



WALIKOTA PADANG PANJANG
PROVINSI SUMATERA BARAT

PERATURAN WALIKOTA PADANG PANJANG
NOMOR 37 TAHUN 2020

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA PADANG PANJANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA PADANG PANJANG,

- Menimbang :
- a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
 - b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional, maka perlu dibuatkan Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By Laws*) Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
 - c. bahwa agar penyelenggaraan kegiatan rumah sakit dapat berjalan efektif, efisien dan berkualitas, diperlukan peraturan internal staf medis yang mengatur pengorganisasian staf medis, komite medis, peran, tugas dan kewenangan staf medis di RSUD Kota Padang Panjang dengan berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) di Rumah Sakit serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang;
- Mengingat:
1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kota Kecil dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 962);

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5428);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);

13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA PADANG PANJANG.

BUKU KESATU
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(*Corporate By Laws*)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Padang Panjang.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Padang Panjang.
3. Walikota adalah Walikota Padang Panjang.
4. Rumah Sakit adalah institusi kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang yang selanjutnya disebut RSUD Kota Padang Panjang.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Kota Padang Panjang yang ditunjuk oleh Walikota untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang.
7. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
8. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
9. Pemilik adalah Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang yaitu Pemerintah Kota Padang Panjang.
10. Representasi Pemilik adalah wakil dari Pemilik yang melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
11. Dewan Pengawas adalah merupakan organ rumah sakit yang bertugas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan rumah sakit yang bertanggungjawab kepada Pemilik rumah sakit.
12. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis yang kedudukannya berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
13. Komite Keperawatan adalah sekelompok tenaga perawat dan bidan yang keanggotaannya dipilih dari dan oleh staf keperawatan fungsional yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
14. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan

merumuskan *medicoetikolegal* dan etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan "*Hospital By Laws*" dan "*Medical Staf By Laws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang.

15. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit, termasuk tindakan medis diagnostik maupun terapeutik.
16. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal rumah sakit.
17. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus keprofesian medis tertentu, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Kota Padang Panjang.
18. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
19. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur RSUD Kota Padang Panjang kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD Kota Padang Panjang berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
20. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
21. Rekredensial adalah proses re evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
22. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
23. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
24. Kelompok Staf Medis adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan/ atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.

BAB II IDENTITAS

Bagian Pertama Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD Kota Padang Panjang.
- (2) RSUD Kota Padang Panjang terletak di jalan Tabek Gadang Kelurahan Ganting Kecamatan Padang Panjang Timur Kota Padang Panjang.

Pasal 3

RSUD Kota Padang Panjang adalah lembaga teknis daerah yang dipimpin oleh seorang Direktur yang bertanggung jawab kepada Walikota melalui sekretaris daerah dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit oleh Pemilik atau Representasi Pemilik.

Pasal 4

RSUD Kota Padang Panjang merupakan rumah sakit kelas C, diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan izin operasional Rumah Sakit dengan Nomor Induk Berusaha (NIB) : 0220005412347.

Pasal 5

Pemilik berwenang menetapkan Struktur Organisasi Pemilik dan representasi Pemilik serta Struktur Organisasi Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundangan.

Pasal 6

Pemilik atau Representasi Pemilik berwenang dan bertanggung jawab menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lainnya untuk memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit.

Pasal 7

Pemilik berhak mendelegasikan kewenangannya kepada Representasi Pemilik atau Direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundangan.

Bagian Kedua Visi, Misi dan Motto

Pasal 8

- (1) Visi RSUD Kota Padang Panjang “Untuk Kejayaan Padang Panjang Yang Bermartabat dan Bermartabat”.
- (2) Misi RSUD Kota Padang Panjang “Meningkatkan Pemerataan dan Kualitas Daya Saing Sumber Daya Manusia yang Berakhlak dan Berbudaya”.
- (3) Visi dan Misi ditetapkan oleh Pemilik dan dilakukan evaluasi berkala setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (4) Visi dan Misi disosialisasikan oleh pengelola kepada seluruh pegawai dan masyarakat.

Pasal 9

Motto rumah sakit “Melayani dengan Hati”.

Bagian Ketiga
Tugas dan Fungsi

Pasal 10

- (1) Tugas pokok Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Fungsi Rumah Sakit dalam menunaikan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu) :
 - a. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan medis;
 - b. pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan Pemerintahan Daerah di bidang pelayanan kesehatan;
 - c. penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan;
 - d. pelayanan medis;
 - e. pelayanan keperawatan;
 - f. pelayanan penunjang medis dan non medis;
 - g. pelayanan rujukan;
 - h. pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
 - i. pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan
 - j. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

BAB III
DEWAN PENGAWAS

Bagian Pertama
Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk dengan Keputusan Walikota atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai wakil pemilik (*Governing Body*) dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

Pasal 12

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 3 (tiga) orang dan seorang diantar anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Pejabat organisasi perangkat daerah yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
 - b. pejabat di lingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.

