakit sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan Keuangan; 2. Pengelolaan Barang Milik Daerah; 3. Pengelolaan Kepegawaian. f. Manajemen Sumber Daya; g. Manajemen Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; h. Manajemen Budaya Keselamatan Kerja; i. Manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;

<ul style="list-style-type: none"> j. Manajemen Kerjasama/ Kontrak; k. Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian; l. Manajemen Etik; m. Manajemen Penanganan Pengaduan; n. Manajemen Budaya Keselamatan; o. Manajemen Pengelolaan Lingkungan dan Sumber Daya Lain; p. Manajemen Standar Pelayanan Minimal; q. Evaluasi dan Penilaian Kinerja; r. Informasi Medis; s. Tuntutan Hukum; t. Pengisian Jabatan; u. Pelaksanaan Peraturan Pola Tata Kelola. <p>(2) Peraturan Tata Kelola menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan. b. Akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan. c. Responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan. d. Independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan 	<ul style="list-style-type: none"> j. Manajemen Kerjasama/ Kontrak; k. Manajemen Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat; l. Manajemen Etik; m. Manajemen Penanganan Pengaduan; n. Manajemen Budaya Keselamatan; o. Manajemen Pengelolaan Lingkungan dan Sumber Daya Lain; p. Manajemen Standar Pelayanan Minimal; q. Evaluasi dan Penilaian Kinerja; r. Informasi Medis; s. Tuntutan Hukum; t. Pengisian Jabatan; u. Pelaksanaan Peraturan Pola Tata Kelola. <p>(2) Peraturan Tata Kelola menganut prinsip-prinsip sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Transparansi, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan. b. Akuntabilitas, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan kepada semua pihak dan diwujudkan dalam perencanaan, evaluasi dan laporan/pertanggungjawaban dalam sistem pengelolaan keuangan, hubungan kerja dalam organisasi, manajemen Sumber Daya Manusia, pengelolaan aset, dan manajemen pelayanan. c. Responsibilitas, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dengan perundang-undangan. d. Independensi, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.
---	--

<p>dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundangundangan dan prinsip bisnis yang sehat.</p> <p>e. Fairness (Kesetaraan/Kewajaran) merupakan perlakuan yang adil dan setara didalam memenuhi hakhak stakeholder yang timbul berdasarkan perjanjian serta peraturan perundangan yang berlaku.</p>	<p>e. Fairness (Kesetaraan/Kewajaran) merupakan perlakuan yang adil dan setara didalam memenuhi hakhak stakeholder yang timbul berdasarkan perjanjian serta peraturan perundangan yang berlaku.</p>
<p style="text-align: center;">BAB IV PERATURAN INTERNAL KORPORASI (CORPORATE BY LAWS) Bagian Kesatu Identitas Rumah Sakit Pasal 5</p> <p>(1) Identitas Rumah Sakit ditetapkan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Bendan; b. Rumah Sakit Umum Daerah Bendan merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) di lingkungan Pemerintah Daerah Kota Pekalongan untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan Kesehatan Daerah; <ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit dan tata kelola klinis yang baik Rumah Sakit memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian. 2. Otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah meliputi perencanaan, penganggaran, penatausahaan, pelaksanaan, pelaporan dan pertanggungjawaban keuangan serta penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah. 3. Dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian bahwa Direktur bertanggungjawab kepada Kepala Dinas melalui 	

<p>penyampaian laporan keuangan, laporan pengelolaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit. (4) Menyampaikan laporan keuangan, laporan penggunaan dan penatausahaan barang milik daerah dan laporan pengelolaan kepegawaian Rumah Sakit dilaksanakan sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.</p> <p>c. Kelas rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C selanjutnya mengikuti perkembangan penetapan kelas rumah sakit oleh Lembaga yang berwenang;</p> <p>d. Alamat rumah sakit adalah Jalan Sriwijaya Nomor 2 Kota Pekalongan</p> <p>e. Logo Rumah Sakit dan arti logo sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Walikota ini.</p> <p>(2) Rumah Sakit dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Tujuan, Visi, Misi, Motto, Filosofi, Nilai-Nilai Dasar, Budaya Organisasi dan Kebijakan Mutu RSUD Bendan Pasal 6</p> <p>(1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi "Menjadi rumah sakit umum daerah yang mandiri, berkualitas dalam pelayanan, aman, nyaman dan inovatif. "</p> <p>(2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:</p> <p>a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan yang paripurna, bermutu dan terjangkau kepada semua lapisan masyarakat;</p> <p>b. Menyelenggarakan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan;</p>	<p>2. Ketentuan ayat (1) dan ayat (2) Pasal 6 diubah, sehingga Pasal 6 berbunyi sebagai berikut :</p> <p style="text-align: center;">Pasal 6</p> <p>(1) Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang optimal dan profesional pada Rumah Sakit ditetapkan Visi "Menjadi rumah sakit umum daerah yang mandiri, inovatif, berkualitas dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian".</p> <p>(2) Sebagai upaya untuk mewujudkan visi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Rumah Sakit mempunyai misi untuk:</p> <p>a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan yang paripurna, bermutu dan terjangkau kepada semua lapisan masyarakat;</p> <p>b. menyelenggarakan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan;</p> <p>c. menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang independen, akuntabel, disiplin, profesional dan inovatif;</p>

<p>c. Menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang independen, akuntabel, disiplin dan profesional;</p> <p>d. Mendorong setiap unit pelayanan memberikan pelayanan prima dan inovatif.</p> <p>(3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan :</p> <p>a. Tujuan umum yaitu melaksanakan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan.</p> <p>b. Tujuan khusus yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) terselenggaranya pelayanan medis spesialistik yang lengkap dan terjangkau masyarakat dan profesional; 2) terselenggaranya pelayanan kesehatan yang lebih cepat, lebih baik, tepat waktu, tepat sarana dan penuh empati sehingga memuaskan pelanggan; 3) Adanya penurunan angka kematian di rumah sakit; 4) Terwujudnya peningkatan kesejahteraan semua pegawai rumah sakit. <p>(4) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.</p> <p>(5) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Walikota sebagai pemilik Rumah Sakit dalam Peraturan Walikota.</p>	<p>d. menyelenggarakan pendidikan dan penelitian yang bermutu untuk mendukung peningkatan pelayanan.</p> <p>(3) Untuk mencapai visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2), Rumah Sakit mempunyai tujuan :</p> <p>a. Tujuan umum yaitu melaksanakan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan perorangan.</p> <p>b. Tujuan khusus yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. terselenggaranya pelayanan medis spesialistik yang lengkap dan terjangkau masyarakat dan profesional; 2. terselenggaranya pelayanan kesehatan yang lebih cepat, lebih baik, tepat waktu, tepat sarana dan penuh empati sehingga memuaskan pelanggan; 3. Adanya penurunan angka kematian di rumah sakit; 4. Terwujudnya peningkatan kesejahteraan semua pegawai rumah sakit. <p>(4) Misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat ditinjau kembali untuk dilakukan perubahan guna disesuaikan dengan perkembangan keadaan dan kebutuhan pencapaian visi.</p> <p>(5) Perubahan misi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diusulkan oleh Direktur dan ditetapkan oleh Walikota sebagai pemilik Rumah Sakit dalam Peraturan Walikota.</p>
<p style="text-align: center;">Pasal 7</p> <p>(1) Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki motto “Kesembuhanmu Ibadahku”.</p> <p>(2) Filosofi RSUD Bendan adalah Melayani secara Profesional dengan Menjunjung Tinggi Nilai Religius dan Kemanusiaan.</p> <p>(3) Nilai-nilai dasar :</p> <p>a. Pegawai RSUD Bendan menyadari bahwa bekerja adalah ibadah;</p>	

<ul style="list-style-type: none"> b. Pegawai RSUD Bendan melayani dengan ikhlas dan senang hati untuk kepuasan dan keselamatan pelanggan; c. Pegawai RSUD Bendan menjunjung tinggi kedisiplinan, kejujuran, kepedulian, tanggung jawab, kerja sama, keadilan dan keterbukaan; d. Pegawai RSUD Bendan menyadari bahwa pelayanan yang diberikan adalah hasil kerja sama tim dengan mengutamakan kepentingan pelanggan; e. Pegawai RSUD Bendan memberikan pelayanan dengan optimal, profesional dan saling mendukung secara proporsional; f. Pegawai RSUD Bendan dalam melayani pelanggan tidak membedakan suku, agama, pangkat, jabatan dan status serta kepartaian politik tertentu dan selalu menjaga nama baik Institusi. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 8</p> <p>(1) Budaya Organisasi RSUD Bendan adalah :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Malu datang terlambat; b. Malu tidak ikut apel; c. Malu pulang lebih awal; d. Malu tidak masuk kerja; e. Malu terlalu sering ijin; f. Malu memakai pakaian dinas tidak sesuai peraturan; g. Malu bekerja tidak terprogram dan bertanggung jawab; h. Malu tidak melakukan pelayanan prima; i. Malu tidak bertata krama dan sopan santun; j. Malu tidak menjaga kebersihan dan keindahan lingkungan. <p>(2) Kebijakan Mutu RSUD Bendan adalah B E N D A N INOVATIF yang dijabarkan sebagai berikut :</p> <p>Bekerjasama memberikan pelayanan yang cepat dan tepat; Empati dalam melayani pelanggan; Netral tidak membedakan pelayanan;</p>	

<p>Disiplin dan selalu mengikuti persyaratan yang berlaku; Aman dalam pelayanan; Nyaman bagi pelanggan internal & eksternal; INformatif dan terbuka; Orientasi pada pelanggan; Visioner dalam mengedepankan pelayanan publik; Akuntabel dalam penyajian laporan; Teknologi Informasi untuk mempermudah pelayanan; Fasilitas yang lengkap dan unggul.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Tanggungjawab dan Wewenang Walikota Pasal 9</p> <p>(1) Walikota sebagai pemilik Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kelangsungan pelayanan, perkembangan dan kemajuan rumah sakit sesuai dengan yang diharapkan dan diinginkan oleh masyarakat.</p> <p>(2) Dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Walikota berwenang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas selaku Representasi Pemilik; b. mengesahkan Tata Kelola Rumah Sakit; c. mengesahkan Renstra Rumah Sakit Umum Daerah Bendan sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang berstatus BLUD penuh; d. mengesahkan RBA melalui Pejabat yang ditunjuk yaitu Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD) dengan diketahui Dewan Pengawas; e. mengangkat dan memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas sesuai peraturan yang berlaku; f. mengevaluasi kinerja pejabat pengelola baik kinerja keuangan, maupun non keuangan 1 (satu) kali dalam satu tahun melalui Institusi yang ditunjuk; 	

<ul style="list-style-type: none"> g. menyetujui, menetapkan, dan mengesahkan Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Strategis, Motto, Nilai-nilai Dasar, Budaya Organisasi dan Kebijakan Mutu Rumah Sakit; h. menyediakan anggaran operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit; i. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan rumah sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia rumah sakit; j. memberikan arahan kebijakan rumah sakit; k. memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit, serta melakukan evaluasi secara berkala misi rumah sakit. <p>(3) Memberikan advokasi dan tanggung gugat kepada pihak manajemen rumah sakit dan para pekerja profesional kesehatan di rumah sakit.</p> <p>(4) Pemberian advokasi dan tanggung gugat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan jika terjadi kerugian pada pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit yang setelah dilakukan analisa sumber akar masalah, merupakan kesalahan dari pihak manajemen rumah sakit.</p> <p>(5) Walikota dapat mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur dalam melaksanakan fleksibilitas dalam rangka efisien dan efektivitas pelaksanaan BLUD meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. pengelompokan jenis pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit; b. menetapkan formula pembagian jasa pelayanan Rumah Sakit; c. melaksanakan perjanjian kerjasama dengan pihak lain untuk meningkatkan mutu pelayanan pada Rumah Sakit; 	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> d. dalam keadaan darurat, melakukan pemenuhan kebutuhan Pegawai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD); e. menyusun tata cara kerjasama dalam Peraturan Direktur; f. menetapkan standar satuan harga BLUD; g. melakukan publikasi visi dan misi Rumah Sakit; h. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi; i. melakukan pengesahan evaluasi Renstra. <p>(6) Kinerja pemilik merupakan bagian dalam Laporan Pertanggungjawaban Walikota dan dilakukan penilaian setiap tahun.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keempat Pelaksanaan Pembinaan dan Pengawasan BLUD Paragraf I Pembina Rumah Sakit Pasal 10</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Pemerintah Daerah wajib melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit dengan melibatkan organisasi profesi, asosiasi perumhaskitan dan organisasi kemasyarakatan. (2) Pembinaan dan Pengawasan sebagaimana dimaksud ayat (1) diarahkan untuk: <ul style="list-style-type: none"> a. Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat; b. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan; c. Keselamatan pasien d. Pengembangan jangkauan pelayanan; e. Peningkatan kemampuan kemandirian Rumah Sakit. (3) Pembina dan Pengawas Rumah Sakit terdiri atas: <ul style="list-style-type: none"> a. Pembina Teknis dan Pembina Keuangan; b. Satuan Pengawas Internal; dan 	

<p>c. Dewan Pengawas.</p> <p>(4) Pembina Teknis sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf a yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan.</p> <p>(5) Pembina Keuangan sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) huruf a yaitu Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD).</p> <p>(6) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf b dibentuk oleh Direktur untuk melakukan pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan Praktek Bisnis yang Sehat.</p> <p>(7) Pembentukan Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud ayat (6) mempertimbangkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keseimbangan antara manfaat dan beban; b. Kompleksitas manajemen; dan c. Volume dan/ atau jangkauan pelayanan. <p>(8) Tugas dan persyaratan untuk dapat diangkat menjadi satuan Pengawas Internal mengacu pada Peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(9) Selain Pembina dan Pengawas sebagaimana dimaksud ayat (3) pada BLUD juga terdapat Organ yang berfungsi sebagai pembina dan pengkoordinasian / perumus kebijakan yaitu Bagian Perekonomian Setda Kota Pekalongan yang mempunyai tugas dan fungsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan bahan perumusan kebijakan teknis evaluasi BLUD; b. menyiapkan bahan koordinasi kebijakan teknis evaluasi BLUD; c. Menyiapkan bahan penyusunan petunjuk pelaksanaan kebijakan evaluasi BLUD; 	
--	--

<p>d. Menyiapkan bahan dan melaksanakan pemantauan, evaluasi, analisis dan pelaporan kebijakan perencanaan pengembangan dan kerjasama BLUD.</p> <p>(10) Selain pembinaan teknis sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf a terdapat aspek non teknis perumhaskitan yang dapat dilakukan secara internal dan eksternal Rumah Sakit.</p> <p>(11) Pembinaan dan Pengawasan non teknis eksternal sebagaimana dimaksud ayat (10) dilakukan oleh Dewan Pengawas.</p> <p>(12) Pedoman pembinaan dan pengawasan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (11) mengacu pada Peraturan perundang undangan yang berlaku.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kelima Dewan Pengawas Paragraf 1 Umum Pasal 11</p> <p>(1) Dewan Pengawas merupakan representasi dari Pemilik Rumah Sakit yang dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usul Direktur Rumah Sakit.</p> <p>(2) Keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang sesuai dengan besarnya omzet dan/atau nilai aset Rumah Sakit, serta seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.</p> <p>(3) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhalangan tetap, maka Walikota mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi Ketua hingga masa jabatan berakhir atas usulan pimpinan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).</p> <p>(4) Dewan Pengawas sebagai Representasi Pemilik Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Walikota.</p>	

Paragraf 2
Kedudukan, Tugas, Dan Wewenang
Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai governing body Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Dewan Pengawas mempunyai tugas dan fungsi :
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai RBA yang diusulkan Direktur;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan RSUD Bendan, memberikan pendapat dan saran kepada Walikota;
 - c. melaporkan kepada Walikota tentang kinerja RSUD Bendan;
 - d. memberikan arahan kebijakan rumah sakit;
 - e. memberikan nasehat kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan pelayanan kesehatan di rumah sakit;
 - f. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja, baik keuangan maupun non-keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti;
 - g. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja;
 - h. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi rumah sakit;

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> i. menilai dan memberikan persetujuan atas rencana strategik dan rencana manajemen RSUD Bendan, maupun kebijakan dan prosedur operasional; j. memberikan persetujuan atas strategi rumah sakit dan program yang terkait pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program; k. 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; l. mengawasi serta membina pelaksanaan rencana strategis; m. mengalokasikan sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai misi RSUD Bendan; n. melakukan evaluasi kinerja terhadap Direktur paling sedikit setahun sekali dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan; o. memberikan pendapat dan saran mengenai rencana pengembangan RSUD Bendan; p. memberikan persetujuan atas modal (kapital) dan anggaran operasional RSUD Bendan; q. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien; r. 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 dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; s. Melakukan pengkajian laporan Manajemen Resiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya | |
|--|--|

<p>dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;</p> <p>t. Melakukan pengkajian mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;</p> <p>u. mengawasi program-program kegiatan RSUD Bendan.</p> <p>(6) Dewan Pengawas selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5) juga bertanggung jawab melaksanakan pengawasan pengelolaan keuangan Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.yaitu:</p> <p>a. memantau perkembangan kegiatan Rumah Sakit;</p> <p>b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan Rumah Sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;</p> <p>c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;</p> <p>d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan</p> <p>e. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola; 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan Rumah Sakit; dan 3. kinerja Rumah Sakit; 	
<p style="text-align: center;">Pasal 13</p> <p>Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:</p> <p>a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;</p> <p>b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan</p>	

<p>sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;</p> <p>c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);</p> <p>d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);</p> <p>e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan</p> <p>f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 3 Penilaian Kinerja Dewan Pengawas Pasal 14</p> <p>(1) Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil penilaian kinerjanya kepada Pemilik setiap 1 (satu) tahun sekali.</p> <p>(2) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Walikota secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.</p> <p>(3) Penilaian Kinerja terhadap Dewan Pengawas dilakukan Walikota.</p> <p>(4) Penilaian didasarkan pada laporan pelaksanaan tugas dan kepatuhan terhadap Peraturan Perundang-Undangan.</p>	

