

BERITA DAERAH KOTA SUKABUMI



TAHUN 2022 NOMOR 182

PERATURAN WALI KOTA SUKABUMI

TANGGAL : 30 DESEMBER 2022

NOMOR : 182 TAHUN 2022

TENTANG : PERATURAN INTERNAL UNIT ORGANISASI
BERSIFAT KHUSUS RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH AL-MULK

Sekretariat Daerah Kota Sukabumi

Bagian Hukum

2022



SALINAN

WALI KOTA SUKABUMI PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN WALI KOTA SUKABUMI

NOMOR 182 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AL-MULK

WALI KOTA SUKABUMI,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Pasal 43 Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perangkat Daerah, maka perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Peraturan Internal Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Al-Mulk;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Jawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia tanggal 14 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 16 dan 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Kota-Kota Besar dan Kota-Kota Kecil di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);

Mengingat

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 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5071) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
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. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);

8. Peraturan

8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
9. Peraturan Daerah Kota Sukabumi Nomor 7 Tahun 2020 tentang Pembentukan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Sukabumi Tahun 2020 Nomor 7);

- Memperhatikan :
1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
 3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018, Nomor 1213);
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019, Nomor 68);
 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/V/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);

6. Keputusan

6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/ IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit;
7. Peraturan Wali Kota Sukabumi Nomor 84 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Pokok, Fungsi, dan Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Al-Mulk;

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AL-MULK.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan Wali Kota ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kota yang selanjutnya disebut Daerah adalah Kota Sukabumi.
2. Wali Kota adalah Wali Kota Sukabumi.
3. Pemerintah Daerah adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Wali Kota dan dewan perwakilan rakyat Daerah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Sukabumi atau Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

6. Kepala Dinas

6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Sukabumi.
7. Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Al-Mulk yang selanjutnya disingkat UOBK RSUD Al-Mulk adalah unit organisasi bersifat khusus Rumah Sakit Umum Daerah Al-Mulk pada Dinas Kesehatan;
8. Direktur adalah Direktur UOBK Rumah Sakit Umum Daerah Al-Mulk.
9. Pemilik UOBK Rumah Sakit Umum Daerah Al-Mulk yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah Kota Sukabumi.
10. Jabatan Fungsional yang selanjutnya disingkat JF adalah sekelompok jabatan yang berisi fungsi dan tugas berkaitan dengan pelayanan fungsional yang berdasarkan pada keahlian dan keterampilan tertentu.
11. 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.
12. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By laws*) adalah aturan yang mengatur agar Tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medik di rumah sakit.
13. 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.
14. Badan

14. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas atau badan Daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
15. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.
16. Rencana Bisnis Anggaran BLUD yang selanjutnya disebut RBA, adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja, dan anggaran suatu BLUD.
17. Pembina pada UOBK RSUD Almulk adalah terdiri dari Pembina teknis dan Pembina Keuangan.
18. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

19. Komite

19. Komite Keperawatan adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan (*nursing governance*) melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika, serta disiplin profesi keperawatan.
20. Komite Tenaga Kesehatan lainnya adalah wadah organisasi non struktural yang berfungsi mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keteknisan Kesehatan agar staf tenaga Kesehatan lainnya di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesiketeknisah Kesehatan, dan pemeliharaan etikadan disiplin profesi masing-masing.
21. Satuan Pemeriksaan Intern yang selanjutnya disingkat SPI adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan intern di Rumah Sakit.
22. Staf Medis adalah dokter umum, dokter gigi umum, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis, yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan dan penelitian secara purna waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku.
23. Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disingkat KSMF adalah kelompok dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis) berdasarkan Surat Tanda Registrasi dan Surat Ijin Praktik.
24. Mitra Bestari atau *peer group* adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
25. Dokter

25. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah Staf Medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
26. Kewenangan Klinis adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medistertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical appointment*).
27. Penugasan Klinis atau *Clinical appointment* adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
28. Tata Kelola Klinis yang baik (*Good Clinical Appoinment*) adalah fungsi penerapan manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko kinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan. Mekanisme monitor hasil pelayananPengembangan prfesional, dan akreditasi rumah sakit.
29. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
30. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.