Pasal 13

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

- a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
- c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
- d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
- e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
- f. bukan anggota atau pengurus partai politik;
- g. bukan calon anggota legislatif, dan/ atau anggota legislatif; dan
- h. persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 14

Ketua Dewan Pengawas bertugas:

- a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
- b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) RSUD Kota Padang Panjang melalui Rapat Dewan Pengawas;
- c. bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas;
- d. bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
- e. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf d di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

Bagian Kedua Tugas, Kewajiban dan Wewenang

Pasal 15

(1) Dewan Pengawas bertugas:

- a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
- b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
- c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
- d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
- f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit .
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;
- h. mengawasi pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) RSUD Kota Padang Panjang sesuai ketentuan perundang-undangan; dan
- i. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien di Rumah Sakit.

(2) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), Dewan Pengawas juga menyetujui program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien,serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima pendidikan para profesional Kesehatan di Rumah Sakit yang diusulkan oleh Direktur.

- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau tim *Ad-hoc*.

Pasal 16

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 Dewan Pengawas berkewajiban:

- a. memberikan pendapat, saran, nasihat dan arahan kepada Direktur dalam penyelenggaraan rumah sakit;
- b. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik Rumah Sakit mengenai rencana bisnis dan anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
- c. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan rumah sakit;
- d. melaporkan dengan segera kepada Pemilik apabila terjadi gejala menurunnya kinerja rumah sakit;
- e. melakukan tugas pengawasan lain yang ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*); dan
- f. melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 17

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit dari Direktur;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
- d. meminta penjelasan dari Komite atau unit non struktural di rumah sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*Corporate Governance*), untuk ditetapkan oleh Pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.

Pasal 18

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Walikota sebagai Pemilik, dalam bentuk laporan Dewan Pengawas setiap 6 bulan (persemester).

Bagian Ketiga

Pengangkatan, Pemberhentian dan Penggantian Antar Waktu

Pasal 19

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Walikota atas usulan Direktur.
- (2) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan anggota Direksi.

- (3) Masa jabatan Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Pasal 20

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya oleh Walikota.
- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas dilakukan apabila anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terbukti:
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit;
 - e. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan rumah sakit; atau
 - f. berhalangan tetap.
- (3) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh Walikota.

Pasal 21

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 ayat (2), dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Bagian Keempat Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 22

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas dalam pengelolaan ketatausahaan antara lain:
 - a. mengatur dan menyiapkan rapat;
 - b. membuat risalah rapat;
 - c. menyebarkan risalah rapat kepada peserta rapat; dan
 - d. menyiapkan bahan laporan kegiatan.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

Bagian Kelima
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 23

- (1) Rapat Dewan Pengawas merupakan rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Direksi.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat khusus; dan
 - c. rapat tahunan.

Pasal 24

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Kesehatan lainnya serta pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di RSUD Kota Padang Panjang.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit empat kali dalam satu tahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Kesehatan lainnya dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan:
 - a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 25

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b di atas, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.

Pasal 26

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.

- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan satu kali dalam satu tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD Kota Padang Panjang, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 27

Setiap rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah, apabila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 28

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila mencapai quorum.
- (2) Quorum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dinyatakan tercapai apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga) dari jumlah seluruh anggota Dewan Pengawas.

Pasal 29

- (1) Dalam hal quorum telah tercapai dan Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
- (2) Pejabat Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 30

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah ditandatangani oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.
- (3) Penandatanganan risalah rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan.
- (4) Segala putusan dalam risalah rapat tidak dapat dilaksanakan sebelum Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah.

Pasal 31

- (1) Pengambilan keputusan rapat dilakukan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara yang dilaksanakan dengan tata cara sebagai berikut:
 - a. setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
 - b. putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara;
 - c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara yang kedua kalinya;
 - d. suara yang dihitung hanyalah berasal dari Anggota Dewan Pengawas yang hadir pada rapat tersebut.
- (3) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

Pasal 32

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya.
- (2) Usulan perubahan atau pembatalan keputusan pada rapat rutin atau rapat khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat khusus.
- (3) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tidak dapat diterima dalam rapat khusus yang diselenggarakan, usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Bagian Kelima Pembiayaan

Pasal 33

- (1) Kepada Dewan Pengawas diberikan honorarium atau imbalan sesuai kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- (2) Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada RSUD Kota Padang Panjang, dan dimuat dalam rencana strategi bisnis serta rencana bisnis dan anggaran RSUD Kota Padang Panjang.

BAB IV PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu Umum

Pasal 34

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Seksi maupun Kepala Sub Bagian pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada RSUD Kota Padang Panjang.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (3) Komposisi pejabat pengelola rumah sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (4) Perubahan komposisi pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan oleh Walikota.
- (5) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah Kota Padang Panjang.

Bagian Kedua Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 35

Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Pengelola Rumah Sakit ditentukan oleh Walikota dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Tupoksi Satuan Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit.

Bagian Ketiga
Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur

Pasal 36

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Walikota.
- (2) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumah sakitan;
 - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - d. tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
 - e. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 37

Direktur dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun bagi Pegawai Negeri Sipil.
- c. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
- d. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
- e. melanggar misi, kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah digariskan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- g. promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
- h. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.

Bagian Keempat
Rapat

Pasal 38

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direktur untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Untuk setiap rapat direksi dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Bagian Tata usaha selaku Notulis atau yang ditugaskan untuk itu.
- (3) Rapat Direksi terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus.

Pasal 39

- (1) Rapat Rutin diselenggarakan paling kurang 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Dalam rapat rutin sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.

Pasal 40

- (1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan/atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.
- (2) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan.
- (3) Dalam rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Dewan Pengawas.