<p style="text-align: center;">Paragraf 4 Masa Jabatan Dewan Pengawas Pasal 15</p> <p>(1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.</p> <p>(2) Dalam hal batas usia anggota dewan pengawas sudah berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.</p> <p>(3) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Walikota karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. meninggal dunia; b. masa jabatan berakhir; atau c. diberhentikan sewaktu-waktu. <p>(4) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c, karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik; b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan; c. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD; d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap; e. mengundurkan diri; dan f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada BLUD, negara, dan/ atau daerah. 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 5 Keanggotaan Dewan Pengawas Pasal 16</p> <p>(1) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang.</p>	

<p>(2) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 3 (tiga) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk Rumah Sakit yang memiliki:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 30.000.000.000,00 (tiga puluh miliar rupiah); b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir sebesar Rp. 150.000.000.000,00 (seratus lima puluh miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah). <p>(3) Jumlah anggota Dewan Pengawas paling banyak 5 (lima) orang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk Rumah Sakit yang memiliki:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. realisasi pendapatan menurut laporan realisasi anggaran 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah); atau b. nilai aset menurut neraca 2 (dua) tahun terakhir, lebih besar dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah). 	
<p style="text-align: center;">Pasal 17</p> <p>(1) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (2) terdiri atas unsur:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian; b. 1 (satu) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit. <p>(2) Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) terdiri atas unsur:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi kegiatan perumahsakitian; 	

<p>b. 2 (dua) orang Pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah; dan</p> <p>c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.</p> <p>(3) Tenaga Ahli sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan ayat (2) huruf c dapat berasal dari tenaga profesional. atau perguruan tinggi yang memahami tugas fungsi, kegiatan dan layanan Rumah Sakit.</p> <p>(4) Pengangkatan Dewan Pengawas dilakukan setelah Pejabat Pengelola di angkat.</p> <p>(5) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas yang bersangkutan harus memenuhi syarat:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. sehat jasmani dan rohani; b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan Rumah Sakit; c. memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah; d. memiliki pengetahuan yang memadai tufgas dan fungsi Rumah Sakit; e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; f. berijazah paling rendah S-1 (Strata Satu); g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun terhadap unsur sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2); h. tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpinnya dinyatakan pailit; i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon Walikota atau calon wakil Walikota, dan/atau calon anggota legislatif. 	
Paragraf 6	

<p style="text-align: center;">Tata Kerja Dewan Pengawas Pasal 18</p> <p>(1) Tata Kerja Dewan Pengawas dan Manajemen bersifat dinamis dan selalu berkembang.</p> <p>(2) Penyempurnaannya sangat tergantung kepada kebutuhan Manajemen dan Dewan Pengawas dalam pengelolaan Rumah Sakit dengan prinsip:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dewan Pengawas menghormati tugas dan wewenang Manajemen dalam mengelola Rumah Sakit sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan; b. Manajemen menghormati tugas dan wewenang Dewan Pengawas untuk melakukan pengawasan dan memberikan nasihat terhadap kebijakan pengelolaan Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. c. Setiap hubungan kerja antara Manajemen dengan Dewan Pengawas merupakan hubungan yang bersifat formal kelembagaan, dalam arti senantiasa dilandasi oleh suatu mekanisme baku atau korespondensi yang dapat dipertanggung jawabkan; d. Hubungan Kerja Informal tidak dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan; e. Dewan Pengawas berhak memperoleh informasi Rumah Sakit secara tepat waktu, lengkap, terukur, dan akurat; f. Manajemen bertanggung jawab atas penyampaian informasi Rumah Sakit kepada Dewan Pengawas secara tepat waktu, lengkap, terukur dan akurat. 	
<p style="text-align: center;">Paragraf 7 Sekretaris Dewan Pengawas Pasal 19</p> <p>(1) Walikota dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.</p>	

<p>(2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.</p>	
<p>Paragraf 8 Pembiayaan dan Operasional Dewan Pengawas Pasal 20 Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Rumah Sakit sebagai BLUD dan dimuat dalam RBA.</p>	
<p>Pasal 21 Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium Anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada Anggaran Fungsional Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Bendan dan dimuat dalam RBA.</p>	
<p>Bagian Keenam Struktur Organisasi RSUD Bendan Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Pasal 22 (1) RSUD Bendan merupakan unit organisasi yang bersifat khusus dalam penyelenggaraan layanan kesehatan secara profesional yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, pengelolaan barang milik Daerah dan pengelolaan kepegawaian. (2) RSUD Bendan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh Direktur. (3) RSUD Bendan mempunyai tugas: menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia kesehatan, penelitian, pengembangan serta pengabdian masyarakat.</p>	

<p style="text-align: center;">Bagian Ketujuh</p> <p style="text-align: center;">Struktur Organisasi dan Pejabat Pengelola BLUD RSUD Bendan Pasal 23</p> <p>(1) Struktur Organisasi BLUD RSUD Bendan ditetapkan berdasar Peraturan Perundangan yang berlaku.</p> <p>(2) Pejabat Pengelola BLUD RSUD Bendan terdiri dari Pemimpin, Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis yang dapat disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada rumah sakit, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Direktur b. Kepala Bagian Tata Usaha, terdiri dari : <ul style="list-style-type: none"> 1) Kepala Subbagian Umum dan Kepegawaian; 2) Kepala Subbagian Keuangan; 3) Kepala Subbagian Perencanaan dan Evaluasi. c. Kepala Bidang Pelayanan Medis, terdiri dari : <ul style="list-style-type: none"> 1) Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Rekam medis; 2) Kepala Seksi Pengembangan Pelayanan Medis. d. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan, terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> 1) Kepala Seksi Asuhan Pelayanan Keperawatan; 2) Kepala Seksi Pengembangan dan Etika Keperawatan. e. Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan, terdiri dari : <ul style="list-style-type: none"> 1) Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Non Medis dan Pengembangan Pelayanan Penunjang; 2) Kepala Seksi Penunjang Pelayanan Medis. <p>(3) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola BLUD RSUD Bendan ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.</p> <p>(4) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kemampuan dan keahlian yang dimiliki oleh Pejabat Pengelola BLUD RSUD Bendan berupa pengetahuan, keterampilan dan</p>	
--	--

<p>sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.</p> <p>(5) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan kepentingan BLUD RSUD Bendan untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik.</p> <p>(6) Pejabat Pengelola BLUD RSUD Bendan diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.</p> <p>(7) Pejabat Keuangan adalah Kepala Bagian Tata Usaha.</p> <p>(8) Pejabat Teknis adalah Kepala Bagian dan Kepala Bidang beserta Kepala Subbag dan Kepala Seksi di bawahnya.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedelapan Tugas Pokok, Fungsi dan Wewenang Pejabat Pengelola BLUD RSUD Bendan Pasal 24</p> <p>(1) Penetapan Kualifikasi, persyaratan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang - undangan.</p> <p>(2) Kualifikasi Direktur yaitu berijazah dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter umum atau dokter gigi yang mempunyai kemampuan dalam manajemen perumahsakit.</p> <p>(3) Direktur mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 25</p> <p>Direktur mempunyai fungsi :</p> <p>a. perumusan sasaran dan program bidang pelayanan kesehatan rumah sakit;</p> <p>b. perumusan kebijakan bidang pelayanan kesehatan rumah sakit;</p>	

<ul style="list-style-type: none"> c. perumusan rencana dan program, monitoring, evaluasi, dan pelaporan di bidang upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan rujukan; d. penyelenggaraan pelayanan rujukan meliputi upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah; e. pengendalian manajemen rumah sakit dan manajemen mutu rumah sakit; f. penyelenggaraan pelayanan medis, rekam medis dan pengembangan pelayanan medis; g. penyelenggaraan pelayanan keperawatan, pengembangan pelayanan keperawatan dan etika keperawatan; h. penyelenggaraan penunjang pelayanan medis dan non medis; i. penyelenggaraan pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; j. penyelenggaraan pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat; k. penyelenggaraan pengelolaan keuangan dan barang milik daerah; l. penyelenggaraan pengelolaan urusan kepegawaian, organisasi, hukum, hubungan masyarakat dan pemasaran, rumah tangga, perlengkapan dan umum serta teknologi informasi; m. perencanaan dan pelaporan pelaksanaan dan evaluasi Standar Operasional Prosedur (SOP) dan atau Standar Pelayanan (SP) termasuk Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit; n. pengoordinasian, pengendalian, pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan kegiatan; o. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya. 	
Pasal 26	

Direktur mempunyai wewenang dan tanggung jawab sebagai berikut:

- a. mengetahui dan mematuhi semua peraturan perundang-undangan terkait dengan rumah sakit;
- b. menjalankan visi misi rumah sakit yang telah ditetapkan
- c. menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan;
- d. menetapkan kebijakan rumah sakit;
- e. menjamin kepatuhan staf rumah sakit dalam implementasi semua regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f. menindaklanjuti terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal;
- g. menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
- h. menyetujui diselenggarakan pendidikan professional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
- i. menetapkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis sesuai ketentuan;
- j. mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- k. memutuskan dan menetapkan peraturan-peraturan rumah sakit guna melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam peraturan internal dasar maupun peraturan perundang-undangan;
- l. menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku;
- m. mendatangkan ahli, konsultan atau lembaga independen apabila diperlukan;

<ul style="list-style-type: none"> n. meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat rumah sakit; o. menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan; p. menindaklanjuti setiap laporan dari lembaga pengawas dan regulator. q. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan; r. 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; s. Melaporkan hasil pemeriksaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Dewan Pengawas; t. Melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen resiko kepada Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 27 Koordinasi dan Komunikasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Direktur mengatur pertemuan di setiap tingkat rumah sakit meliputi pertemuan dengan Dewas, pertemuan direksi/managemen/struktural, pertemuan para kepala bidang dan pertemuan antar unit pelayanan. b. Direktur mengatur pertemuan antar profesi meliputi pertemuan dokter, perawat dan Profesional Pemberi Asuhan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 28</p> <p>Kepala Bagian Tata Usaha bertanggung jawab kepada Direktur Mempunyai tugas mengoordinasikan penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan</p>	

<p>teknis dibidang tata usaha, perencanaan dan evaluasi, keuangan, serta umum dan kepegawaian.</p> <p>Mempunyai fungsi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. perumusan bahan sasaran, program kerja, dan kegiatan rumah sakit; b. pengoordinasian penyusunan kebijakan rumah sakit; c. pengoordinasian perencanaan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit; d. pengoordinasian penyusunan laporan dan evaluasi capaian kinerja, sasaran program dan kegiatan; e. pembinaan pengelolaan administrasi umum meliputi ketatalaksanaan, ketatausahaan, kepegawaian, kehumasan; f. pengelolaan barang milik daerah, bahan kerjasama, teknologi informasi, perpustakaan dan kearsipan; g. pengoordinasian pengelolaan, penatausahaan dan pelaporan bidang keuangan; h. pengoordinasian pengelolaan data dan informasi; i. pengoordinasian penyelesaian tindak lanjut hasil pemeriksaan; j. pengoordinasian penyusunan, pelaksanaan dan pengevaluasian Standar Operasional Prosedur (SOP) dan atau Standar Pelayanan (SP) bidang tugasnya; k. pengoordinasian pelaporan Analisis Jabatan (Anjab), Analisis Beban Kerja (ABK) dan Evaluasi Jabatan (Evjab); l. pengoordinasian laporan hasil penerapan dan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit; m. pengoordinasian pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia; n. pengendalian, pembinaan, pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan kegiatan; dan o. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang, tugas dan fungsinya. 	
<p>Pasal 29</p>	

<p>Kepala Bidang Pelayanan Medis selaku pejabat teknis pelayanan medis bertanggung jawab kepada Direktur mempunyai tugas menyelenggarakan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis serta pelaporan di bidang pelayanan medis dan pengembangan pelayanan medis. Mempunyai fungsi sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. perumusan program kerja kegiatan pelayanan medis; b. pengoordinasian penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis medis; c. pengoordinasian penyusunan tata kelola manajemen pelayanan medis dan rekam medis; d. pengoordinasian pelaksanaan pelayanan medis, rekam medis dan pengembangan pelayanan medis; e. pengoordinasian pengelolaan data bidang pelayanan medis; f. pengoordinasian pelaksanaan manajemen mutu bidang pelayanan medis; g. pengoordinasian penyusunan, pelaksanaan dan pengevaluasian Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Pelayanan (SP) bidang tugasnya; h. pengendalian, pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan kegiatan; i. pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 30</p> <p>Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan selaku pejabat teknis keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur mempunyai tugas menyelenggarakan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis dibidang keperawatan. Mempunyai fungsi sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. perumusan program kerja bidang pelayanan keperawatan; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. pengoordinasian penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dibidang keperawatan; c. pengoordinasian pelaksanaan tugas pelayanan keperawatan; d. pengoordinasian pelaksanaan manajemen mutu bidang pelayanan keperawatan; e. pengoordinasian penyusunan, pelaksanaan dan pengevaluasian Standar Operasional Prosedur (SOP) dan/ atau Standar Pelayanan (SP) bidang tugasnya; f. pengendalian, pembinaan, pengevaluasian, dan pelaporan pelaksanaan kegiatan; dan g. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 31</p> <p>Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan selaku pejabat teknis penunjang pelayanan bertanggung jawab kepada Direktur, mempunyai tugas menyelenggarakan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis di bidang penunjang pelayanan medis dan penunjang pelayanan non medis serta pengembangan pelayanan penunjang.</p> <p>Mempunyai fungsi sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. perumusan program kerja bidang penunjang pelayanan medis serta penunjang pelayanan non medis dan pengembangan pelayanan penunjang; b. pengoordinasian penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis bidang pengembangan dan penunjang pelayanan; c. pengoordinasian pelaksanaan dan pelayanan administrasi di bidang penunjang pelayanan; d. pengoordinasian pengelolaan sarana dan prasarana penunjang pelayanan medis dan non medis; 	

<ul style="list-style-type: none"> e. pengoordinasian pelaksanaan tugas terkait pelayanan penunjang; f. pengoordinasian pengelolaan data dan mutu pelayanan di bidang penunjang pelayanan; g. pengendalian program dan kegiatan instalasi penunjang pelayanan; h. pengoordinasian penyusunan, pelaksanaan dan pengevaluasian Standar Operasional Prosedur (SOP) dan/ atau Standar Pelayanan (SP) bidang tugasnya; i. pengendalian, pembinaan, pengevaluasian dan pelaporan pelaksanaan kegiatan; dan j. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan bidang tugas dan fungsinya. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Kesembilan Kelompok Jabatan Non Struktural Pasal 32</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Selain Jabatan Struktural di Rumah Sakit dapat dibentuk Satuan Organisasi yang bersifat Non Struktural yang bertanggungjawab kepada Direktur. (2) Kelompok Jabatan Non Struktural sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> a. Satuan Pengawas Internal; b. Komite; c. Instalasi. d. Manager Pelayanan Pasien. 	
<p style="text-align: center;">Manajer Pelayanan Pasien Pasal 33</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Untuk membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian pelayanan secara menyeluruh di rumah sakit, dibentuk Manajer Pelayanan Pasien. 	

<p>(2) Manajer Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kelompok jabatan fungsional lainnya yang bertugas melaksanakan pengawasan, mengkoordinasikan dan mengendalikan terhadap penyelenggaraan pelayanan, mutu dan keselamatan pasien.</p> <p>(3) Ketua, Sekretaris dan Anggota Manajer Pelayanan Pasien dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.</p> <p>(4) Manajer Pelayanan Pasien berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur secara langsung atau melalui Kepala Bidang.</p> <p>(5) Manajer Pelayanan Pasien terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non Aparatur Sipil Negara (ASN) yang menguasai bidang perumhaskitan.</p>	
<p>Pengelompokan Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung Pasal 34</p> <p>(1) Untuk tersedianya fasilitas dan terselenggaranya kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan, dibentuk instalasi-instalasi yang merupakan unit-unit pelaksana pelayanan.</p> <p>(2) Pembentukan instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan pelayanan.</p> <p>(3) Instalasi dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian/Kepala Bidang dikoordinasikan dengan Kepala Subbag/Kepala Seksi.</p> <p>(4) Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Instalasi dibantu oleh tenaga-tenaga fungsional dan atau tenaga non medis, baik pegawai negeri sipil maupun non pegawai negeri sipil.</p> <p>(5) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dengan mengingat sumber daya yang tersedia di RSUD Benda, meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana dan memperhatikan kebutuhan masyarakat.</p>	

- | | |
|---|--|
| <p>(6) Unit dipimpin oleh seorang kepala yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Subbag/Kepala Seksi dan Kepala Bagian/Kepala Bidang.</p> <p>(7) Instalasi dan Unit yang ada di RSUD Bendan, yaitu: Instalasi –instalasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Instalasi Gawat Darurat; b. Instalasi Rawat Jalan; c. Instalasi Rawat Inap; d. Instalasi Bedah Sentral (IBS); e. Instalasi Intensive Care Unit (ICU) f. Instalasi Hemodialisa g. Instalasi Laboratorium; h. Instalasi Radiologi; i. Instalasi Farmasi; j. Instalasi Gizi; k. Instalasi Rehabilitasi Medik; l. Instalasi Rekam Medik; m. Instalasi CSSD Laundry; n. Instalasi Pemeliharaan Sarana Medis (IPS Medis); o. Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSRS Non Medis); p. Instalasi Diklat; q. Instalasi Kateterisasi Jantung (Cathlab); r. Instalasi Teknologi Informasi; s. Instalasi Humas, Komplain dan Customer Service; t. Instalasi Poliklinik Eksekutif; u. Instalasi Kebersihan Lingkungan. <p>Unit – unit :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Unit pemulasaran jenazah; b. Unit Ambulance; c. Unit BDRS; | |
|---|--|