BAB II
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(CORPORATE BY LAWS)

Bagian Kesatu
Identitas Rumah Sakit

Paragraf 1
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

- (1) Rumah Sakit ini bernama Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Al-Mulk Kota Sukabumi yang selanjutnya disingkat UOBK RSUD Al-Mulk.
- (2) UOBK RSUD Al-Mulk sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di Jalan Pelabuhan II KM 6 Kelurahan Lembursitu Kecamatan Lembursitu, Kode Pos 43169, Telp. 0266-6243088, email: rsudalmulk@gmail.com.

Pasal 3

UOBK RSUD Al-Mulk sebagaimana dimaksud pada Pasal 2 dipimpin oleh seorang Direktur dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).

Paragraf 2
Visi, Misi, Falsafah, dan Tujuan

Pasal 4

- (1) Visi UOBK RSUD Al-Mulk Kota Sukabumi merupakan implementasi Visi Wali Kota Sukabumi yaitu “Terwujudnya Kota Sukabumi yang Religius, Nyaman, dan Sejahtera”, yang dituangkan dalam Rencana Strategis UOBK RSUD Al-Mulk adalah “*Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas Menuju Kota Sukabumi yang Sehat dan Sejahtera*”.

(2) Misi

- (2) Misi UOBK RSUD Al-Mulk adalah:
 - a. memberikan pelayanan secara komprehensif dan holistik mengacu kepada peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
 - b. menciptakan suasana kerja yang harmonis dan meningkatkan kualitas SDM yang professional;
 - c. meningkatkan teknologi pelayanan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan yang terjangkau oleh masyarakat; dan
 - d. menciptakan suasana rumah sakit yang aman dan nyaman.
- (3) Visi dan Misi ditetapkan oleh Pemilik dan dilakukan review berkala oleh Pengelola UOBK RSUD Al-Mulk setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (4) Visi dan Misi UOBK RSUD Al-Mulk dipublikasikan ke masyarakat luas oleh Sub Bagian Tata Usaha melalui *website* dan media lainnya.

Pasal 5

Falsafah UOBK RSUD Al-Mulk yaitu memberikan pelayanan prima sesuai standar profesionalisme secara konsisten dan disiplin, memegang teguh etika profesi dan integritas moral.

Pasal 6

Tujuan UOBK RSUD Al-Mulk yaitu menjadi *Center of Excellent Service* dalam pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.

Paragraf 3

Nilai-Nilai Dasar, Motto, Logo dan Warna Institusi

Pasal 7

- (1) Nilai-nilai dasar yang dimiliki oleh UOBK RSUD Al-Mulk, yaitu:
 - a. keterbukaan

- a. keterbukaan, yaitu senantiasa menjunjung tinggi perilaku yang berdasarkan pada nilai-nilai kejujuran, kecerdasan, keterbukaan dan kepercayaan;
 - b. pembelajar, yaitu sebagai insan dengan keterbatasan dalam melaksanakan tugas akan selalu belajar untuk pengembangan diri dan terus menerus melakukan perbaikan untuk kemajuan Rumah Sakit.
 - c. kebersamaan dalam melaksanakan tugas senantiasa melalui kerja sama tim yang kompak untuk kepentingan dan kemajuan Rumah Sakit.
 - d. kerja keras dan profesional setiap tugas dilaksanakan dengan mengutamakan dedikasi, kerja keras, disiplin, profesionalisme, bertanggung jawab dan selalu berorientasi kepada kepuasan pasien dan keluarganya.
 - e. inovatif mendorong kepada seluruh karyawan untuk serta menciptakan terobosan dan peluang sebagai tantangan kemajuan organisasi, juga senantiasa menatap masa depan.
 - f. empati dalam melaksanakan tugas senantiasa berjiwa besar, tanggap, sabar, rendah hati, ramah, dan mengerti harapan pasien.
- (2) Motto Rumah Sakit adalah, “Pelayanan Kesehatan yang Cepat, Tepat dan Manusiawi”.