Pasal 41

- (1) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan keputusan direktur.

BAB V KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bagian Kesatu Umum

Pasal 42

- (1) Komite merupakan wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis Komite ditetapkan oleh Direktur setelah pengkajian menurut kebutuhan rumah sakit.
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

Pasal 43

- (1) Setiap Komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku I Peraturan Internal Korporasi.
- (2) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam Bab tersendiri pada Buku II Peraturan Internal Staf Medis.
- (3) Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan lainnya akan diatur secara khusus dalam Buku Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nurshing Staf By Laws*), dan buku Peraturan Internal Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

Pasal 44

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien membentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi, farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Komite di RSUD Kota Padang Panjang terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Tenaga kesehatan lainnya, Komite Etik dan Hukum,

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Mutu, Tim Farmasi dan Terapi serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.

- (3) Tiap-tiap Komite mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya apabila terbukti:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan/atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan RSUD Kota Padang Panjang; atau
 - e. adanya kebijakan dari Direktur Rumah Sakit.
- (5) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Rumah Sakit kepada yang bersangkutan.

Bagian Kedua Komite Etik

Pasal 45

- (1) Komite Etik paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan 3 (tiga) orang anggota yang mewakili berbagai profesi di dalam rumah sakit.
- (2) Komite Etik bertugas:
 - a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;
 - b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit baik di dalam maupun di luar pengadilan;
 - c. membantu Direktur melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*); dan
 - d. berkoordinasi dengan unit kerja yang terkait dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Komite Etik berfungsi:
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi rumah sakit baik internal maupun eksternal;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit bagi petugas di Rumah Sakit.
- (4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan/atau rekomendasi.
- (5) Bahan pertimbangan berupa laporan dan/atau rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga
Tim Mutu

Pasal 46

- (1) Uraian tugas Tim Mutu :
 - a. menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - b. memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara efektif, efisien dan bermutu;
 - c. mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu maupun dari Koordinator Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan unit kerja terkait;
 - d. menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial Rumah Sakit serta indikator keselamatan pasien;
 - e. mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan focus utama pada penggunaan pemberi pelayanan kesehatan, *clinical pathway* dan indikator mutu kunci;
 - f. melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi;
 - g. melakukan validasi data peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara internal dan dilakukan secara periodik;
 - h. menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf; dan
 - i. meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- (2) Wewenang Tim Mutu :
 - a. memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD Kota Padang Panjang terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - d. memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - e. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Kota Padang Panjang.

- (3) Tanggung jawab Tim Mutu:
 - a. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur RSUD Kota Padang Panjang;
 - d. bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit; dan
 - f. bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja kerja staf di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

Bagian Keempat
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 47

- (1) Tugas Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :
 - a. berkontribusi dalam diagnosis dan terapi infeksi yang benar;
 - b. turut menyusun pedoman dan penulisan resep antibiotika dan surveilans;
 - c. mengidentifikasi dan melaporkan kuman *patogen* dan pola resistensi antibiotika;
 - d. bekerjasama dengan perawat memonitor kegiatan surveilans infeksi dan mendeteksi serta menyelidiki Kejadian Luar Biasa;
 - e. membimbing dan mengajarkan praktek dan prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang berhubungan dengan prosedur terapi;
 - f. turut memonitor cara kerja tenaga kesehatan dalam merawat pasien; dan
 - g. turut membantu semua petugas kesehatan untuk memahami pencegahan dan pengendalian infeksi.

- (2) Tugas dan tanggung jawab Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :
 - a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - b. melaksanakan sosialisasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
 - c. membuat Standar Prosedur Operasional Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - d. menyusun program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;
 - e. bekerjasama dengan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam melakukan investigasi masalah atau Kejadian Luar Biasa infeksi nosokomial;
 - f. member usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
 - i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia Rumah Sakit dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - j. melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;
 - k. menerima laporan dari Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi 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 menyebarluaskan data resistensi antibiotika;
 - n. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja;
 - o. turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
 - p. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen Pencegahan dan Pengendalian Infeksi apakah telah sesuai kebijakan manajemen rumah sakit;
 - q. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;

- 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; dan
 - t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada Kejadian Luar Biasa di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- (3) Tugas Sekretaris Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :
- a. menyelenggarakan kegiatan kesekretariatan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi agar proses kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi dapat berjalan lancar;
 - b. membuat notulen setiap rapat kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - c. mengurus logistik dan kerumah tanggaan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - d. mempersiapkan dan melaksanakan kegiatan interen organisasi yang telah dijadwalkan secara tertib dan bertanggungjawab; dan
 - e. melaksanakan tugas lain dari Ketua.
- (4) Tugas dan tanggung jawab Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :
- a. memonitor kejadian infeksi di ruangan setiap hari;
 - b. memonitor penerapan standar prosedur operasional pencegahan dan pengendalian infeksi dan kewaspadaan isolasi;
 - c. melaksanakan surveilans infeksi;
 - d. melatih petugas kesehatan tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e. melakukan investigasi terhadap Kejadian Luar Biasa dan bersama-sama Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi memperbaiki kesalahan yang terjadi;
 - f. memonitor kesehatan petugas Rumah Sakit/fasilitas kesehatan;
 - g. merekomendasi prosedur isolasi dan menerima konsultasi pengendalian infeksi bagi kasus di rumah sakit;
 - h. melakukan audit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi termasuk terhadap limbah, *laundry*, gizi, dan lainnya;
 - i. memonitor kesehatan lingkungan;
 - j. memonitor penggunaan antibiotika yang rasional;
 - k. mendesain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi;
 - l. memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - m. membuat laporan surveilans dan melaporkan ke Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - n. memberi saran desain ruangan agar sesuai dengan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - o. meningkatkan kesadaran pasien/pengunjung tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit;
 - p. memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung dan keluarga; dan
 - q. mengkoordinasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi antar unit.
- (5) Tugas Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagai perawat pelaksana harian / penghubung bertugas :
- a. mengisi dan mengumpulkan formulir surveilans setiap pasien di unit rawat inap masing-masing, kemudian menyerahkan kepada Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit ketika pasien pulang;
 - b. memberikan motivasi dan bimbingan tentang pelaksanaan kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi pada setiap personil ruangan di unit rawatnya masing-masing;