<p>d. Unit Aset; e. Unit PKRS; f. Unit Anggaran dan Perbendaharaan; g. Unit Pendapatan; h. Unit Akutansi dan Verifikasi.</p> <p>(8) Pelaksana kegiatan pelayanan adalah pejabat fungsional RSUD Bendan, terdiri dari sejumlah tenaga medis para medis fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya :</p> <p>a. masing-masing tenaga fungsional, berada di lingkungan unit kerja RSUD Bendan sesuai kompetensinya; b. jumlah tenaga fungsional ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja; c. jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku; d. staf medis fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan; e. dalam melaksanakan tugasnya, staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan bekerja sama antar tenaga profesional lain yang terkait.</p> <p>(9) Pelaksana kegiatan pendukung pelayanan adalah :</p> <p>a. semua pejabat struktural; b. semua sumber daya strategis yang ada di bidang-bidang dan sekretariat; c. kegiatan pendukung antara lain sistem keuangan, SDM, teknologi, informasi dan lain-lain.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 35</p> <p>(1) Instalasi Gawat Darurat adalah instalasi pelayanan di RSUD Bendan yang menyediakan pelayanan kegawatdaruratan.</p>	

<p>(2) Pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan.</p> <p>(3) Instalasi Gawat Darurat dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis.</p> <p>(4) Instalasi Gawat Darurat mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan darurat medis yang meliputi diagnosis, perawatan, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, pemulihan kesehatan, melaksanakan rujukan serta pelayanan visum et repertum.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 36</p> <p>(1) Instalasi Rawat Jalan adalah salah satu instalasi pelayanan di RSUD Bendan yang menyediakan pelayanan rawat jalan.</p> <p>(2) Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di Rumah Sakit.</p> <p>(3) Instalasi Rawat Jalan dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis</p> <p>(4) Instalasi Rawat Jalan mempunyai tugas pokok menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, yang meliputi pelayanan oleh semua klinik dalam berbagai disiplin ilmu kedokteran klinis dengan melaksanakan diagnosis, pengobatan, penyuluhan, pencegahan, peningkatan, pemulihan kesehatan, rujukan dan administrasi.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 37</p> <p>(1) Instalasi Rawat Inap adalah salah satu instalasi pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan pelayananan rawat inap.</p>	

<p>(2) Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya.</p> <p>(3) Instalasi Rawat Inap dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan</p> <p>(4) Instalasi Rawat Inap mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, perawatan, rehabilitasi, pencegahan akibat penyakit dan pemulihan kesehatan terhadap pasien rawat inap serta rujukan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 38</p> <p>(1) Instalasi Bedah Sentral (IBS) adalah salah satu instalasi penunjang medis yang memberikan pelayanan pembedahan baik yang terencana (elektif) maupun yang darurat (cito).</p> <p>(2) Instalasi Bedah Sentral dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis</p> <p>(3) Instalasi Bedah Sentral mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan pembedahan secara paripurna.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 39</p> <p>(1) Instalasi Intensive Care Unit (ICU) adalah salah satu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cidera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa dengan prognosis dubia.</p>	

<p>(2) Instalasi Intensive Care Unit dipimpin oleh seorang dokter spesialis anestesi yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis</p> <p>(3) Instalasi Intensive Care Unit mempunyai tugas pokok melaksanakan penyelenggaraan pelayanan rawat jalan, yang meliputi pelayanan oleh semua poliklinik dengan melaksanakan diagnosis, pengobatan, penyuluhan, pencegahan, peningkatan, pemulihan kesehatan, rujukan dan administrasi, diagnosis pengobatan, perawatan secara intensif, rehabilitasi, pencegahan akibat penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan terhadap pasien rawat intensif.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 40</p> <p>(1) Instalasi Hemodialisa adalah salah satu unit pelayanan dirumah sakit yang bertugas memberikan pelayanan cuci darah bagi pasien rawat jalan dan rawat inap.</p> <p>(2) Instalasi Hemodialisa dipimpin oleh seorang dokter spesialis penyakit dalam yang telah mengikuti pelatihan dialisis yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis</p> <p>(3) Instalasi Hemodialisa mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan, melaksanakan kerjasama lintas program dan lintas sektoral dengan berbagai disiplin ilmu.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 41</p> <p>(1) Instalasi Laboratorium adalah Instalasi yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan spesimen klinik, biomolekuler, dan jaringan tubuh manusia untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan perorangan terutama untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan.</p> <p>(2) Instalasi Laboratorium dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan</p>	

<p>bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan</p> <p>(3) Instalasi Laboratorium mempunyai tugas pokok melaksanakan kegiatan pemeriksaan di bidang laboratorium untuk keperluan diagnostic, check up, monitoring pengobatan dan penelitian.</p>	
<p>Pasal 42</p> <p>(1) Instalasi Radiologi adalah salah satu instalasi penunjang medis yang memberikan layanan pemeriksaan Radiologi dengan hasil pemeriksaan berupa foto atau gambar yang sudah dilakukan interpretasi oleh dokter spesialis radiologi untuk membantu dokter yang merawat Pasien dalam penegakan diagnosis dan evaluasi terapi</p> <p>(2) Instalasi Radiologi dipimpin oleh kepala instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan.</p> <p>(3) Instalasi Radiologi mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan radiologi untuk keperluan diagnosis dan terapi.</p>	
<p>Pasal 43</p> <p>(1) Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit.</p> <p>(2) Instalasi Farmasi dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan.</p> <p>(3) Instalasi farmasi mempunyai tugas pokok melaksanakan kegiatan peracikan, menyimpan, dan menyalurkan obat-obatan, gas medik, bahan kimia serta peralatan medik.</p>	
<p>Pasal 44</p>	

<p>(1) Instalasi Gizi adalah adalah instalasi yang mengelola kegiatan pelayanan gizi di rumah sakit sebagai wadah untuk melakukan pelayanan makanan, pelayanan terapi diet dan penyuluhan / konsultasi gizi.</p> <p>(2) Instalasi Gizi dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan.</p> <p>(3) Instalasi Gizi mempunyai tugas pokok melaksanakan kegiatan, merencanakan, mengkoordinasikan, mengelola, menyediakan dan menyalurkan makanan, penyuluhan gizi, serta konsultasi, mengevaluasi dan melaporkan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 45</p> <p>(1) Instalasi Rehabilitasi Medik adalah instalasi yang memberikan pelayanan rehabilitasi medik, yaitu pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan /kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui panduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.</p> <p>(2) Instalasi Rehabilitasi Medik dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan</p> <p>(3) Instalasi Rekam Medik mempunyai tugas pokok merencanakan, mengevaluasi, dan melaporkan kegiatan di instalasi rehabilitasi medik.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 46</p> <p>(1) Instalasi CSSD (Central Sterilisasi Suplay Departement) adalah adalah instalasi yang melayani pelayanan sterilisasi dengan fasilitas untuk menerima, mendesinfeksi,</p>	

<p>membersihkan, mengemas, mensteril, menyimpan dan mendistribusikan alat-alat sesuai dengan standar prosedur.</p> <p>(2) Instalasi CSSD dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan</p> <p>(3) Instalasi CSSD mempunyai tugas pokok merencanakan, menyiapkan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan kegiatan Instalasi CSSD.</p> <p>(4) Laundry menjadi bagian dalam instalasi CSSD yang mempunyai tugas menyelenggarakan kegiatan pemeliharaan dan pencucian linen serta mencuci ham linen serta pendistribusian.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 47</p> <p>(1) Instalasi Pemeliharaan Sarana Medis adalah adalah suatu unit fungsional untuk melaksanakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu alat kesehatan RS selalu berada dalam keadaan layak pakai guna menunjang pelayanan kesehatan yang paripurna dan prima kepada pelanggan.</p> <p>(2) Instalasi Pemeliharaan Sarana Medis dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan</p> <p>(3) Instalasi Pemeliharaan Sarana Medis mempunyai tugas pokok merencanakan, menyiapkan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan kegiatan instalasi pemerliharaan sarana rumah sakit medis.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 48</p>	

<p>(1) Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit adalah adalah suatu unit fungsional untuk melaksanakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu sarana dan prasarana rumah sakit yang non medis selalu berada dalam keadaan layak pakai guna menunjang pelayanan kesehatan yang paripurna dan prima kepada pelanggan.</p> <p>(2) Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan</p> <p>(3) Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit mempunyai tugas pokok merencanakan, menyiapkan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan kegiatan instalasi pemeliharaan rumah sakit non medis.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 49</p> <p>(1) Instalasi Diklat adalah Instalasi yang menyelenggarakan dan atau memfasilitasi pelatihan dan pendidikan baik internal maupun eksternal.</p> <p>(2) Instalasi Diklat dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha</p> <p>(3) Instalasi Diklat mempunyai tugas pokok merencanakan, menyiapkan, mengkoordinasikan, melaksanakan, mengevaluasi dan melaporkan pelaksanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 50</p>	

<p>(1) Instalasi kateterisasi jantung (Cathlab) adalah salah satu instalasi pelayanan di Rumah Sakit yang menyediakan pelayanan katerisasi jantung.</p> <p>(2) Instalasi Cathlab dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis</p> <p>(3) Instalasi kateterisasi jantung (Cathlab) mempunyai tugas pokok melaksanakan penyelenggaraan pelayanan laboratorium katerisasi jantung / diagnostik invasif dan intervensi non bedah (cathlab).</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 51</p> <p>(1) Instalasi IT adalah bagian dari RSUD Bendan yang memiliki tugas dan fungsi melaksanakan pengembangan dan pemeliharaan aplikasi sistem informasi rumah sakit (SIMRS) dan infrastruktur teknologi informasi dalam mendukung kegiatan operasional rumah sakit.</p> <p>(2) Instalasi IT dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha</p> <p>(3) Instalasi IT mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai Pusat Pelayanan Teknis Informasi (PPTI) dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 52</p> <p>(1) Instalasi Humas, Komplain, dan Customer Service adalah Instalasi yang mempunyai tugas pokok mengkoordinasikan hal-hal yang terkait dengan bidang kehumasan serta menyelenggarakan pelayanan penanganan komplain.</p> <p>(2) Instalasi Humas, Komplain, dan Customer Service dipimpin oleh kepala Instalasi dalam jabatan fungsional yang</p>	

<p>berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha</p> <p>(3) Instalasi Humas, Komplain, dan Customer Service mempunyai tugas pokok mengkoordinasikan hal-hal yang terkait dengan bidang hukum dan kehumasan serta menyelenggarakan pelayanan penanganan komplain.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 53</p> <p>(1) Instalasi Poliklinik Eksekutif adalah poliklinik yang menyediakan jasa pelayanan dokter spesialis yang diselenggarakan dalam satu fasilitas ruangan terpadu yang terdiri Ruang Tunggu, Ruang Pemeriksaan, dan Kasir.</p> <p>(2) Instalasi Poliklinik Eksekutif dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis</p> <p>(3) Instalasi Poliklinik Eksekutif mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan untuk pasien umum antara lain pelayanan dokter umum, dokter spesialis, pelayanan penunjang (laboratorium, radiologi dsb) serta pemeriksaan Medical Ceck Up.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 54</p> <p>(1) Instalasi Kebersihan Lingkungan dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bagian Tata Usaha</p> <p>(2) Instalasi Kebersihan Lingkungan mempunyai tugas pokok merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan pemantauan dan evaluasi kebersihan lingkungan rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 55</p> <p>(1) Unit pemulasaran jenazah adalah unit pemeliharaan jenazah baik jenazah dari dalam maupun dari luar rumah sakit,</p>	

<p>perawatan jenazah yang diberikan meliputi memandikan, mengkafani bahkan menyediakan peti jenazah dengan tujuan agar jenazah siap dibawa pulang oleh pihak keluarga.</p> <p>(2) Unit Pemulasaran Jenazah dipimpin oleh kepala unit dalam jabatan fungsional yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kasi Pelayanan Medis dan Rekam Medis dan Kepala Bidang Pelayanan Medis</p> <p>(3) Unit pemulasaran jenazah mempunyai tugas pokok melaksanakan pemeliharaan jenazah antara lain merawat, memandikan dan kegiatan lainnya yang berkaitan dengan jenazah.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 56</p> <p>(1) Unit Ambulance adalah unit transportasi medis yang didesain khusus untuk melakukan evakuasi pasien gawat darurat.</p> <p>(2) Unit Ambulance dipimpin oleh kepala unit dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kasi Penunjang Non Medis dan Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan</p> <p>(3) Unit Ambulance mempunyai tugas pokok melaksanakan penyediaan jasa ambulance bagi pasien yang dirujuk maupun pasien yang meninggal dunia.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 57</p> <p>(1) Unit BDRS adalah sebuah unit pelayanan di rumah sakit yang bertanggung jawab atas ketersediaan darah untuk transfusi yang aman, berkualitas dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.</p> <p>(2) Unit BDRS dipimpin oleh kepala unit dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kasi Penunjang</p>	

<p>Medis dan Kepala Bidang Pengembangan dan Penunjang Pelayanan dengan dokter spesialis patologi klinik sebagai penanggung jawab pelayanan BDRS.</p> <p>(3) Unit BDRS (Bank Darah Rumah Sakit) mempunyai tugas pokok melaksanakan kegiatan penyediaan kebutuhan darah bagi pasien rawat inap RSUD Bendan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 58</p> <p>(1) Unit Aset adalah salah satu bagian rumah sakit yang tidak terpisahkan dari sistem pengawasan, pemeliharaan, penggantian dan inventarisasi pada semua benda yang memiliki nilai tukar dan dimiliki oleh rumah sakit.</p> <p>(2) Unit Aset dipimpin oleh kepala unit dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kasubag Umum dan Kepegawaian dan Kepala Bagian Tata Usaha</p> <p>(3) Unit Aset mempunyai tugas pokok melaksanakan pemeliharaan, pengelolaan dan dokumentasi aset rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 59</p> <p>(1) Unit PKRS adalah salah satu unit di rumah sakit yang bertujuan untuk memberdayakan Pasien, keluarga Pasien, sumber daya manusia Rumah Sakit, pengunjung Rumah Sakit, dan masyarakat sekitar Rumah Sakit untuk berperan serta aktif dalam proses asuhan untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju pencapaian derajat kesehatan yang optimal.</p> <p>(2) Unit PKRS dipimpin oleh kepala unit dalam jabatan fungsional yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kasubag Umum dan Kepegawaian dan Kepala Bagian Tata Usaha.</p>	

<p>(3) Unit PKRS mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai memberikan kegiatan penyuluhan kesehatan sebagai tindakan promotif baik di dalam maupun di luar rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 60</p> <p style="text-align: center;">Unit Anggaran dan Perbendaharaan</p> <p>(1) Unit Anggaran dan Perbendaharaan adalah unit yang berada di bawah Subbagian Keuangan.</p> <p>(2) Unit Anggaran dan Perbendaharaan dipimpin oleh kepala unit yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Subbagian Keuangan.</p> <p>(3) Unit Anggaran dan Perbendaharaan mempunyai tugas pokok melakukan penatausahaan dan mempertanggungjawabkan uang untuk belanja Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 61</p> <p>(1) Unit Pendapatan adalah unit yang berada di bawah Subbagian Keuangan.</p> <p>(2) Unit Pendapatan dipimpin oleh kepala unit yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Subbagian Keuangan.</p> <p>(3) Unit Pendapatan mempunyai tugas pokok melaksanakan penatausahaan dan mempertanggungjawabkan uang pendapatan Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 62</p> <p>(1) Unit Akuntansi dan Verifikasi adalah unit yang berada di bawah Subbagian Keuangan.</p> <p>(2) Unit Akuntansi dan Verifikasi dipimpin oleh kepala unit yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Subbagian Keuangan.</p> <p>(3) Unit Akuntansi dan Verifikasi mempunyai tugas pokok melaksanakan kegiatan verifikasi dan melaksanakan pembukuan keuangan secara sistematis dalam sistem</p>	

<p>akuntansi dengan pengujian kebenaran buktibukti pendapatan dan belanja.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 63</p> <p>Untuk menunjang pengelolaan kegiatan pelayanan RSUD Bendan, Direktur membentuk Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit, Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit, Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite Etik, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Rekam medik, Komite Profesi Kesehatan Lainnya, Komite Akreditasi Rumah Sakit serta Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 64</p> <p>(1) Komite Medik adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua kelompok staf medis fungsional atau yang mewakili, dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pembentukan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur b. Jabatan Ketua Komite Medik merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur; c. Ketua, wakil ketua dan sekretaris Komite Medik mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti berakhir akan diadakan pemilihan lagi. <p>(2) Komite Medik mempunyai tugas membantu Direktur di dalam menyusun Standar Pelayanan Medik dan memantau pelaksanaannya, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medis fungsional, mengembangkan program pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, memberikan saran dan masukan kepada Direktur perihal pengembangan pelayanan medik.</p>	

<p>(3) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Medik di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris juga dibantu oleh Panitia yang anggotanya terdiri dari staf medis fungsional dan tenaga profesi lainnya secara ex officio.</p> <p>(4) Panitia sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan kelompok kerja khusus di dalam Komite Medik yang dibentuk berdasarkan kebutuhan RSUD Bendan untuk mengatasi masalah khusus.</p> <p>(5) Pembentukan wakil ketua dan sekretaris Komite Medik serta panitia ditetapkan oleh Direktur atas usul Ketua Komite Medik.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 65</p> <p>(1) Komite Keperawatan adalah kelompok tenaga keperawatan yang keanggotaannya dipilih dari ketua atau anggota Kelompok Staf Perawat Fungsional (SPF), dengan ketentuan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Para anggota Komite Keperawatan memilih dan menetapkan Ketua di antara anggota Komite Keperawatan; b. Ketua Komite Keperawatan terpilih, memilih dan menunjuk Wakil Ketua, Sekretaris dan Perangkat lainnya yang dianggap perlu; c. Jabatan Ketua Komite Keperawatan merupakan jabatan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur; d. Ketua, wakil ketua, sekretaris dan pengurus Komite Keperawatan mempunyai masa bakti selama 3 (tiga) tahun dan sesudah masa bakti akan diadakan pemilihan kembali. <p>(2) Komite Keperawatan mempunyai tugas membantu Direktur menyusun Standar Pelayanan Keperawatan dan memantau pelaksanaan, melaksanakan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota SPF, mengembangkan program</p>	