- c. memberikan laporan kepada Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit apabila ada kecurigaan adanya infeksi nosokomial pada pasien;
- d. berkoordinasi kepada Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit saat terjadi infeksi potensial Kejadian Luar Biasa, penyuluhan bagi pengunjung di rapat masing-masing, konsultasi prosedur yang harus dijalankan bila belum paham;
- e. melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Prosedur Operasional dan ketentuan yang berlaku; dan
- f. melaksanakan tata laksana dan penyuluhan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

Bagian Kelima
Tim Farmasi dan Terapi

Pasal 48

- (1) Dalam pengorganisasian Rumah Sakit dibentuk Tim Farmasi dan Terapi yang merupakan unit kerja dalam memberikan rekomendasi kepada pimpinan Rumah Sakit mengenai kebijakan penggunaan obat di Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Tim Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari Dokter yang mewakili semua spesialisasi yang ada di Rumah Sakit, apoteker instalasi farmasi, serta tenaga kesehatan lainnya apabila diperlukan.
- (3) Tim Farmasi dan Terapi harus membina hubungan kerja dengan komite lain di dalam Rumah Sakit yang berhubungan/berkaitan dengan penggunaan obat.
- (4) Ketua Tim Farmasi dan Terapi dapat diketuai oleh seorang dokter atau seorang Apoteker, apabila diketuai oleh dokter maka sekretarisnya adalah Apoteker, namun apabila diketuai oleh Apoteker, maka sekretarisnya adalah dokter.
- (5) Tim Farmasi dan Terapi harus mengadakan rapat secara teratur, paling sedikit 1 (satu) kali 2 (dua) bulan dan untuk Rumah Sakit besar rapat diadakan satu kali dalam satu bulan.
- (6) Rapat Tim Farmasi dan Terapi dapat mengundang pakar dari dalam maupun dari luar Rumah Sakit yang dapat memberikan masukan bagi pengelolaan Tim Farmasi dan Terapi, memiliki pengetahuan khusus, keahlian-keahlian atau pendapat tertentu yang bermanfaat bagi Tim Farmasi dan Terapi.
- (7) Tim Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - a. mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di Rumah Sakit;
 - b. melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
 - c. mengembangkan standar terapi;
 - d. mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat;
 - e. melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
 - f. mengkoordinir penatalaksanaan Reaksi obat yang tidak dikehendaki;
 - g. mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*; dan
 - h. menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di Rumah Sakit.

Bagian Keenam
Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 49

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

- (2) Susunan organisasi SPI terdiri dari Kepala dan beberapa bidang pemeriksaan sesuai kebutuhan.
- (3) Bidang Pemeriksaan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) di atas sekurang-kurangnya meliputi kegiatan pengelolaan keuangan, pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pengelolaan administrasi umum lainnya.
- (4) Kepala SPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (5) Masa jabatan Kepala SPI adalah 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.
- (6) Kepala SPI dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
 - f. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (7) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 50

- (1) SPI bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), SPI menyelenggarakan fungsi:
 - a. memantau dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. memantau pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan interen yang ditugaskan oleh Direktur Rumah Sakit;
 - d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, bimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

Pasal 51

- (1) Keanggotaan SPI tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan SPI merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh pegawai negeri sipil sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BUKU II
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

BAB VI
TUJUAN DAN RUANG LINGKUP PENGATURAN

Pasal 52

Dokumen ini adalah Peraturan Internal Staf Medis Komite Medik RSUD Kota Padang Panjang, yang merupakan Rumah Sakit Tipe C.

Pasal 53

Visi penyelenggaraan kegiatan perumahsakitannya oleh staf medis adalah terciptanya pelayanan profesional sesuai kompetensi yang mengutamakan mutu dan keselamatan masyarakat menuju kejayaan RSUD Kota Padang Panjang yang bermarwah dan bermartabat.

Pasal 54

Misi penyelenggaraan kegiatan perumahsakitannya oleh staf medis adalah :

- a. meningkatkan profesi medis dengan melaksanakan pengembangan profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- b. menjaga kualitas pelayanan medis agar tetap sesuai dengan standar profesi dengan melaksanakan pengembangan profesionalisme setiap staf medis secara terpadu dan berkelanjutan, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan melaksanakan Audit Medis.
- c. melaksanakan proses kredensial dan rekredensial secara bertanggungjawab demi terjaminnya anggota staf medis yang berkualitas, profesional dan akuntabel.
- d. melakukan tindakan disiplin bagi seluruh staf medis demi mempertahankan profesionalitas staf medis dan menjaga keselamatan pasien (*patient safety*) RSUD Kota Padang Panjang.

Pasal 55

Tujuan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ini adalah:

- a. agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
- b. sebagai pedoman dalam meningkatkan kualitas pelayanan medis di Rumah Sakit terhadap pasien tanpa memandang agama, ras, jenis kelamin, suku, kebangsaan, dan golongan;
- c. sebagai acuan rumah sakit dalam mengorganisasi staf medis dan membentuk Komite Medik;
- d. sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf medis di Rumah Sakit yang meliputi kompetensi dan perilaku seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter sub spesialis dan dokter gigi spesialis; dan
- e. sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan medis untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi.

Pasal 56

Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ini berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis baik didalam maupun diluar Rumah Sakit dalam rangka menjalankan penugasan klinis.

BAB VII

KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 57

- (1) Pelayanan medis pada Rumah Sakit hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medis tertentu atas rekomendasi dari komite medik setelah dikredensial.
- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh Mitra Bestari (*peer group*) bila diperlukan sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (4) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).
- (5) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh komite medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (6) Komite medik wajib menetapkan dan mendokumentasikan syarat-syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketentuan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (7) Dokumentasi syarat untuk melakukan pelayanan medis tersebut disebut sebagai “buku putih” (*white paper*).
- (8) Komite medik menyusun “buku putih” (*white paper*) untuk pelayanan medis tertentu tersebut dengan melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) dari beberapa spesialisasi terkait.
- (9) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) staf medis tersebut.

BAB VIII

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 58

- (1) Direktur menerbitkan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*).
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan surat keputusan untuk menugaskan staf medis yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di Rumah Sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari komite medik.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*).
- (4) Surat penugasan klinis sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (3) antara lain untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh Rumah Sakit.

- (5) Direktur Rumah Sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu.

BAB IX KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu Susunan Organisasi Dan Keanggotaan

Pasal 59

- (1) Komite medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. wakil ketua;
 - c. sekretaris;
 - d. subkomite; dan
 - e. anggota.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Ketua Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.
- (5) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dan huruf c ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (6) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d terdiri dari :
 - a. subkomite kredensial yang bertugas menjaring atau menyeleksi profesionalisme staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. subkomiteetika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (8) Struktur organisasi Komite Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini.

Bagian kedua Tugas dan Fungsi

Pasal 60

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas Kredensial, Sub Komite Kredensial memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:

- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari Kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku; dan
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang memenuhi syarat / memadai;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada ketua komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis untuk penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medik komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pelaksanaan Audit Medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Bagian Ketiga Kewenangan Komite Medik

Pasal 61

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang :

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

Bagian Keempat
Pola Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 62

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Ketua komite medik bertanggungjawab kepada Direktur Rumah Sakit.
- (3) Komite medik wajib memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.
- (4) Direktur bersama Komite Medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit.

Bagian Kelima
Panitia Adhoc

Pasal 63

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/ dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/ atau institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.

BAB X
RAPAT KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Jenis Rapat

Pasal 64

- (1) Rapat komite medik terdiri dari:
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat khusus; dan
 - c. rapat pleno.
- (2) Setiap rapat Komite Medik dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara pantas kecuali seluruh anggota Komite Medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Paragraf 1
Rapat Rutin Komite Medik

Pasal 65

- (1) Komite Medik menyelenggarakan rapat rutin dua bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 3 (tiga) hari kerja sebelum rapat dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh pengurus Komite Medik.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain apabila dianggap perlu.
- (5) Apabila diperlukan, undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melampirkan:
 - a. satu salinan agenda rapat;
 - b. satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. satu salinan risalah rapat khusus yang lalu.

Paragraf 2
Rapat Khusus Komite Medik

Pasal 66

- (1) Rapat khusus komite medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 ayat 1 huruf b diselenggarakan dalam hal:
 - a. diperintahkan oleh ketua;
 - b. permintaan yang diajukan secara tertulis oleh paling sedikit tiga pengurus komite medis dalam waktu empat puluh delapan jam sebelumnya; atau
 - c. permintaan ketua komite medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan komite medis dengan segera.
- (2) Sekretaris komite medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam setelah diterimanya permintaan tertulis rapat yang ditandatangani oleh seperempat dari jumlah anggota komite medis yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dalam rapat tersebut.
- (3) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para pengurus yang berhak hadir paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (4) Pemberitahuan rapat khusus akan menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibicarakan dalam rapat tersebut dan rapat hanya akan membicarakan hal-hal yang tercantum dalam pemberitahuan tersebut.

Paragraf 3
Rapat Tahunan Komite Medik

Pasal 67

- (1) Rapat pleno Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 64 ayat 1 huruf c diselenggarakan satu kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dihadiri oleh seluruh staf medis RSUD Kota Padang Panjang.
- (3) Agenda Rapat pleno paling kurang memuat:
 - a. laporan kegiatan yang telah dilaksanakan komite medik; dan
 - b. rencana kegiatan yang akan dilaksanakan komite medik, dan agenda lainnya yang ditetapkan oleh komite medik.
- (4) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat 5 (lima) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

Bagian Kedua
Quorum

Pasal 68

- (1) Quorum rapat tercapai apabila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah pengurus komite medic ditambah satu yang berhak untuk hadir dan memberikan suara.
- (2) Keputusan hanya dapat ditetapkan apabila quorum telah tercapai.