<p>pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan dan memberikan masukan kepada Direktur perihal pengembangan pelayanan keperawatan.</p> <p>(3) Dalam melaksanakan tugas Komite Keperawatan di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta pengurus lainnya juga dibantu oleh panitia yang anggotanya terdiri dari anggota SPF dan tenaga profesi lainnya secara ex officio.</p> <p>(4) Panitia sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) adalah merupakan kelompok kerja khusus di dalam Komite Keperawatan yang dibentuk berdasarkan kebutuhan RSUD Bendan untuk mengatasi masalah khusus.</p> <p>(5) Pembentukan panitia di dalam Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur atas usulan Ketua Komite Keperawatan berdasarkan pertimbangan Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan.</p> <p>(6) Dalam menjalankan tugas, Komite Keperawatan diharapkan selalu menjalin kerja sama secara horisontal dengan instalasi terkait, Bidang Perawatan dan Bidang Pelayanan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 66</p> <p>(1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI) adalah wadah non struktural yang diberi kewenangan dalam menjalankan program dan menentukan sikap pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Bendan.</p> <p>(2) Pembentukan KPPI yang terdiri dari Ketua Komite, Sekretaris dan Anggota ditetapkan oleh Direktur</p> <p>(3) KPPI mempunyai tugas membantu Direktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI; b. Melaksanakan sosialisasi kebijakan PPIRS, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan; c. Membuat SPO PPI; 	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">d. Menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;e. Bekerjasama dengan Tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB infeksi nosokomial;f. Memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;g. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam PPI;h. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;i. Mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam PPI;j. Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan.k. Menerima laporan dari Tim PPI dan membuat laporan kepada Direktur;l. Berkoordinasi dengan unit terkait lain;m. Memberikan usulan kepada Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebar-luaskan data resistensi antibiotika;n. Menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3);o. Turut menyusun kebijakan clinical governance dan patient safety;p. Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;q. Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, | |
|---|--|

<p>renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip PPI;</p> <ul style="list-style-type: none"> r. Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi; s. Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur/monitoring surveilans proses; t. Melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. <p>(4) Dalam melaksanakan tugas KPPI di samping dibantu oleh wakil ketua dan sekretaris serta pengurus lainnya juga dibantu oleh Tim PPI.</p> <p>(5) Tim PPI terdiri dari Perawat PPI/Infection Prevention and Control Nurse (IPCN) dan 1 (satu) dokter PPI setiap 5 (lima) Perawat PPI.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 67</p> <p>(1) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (Komite K3RS) adalah wadah non struktural yang dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.</p> <p>(2) Komite K3RS mempunyai tugas membantu Direktur :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan identifikasi risiko di semua unit rumah sakit untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja secara komprehensif di lingkungan rumah sakit; b. Membuat Petunjuk Pelaksanaan (Juklak) dan Petunjuk Teknis (Juknis) K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya; c. Memastikan pemeliharaan peralatan kesehatan, fasilitas dan lingkungan rumah sakit terjaga; d. Menjaga kelangsungan program K3 di sarana kesehatan dan pendukungnya dengan melakukan perencanaan program, implementasi, evaluasi dan pembinaan. 	

Pasal 68

- (1) Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Masa kerja keanggotaan Komite Mutu berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali setelah memenuhi persyaratan.
- (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 di RSUD Bendan;
 - b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RSUD Bendan 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;

<ul style="list-style-type: none"> 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. <p>(3) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien rumah sakit; b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RSUD Bendan 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. <p>(4) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:</p>	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit; b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RSUD Bendan terkait manajemen risiko di RSUD Bendan; 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. <p>(5) Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sampai dengan ayat (4), Komite Mutu juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 69</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Komite Etik merupakan wadah non struktural dalam rangka membantu Direktur menerapkan kode etik dan hukum di rumah sakit. (2) Komite Etik dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun. (3) Komite Etik mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan medicoetikolegal dan etik pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etik kedokteran, etik rumah sakit serta penyelesaian pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan Hospital Bylaws serta Medical 	

<p>Staff Bylaws, gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 70</p> <p>(1) Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah non struktural terdiri dari dokter dan apoteker untuk membantu Direktur dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan.</p> <p>(2) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun. (3) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas membantu Direktur :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan rekomendasi dalam pemilihan penggunaan obat-obatan; b. Menyusun formularium yang menjadi dasar dalam penggunaan obat-obatan di RS dan apabila perlu dapat diadakan perubahan secara berkala; c. Menyusun standar terapi bersama sama dengan staf medik; d. Melaksanakan evaluasi penulisan resep dan penggunaan obat generik bersama sama dengan Instalasi Farmasi. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 71</p> <p>(1) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya merupakan wadah non struktural untuk membantu Direktur dalam memberikan pelayanan farmasi, IPSRS, rehabilitasi medik, radiologi, laboratorium (Patologi Anatomi, Patologi klinik, PCR), BDRS, gizi, psikologi, rekam medis, penata anestesi, teknisi gigi dan mulut, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan RSUD Bendan.</p> <p>(2) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun.</p> <p>(3) Komite Tenaga Profesi Kesehatan Lainnya mempunyai tugas membantu Direktur :</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, psikologi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit; b. Melaksanakan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan radiologi, laboratorium, gizi, psikologi, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan lain yang ada di lingkungan rumah sakit. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 72</p> <p>(1) Komite Akreditasi Rumah Sakit yang selanjutnya disebut KARS adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur rumah sakit dalam memastikan pelayanan sesuai dengan standar akreditasi yang berlaku untuk mencapai pelayanan yang bermutu dan menjamin keselamatan pasien.</p> <p>(2) Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Akreditasi memiliki fungsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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; dan d. Mendukung program pemerintah di bidang Kesehatan; <p>(3) Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Komite Akreditasi Rumah Sakit juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 73</p> <p>(1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah Kelompok Jabatan Fungsional yang bertugas membantu Direktur melaksanakan</p>	

<p>pengawasan terhadap pengelolaan sumber daya RSUD Bendan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan manfaat.</p> <p>(2) Satuan Pemeriksaan Internal dipimpin oleh seorang Ketua yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.</p> <p>(3) Fungsi pengendalian internal BLUD meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pengamanan harta kekayaan; b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan; c. menciptakan efisiensi dan produktifitas; dan d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat. <p>(4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi pengawas internal antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai; b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa; c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Kesepuluh Pedoman Pelayanan Pasal 74</p> <p>(1) Pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD Bendan (Kepala Unit / Kepala Instalasi Pelayanan) mengusulkan rencana kegiatan serta program peningkatan mutu dan kinerja instalasi kepada pimpinan rumah sakit melalui pejabat di atasnya.</p> <p>(2) Kepala Instalasi Pelayanan bertanggung jawab membuat pedoman pelayanan tentang pelayanan yang dikepalai.</p> <p>(3) Pedoman pelayanan sebagaimana diatur pada ayat (1) minimal berisi tentang uraian pelayanan saat ini dan program kerja</p>	

<p>yang menguraikan pelayanan yang direncanakan, serta mengatur pengetahuan dan keterampilan staf klinis yang melakukan assesmen pasien dan kebutuhan pasien.</p> <p>(4) Kepala Instalasi pelayanan bekerja sama dengan unit-unit pelayanan yang lain pada rumah sakit, untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan pelayanan.</p> <p>(5) Kepala Instalasi Pelayanan menjamin adanya mekanisme aduan pelayanan pasien yang jelas demi pelayanan yang optimal kepada pasien.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kesebelas Program Mutu Instalasi dan Unit Pasal 75</p> <p>Kepala Instalasi dan unit beserta seluruh stafnya turut serta dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis bagi unit pelayanan tersebut.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 76</p> <p>(1) Pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD Bendan (Kepala Instalasi dan Unit) menerapkan pengawasan dan penilaian terkait peningkatan mutu di unit yang dikepalai sesuai dengan standar minimal indikator mutu yang digunakan.</p> <p>(2) Standar minimal indikator mutu di Instalasi dan unit sebagaimana diatur pada ayat (1) mencakup ;</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penilaian rumah sakit secara menyeluruh dan perbaikan yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit yang terkait secara spesifik dengan Instalasi dan unit mereka; b. Penilaian yang terkait dengan prioritas Instalasi dan Unit secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana beresiko tinggi, 	

<p>meningkatkan tingkat kepuasan pasien, dan meningkatkan efisiensi.</p> <p>c. Penilaian spesifik di Instalasi dan unit ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA).</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 77</p> <p>Pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD Bendan (Kepala Instalasi dan unit) menyediakan data dan Informasi dari hasil kegiatan pelayanan di Instalasi dan unit yang selanjutnya dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat, dan staf klinis pemberi asuhan yang memberikan pelayanan di Instalasi dan unit tersebut.</p>	
<p style="text-align: center;">Prosedur Kerja Pasal 78</p> <p>(1) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD Bendan wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi sesuai tugas masing-masing.</p> <p>(2) Setiap pimpinan satuan organisasi di lingkungan RSUD Bendan wajib mengawasi bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggung jawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahannya dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.</p> <p>(4) Semua kegiatan pelayanan dan pendukungnya diatur dengan prosedur kerja baku berupa Standar Prosedur Operasional menurut ketentuan Akreditasi RSUD Bendan.</p>	

<p>(5) Prinsip prosedur kerja adalah jelas kebijakannya, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pelanggan, konsisten, sesuai dengan falsafah tujuannya, jelas pelaksanaannya, jelas tanggung jawabnya dan ada evaluasi mutu dan kinerjanya.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduabelas Standar Pelayanan Minimal Pasal 79</p> <p>(1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh RSUD Bendan, Walikota menetapkan Standar Pelayanan Minimal dengan Peraturan Walikota.</p> <p>(2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat diusulkan oleh Direktur.</p> <p>(3) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.</p> <p>(4) Standar pelayanan minimal harus memenuhi persyaratan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. fokus pada jenis pelayanan; b. terukur; c. dapat dicapai; d. relevan dan dapat diandalkan; dan e. tepat waktu. <p>(5) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi RSUD Bendan.</p> <p>(6) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.</p> <p>(7) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat</p>	

<p>pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.</p> <p>(8) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD-RSUD Bendan.</p> <p>(9) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketigabelas Pengelolaan Sumber Daya Manusia Paragraf 1 Penerimaan dan Pengelolaan Sumber Daya Manusia Pasal 80</p> <p>(1) Pegawai RSUD Bendan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil dan non Pegawai Negeri Sipil.</p> <p>(2) Penerimaan Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <p>(3) Peraturan terkait Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <p>(4) Pengelolaan tenaga non Pegawai Negeri Sipil penerimaan tenaga non Pegawai Negeri Sipil secara terinci diatur dalam Peraturan Walikota No 30 Tahun 2019 tentang Pedoman pengelolaan kepegawaian Pegawai Non PNS pada BLUD RSUD Bendan Kota Pekalongan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 81</p> <p>Rotasi PNS dan Non PNS adalah pemindahan pegawai yang dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja pegawai dengan adanya suasana kerja dan lingkungan tugas baru, kebutuhan pelayanan serta pengembangan karir pegawai atas pertimbangan Direktur melalui usulan dari bidang/bagian.</p>	

<p style="text-align: center;">Pasal 82</p> <p>Rotasi sebagaimana tersebut pada Pasal 81 dilaksanakan dengan pertimbangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. penempatan seseorang pada pekerjaan sesuai dengan latar belakang pendidikan dan ketrampilannya; b. masa kerja pada suatu unit kerja tertentu; c. pengalaman seseorang pada bidang tugas tertentu di masa lalu; d. penempatan pegawai pada bidang tugas tertentu untuk menunjang karir pegawai yang bersangkutan; e. kondisi fisik dan psikis pegawai; f. kebutuhan pelayanan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 83</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Pejabat pengelola dan pegawai RSUD Bendan dapat berasal dari PNS dan/atau non PNS yang profesional sesuai dengan kebutuhan. (2) Pejabat pengelola dan pegawai RSUD Bendan yang berasal dari non PNS sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dipekerjakan berdasarkan kontrak. (3) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dan pegawai RSUD Bendan yang berasal dari PNS disesuaikan dengan peraturan perundangundangan. (4) Pengangkatan dan pemberhentian pegawai RSUD Bendan yang berasal dari non PNS dilakukan berdasarkan Peraturan Walikota yang mengatur mengenai Pedoman pengelolaan kepegawaian Pegawai Non PNS pada BLUD RSUD Bendan Kota Pekalongan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 84</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Direktur sebagai Pemimpin BLUD merupakan kuasa pengguna anggaran/barang daerah. 	

<p>(2) Dalam hal pemimpin BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari non PNS, Pejabat keuangan wajib berasal dari PNS yang merupakan kuasa pengguna anggaran/barang daerah.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 85</p> <p>(1) Disiplin adalah suatu kondisi yang tercipta dan terbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban yang dituangkan dalam:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. daftar hadir; b. laporan kegiatan; c. penilaian kinerja pegawai. <p>(2) Tingkatan dan jenis hukuman disiplin pegawai, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hukuman disiplin ringan, terdiri dari teguran lisan, teguran tertulis, pernyataan tidak puas secara tertulis dan mendapatkan jasa pelayanan sebesar 75 % selama 3 bulan; b. Hukuman disiplin sedang terdiri dari penundaan kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, penurunan gaji sebesar satu kali kenaikan gaji berkala untuk paling lama 1 (satu) tahun, dan penundaan kenaikan pangkat untuk paling lama 1 (satu) tahun (bagi PNS) dan mendapatkan jasa pelayanan sebesar 50 % selama 3 bulan; c. Hukuman disiplin berat bagi PNS terdiri dari penurunan pangkat yang setingkat lebih rendah untuk paling lama 1 (satu) tahun, pembebasan dari jabatan, pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan sendiri sebagai PNS, dan pemberhentian tidak hormat sebagai PNS serta mendapatkan jasa pelayanan sebesar 25 % selama 3 bulan; d. Hukuman disiplin berat bagi non PNS yang meliputi penurunan jabatan satu tingkat lebih rendah, mendapatkan jasa pelayanan sebesar 25 % selama 3 bulan; pemberhentian dengan hormat tidak atas permintaan 	

<p>sendiri sebagai non PNS, dan pemutusan/pemberhentian tidak hormat sebagai non PNS.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 2 Jasa Pelayanan Pasal 86</p> <p>(1) Pejabat pengelola, dewan pengawas dan pegawai RSUD Bendan dapat diberikan jasa pelayanan sesuai dengan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan.</p> <p>(2) Jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun.</p> <p>(3) Jasa pelayanan dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diberikan dalam bentuk honorarium yang besarnya mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(4) Penetapan jasa pelayanan Direktur/pemimpin BLUD, mempertimbangkan faktor-faktor yang berdasarkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ukuran dan jumlah aset yang dikelola, tingkat pelayanan serta produktivitas; b. pertimbangan persamaannya dengan industri pelayanan sejenis; c. kemampuan pendapatan Rumah Sakit; dan d. kinerja operasional RSUD Bendan yang ditetapkan oleh Walikota dengan mempertimbangkan antara lain indikator keuangan, pelayanan, mutu dan manfaat bagi masyarakat. <p>(5) Honorarium dewan pengawas, ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(6) Jasa pelayanan bagi pejabat pengelola dan pegawai sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), dapat dihitung berdasarkan indikator penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pengalaman dan masa kerja (basic index); 	

<p>b. ketrampilan, ilmu pengetahuan dan perilaku (competency index);</p> <p>c. resiko kerja (risk index);</p> <p>d. tingkat kegawatdaruratan (emergency index);</p> <p>e. jabatan yang disandang (position index);</p> <p>f. hasil/capaian kerja (performance index).</p> <p>(7) Bagi pejabat pengelola dan pegawai yang berstatus PNS, gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan tunjangan PNS serta dapat diberikan tambahan penghasilan sesuai peraturan perundang-undangan.</p> <p>(8) RSUD Bendan tidak menerapkan sistem remunerasi sebagaimana disebutkan dalam ayat (1) sampai dengan ayat (6), tetapi menerapkan sistem jasa pelayanan yang definisinya adalah honorarium atas jasa layanan yang diberikan baik secara langsung maupun tidak langsung.</p> <p>(9) Jasa Pelayanan yang dibagikan besarnya tidak tetap tergantung pada pendapatan RSUD Bendan dan memperhitungkan proporsi indeks kehadiran pegawai.</p> <p>(10) Jasa Pelayanan yang diterimakan tidak rutin berdasarkan keadaan pendapatan RSUD Bendan.</p> <p>(11) Pembagian Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Keputusan Pemimpin BLUD RSUD Bendan.</p> <p>(12) Indeks pengaturan pembagian jasa pelayanan diatur secara lebih rinci melalui Peraturan Pimpinan BLUD RSUD Bendan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pemberian Jasa Pelayanan Pasal 87</p> <p>(1) Pejabat Pengelola dan Pegawai BLUD yang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) diberikan gaji pokok dan tunjangan mengikuti peraturan perundang-undangan tentang gaji dan</p>	

<p>tunjangan PNS serta diberikan tambahan penghasilan dan Jasa Pelayanan.</p> <p>(2) Tambahan penghasilan yang dimaksud pada ayat (1) merupakan tambahan penghasilan yang diberikan kepada PNS dengan anggaran yang bersumber dari APBD Pemerintah daerah atau dana BLUD sesuai dengan peraturan pemerintah yang berlaku.</p> <p>(3) Jasa pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan honorarium yang diberikan pada pemberi layanan langsung maupun tidak langsung di RSUD Bendan karena telah melakukan pelayanan dengan anggaran bersumber dari dana BLUD.</p> <p>(4) Pejabat Pengelola, Pegawai Negeri Sipil dan Pegawai BLUD RSUD Bendan non Pegawai Negeri Sipil (PNS) diberikan gaji yang berasal dari pendapatan BLUD atau APBD dan dapat diberikan Jasa Pelayanan.</p> <p>(5) Pemberian Jasa Pelayanan sebagaimana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (3) ditetapkan dengan Peraturan Walikota dengan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>	
<p style="text-align: center;">Sumber Jasa Pelayanan Pasal 88</p> <p>(1) Jasa Pelayanan berasal dari pendapatan BLUD yang bersumber dari pelayanan yang yang tercantum dalam Tarif Pelayanan RSUD Bendan.</p> <p>(2) Batasan prosentase tertinggi jasa pelayanan dengan nilai nominal paling banyak 40 % (empat puluh empat persen) dari total realisasi pendapatan.</p> <p>(3) Jasa Pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berasal dari pendapatan BLUD dan dicantumkan dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) tahun yang berjalan.</p>	

<p>(4) Gaji PNS dicantumkan dalam Rencana Kegiatan Anggaran (RKA) tahun berjalan berasal dari Subsidi Anggaran Pendapatan Belanja Daerah tahun berjalan.</p> <p>(5) Gaji non PNS dicantumkan dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) tahun berjalan berasal dari Pendapatan BLUD atau APBD.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keempatbelas Penatausahaan Keuangan dan Tarif Layanan Pasal 89</p> <p>(1) Pengelolaan keuangan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.</p> <p>(2) Pengelolaan keuangan diatur secara tersendiri sesuai peraturan yang berlaku.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 90</p> <p>(1) RSUD Benda dapat memungut biaya kepada masyarakat sebagai imbalan atas barang dan/atau jasa layanan yang diberikan.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (2), termasuk imbal hasil yang wajar dari investasi dana dan untuk menutup seluruh atau sebagian dari biaya per unit layanan.</p> <p>(4) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), dapat berupa besaran tarif atau pola tarif sesuai jenis layanan.</p> <p>(5) Tarif layanan diusulkan oleh Direktur kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.</p> <p>(6) Tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), ditetapkan dengan Peraturan Walikota.</p>	

<p>(7) Penetapan tarif layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (6), mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, serta kompetisi yang sehat.</p> <p>(8) Walikota dalam menetapkan besaran tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (6), dapat membentuk tim.</p> <p>(9) Pembentukan tim sebagaimana dimaksud pada ayat (8), ditetapkan oleh Walikota yang keanggotaannya dapat berasal dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pembina teknis; b. pembina keuangan; c. unsur perguruan tinggi; d. lembaga profesi. <p>(10) Peraturan Walikota mengenai tarif layanan dapat dilakukan perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan keadaan.</p> <p>(11) Perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (10), dapat dilakukan secara keseluruhan maupun per unit layanan.</p> <p>(12) Proses perubahan tarif sebagaimana dimaksud pada ayat (10) dan ayat (11), berpedoman pada ketentuan ayat (5) sampai dengan ayat (9).</p> <p>(13) Apabila terdapat layanan baru yang belum mempunyai tarif yang ditetapkan oleh Walikota, dapat ditetapkan oleh Pimpinan BLUD dengan azas manfaat dan paling lambat 6 (enam) bulan kemudian ditetapkan dengan Peraturan Walikota.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kelimabelas Pengelolaan Sumber Daya Lain Pasal 91</p> <p>(1) Tanah dan bangunan disertifikatkan atas nama Pemerintah Daerah.</p>	

<p>(2) Tanah dan Bangunan yang tidak digunakan dalam rangka tugas pelayanan dan fungsi RSUD Bendan, dapat dialihgunakan oleh Direktur dengan persetujuan Walikota.</p> <p>(3) Aset tetap tidak boleh dialihkan dan atau dihapuskan kecuali atas persetujuan pejabat berwenang berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>(4) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (3), merupakan aset berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 bulan, untuk digunakan dalam pelayanan kepada masyarakat.</p> <p>(5) Hasil pengalihan aset sebagaimana pada ayat (2) dan (3), merupakan pendapatan RSUD Bendan dan dicantumkan dalam laporan keuangan.</p> <p>(6) Barang inventaris milik RSUD Bendan dapat dihapus dan atau dialihkan atas dasar pertimbangan ekonomis.</p> <p>(7) Barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (6) merupakan barang habis pakai, barang untuk diolah atau dijual dan barang lain yang tidak memenuhi persyaratan sebagai aset tetap.</p> <p>(8) Hasil penjualan barang dimaksud pada ayat (6) merupakan pendapatan RSUD Bendan dan dicantumkan dalam laporan keuangan.</p> <p>(9) Direktur beserta pejabat dibawahnya secara berjenjang wajib memelihara aset Rumah Sakit dengan tertib efektif dan efisien termasuk teknologi dan akurasi dari sarana prasarana RSUD Bendan.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keenambelas Pengelolaan Lingkungan Rumah Sakit Pasal 92</p> <p>(1) Direktur menunjuk pejabat yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan lingkungan RSUD Bendan yang meliputi :</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. kebersihan lingkungan Rumah Sakit selama 24 jam meliputi area kantor dan area pelayanan termasuk toilet/kamar mandi; b. pengelolaan sampah medik dan domestik; c. pengelolaan limbah cair; d. pengamatan area bebas rokok; e. memperluas area taman dan tanaman penghijauan. <p>(2) Direktur menyusun kebijakan pengelolaan lingkungan fisik, kimia, biologi yang memperhatikan keselamatan pasien dan karyawan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketujuhbelas Pembinaan dan Pengawasan Pasal 93</p> <p>(1) Pembinaan teknis BLUD-RSUD Bendan dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah.</p> <p>(2) Pembinaan teknis BLUD-Unit Kerja dilakukan oleh kepala SKPD yang bertanggung jawab atas urusan pemerintah yang bersangkutan.</p> <p>(3) Pembinaan keuangan BLUD-RSUD Bendan dilakukan oleh SKPD yang bertanggung jawab atas urusan keuangan. (3) Pengawasan operasional BLUD-RSUD Bendan dilakukan oleh pengawas internal.</p> <p>(4) Pengawas internal dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah pemimpin BLUD-RSUD Bendan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 94</p> <p>Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 93 ayat (1), dapat dibentuk dengan mempertimbangkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. keseimbangan antara manfaat dan beban; b. kompleksitas manajemen; dan c. volume dan/atau jangkauan pelayanan. 	

<p style="text-align: center;">Pasal 95</p> <p>(1) Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94 ayat (2), bersama-sama jajaran manajemen BLUD-RSUD Bendan menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal BLUD-RSUD Bendan.</p> <p>(2) Fungsi pengendalian internal BLUD-RSUD Bendan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membantu manajemen BLUD-RSUD Bendan dalam hal :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pengamanan harta kekayaan; b. menciptakan akurasi sistem informasi keuangan; c. menciptakan efisiensi dan produktivitas; dan d. mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen dalam penerapan praktek bisnis yang sehat. <p>(3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi internal auditor, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mempunyai etika, integritas dan kapabilitas yang memadai; b. memiliki pendidikan dan/atau pengalaman teknis sebagai pemeriksa; c. mempunyai sikap independen dan obyektif terhadap obyek yang diaudit. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedelapanbelas Evaluasi dan Penilaian Kinerja Pasal 96</p> <p>(1) Evaluasi dan penilaian kinerja BLUD-RSUD Bendan dilakukan setiap tahun oleh Walikota dan/atau dewan pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.</p> <p>(2) Evaluasi dan penilaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan BLUDRSUD Bendan sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.</p>	

<p style="text-align: center;">Pasal 97</p> <p>Evaluasi dan penilaian kinerja dari aspek keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 96 ayat (1), dapat diukur berdasarkan tingkat kemampuan BLUD-RSUD Bendan dalam :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas); b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas); c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 98</p> <p>Penilaian kinerja dari aspek non keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 98 ayat (1), dapat diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB V PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (MEDICAL STAFF BYLAWS) Bagian Kesatu Kategori Staf Medis Pasal 99</p> <p>(1) Staf medis yang bergabung dengan RSUD dikelompokkan ke dalam kategori:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. staf medis PNS, yaitu dokter yang direkrut sebagai pegawai tetap dan berkedudukan sebagai sub ordinar; yaitu bekerja untuk dan atas nama RSUD serta bertanggung jawab kepada RSUD; b. staf medis Non PNS kontrak / mitra, yaitu dokter yang direkrut oleh RSUD sebagai mitra yang kedudukannya sederajat dengan RSUD, bertanggung jawab secara mandiri dan bertanggung-gugat secara proporsional sesuai 	

<p>ketentuan yang berlaku di rumah sakit atau sesuai kesepakatan yang disetujui bersama;</p> <p>c. staf medis konsultan, yaitu dokter yang karena keahliannya ditunjuk oleh RSUD untuk memberikan konsultasi tanpa merawat atau untuk memberikan konsultasi dan merawat.</p> <p>(2) Untuk dapat menjadi Staf Medis baik dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi maupun dokter gigi spesialis harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku, sehat jasmani dan rohani serta memiliki perilaku yang baik.</p> <p>(3) Kelompok Staf Medis rumah sakit berfungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dibidang pelayanan medis.</p> <p>(4) Staf Medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan status sebagai dokter PNS berhak:</p> <p>a. Memperoleh kesejahteraan sesuai peraturan yang berlaku, terdiri atas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) penghasilan yang layak serta tidak melanggar ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah; 2) penghasilan selama pensiun sesuai ketentuan yang berlaku; 3) status kepegawaian yang jelas dan pasti; 4) kenaikan pangkat sesuai ketentuan / peraturan kepegawaian; 5) pengembangan pengetahuan dan ketrampilan; 6) pengembangan karir sesuai kemampuan individu dan ketentuan yang berlaku di RSUD; 7) cuti tahunan, cuti sakit, cuti besar dan cuti di luar tanggungan negara sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah; 	
---	--

<p>8) cuti bersalin bagi dokter perempuan sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah;</p> <p>9) cuti karena alasan penting berkenaan sifat pekerjaannya sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah;</p> <p>10) cuti di luar tanggungan negara karena alasan-alasan pribadi yang penting dan mendesak sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh pemerintah.</p> <p>b. Mendapatkan lingkungan kerja yang sehat serta perlindungan terhadap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kecelakaan kerja; 2) pemeriksaan kesehatan rutin dan khusus sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah; 3) perawatan kesehatan selama sakit sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD; 4) santunan terhadap kecelakaan kerja yang menimpa sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah; 5) bantuan hukum selama menjalani proses hukum. <p>c. Menggunakan fasilitas yang dimiliki RSUD untuk melakukan pelayanan kesehatan berdasarkan standar mutu pelayanan yang tinggi;</p> <p>d. Melakukan konsultasi kepada dokter lain yang tercatat sebagai staf medis RSUD.</p> <p>e. Kelompok Staf Medis Fungsional dapat melimpahkan tindakan medis tertentu kepada Perawat berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.</p> <p>(5) Selain memperoleh hak sebagaimana tersebut pada ayat (3), Staf Medis RSUD mempunyai kewajiban sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku; b. mentaati semua Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws); 	
---	--

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">c. mentaati etika yang ada, antara lain etika RSUD, etika profesi Kedokteran, etika Staf Medis dan etika antara RSUD dengan pihak lain;d. melaksanakan klausul-klausul dalam perjanjian antara Rumah Sakit dengan Staf Medis atau antara RSUD dengan pihak lain;e. memberi layanan medis dengan mutu tinggi kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya serta bersedia dihubungi atau dipanggil setiap saat apabila kondisi pasien yang bersangkutan berada dalam keadaan emergensi;f. memberikan pertolongan emergensi kepada pasien lain yang bukan menjadi tanggung jawabnya apabila kondisi klinik pasien tersebut berada dalam keadaan emergensi;g. menjaga citra RSUD serta berperilaku sopan terhadap Direktur, manajer, staf medis lain, profesi lain, pasien, keluarga pasien serta pengunjung;h. menjalin kerja sama yang harmonis dengan profesi lain yang berada di RSUD dan menghormati kode etik profesi mereka;i. menyelesaikan semua kewajiban administrasi sesuai peraturan yang berlaku;j. menghadiri rapat-rapat yang diadakan oleh Direktur atau Komite Medik;k. hadir dalam dengar pendapat (hearing) yang diadakan oleh Direktur, Komite Medik atau tim yang dibentuk oleh RSUD yang berkaitan dengan penanganan pasien/kasus;l. menunjukkan loyalitas kepada RSUD;m. membantu RSUD dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan;n. mentaati kewajiban-kewajiban lain yang ditetapkan di kemudian hari antara lain sebagai dosen pembimbing | |
|---|--|

terhadap semua fakultas kedokteran yang bekerja sama dengan RSUD.

- (6) Dalam melaksanakan pelayanan, Staf Medis mempunyai kewajiban terhadap pasien yang ditanganinya untuk :
- a. melakukan upaya dengan sungguh-sungguh dan professional sesuai standar mutu yang tinggi;
 - b. segera merujuk ke dokter atau praktisi kesehatan lain yang dapat diterima apabila Staf Medis tidak mampu lagi untuk meneruskan upaya kesehatan terhadap pasien baik karena keterbatasan kemampuan, peralatan, waktu maupun karena alasan lain yang masuk akal;
 - c. menjalin kerjasama dan komunikasi yang baik dengan pasien;
 - d. menjalin kerjasama yang baik dan harmonis dengan tenaga kesehatan lainnya;
 - e. memenuhi apa yang menurut etika dan hukum menjadi hak pasien;
 - f. menghormati kepentingan-kepentingan lain dari pasien;
 - g. menghormati kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat secara khusus dengan pasien;
 - h. menerbitkan surat keterangan yang diperlukan bagi kepentingan pasien;
 - i. menghormati kerahasiaan medis pasien;
 - j. memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya dan sejujur-jujurnya kepada pasien tentang kondisi kesehatannya dengan mempertimbangkan aspek psikologi;
 - k. apabila karena sesuatu hal yang menyebabkan tidak dapat melaksanakan kewajiban menangani pasien untuk sementara waktu, maka wajib memberi tahu atau ijin kepada Direktur serta wajib menunjuk dokter pengganti (mempunyai keahlian sejenis dengannya);

<p>1. dalam hal Staf Medis bekerja sebagai dokter mitra, maka sepenuhnya bertanggung gugat atas segala bentuk kerugian yang dialami oleh pasien sebagai akibat dari kesalahan medis yang dilakukannya kecuali ada kesepakatan tersendiri yang menentukan lain.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Kewenangan Klinis Pasal 100</p> <p>Ketentuan tentang kewenangan klinis bagi masing-masing dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis termasuk prosedur pemberian dan pengakhiran Kewenangan Klinis (Clinical Privileges) ditetapkan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Kelompok Staf Medis Pasal 101</p> <p>(1) Dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis (purna waktu dan paruh waktu) yang bekerja di unit pelayanan RSUD wajib menjadi anggota Staf Medis.</p> <p>(2) Dalam melaksanakan tugas Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.</p> <p>(3) Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.</p> <p>(4) Pengelompokan Staf Medis berdasarkan spesialisasi/keahlian adalah tenaga dokter dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis.</p> <p>(5) Pengelompokan Staf Medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :</p>	

- | | |
|---|--|
| <p>a. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk Staf Medis sendiri. Penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu tersebut dan wajib diikuti dengan pembagian dan tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis RSUD;</p> <p>b. penggabungan tenaga dokter spesialis dengan memperhatikan tugas dan kewenangan dokter spesialis tersebut. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis yang sangat terbatas sehingga tidak memungkinkan masing-masing jenis spesialisasi keahlian membentuk Kelompok Staf Medis tersendiri. Karena itu RSUD hanya membentuk 4 (empat) Kelompok Staf Medis yaitu Kelompok Staf Medis Bedah, Kelompok Staf Medis Non Bedah, Kelompok Staf Medis Dokter Umum dan Kelompok Staf Medis Dokter Gigi. Dokter Spesialis yang melaksanakan tindakan medis operatif (misalnya dokter spesialis bedah umum, dokter spesialis bedah syaraf, dokter spesialis bedah orthopaedi, dokter spesialis bedah digestif, dokter spesialis bedah mulut, dokter spesialis obsgyn, dokter spesialis mata, dokter spesialis THT dan dokter spesialis anestesi) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Bedah, sedangkan tenaga dokter yang hanya melaksanakan tindakan medis non operatif dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Non Bedah, untuk dokter umum dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Dokter Umum dan untuk dokter gigi dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medis Dokter Gigi;</p> | |
|---|--|

<p style="text-align: center;">Bagian Keempat Penempatan Dalam Kelompok Staf Medis Pasal 102</p> <p>(1) Penempatan para Dokter ke dalam Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 84, ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur atas usulan Komite Medik.</p> <p>(2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewenangannya.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kelima Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis Pasal 103</p> <p>(1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya.</p> <p>(2) Ketua Kelompok Staf Medis dapat dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.</p> <p>(3) Pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis diatur dengan mekanisme yang disusun oleh Komite Medik. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medik dan Direktur. Setelah proses pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis selesai maka penetapan sebagai Ketua Kelompok Staf Medis disahkan dengan Keputusan Direktur.</p> <p>(4) Lama masa bakti Ketua Kelompok Staf Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya berturut-turut.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keenam Tugas Fungsi Ketua Kelompok Staf Medis dan Hubungan kerja Pasal 104</p> <p>(1) Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinnya.</p>	

<p>(2) Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individu untuk masing-masing dokter.</p> <p>(3) Kelompok Staf Medis secara administratif bertanggung jawab kepada Direktur, sedangkan secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik melalui Ketua Kelompok Staf Medis.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketujuh Penilaian Pasal 105</p> <p>(1) Penilaian kinerja yang bersifat administratif, seperti disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur.</p> <p>(2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, peer review, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medik.</p> <p>(3) Berdasarkan ayat (1) dan ayat (2) staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit kerja tertentu secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medik khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu dan secara administrasi di bawah kepala Instalasi.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedelapan Sanksi Pasal 106</p> <p>(1) Seluruh Staf Medis Rumah Sakit yang melakukan pelanggaran terhadap aturan perundang-undangan, aturan rumah sakit, klausul-klausul dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.</p> <p>(2) Sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa:</p> <p>a. administrasi</p>	