Bagian Ketiga
Pengambilan Putusan Rapat

Pasal 69

- (1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir.
- (3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat.

Bagian Keempat
Tata Tertib Rapat Komite Medik

Pasal 70

- (1) Pada setiap rapat Komite Medik, seluruh pengurus komite medic berhak hadir.
- (2) Rapat Komite Medik dipimpin oleh ketua komite medic atau yang ditunjuk oleh ketua komite medic.
- (3) Sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah Ketua Komite Medik.
- (4) Setiap peserta rapat Komite Medik wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (5) Setiap peserta rapat Komite Medik hanya dapat meninggalkan rapat dengan seizin pimpinan rapat.
- (6) Setiap peserta rapat wajib menjaga ketertiban rapat selama rapat berlangsung.
- (7) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Bagian Kelima
Notulen Rapat

Pasal 71

- (1) Setiap rapat Komite Medik harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat Komite Medik dicatat oleh sekretaris Komite Medik atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen akan diberikan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir sebelum rapat berikutnya.
- (4) Notulen rapat tidak boleh diubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen.

- (5) Notulen rapat ditandatangani oleh ketua komite medik dan sekretaris komite medik pada rapat berikutnya, dan notulen diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (6) Sekretaris memberikan salinan notulen kepada Direktur paling lambat satu minggu setelah ditandatangani oleh Ketua dan Sekretaris Komite Medis.

BAB XI SUB KOMITE KREDENSIAL

Bagian Kesatu Tujuan

Pasal 72

- (1) Tujuan umum penetapan Sub Komite Kredensial untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan Sub komite Kredensial adalah:
 - a. Untuk mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh kolegium kedokteran/kedokteran gigi indonesia;
 - c. sebagai dasar bagi kepala/Direktur Rumah Sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit;
 - d. agar terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi Rumah Sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) Rumah Sakit lainnya.

Bagian Kedua Konsep Kredensial

Pasal 73

- (1) Setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten.
- (2) Kompetensi profesi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a.kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional; dan
 - b.kompetensi fisik dan mental.
- (3) Komite medik wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut (*credentialing*).
- (4) Setelah dilakukan kredensial medis dinyatakan kompeten maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis.
- (5) Dalam hal pelayanan medis seorangstaf medis membahayakan pasien maka kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan Rumah Sakit tersebut.
- (6) Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Bagian Ketiga
Keanggotaan

Pasal 74

- (1) Subkomite kredensial di RSUD Kota Padang Panjang terdiri dari sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat
Mekanisme Kredensial dan Pemberian Kewenangan Klinis

Pasal 75

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medis untuk memperoleh kewenangan klinis.
- (2) Tahapan pemberian kewenangan klinis meliputi:
 - a. staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan Rumah Sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;
 - b. berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik;
 - c. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon;
 - d. dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia ad-hoc dengan melibatkan Mitra Bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*);
 - e. sub komite Kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan;
 - f. pengkajian oleh subkomite Kredensial meliputi elemen:
 1. kompetensi:
 - a) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - b) kognitif;
 - c) afektif; dan
 - d) psikomotor.
 2. kompetensi fisik;
 3. kompetensi mental/perilaku;
 4. perilaku etis (*ethical standing*).
 - g. kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;
 - h. daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
 1. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
 2. mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 3. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis; dan
 4. dilakukan secara periodik.
 - i. rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari sub komite kredensial;

- j. sub komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:
 - 1. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - 2. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - 3. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - 4. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - 5. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - 6. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- k. bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui kepala/Direktur Rumah Sakit, Selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*);
- l. kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
 - 1) pendidikan:
 - a) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi; dan
 - b) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - 2) perizinan (lisensi):
 - a) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
 - b) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
 - 3) kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - a) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 - b) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
 - 4) kualifikasi personal; meliputi:
 - a) riwayat disiplin dan etik profesi;
 - b) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - c) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - d) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
 - e) memiliki asuransi proteksi profesi (*professional indemnity Insurance*).
 - 5) pengalaman dibidang keprofesian:
 - a) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 - b) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.
- m. berakhirnya kewenangan klinis
 - 1) kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur Rumah Sakit;
 - 2) surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode tertentu;
 - 3) pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan;
 - 4) proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena sudah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut;
 - 5) proses rekredensial setiap staf medis dilakukan
 - a. satu kali dalam tiga tahun, setelah surat penugasan klinis habis masa berlakunya;
 - b. saat penambahan kompetensi; dan

- c. mengaktifkan kembali surat penugasan klinis yang telah dicabut direktur sebelumnya, karena sesuatu hal dan telah mendapat persetujuan dan pembinaan dari tim mutu profesi komite medis.
- n. Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis
- 1) pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi dilapangan, misalnya staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - 2) pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik;
 - 3) kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud dalam poin 1) dan 2) diatas dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya;
 - 4) dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta sub komite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali; dan
 - 5) komite medik dapat merekomendasikan kepada kepala/Direktur Rumah Sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

BAB XII SUB KOMITE MUTU PROFESI

Bagian Kesatu Tujuan

Pasal 76

Sub komite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan :

- a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
- b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*);
- d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practiceevaluation*); dan
- e. evaluasi kinerja medis yang berkesinambungan ini dilaksanakan sekali dalam setahun, pada bulan Desember setiap tahunnya.