<ul style="list-style-type: none"> b. teguran lisan atau tertulis; c. penghentian praktik untuk sementara waktu; d. pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staf Medis yang berstatus; atau e. pemutusan perjanjian kerja bagi Staf Medis Mitra yang masih berada dalam masa kontrak saja. <p>(3) Pemberian sanksi sebagaimana dilakukan oleh Direktur setelah mendengar pendapat Komite Medik dalam hal ini Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis dengan mempertimbangkan tingkat kesalahannya.</p> <p>(4) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disampaikan kepada SMF yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.</p> <p>(5) Dalam hal SMF tidak dapat menerima sanksi maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis kepada Direktur dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Keputusan.</p> <p>(6) Dalam waktu paling lama 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Sanggahan, Direktur harus menyelesaikan secara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak yang terkait.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kesembilan Tugas dan Fungsi Staf Medis Pasal 107</p> <p>(1) Staf Medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.</p> <p>(2) Tugas Staf Medis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat 	

<p>penyakit, peningkatan dan pemulihan, dan mendokumentasikan dalam dokumen Rekam Medik;</p> <p>b. meningkatkan kemampuan profesinya melalui program pendidikan/ pendidikan berkelanjutan;</p> <p>c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan;</p> <p>d. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kesepuluh Tanggung Jawab Staf Medis Pasal 108</p> <p>Tanggung jawab Staf Medis :</p> <p>a. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di RSUD yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws). Penempatan dokter di Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan Direktur;</p> <p>b. melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif melalui peer review, audit medis atau program quality improvement;</p> <p>c. memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws);</p> <p>d. memberikan kesempatan bagi para Dokter untuk mengikuti “Continuing Professional Development” (CPD). Masing-masing kelompok staf medis wajib mempunyai program CPD bagi semua anggotanya;</p> <p>e. memberikan masukan kepada Direktur melalui Komite Medik hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran;</p>	

<p>f. memberikan laporan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur;</p> <p>g. Melakukan perbaikan (up-dating) standar prosedur operasional dan dokumen terkaitnya.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kesebelas Kewajiban Staf Medis Pasal 109</p> <p>Kewajiban Staf Medis:</p> <p>a. Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Standar Prosedur Operasional di bidang administrasi/manajerial antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas di kamar operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi, dan lain-lain. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini di bawah koordinasi Direktur; 2) Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis di bidang keilmuan/ keprofesian adalah Standar Pelayanan Medis yang dibuat oleh Kelompok Staf Medis, antara lain meliputi tata cara pemeriksaan penyakit sampai dengan penatalaksanaan serta pemeriksaan penunjang yang diperlukan. Masing-masing kelompok Staf Medis menyusun Standar Pelayanan Medis minimal untuk 10 jenis penyakit. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini di bawah koordinasi Komite Medik. <p>b. Menyusun indikator mutu klinis. Masing-masing Kelompok Staf Medis menyusun minimal 3 (tiga) jenis indikator mutu output atau outcome;</p>	

<ul style="list-style-type: none"> c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya; d. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien; e. Merujuk pasien ke dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan; f. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal; g. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; h. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi; i. Menunjuk staf medis lain dalam keahlian yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, jika tidak harus dikonfirmasi kepada pasien yang bersangkutan; j. Memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum persetujuan tindakan disetujui pasien (informed consent); k. Membuat rekam medik dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya; l. Menyelenggarakan pengendali mutu dan pengendali biaya; m. Mematuhi kebijakan rumah sakit tentang obat dan formularium rumah sakit. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduabelas Kerahasiaan dan Informasi Medis Pasal 110</p> <p>(1) RSUD :</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. RSUD berhak membuat peraturan yang berlaku sesuai dengan kondisi/keadaan yang ada di RSUD; b. RSUD wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan peraturan yang berlaku; c. isi dokumen rekam medik dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas izin pasien; d. isi dokumen rekam medik dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. <p>(2) Staf Medis :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya; b. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; c. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan, profesi dan etika. <p>(3) Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. berhak mengetahui peraturan dan ketentuan RSUD yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien; b. memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya; c. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain: <ul style="list-style-type: none"> 1. diagnosis dan tata cara tindakan medis; 2. tujuan tindakan medis yang dilakukan; 3. alternatif tindakan lain dan resikonya; 4. resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan 5. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan. d. meminta konsultasi kepada dokter lain (second opinion) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya; e. mendapatkan isi rekam medik; 	
---	--

f. membuka isi rekam medik untuk kepentingan peradilan.	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketigabelas Penyelesaian Kasus Pelayanan Medis Pasal 111</p> <p>Proses penyelesaian kasus yang terjadi dan muncul dalam kegiatan pelayanan medis dilaksanakan secara berjenjang :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. laporan kejadian (oleh siapapun) harus menjadi perhatian staf medis di lingkungan itu, untuk selanjutnya disampaikan kepada ketua kelompok staf medis, Komite Medik dan Direktur; b. ketua kelompok staf medis berkepentingan untuk menjaga martabat kelompoknya di kalangan sesama staf medis maupun di kalangan staf lain di RSUD, perlu menghubungi yang bersangkutan untuk memperoleh informasi pembandingan; c. Komite Medik memperhatikan mekanisme audit medis melalui kerjasama baik dengan Direktur, untuk mendorong pengumpulan data dari unsur terkait (staf keperawatan, staf laboratorium, staf radiologi, instalasi rekam medik ataupun dokter jaga); d. pada keadaan data yang diperlukan dinilai sudah lengkap, harus dilaksanakan secepatnya rapat klinik multi-disiplin dengan atau tanpa mengundang peer group (audit tahap pertama); e. rapat klinik sedemikian mempertajam kajian diagnosis, prosedur pelayanan, ketepatan tindakan/pengobatan (audit tahap kedua dilakukan di Komite Medik); f. hasil rapat klinik harus menjadi pelajaran untuk perbaikan mutu; g. Komite Medik memberikan rekomendasi sanksi profesional dan atau administratif kepada Direktur. 	
Bagian Keempatbelas	

<p style="text-align: center;">Komite Medik Pasal 112</p> <p>(1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural di rumah sakit yang dibentuk dengan Keputusan Direktur. Perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.</p> <p>(2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.</p> <p>(3) Komite Medik berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur, meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mutu pelayanan medis; b. pembinaan etik kedokteran; dan c. pengembangan profesi medis. <p>(4) Komite Medik mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.</p> <p>(5) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan bagi Komite Medik untuk melaksanakan fungsinya.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kelimabelas Susunan Organisasi Komite Medik Pasal 113</p> <p>Susunan Organisasi Komite medik terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ketua; b. Sekretaris; dan c. Subkomite. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Keenambelas Keanggotaan Komite Medik Pasal 114</p>	

<p>(1) Ketua komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 113 huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.</p> <p>(2) Sekretaris komite medik dan ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.</p> <p>(3) Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.</p> <p>(4) Jumlah keanggotaan komite medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketujuhbelas Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Medik Pasal 115</p> <p>(1) Komite Medis mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>(2) Komite Medik terbagi dalam 3 (tiga) Subkomite, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. subkomite Kredensial Staf Medis; b. subkomite Mutu Profesi Medis; c. subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis. <p>(3) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (clinical appointment) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.</p> <p>(4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite medis berwenang:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege); b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (clinical appointment); c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (clinical privilege); d. memberikan 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. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedelapanbelas Subkomite Kredensial Komite Medik Pasal 116</p> <p>(1) Organisasi Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 ayat (2) huruf a sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik.</p> <p>(2) Subkomite Kredensial Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis.</p> <p>(3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Sub Komite Kredensial Staf Medis memiliki fungsi sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. penyusunan dan pengkomplikasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku; <ul style="list-style-type: none"> 1. kompetensi; 	

<ul style="list-style-type: none"> 2. kesehatan fisik dan mental; 3. perilaku etika profesi. b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian; c. evaluasi data pendidikan professional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan; d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis; e. penilaian dan putusan kewenangan klinis yang adekuat; f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medis; g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medis; dan; h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Kesembilanbelas Subkomite Mutu Profesi Medis Komite Medik Pasal 117</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Organisasi Subkomite Mutu Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 ayat (2) huruf b, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik. (2) Subkomite Mutu profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas memelihara mutu profesi staf medis. (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) subkomite Mutu profesi Medis memiliki fungsi sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> a. Pelaksanaan audit medis; b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; 	

<ul style="list-style-type: none"> c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis Rumah Sakit tersebut; dan d. Rekomendasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan. e. Pemantauan dan pengendalian mutu profesi dilakukan melalui : <ul style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan kualitas, misalnya morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (death case), audit medis, journal reading; 2. Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (short course), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluh Subkomite Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis Komite Medik Pasal 118</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 115 ayat (2) huruf c, sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggungjawab kepada ketua Komite Medik. (2) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi. (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) subkomite etika dan disiplin profesi medis memiliki fungsi sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> 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 	

<p>d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedupuluhatsu Kredensial Pasal 119</p> <p>(1) Rekomendasi dari Komite medik untuk pemberian kewenangan klinisdilakukan melalui proses kredensial.</p> <p>(2) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf medis yang akan berhadapan langsung dengan pasien.</p> <p>(3) Kredensial dilakukan terhadap seluruh Staf Medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya.</p> <p>(4) Rumah Sakit wajib melakukan proses kredensial sebagaimana dimaksud ayat (1) untuk memverifikasi keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis agar yang bersangkutan bisa melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.</p> <p>(5) Upaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar memiliki kompetensi.</p> <p>(6) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) meliputi 2 (dua) aspek yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, ketrampilan dan perilaku profesional; dan b. kompetensi fisik dan mental. <p>(7) Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian</p>	

<p>elayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.</p> <p>(8) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedupuluhdua Rekredensial Pasal 120</p> <p>(1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum Penerbitan Surat Penugasan Klinis habis masa berlakunya, staf medis yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.</p> <p>(2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Staf Medis harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.</p> <p>(3) Mekanisme dan proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.</p> <p>(4) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Medik kepada Direktur berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	

<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluhtiga Proses Kredensial dan Rekredensial Pasal 121</p> <p>(1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di Rumah Sakit merupakan tanggung jawab Komite Medik.</p> <p>(2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial Staf Medis.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluhempat Rapat-Rapat Komite Medik Pasal 122</p> <p>(1) Rapat Komite Medik terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. rapat rutin; b. rapat khusus; dan c. rapat tahunan. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluhlima Rapat Rutin Komite Medik Pasal 123</p> <p>(1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf a dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.</p> <p>(2) Rapat Rutin bersama semua kelompok Staf Medis dan/atau dengan semua staf medis, dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali setiap bulan.</p> <p>(3) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau yang mewakilinya dalam hal Ketua tidak hadir.</p> <p>(4) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda untuk 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.</p> <p>(5) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.</p>	

<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluhenam Rapat Khusus Komite Medik Pasal 124</p> <p>(1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf b diadakan apabila:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ada permintaan dari paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis; b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik. <p>(2) Rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.</p> <p>(3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.</p> <p>(4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.</p> <p>(5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluhtujuh Rapat Tahunan Komite Medik Pasal 125</p> <p>(1) Rapat tahunan Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 122 huruf c, diselenggarakan sekali dalam setahun.</p> <p>(2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.</p>	

<p>(3) Setiap rapat khusus dan rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 103 huruf b dan huruf c wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluhdelapan Keputusan Rapat Komite Medik Pasal 126</p> <p>(1) Keputusan rapat Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.</p> <p>(2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh sama maka Ketua Komite Medik berwenang menyelenggarakan pemungutan suara ulang.</p> <p>(3) Perhitungan suara hanya berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.</p> <p>(4) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.</p> <p>(5) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keduapuluhsembilan Panitia Adhoc Pasal 127</p> <p>(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia adhoc.</p> <p>(2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.</p>	

<p>(3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.</p> <p>(4) Mitra bestari (per group) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.</p> <p>(5) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau instansi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketigapuluh Pembinaan dan Pengawasan Pasal 128</p> <p>(1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh badan-badan yang berwenang sesuai dengan peraturan perundangundangan.</p> <p>(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit</p> <p>(3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis; b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan c. monitoring dan evaluasi. <p>(4) Dalam rangka pembinaan, pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan atau tertulis.</p>	
<p>BAB VI TATA KELOLA STAF KEPERAWATAN</p>	

<p style="text-align: center;">Bagian Kesatu Umum Pasal 129</p> <p>(1) Peraturan internal staf keperawatan merupakan peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan.</p> <p>(2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai acuan dan dasar hukum yang sah bagi komite keperawatan dan Direktur dalam pengambilan keputusan tentang staf keperawatan.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Kewenangan Klinis Pasal 130</p> <p>(1) Asuhan keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf keperawatan berdasarkan kategori jenjang klinis keperawatan.</p> <p>(2) Staf Keperawatan dapat memperoleh pelimpahan tindakan medis tertentu dari Staf Medis Fungsional berdasarkan rincian kompetensi Staf Keperawatan.</p> <p>(3) Jenjang klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. jenjang perawat klinik I; b. jenjang perawat klinik II; c. jenjang perawat klinik III; d. jenjang perawat klinik IV; e. jenjang perawat klinik V. <p>(4) Dalam keadaan tertentu kewenangan klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kewenangan klinis sementara; b. kewenangan klinis dalam keadaan darurat; c 	

<p>c. kewenangan klinis bersyarat;</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 131</p> <p>(1) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Keperawatan untuk melakukan proses kredensial.</p> <p>(2) Komite keperawatan menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf keperawatan.</p> <p>(3) Rekomendasi Subkomite Kredensial dapat berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. rekomendasi pemberian kewenangan klinis; b. tidak diberi rekomendasi; c. rekomendasi dengan syarat. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Penugasan Klinis Pasal 132</p> <p>(1) Komite Keperawatan menetapkan kewenangan klinis staf keperawatan dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.</p> <p>(2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.</p> <p>(3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf keperawatan atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Keperawatan.</p>	
<p style="text-align: center;">Komite Keperawatan Paragraf 1 Pembentukan Pasal 133</p>	

<p>(1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari staf keperawatan.</p> <p>(2) Staf Keperawatan yang dimaksud ayat (1) adalah tenaga perawat dan bidan.</p> <p>(3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 2 Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan Pasal 134</p> <p>(1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ketua; b. sekretaris; c. subkomite. <p>(2) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.</p> <p>(3) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.</p> <p>(4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. subkomite kredensial; b. subkomite mutu profesi; dan c. subkomite etik dan disiplin profesi. <p>(5) Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.</p>	

<p>(6) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.</p> <p>(7) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 135</p> <p>(1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatandan kebidanan di Rumah Sakit; b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan. <p>(2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki fungsi sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih; b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial; c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan; d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis; e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Direktur melalui Ketua Komite Keperawatan; <p>(3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. meromendasikan perencanaan pengembangan profesiol berkelanjutan kepada tenaga keperawatan; c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan. <p>(4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keparawatan; b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan; c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan; d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 136</p> <p>Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. memberikan rekomendasi kewenangan klinis; b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis; c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu; d. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis; e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan; f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin. 	

<p style="text-align: center;">Paragraf 3 Kredensial Pasal 137</p> <p>(1) Rekomendasi dari Komite Keperawatan untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Keperawatan dilakukan melalui proses Kredensial.</p> <p>(2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan atas asuhan kebidanan dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.</p> <p>(3) Proses Kredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.</p> <p>(4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf keperawatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.</p> <p>(5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan; b. Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas; c. Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga keperawatan yang berada di semua level pelayanan. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 138</p> <p>(1) Setelah seorang Staf Keperawatan dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan</p>	

<p>serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.</p> <p>(2) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga keperawatan tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 4 Rekredensial Pasal 139</p> <p>(1) Paling lambat 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf keperawatan yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit (Simpeg)</p> <p>(2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Keperawatan harus melakukan rekredensial terhadap staf keperawatan yang bersangkutan.</p> <p>(3) Proses rekredensial Komite Keperawatan dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Keperawatan.</p> <p>(4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.</p> <p>(5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Keperawatan kepada Direktur berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 	

<p>e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah / dimodifikasi; dan f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 5 Pembinaan dan Pengawasan Pasal 140</p> <p>Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Keperawatan dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 141</p> <p>(1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 143 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Keperawatan dalam rangka menjamin mutu pelayanan keperawatan dan kebidanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.</p> <p>(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis; b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan c. monitoring dan evaluasi. 	
<p style="text-align: center;">BAB VII TATA KELOLA STAF TENAGA KESEHATAN LAINNYA Bagian Kesatu Umum Pasal 142</p> <p>(1) Maksud dibuatnya Tata Kelola Staf Kesehatan Lainnya agar Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat menyelenggarakan tata kelola yang baik melalui mekanisme kredensial,</p>	

<p>peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi di Rumah Sakit</p> <p>(2) Tenaga kesehatan lain yang dimaksud dalam keputusan ini terdiri dari beberapa profesi tenaga kesehatan (Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien / Optometris, Radiografer, Elektromedik, Teknisi Kardiovaskuler, Terapis Wicara, Psikolog klinis, penata anestesi, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, dan Ortotik Prostetik).</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Kewenangan Klinis Pasal 143</p> <p>(1) Kompetensi masing-masing profesi hanya boleh dilakukan oleh staf tenaga kesehatan lainnya yang telah diberi kewenangan melalui proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kategori jenjang klinis masing-masing profesi.</p> <p>(2) Untuk mendapatkan kewenangan klinis, staf tenaga kesehatan mengajukan secara tertulis kepada Direktur dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan, dan selanjutnya Direktur menugaskan kepada Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk melakukan proses kredensial.</p> <p>(3) Komite tenaga kesehatan lainnya menugaskan kepada Subkomite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf tenaga kesehatan lainnya sebagai dasar untuk mengeluarkan rekomendasi kewenangan klinis staf tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan profesi masing-masing.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga</p>	