Bagian Kedua Konsep Mutu Profesi

Pasal 77

- (1) Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (*medical care management*).
- (2) Untuk mempertahankan mutu profesi dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian melalui :

- a. memantau kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), Audit Medis, *journal reading*;
- b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Bagian Ketiga
Keanggotaan

Pasal 78

- (1) Sub komite mutu profesi di RSUD Kota Padang Panjang terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat
Mekanisme Kerja

Pasal 79

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja sub komite mutu profesi berdasarkan masukan komite medik.
- (2) Direktur Rumah Sakit wajib memfasilitasi agar seluruh kegiatan dalam mekanisme menjaga mutu profesi medis melalui:
 - a. audit medis;
 - b. merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis; dan
 - c. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis.
- (3) Audit Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, yaitu sebagai berikut :
 - a. dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit dan tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus.
 - b. audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*).
 - c. audit medis yang dilakukan bila diperlukan dapat melibatkan Mitra Bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
 - d. evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*) dapat dilaksanakan di tingkat rumah sakit, komite medik, atau masing-masing Kelompok Staf Medis.
 - e. pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :
 1. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 2. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 3. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 4. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

- f. Langkah-langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:
 1. pemilihan topik yang akan dilakukan audit memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan;
 2. pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan Kelompok Staf Medis;
 3. penetapan kriteria dan standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut;
 4. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 5. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 6. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 7. kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar;
 8. Tim pelaksana audit dan Mitra Bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap ketidaksesuaian secara kolegal, dan menghindari "*blaming culture*", dengan cara membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya;
 9. rencana reaudit untuk topik yang sama untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan; dan
 10. memilih topik yang lainnya.
- (4) Merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, dengan rincian sebagai berikut :
- a. sub komite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan;
 - b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka;
 - c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
 - d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari sub komite mutu profesi;
 - e. sub komite mutu profesi bersama-sama dengan Kelompok Staf Medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis Rumah Sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
 - f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan sub komite mutu profesi pertahun;
 - g. sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
 - h. sub komite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya; dan
 - i. sub komite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada direksi.
- (5) Memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 (dua) huruf c dengan rincian sebagai berikut.
- a. Sub komite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*; dan

- b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

BAB XIII SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Bagian Kesatu Tujuan

Pasal 80

Sub komite etika dan disiplin profesi pada Komite Medik di Rumah Sakit dibentuk dengan tujuan:

- a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*); dan
- b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.

Bagian Kedua Konsep Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 81

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di Rumah Sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan Rumah Sakit.
- (3) Dalam penanganan asuhan medis diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis tersebut.
- (4) Pelaksanaan keputusan sub komite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di Rumah Sakit yang bersangkutan.
- (5) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain adanya:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di Rumah Sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di Rumah Sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di Rumah Sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di Rumah Sakit;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;
 - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Bagian Ketiga
Keanggotaan

Pasal 82

- (1) Sub komite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian sub komite etika dan disiplin profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat
Mekanisme Kerja

Pasal 83

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja sub komite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medik.
 - (2) Direktur Rumah Sakit menyediakan berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
 - (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua sub komite etika dan disiplin profesi.
 - (4) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :
 - a. 1 (satu) orang dari sub komite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit; dan
 - c. Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat juga melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit. Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.
 - (5) Program atau kegiatan yang harus dilakukan Sub komite Etika dan Disiplin Profesi meliputi:
 - a. upaya Pendisiplinan Perilaku Profesional, dengan mekanisme pemeriksaan sebagai berikut:
 1. Sumber Laporan
 - a) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
 - 1) manajemen rumah sakit;
 - 2) staf medis lain;
 - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
 - 4) pasien atau keluarga pasien.
 - b) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:
 - 1) hasil konferensi kematian;
 - 2) hasil konferensi klinis.
- Dasar Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi, dengan keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain:
- a) kompetensi klinis;

- b) penatalaksanaan kasus medis;
 - c) pelanggaran disiplin profesi;
 - d) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit; dan
 - e) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
2. Pemeriksaan
- a) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - b) melalui proses pembuktian;
 - c) dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
 - d) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
 - e) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan; dan
 - f) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
3. Keputusan
- a) keputusan panel yang dibentuk oleh sub komite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
 - b) bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada sub komite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru; dan
 - c) keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direksi Rumah Sakit melalui komite medik.
4. Tindakan pendisiplinan perilaku profesional, pemberian rekomendasi tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:
- a) peringatan tertulis;
 - b) limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - c) bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut; dan
 - d) pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
5. Pelaksanaan Keputusan Ketua komite medik memberikan rekomendasi hasil keputusan sub komite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada direktur rumah sakit untuk ditindaklanjuti:
- a. Pembinaan Profesionalisme Kedokteran
 - 1. sub komite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran; dan
 - 2. pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, dan lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.
 - b. Pertimbangan Keputusan Etis
 - 1. staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik;
 - 2. sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

BAB XIV
MUTU ASUHAN PROFESIONAL KEPADA PASIEN

Bagian Kesatu
Pemeliharaan Rekam Medis

Pasal 84

- (1) Staf medis harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin kelengkapan rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di RSUD Kota Padang Panjang terpelihara dengan baik, memenuhi syarat / memadai dan dalam waktu yang secukupnya.
- (2) Pelanggaran atas ketentuan ini, staf medis dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua
Kesempatan Konsultasi

Pasal 85

Staf medis wajib memberikan kesempatan yang cukup bagi pasien yang hendak melakukan konsultasi mengenai penyakit dan/atau keluhan yang dideritanya sebelum dilakukan upaya medis.

Bagian Ketiga
Persetujuan Tindakan Medis

Pasal 86

- (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.
- (4) Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (5) Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
- (6) Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
- (7) Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran, tindakan yang dilakukan dicatat di dalam rekam medik, dan dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat.

- (8) Dokter dan/atau staf medis yang akan melakukan tindakan medik mempunyai tanggung jawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan/atau keluarga pasien
- (9) Informasi dan penjelasan atas persetujuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi :
 - a. diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
 - b. tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
 - c. alternatif tindakan lain, dan risikonya;
 - d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
 - f. perkiraan pembiayaan.

BAB XV PEMBIAYAAN

Pasal 87

Segala biaya yang timbul akibat pelaksanaan peraturan ini dibebankan pada anggaran RSUD Kota Padang Panjang.

BAB XVI KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 88

- (1) Staf medis melalui Direktur berhak mengajukan usulan perubahan Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ke Walikota melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.
- (2) Usulan untuk perubahan Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ini hanya dapat dilaksanakan melalui rapat pleno khusus yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.
- (3) Untuk dokter residen (dokter yang sedang menjalani pendidikan untuk menjadi dokter spesialis) atau Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) semua ketentuan yang menyangkut kredensial, mutu, etika dan disiplin sepenuhnya menjadi tanggung jawab bagian dan DPJP yang bersangkutan.

Pasal 89

- (1) Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) RSUD Kota Padang Panjang dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan atas permohonan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Internal Rumah Sakit, yaitu Pemilik, Direktur Rumah Sakit, Staf Medis, dan Komite Medik.

BAB XVII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 90

Pada saat Peraturan Walikota ini mulai berlaku, Peraturan Walikota Padang Panjang Nomor 13 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 91

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Padang Panjang
pada tanggal 28 Juli 2020

WALIKOTA PADANG PANJANG,

dto

FADLY AMRAN

Diundangkan di Padang Panjang
pada tanggal 28 Juli 2020

SEKRETARIS DAERAH KOTA PADANG PANJANG,

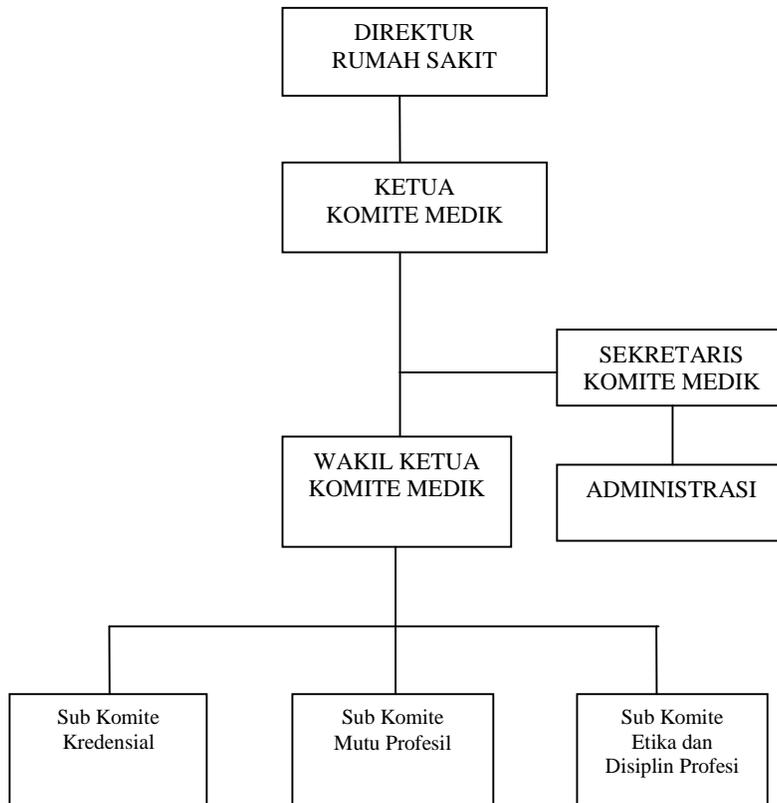
dto

SONNY BUDAYA PUTRA

BERITA DAERAH KOTA PADANG PANJANG TAHUN 2020 NOMOR 38

Lampiran : Peraturan Walikota Padang Panjang
Nomor : Tahun 2020
Tanggal : 2020
Tentang : Peraturan Internal Rumah Sakit
(*Hospital By Laws*) Rumah Sakit
Umum Daerah Kota Padang
Panjang

STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MEDIS



WALIKOTA PADANG PANJANG,

dto

FADLY AMRAN