<p style="text-align: center;">Penugasan Klinis Pasal 144</p> <p>(1) Komite Kesehatan Lainnya menetapkan kewenangan klinis dan mengusulkan kepada Direktur untuk dikeluarkan surat penugasan klinis.</p> <p>(2) Direktur mengeluarkan surat penugasan klinis yang berlaku dalam 3 (tiga) tahun.</p> <p>(3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat mengeluarkan surat pengakhiran penugasan klinis staf tenaga kesehatan lainnya atas rekomendasi subkomite etik dan disiplin profesi melalui Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keempat Komite Tenaga Kesehatan Lainnya Paragraf 1 Pembentukan Pasal 145</p> <p>(1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur yang keanggotaannya terdiri dari Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Gizi, Tenaga Kesehatan Lingkungan, Fisioterapi, Okupasi Terapi, Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Teknisi Pelayanan Darah, Terapis Gigi dan Mulut, Refraksionis Optisien / Optometris, Radiografer, Elektromedik, Pembimbing Kesehatan Kerja, Radioterapis, Fisikawan Medis, dan Ortotik Prostetik.</p> <p>(2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf tenaga kesehatan lainnya.</p>	
<p style="text-align: center;">Susunan, Fungsi dan Tugas Kewenangan Pasal 146</p>	

<p>(1) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya sekurangkurangnya terdiri dari : a.Ketua; b.Sekretaris; c.Subkomite.</p> <p>(2) Keanggotaan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.</p> <p>(3) Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi dari Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dengan memperhatikan masukan dari tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.</p> <p>(4) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. subkomite kredensial; b. subkomite mutu profesi; dan c. subkomite etik dan disiplin profesi. d. Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga kesehatan lainnya. e. Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud bertugas melakukan audit tenaga kesehatan lainnya dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga kesehatan lainnya. f. Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 147</p> <p>(1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lainnya dengan cara :</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan lainnya yang akan melakukan pelayanan di Rumah Sakit; b. memelihara mutu profesi tenaga kesehatan lainnya; dan c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku tenaga kesehatan lainnya masing-masing profesi. <p>(2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki fungsi sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menyusun daftar rincian kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain dan buku putih; b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial; c. merekomendasikan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain; d. merekomendasikan pemulihan kewenangan masing-masing tenaga kesehatan lain; e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain untuk diteruskan kepada Direktur. <p>(3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. menyusun data dasar profil tenaga kesehatan lain sesuai area praktik; b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga kesehatan lain; c. melakukan audit tenaga kesehatan lain; d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan; dan e. membuat laporan kegiatan dan menyampaikannya kepada Ketua Komite Tenaga Kesehatan Lain. <p>(4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan lainnya, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya memiliki tugas sebagai berikut :</p>	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga kesehatan lain; b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga kesehatan lain; c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan kesehatan lain; d. merekomendasikan pencabutan kewenangan tenaga kesehatan lain; dan e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan kesehatan lain. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 148</p> <p>Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berwenang :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan tenaga kesehatan lain; b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan tenaga kesehatan lain; c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan tenaga kesehatan lain tertentu; d. memberikan rekomendasi surat penugasan tenaga kesehatan lain; e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit tenaga kesehatan lain; f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan lain berkelanjutan; dan g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin. 	
<p style="text-align: center;">Kredensial Pasal 149</p>	

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) Rekomendasi dari Komite Tenaga Kesehatan Lainnya untuk pemberian Penugasan Klinis oleh Direktur kepada Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan melalui proses Kredensial.(2) Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud ayat (1) berisi daftar kewenangan klinis yang diberikan Direktur rumah sakit kepada tenaga kesehatan lainnya untuk melakukan kompetensi masing-masing profesi dalam lingkungan Rumah Sakit untuk periode tertentu.(3) Proses Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub. Komite Kredensial Komite Kesehatan Lainnya.(4) Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya untuk menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi seluruh staf tenaga kesehatan yang akan berhadapan langsung dengan pasien.(5) Tujuan dilakukan Kredensial adalah :<ol style="list-style-type: none">a. Memberi kejelasan kewenangan klinis bagi setiap tenaga kesehatan lainnya;b. Melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan kewenangan klinis yang jelas;c. Pengakuan dan penghargaan terhadap tenaga kesehatan lainnya yang berada di semua level pelayanan.(6) Setelah seorang Staf Tenaga Kesehatan Lainnya dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, Direktur menerbitkan surat Penugasan Klinis bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu berupa pemberian kewenangan klinis.(7) Tanpa adanya pemberian kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seorang tenaga kesehatan lainnya tidak | |
|--|--|

diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.	
<p style="text-align: center;">Rekredensial Pasal 150</p> <p>(1) Paling lambat 2 (dua) minggu sebelum habis masa berlakunya Surat Penugasan Klinis, staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan harus mengajukan ulang surat permohonan kewenangan klinis kepada Direktur, dengan mengisi Formulir yang telah disediakan oleh Rumah Sakit.</p> <p>(2) Terhadap permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) rumah sakit melalui Subkomite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya harus melakukan rekredensial terhadap staf tenaga kesehatan lainnya yang bersangkutan.</p> <p>(3) Proses rekredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan oleh Sub Komite Kredensial Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.</p> <p>(4) Mekanisme dan proses rekredensialing sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada dasarnya sama dengan mekanisme dan proses kredensial.</p> <p>(5) Proses rekredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menghasilkan rekomendasi Komite Tenaga Kesehatan Lainnya kepada Direktur berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	
Pembinaan dan Pengawasan	

<p style="text-align: center;">Pasal 151</p> <p>Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Tenaga kesehatan Lainnya dilakukan oleh Dewan Pengawas dengan melibatkan organisasi profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 152</p> <p>(1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 151 diarahkan untuk meningkatkan kinerja Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dalam rangka menjamin mutu pelayanan, serta keselamatan pasien di Rumah Sakit.</p> <p>(2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis; b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan c. monitoring dan evaluasi. 	
<p style="text-align: center;">BAB VIII</p> <p style="text-align: center;">Hubungan-Hubungan Dalam Peraturan Tata Kelola</p> <p style="text-align: center;">Paragraf 1</p> <p style="text-align: center;">Hubungan Pejabat Pengelola dengan Dewan Pengawas</p> <p style="text-align: center;">Pasal 153</p> <p>(1) Pengelolaan Rumah Sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola.</p> <p>(2) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara substantif kepada Walikota melalui Dewan Pengawas.</p> <p>(3) Pejabat Pengelola bertanggungjawab secara administratif dalam bentuk menyampaikan laporan kinerja kepada Kepala Dinas.</p> <p>(4) Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan dalam pengelolaan Rumah Sakit, dengan menetapkan kebijakan-kebijakan pelaksanaan, baik dibidang pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian, dan</p>	

<p>pengembangan kesehatan untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.</p> <p>(5) Keberhasilan Rumah Sakit tergantung dari pengurusan Pejabat Pengelola dan pembinaan serta pengawasan dari Walikota melalui Dewan Pengawas sehingga dalam pertanggungjawaban tugas dan kewajiban antara Pengelola, dan Walikota selaku Pemilik adalah bersifat tanggung renteng.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 2 Hubungan Dewan Pengawas dengan Komite Medik Pasal 154</p> <p>(1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Komite Medik untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan visi, misi, falsafah dan tujuan Rumah Sakit.</p> <p>(2) Peran terhadap Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui Integrasi dan koordinasi secara terus menerus dan berkesinambungan.</p> <p>(3) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi-fungsi dalam Organisasi Komite Medik.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 3 Hubungan Pejabat Pengelola dengan Komite Medik Pasal 155</p> <p>(1) Komite Medik berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.</p> <p>(2) Pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik dilaporkan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.</p> <p>(3) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">Paragraf 4</p>	

<p>Hubungan Pejabat Pengelola dengan Satuan Pemeriksa Internal Pasal 156</p> <p>(1) Satuan Pemeriksa Internal berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.</p> <p>(2) Tugas Pokok Satuan Pemeriksa Internal adalah melaksanakan pengawasan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan semua unsur di rumah sakit agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.</p> <p>(3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Satuan Pemeriksa Internal berfungsi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. melaksanakan pemeriksaan /audit keuangan dan operasional; b. merancang dan melaksanakan pengawasan pelaksanaan pengendalian internal; c. melakukan identifikasi resiko; d. mencegah terjadinya penyimpangan; e. memberikan konsultasi pengendalian internal; f. melakukan hubungan dengan eksternal auditor. <p>(4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan (3) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB IX MANAJEMEN SUMBER DAYA Bagian Kesatu Umum Pasal 157</p> <p>Manajemen Sumber Daya Rumah Sakit merupakan pengelolaan sarana prasarana pada rumah sakit untuk menunjang ketersediaan seluruh bahan dan alat kesehatan dalam rangka kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan secara luas.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 158</p>	

<p>(1) Pemenuhan sumber daya berupa sarana prasarana memerlukan ketersediaan data/ informasi meliputi penggantian, penambahan, persyaratan pemeliharaan, sebagai komponen pengumpulan data untuk rekomendasi pada teknologi medik dan obat yang diperlukan untuk memberikan pelayanan.</p> <p>(2) Rumah sakit tidak melakukan uji coba (trial) teknologi medik dan obat.</p> <p>(3) Dalam rangka pemilihan obat dan teknologi medik Direktur membentuk Tim Penapisan.</p> <p>(4) Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penapisan sebagaimana dimaksud ayat (3), mendapatkan rekomendasi dari Staf Klinis dan/atau organisasi profesi dalam pemilihan teknologi medik dan obat di rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Perencanaan Pasal 159</p> <p>(1) Rumah Sakit menyusun analisa kebutuhan Sumber Daya yang merupakan Usulan dari seluruh komponen rumah sakit dan dituangkan dalam Rencana Kerja Unit (RKU).</p> <p>(2) Rencana Kerja Unit (RKU) sebagaimana dimaksud ayat (1) dibuat masing-masing Unit dalam format yang seragam dan di tetapkan Direktur.</p> <p>(3) Rencana Kerja Unit merupakan tahapan dalam proses perencanaan Rumah Sakit, berdasarkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Renstra Rumah Sakit; b. Target capaian terhadap status akreditasi dan program kerja Rumah Sakit; c. Laporan Kinerja pada periode sebelumnya; d. Kemampuan Sumber Daya Rumah Sakit; e. Resiko yang dihadapi dalam proses pelaksanaan kegiatan dalam program kerja. 	

<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Pengadaan Pasal 160</p> <p>(1) Pengadaan barang dan jasa dilakukan oleh Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa yang ditetapkan oleh Direktur;</p> <p>(2) Pengadaan barang dan Jasa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mengacu pada DPA yang telah disahkan;</p> <p>(3) Rumah sakit dalam pembelian alat kesehatan, bahan medis bekas pakai dan obat yang beresiko termasuk vaksin, harus memperhatikan perihal sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia; b. Surat Izin Usaha Perusahaan (SIUP); c. NPWP; d. Izin Pedagang Besar Farmasi–Penyalur Alat Kesehatan (PBF–PAK); e. Perjanjian Kerja Sama antara distributor dan prinsipal serta rumah sakit; f. nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker penanggung jawab PBF; g. alamat dan denah kantor PBF; h. surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal). <p>(4) Selain persyaratan sebagaimana diatur dalam ayat (3) diatas, untuk mengetahui keaslian produk yang akan diadakan Direktur melalui Instalasi Pengadaan Barang/ Jasa mencari data/ informasi tentang rantai distribusi obat, serta perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi , atau cacat.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Keempat Pengelolaan</p>	

<p style="text-align: center;">Pasal 161</p> <p>(1) Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan sarana dan prasarana mengikuti ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.</p> <p>(2) Direktur mengatur dan menetapkan Kebijakan Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.</p> <p>(3) Setiap Kepala Unit Kerja di lingkungan rumah sakit melakukan pengawasan atas penyelenggaraan pengelolaan sarana dan prasarana sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh Direktur.</p> <p>(4) Unit kerja di lingkungan rumah sakit wajib mengelola dan menatausahakan sarana dan prasarana rumah sakit yang berada dalam pengawasannya dengan sebaik – baiknya.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 162</p> <p>(1) Sarana dan prasarana rumah sakit adalah barang milik Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang merupakan aset yang tidak terpisahkan dari aset Pemerintahan Daerah.</p> <p>(2) Barang inventaris milik BLUD yang merupakan sarana dan prasarana rumah sakit yang dapat dihapus dan / atau dialihkan kepada pihak lain atas dasar pertimbangan ekonomis dengan cara dijual, ditukar dan / atau dihibahkan.</p> <p>(3) Barang inventaris merupakan barang pakai habis, barang untuk diolah atau dijual, barang lainnya yang tidak memenuhi pernyataan sebagai aset tetap.</p> <p>(4) Hasil penjualan barang inventaris sebagai akibat dari pengalihan sebagaimana dimaksud ayat (2) merupakan pendapatan BLUD.</p> <p>(5) Hasil penjualan barang inventaris sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dituangkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 163</p>	

<ol style="list-style-type: none"> (1) BLUD tidak boleh mengalihkan dan / atau menghapus aset tetap kecuali atas persetujuan pejabat yang berwenang. (2) Aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan alat berwujud yang mempunyai masa manfaat lebih dari 12 (dua belas) bulan untuk digunakan dalam kegiatan BLUD atau dimanfaatkan oleh masyarakat umum. (3) Kewenangan pengalihan dan / atau penghapusan aset tetap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan berdasarkan jenjang nilai dan jenis barang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan. (4) Hasil pengalihan aset tetap sebagaimana dimaksud ayat (3) merupakan pendapatan BLUD dan diungkapkan secara memadai dalam Laporan Keuangan BLUD. (5) Pengalihan dan/atau penghapusan aset tetap dilaporkan kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah. (6) Penggunaan aset tetap untuk kegiatan yang tidak terkait langsung dengan tugas dan fungsi BLUD harus mendapat penetapan Walikota melalui Sekretaris Daerah. (7) Sarana dan prasarana yang berupa tanah yang dikuasai rumah sakit harus disertifikatkan. (8) Sarana dan prasarana rumah sakit yang berupa bangunan harus dilengkapi dengan bukti status kepemilikan dan ditatausahakan secara tertib. 	
<p style="text-align: center;">BAB X MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN Pasal 164</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Direktur Rumah Sakit merencanakan, mengembangkan, serta melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. (2) Direktur Rumah Sakit, para pimpinan klinis, dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan 	

<p>mengembangkan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien.</p> <p>(3) Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu.</p> <p>(4) Direktur Rumah Sakit mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi rumah sakit serta dukungan pemilik rumah sakit membentuk suatu budaya mutu di rumah sakit.</p> <p>(5) Direktur Rumah Sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh rumah sakit untuk mengukur, menilai serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.</p> <p>(6) Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan di tingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.</p> <p>(7) Direktur Rumah Sakit menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu serta keselamatan pasien untuk mengatur dan mengarahkan pelaksanaan setiap harinya.</p> <p>(8) Direktur Rumah Sakit dapat membentuk Komite/ Tim Peningkatan Mutu dan Komite Keselamatan Pasien.</p> <p>(9) Direktur Rumah Sakit menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di rumah sakit untuk memastikan koordinasi diseluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan.</p> <p>(10) Direktur Rumah Sakit bertanggungjawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran 	
---	--

keselamatan pasien, capaian implementasi panduan praktik klinik, dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.

- b. setiap 6 bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada Representasi Pemilik antara lain mencakup:
 - 1. Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan /insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya.
 - 2. Apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut
 - 3. Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut.
 - 4. Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.

(11) Direktur Rumah Sakit menetapkan Regulasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien yang dapat berbentuk Pedoman dan prosedur/prosedur lainnya antara lain berisi sebagai berikut:

- a. penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur, serta mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- b. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- c. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat rumah sakit (indikator

<p>area klinik, area manajemen, dan sasaran keselamatan pasien) serta keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah;</p> <ul style="list-style-type: none"> d. peran Direktur Rumah Sakit dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area focus untuk perbaikan; e. monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan dan bagaimana melakukan monitoringnya; f. proses pengumpulan data, analisis, feedback, dan pemberian informasi kepada staf; g. bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu rumah sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik rumah sakit; h. bantuan teknologi/sistem informasi rumah sakit yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien, dan surveillence infeksi. <p>(12) Direktur Rumah Sakit dengan para pimpinan dan Komite/Tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan prioritas rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. misi Rumah Sakit; b. data-data permasalahan yang ada (komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, terdapat kejadian tidak diharapkan); c. terdapat sistem serta proses yang memperhatikan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak misalnya pelayanan pasien strok yang dilakukan oleh lebih satu dokter spesialis saraf dan memperhatikan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi; 	
---	--

<p>d. dampak dan perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya serta sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Sehingga perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru;</p> <p>e. dampak pada perbaikan sistem sehingga efek perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit;</p> <p>f. riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk rumah sakit pendidikan.</p> <p>(13) Direktur Rumah Sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial, dan penerapan sasaran keselamatan pasien.</p> <p>(14) Dalam Pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit, Direktur dapat menetapkan kebijakan dan/atau Standar Prosedur Operasional.</p> <p>(15) Dalam rangka pengawasan kegiatan operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pengawasan mutu pelayanan, Direktur dapat menetapkan Tim atau Panitia Teknis Pengawasan Mutu yang bekerja dibawah koordinasi SPI.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB II MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN KERJA Pasal 165</p> <p>(1) Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan K3RS.</p> <p>(2) Penyelenggaraan K3RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. membentuk dan mengembangkan Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit; dan b. menerapkan standar K3RS. <p>(3) Sistem Manajemen Keselamatan dan kesehatan Kerja (SMK3) Rumah Sakit meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. penetapan kebijakan K3RS; b. perencanaan K3RS; c. pelaksanaan rencana K3RS; d. pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS; dan e. peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS. <p>(4) Kebijakan K3RS sebagaimana yang dimaksud ditetapkan secara tertulis dengan Keputusan Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan disosialisasikan ke seluruh SDM Rumah Sakit.</p> <p>(5) Kebijakan K3RS meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. penetapan kebijakan dan tujuan dari program K3RS; b. penetapan organisasi K3RS; dan c. penetapan dukungan pendanaan, sarana, dan prasarana. <p>(6) Perencanaan K3RS sebagaimana dimaksud dibuat berdasarkan manajemen risiko K3RS, peraturan perundang-undangan, dan persyaratan lainnya.</p> <p>(7) Perencanaan K3RS ditetapkan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit.</p> <p>(8) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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; 	
---	--

<p>g. pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan Kesehatan Kerja; dan</p> <p>h. kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.</p> <p>(9) Pelaksanaan rencana K3RS sebagaimana dimaksud harus didukung oleh sumber daya manusia di bidang K3RS, sarana dan prasarana, dan anggaran yang memadai.</p> <p>(10) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan oleh sumber daya manusia di bidang K3RS yang ditugaskan oleh Direktur.</p> <p>(11) Pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilaksanakan melalui pemeriksaan, pengujian, pengukuran, dan audit internal SMK3 Rumah Sakit.</p> <p>(12) Hasil pemantauan dan evaluasi kinerja K3RS sebagaimana dimaksud digunakan untuk melakukan tindakan perbaikan.</p> <p>(13) Peninjauan dan peningkatan kinerja K3RS sebagaimana dimaksud dilakukan untuk menjamin kesesuaian dan efektivitas penerapan SMK3 Rumah Sakit.</p> <p>(14) Peninjauan sebagaimana dimaksud dilakukan terhadap penetapan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan rencana, dan pemantauan dan evaluasi.</p> <p>(15) Hasil peninjauan sebagaimana digunakan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja K3RS.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB XII MANAJEMEN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI Pasal 166</p> <p>(1) Direktur Rumah Sakit menetapkan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program pencegahan dan pengendalian infeksi.</p> <p>(2) Diektur Rumah Sakit Bertanggung jawab terhadap tersedianya fasilitas sarana dan prasarana termasuk anggaran yang</p>	

<p>dibutuhkan untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi</p> <p>(3) Direktur Rumah Sakit Menentukan kebijakan strategi pencegahan dan pengendalian infeksi meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pelaksanaan kebersihan tangan; b. Penggunaan APD yang tepat sesuai level resiko; c. Surveilans resiko infeksi; d. Investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi; e. Meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman; f. Asesmen berkala terhadap resiko; g. Menerapkan sasaran penurunan resiko; h. Mengukur dan mereview resiko infeksi. <p>(4) Direktur Rumah Sakit mengadakan evaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).</p> <p>(5) Direktur Rumah Sakit mengadakan evaluasi kebijakan pemakaian antibiotika yang rasional dan desinfektan di rumah sakit berdasarkan saran dari komite Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI).</p> <p>(6) Direktur Rumah Sakit menutup suatu unit perawatan atau instalasi yang dianggap potensial menularkan penyakit untuk beberapa waktu sesuai kebutuhan berdasarkan saran dari Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).</p> <p>(7) Dalam pelaksanaan teknis kegiatan operasional Rumah Sakit terkait Pencegahan dan pengendalian Infeksi, Direktur mengesahkan Regulasi dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.</p> <p>(8) Direktur Rumah Sakit memfasilitasi kebutuhan program kesehatan kerja atau karyawan terutama bagi petugas di area beresiko.</p>	
---	--

Bagian Kedua
Pengelolaan Jenis Kerja Sama
Pasal 168

- (1) Kerja Sama Operasional sebagaimana dimaksud pada Pasal 167 ayat (4) huruf a disebut Kerja Sama Operasional (KSO) dilakukan melalui pengelolaan manajemen dan proses operasional secara bersama dengan mitra kerja sama dengan tidak menggunakan atau menggunakan barang milik daerah.
- (2) Kerjasama Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada Pasal 167 ayat (4) huruf b dilakukan melalui pendayagunaan barang milik daerah dan/atau optimalisasi barang milik daerah dengan tidak mengubah status kepemilikan untuk memperoleh pendapatan dan tidak mengurangi kualitas.
- (3) Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud Pasal 167 ayat (4) huruf c adalah perjanjian klinis yang diberikan oleh pihak ketiga kepada pasien misalnya layanan laboratorium, layanan radiologi, pencitraan diagnostik, dan lain-lainnya, kontrak klinis juga bisa berhubungan dengan staf profesional kesehatan seperti Tenaga Staf Medis Spesialis, Spesialis Konsultan, Subspesialis, kontrak perawat untuk pelayanan intensif, dokter tamu/dokter paruh waktu dan lainnya berdasarkan analisis kebutuhan Rumah Sakit berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Kelompok Staf Medis Fungsional dengan Wakil Direktur Pelayanan setelah mendapat persetujuan dari Direktur atas usulan dari Ketua Komite Medik.
- (4) Kontrak Klinis dengan Tenaga Staf Medis /Individu Staf Klinis Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dilengkapi Pakta Integritas Staf Klinis untuk mematuhi Peraturan perundang-undangan dan Regulasi Rumah Sakit.

- | | |
|---|--|
| <p>(5) Regulasi Rumah Sakit sebagaimana dimaksud ayat (4) meliputi Kredensial, Rekredensial, Penilaian Kinerja, Standar Prosedur Operasional (SPO), Kode Etik, dan Peraturan Perundang-Undangan yang mengatur tentang Rumah Sakit.</p> <p>(6) Selain Kerjasama Klinis (Kontrak Klinis) sebagaimana dimaksud ayat (4) Rumah Sakit juga dapat Kerjasama dengan Badan Hukum/ Institusi dalam rangka pelaksanaan bidang kesehatan sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional.</p> <p>(7) Kerjasama Manajemen (Kontrak Manajemen) sebagaimana dimaksud Pasal 167 ayat (4) huruf d adalah perjanjian yang menunjang kegiatan rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien. Kontrak manajemen juga dilakukan dalam rangka untuk memenuhi kebutuhan operasional Rumah Sakit dan kelancaran pelaksanaan pelayanan kesehatan dengan Badan Hukum/ Institusi yaitu: a.Kerjasama Penunjang Medis / Non Medis. b.Kerjasama pelaksanaan sebagai Rumah Sakit Satelit Pendidikan dan Pengembangan Penelitian.</p> <p>(8) Kontrak manajemen sebagaimana dimaksud ayat (7) huruf a dapat meliputi kontrak untuk layanan kebersihan, keamanan, rumah tangga/ tata graha/house keeping, makanan, linen/laundry, kontrak sumber daya manusia non klinis, pelayanan akuntansi keuangan, pengolah limbah dan kontak manajemen lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit.</p> <p>(9) Pendapatan yang berasal dari kerjasama sebagaimana dimaksud Pasal 167 ayat (4) yang sepenuhnya untuk menyelenggarakan tugas dan fungsi kegiatan Rumah Sakit merupakan pendapatan Rumah Sakit.</p> <p>(10) Pembiayaan yang timbul akibat dilakukannya kerjasama sebagaimana dimaksud Pasal 167 ayat (4) dibebankan pada anggaran fungsional Rumah Sakit berdasarkan kesepakatan kedua pihak.</p> | |
|---|--|

<p>(11) Pemanfaatan barang milik daerah sebagaimana dimaksud pada Pasal 167 ayat (4) huruf b mengikuti peraturan perundang_undangan.</p> <p>(12) Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup, sifat dan cakupan pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.</p> <p>(13) Direktur rumah sakit bertanggung jawab terhadap kerjasama (kontrak) atau pengaturan lainnya.</p> <p>(14) Tata cara pelaksanaan kerjasama/ kontrak selanjutnya diatur dengan Peraturan Direktur.</p> <p>(15) Kepala Bidang/ Bagian secara berjenjang berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan kontrak manajemen.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Evaluasi Kontrak Pasal 169</p> <p>(1) Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien berdasarkan atas kontrak atau perjanjian kerjasama lainnya.</p> <p>(2) Kontrak dan perjanjian kerjasama lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan berdasarkan kontrak tersebut.</p> <p>(3) Setiap kerjasama /kontrak yang telah dilengkapi indikator mutu harus dilaporkan ke rumah sakit sesuai dengan mekanisme pelaporan mutu di rumah sakit.</p> <p>(4) Kepala Bidang/Bagian melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen dibawah tanggungjawabnya.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB XIV MANAJEMEN PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN Bagian Kesatu</p>	<p style="text-align: center;">3. Ketentuan Judul Bagian Ketiga pada BAB XIV diubah; Bagian Ketiga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat</p>

<p style="text-align: center;">Pendidikan dan Pelatihan Pasal 170</p> <p>(1) Setiap staf mendapat kesempatan meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilannya melalui pendidikan dan pelatihan dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan.</p> <p>(2) Kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>(3) Pendidikan dan pelatihan harus sudah direncanakan, tertuang dalam rencana kerja anggaran dan atau sesuai dengan kebutuhan.</p> <p>(4) Pendidikan dan pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diselenggarakan di rumah sakit maupun dengan mengirim ke lembaga atau institusi penyelenggara pendidikan dan pelatihan.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 171</p> <p>Monitoring dan kendali mutu pendidikan dan pelatihan dilaksanakan oleh Satuan Pengendali Internal (SPI) rumah sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Praktek Klinik Mahasiswa Pasal 172</p> <p>(1) Rumah sakit dalam menjalankan fungsinya sebagai rumah sakit pendidikan dengan menjadi lahan praktek klinik mahasiswa;</p> <p>(2) Pengelolaan pelaksanaan praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran dan mahasiswa tenaga keperawatan serta mahasiswa tenaga kesehatan lainnya diatur dalam Keputusan Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 173</p> <p>(1) Rumah sakit memberikan pembekalan kepada mahasiswa praktek klinik sebelum menjalankan praktek klinik dengan materi paling sedikit meliputi :</p>	

<ul style="list-style-type: none"> a. Profil rumah sakit; b. Program peningkatan mutu rumah sakit; c. Program Keselamatan pasien rumah sakit; d. Program pencegahan dan pengendalian infeksi; e. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit; f. Bantuan hidup dasar (BHD); g. Komunikasi efektif. (2) Rumah sakit menyediakan pendamping klinik dan atau pembimbing klinik. 	
<p style="text-align: center;">Bagian Ketiga Penelitian Pasal 174</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Orang Pribadi/Badan Hukum/Instansi dapat melakukan penelitian/pengambilan data di rumah sakit dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku; (2) Rumah sakit membentuk Komisi Etik Penelitian Kesehatan untuk melakukan kaji etik penelitian; (3) Penelitian kesehatan yang dilakukan di rumah sakit harus memiliki surat keterangan lolos Kaji Etik Penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan rumah sakit dan atau Komisi Etik Penelitian Kesehatan yang terakreditasi. 	<p>4. Ketentuan Pasal 174 ditambahkan 1 (satu) ayat baru yakni ayat (4) , sehingga Pasal 174 berbunyi sebagai berikut :</p> <p style="text-align: center;">Pasal 174</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Orang Pribadi/ Badan Hukum/ Instansi dapat melakukan penelitian/pengambilan data di rumah sakit dengan memenuhi syarat dan ketentuan yang berlaku; (2) Rumah sakit membentuk Komisi Etik Penelitian Kesehatan untuk melakukan kaji etik penelitian; (3) Penelitian kesehatan yang dilakukan di rumah sakit harus memiliki surat keterangan lolos Kaji Etik Penelitian dan i Komisi Etik Penelitian Kesehatan rumah sakit dan atau Komisi Etik Penelitian Kesehatan yang terakreditasi. (4) Pengabdian Masyarakat dilakukan dengan cara melakukan kegiatan pengaplikasian ilmu kedokteran guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, termasuk kegiatan edukasi dan pelayanan kesehatan untuk semua lapisan masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Benda Kota Pekalongan.
<p style="text-align: center;">BAB XV MANAJEMEN ETIK Pasal 175</p>	

<p>(1) Rumah sakit menetapkan kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagai sarana edukasi untuk seluruh staf rumah sakit.</p> <p>(2) Kerangka etika atau pedoman etika atau regulasi etik sebagaimana dimaksud ayat (1) mengatur :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tanggung jawab Direktur Rumah Sakit secara profesioanl dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja budaya kerja yang berpedoman pada etika dan peri laku etis termasuk etika pegawai; b. Penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/ manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan rumah sakit; c. Acuan keselarasan antara kinerja dan sikap organisasi tenaga kesehatan dan staf rumah sakit dengan visi, misi dan pernyataan nilai nilai rumah sakit, serta kebijakan sumber daya manusia. d. Pedoman bagi tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antarprofesional serta perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan. e. Pertimbangan norma – norma nasional dan internasioanl berkaitan dengan penyusunan kerangka etik dan pedoman lainnya. 	
<p style="text-align: center;">Pasal 176</p> <p>Rumah sakit membentuk dan menetapkan Komite/Panitia/Tim yang mengelola etik rumah sakit dengan keputusan Direktur.</p>	
<p style="text-align: center;">Pasal 177</p> <p>Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatan secara etik harus :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan; 	

<ul style="list-style-type: none"> b. menjelaskan pelayanan pada pasien secara jujur; c c. melindungi kerahasiaan informasi pasien; d. menyediakan kebijakan yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien e. menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien; f. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi; g. menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional; h. mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi; i. menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada; j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum sertabudaya negara Indonesia; k. mengurangikesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis. 	
<p style="text-align: center;">BAB XVI MANAJEMEN BUDAYA KESELAMATAN Pasal 178</p> <p>(1) Direktur Rumah Sakit menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh área rumah sakit sesuai dengan peraturan perundangundangan.</p>	

- | | |
|--|--|
| <p>(2) Direktur Rumah Sakit melaksanakan, melakukan monitor, dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.</p> <p>(3) Direktur Rumah Sakit menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf rumah sakit. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perilaku yang tidak layak (inappropriate) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat atau memaki; b. Perilaku yang mengganggu (disruptive) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan celetukan maut adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain. c. Perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama dan suku termasuk gender; d. Pelecehan seksual. <p>(4) Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Staf Rumah Sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit beresiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman; b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera; c. Direktur Rumah Sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan. d. mendorong kolaborasi antar staf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien. | |
|--|--|

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">(5) Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data dan diskusi kelompok.(6) Direktur Rumah Sakit mendorong agar terbentuk kerjasama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.(7) Direktur Rumah Sakit menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.(8) Direktur Rumah Sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas.(9) Direktur Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasi, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima.(10) Direktur Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan.(11) Direktur Rumah Sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit.(12) Direktur Rumah Sakit menetapkan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana, dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam rumah sakit secara tepat waktu.(13) Direktur melakukan investigasi secara tepat waktu terhadap laporan terkait budaya keselamatan rumah sakit.(14) Dilakukan identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya. | |
|--|--|

<p>(15) Direktur Rumah sakit menggunakan pengukuran/indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut.</p> <p>(16) Direktur Rumah Sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian / dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB III MANAJEMEN PENANGANAN PENGADUAN Bagian Kesatu Pengaduan Internal dan Eksternal Pasal 179</p> <p>(1) Pengaduan Internal adalah pengaduan di lingkup Rumah Sakit Umum Daerah Benda</p> <p>(2) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengaduan ketidakpuasan, dan /atau keluhan Pegawai Rumah Sakit terhadap Manajemen Rumah Sakit; b. Pelanggaran pelaksanaan tugas dan fungsi yang dilakukan Pegawai; c. Informasi tentang dugaan pelanggaran kode etik dan perilaku; <p>(3) Pengaduan Eksternal adalah pengaduan yang dilakukan oleh masyarakat baik perseorangan maupun kelompok terhadap Rumah Sakit.</p> <p>(4) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (3) dapat berupa informasi/pemberitahuan berisi keluhan, dan /atau ketidakpuasan terkait dengan perilaku/pelayanan langsung maupun tidak langsung yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit Umum.</p> <p>(5) Pengaduan sebagaimana dimaksud ayat (1) dapat disampaikan dengan Surat resmi maupun secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.</p>	

<p>(6) Pengaduan sebagaimana dimaksud dan ayat (3) dapat disampaikan melalui kotak saran, media elektronik, media cetak, dan secara langsung kepada pihak manajemen Rumah Sakit.</p>	
<p style="text-align: center;">Bagian Kedua Penanganan Pengaduan Pasal 180</p> <p>(1) Penanganan terhadap pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 179 ayat (2) huruf a dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit, harus diselesaikan dengan cara musyawarah dan mufakat.</p> <p>(2) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 179 ayat (2) huruf b dilakukan oleh Atasan Langsung Pegawai dimaksud secara berjenjang.</p> <p>(3) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 179 ayat (2) huruf c dilakukan oleh Komite Etik Rumah Sakit, Sub Komite Etik Komite Medik dan Sub Komite Etik Komite Keperawatan.</p> <p>(4) Penanganan Pengaduan sebagaimana dimaksud Pasal 179 ayat (3) dilakukan oleh Manajemen Rumah Sakit melalui Tim Penanganan Pengaduan.</p>	
<p style="text-align: center;">BAB XVIII PENUTUP Pasal 181</p> <p>Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.</p>	<p style="text-align: center;">Pasal II</p> <p>Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.</p>
<p>Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Pekalongan.</p>	<p>Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Pekalongan.</p>
<p style="text-align: center;">Ditetapkan di Pekalongan pada tanggal 5 Januari 2022 WALIKOTA PEKALONGAN, ttd.</p>	<p style="text-align: center;">Ditetapkan di Pekalongan pada tanggal 15 Maret 2023 WALIKOTA PEKALONGAN, ttd.</p>

ACHMAD AFZAN ARSLAN DJUNAID	ACHMAD AFZAN ARSLAN DJUNAID
Ditetapkan di Pekalongan pada tanggal 5 Januari 2022	Ditetapkan di Pekalongan pada tanggal 15 Maret 2023
SEKRETARIS DAERAH KOTA PEKALONGAN, ttd. SRI RUMININGSIH	Pj. SEKRETARIS DAERAH KOTA PEKALONGAN, ttd. ANITA HERU KUSUMORINI
Berita Daerah Kota Pekalongan Tahun 2022 Nomor 3D	Berita Daerah Kota Pekalongan Tahun 2023 Nomor 24A