Pasal 8

- (1) Logo UOBK RSUD Al-Mulk terdiri dari bingkai, tulisan angka, warna dan gambar.
- (2) Desain dan bentuk logo UOBK RSUD Al-Mulk, sebagai berikut:



- (3) Deskripsi

- (3) Deskripsi logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah menggambarkan nilai-nilai spirit perjuangan dalam melayani dengan sepenuh hati tanpa membeda-bedakan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Bagian Kedua
Pemilik dan Pembina

Paragraf 1
Pemilik

Pasal 9

- (1) UOBK RSUD Al-Mulk merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah.
- (2) Pemilik memiliki tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk:
- a. menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
 - b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya operasional harian rumah sakit;
 - c. menyetujui partisipasi rumah sakit dalam Pendidikan professional Kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu setiap program;
 - d. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumberdaya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - e. melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - f. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - g. melakukan

- g. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien (PMKP) setiap 3 (tiga) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan serta melakukan evaluasi atas hasil perbaikan secara tertulis pada pertemuan berikutnya;
- h. melakukan pengkajian manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik atas hasil evaluasi yang dilakukan;
- i. melakukan pengawasan terhadap pengurusan BLU yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola BLU mengenai pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

Paragraf 2
Pembina

Pasal 10

- (1) Pembina Teknis UOBK RSUD Al-Mulk yaitu Kepala Dinas.
- (2) Pembina Keuangan UOBK RSUD Al-Mulk yaitu Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Pendapatan Daerah Kota Sukabumi atau Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pengelolaan keuangan, pendapatan, dan barang milik Daerah.

Bagian Ketiga
Direksi Rumah Sakit

Paragraf 1
Pengelolaan, Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur

Pasal 11

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur.
- (2) Direktur

- (2) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.
- (3) Direktur bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
- (4) Penilaian Kinerja Direktur dilakukan oleh Kepala Dinas.

Paragraf 2
Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang dan
Tanggung jawab Direktur

Pasal 12

Direktur memiliki tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab:

- a. membantu Kepala Dinas melaksanakan sebagian tugas urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
- b. merumuskan program kerja di lingkungan UOBK RSUD Al-Mulk berdasarkan rencana strategis Dinas sebagai pedoman pelaksanaan tugas;
- c. menyusun rencana kerja dan anggaran;
- d. menyusun dokumen pelaksanaan anggaran;
- e. menandatangani surat perintah membayar dan/atau dokumen lainnya yang dipersamakan;
- f. mengelola utang dan piutang Daerah yang menjadi tanggung jawabnya;
- g. menyusun dan menyampaikan laporan keuangan unit yang dipimpinnya;
- h. menetapkan pejabat pelaksana teknis kegiatan dan pejabat penatausahaan keuangan;
- i. menetapkan pejabat lainnya dalam unit yang dipimpinnya dalam rangka pengelolaan keuangan Daerah;
- j. mengoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan kebijakan pengelolaan keuangan badan layanan umum Daerah;
- k. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;

l. mengangkat

- l. mengangkat pejabat pengelola dan pegawai yang berasal dari tenaga profesional lainnya;
- m. mengangkat dan memberhentikan pegawai non pegawai negeri sipil badan layanan umum Daerah, serta membina dan memotivasi seluruh pegawai di lingkungan UOBK Al-Mulk dalam upaya meningkatkan produktivitas kerja;
- n. menentukan dan memenuhi kebutuhan standar jumlah tenaga dokter spesialis;
- o. memberikan saran, pendapat, kajian dan menyiapkan bahan penetapan kebijakan Kepala Dinas di bidang pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan rujukan;
- p. melaksanakan pengembangan kegiatan di bidang pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan rujukan;
- q. menyelenggarakan pembinaan teknis di bidang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat;
- r. Mengadakan koordinasi dan/atau kerja sama dengan perangkat Daerah, instansi, atau lembaga terkait lainnya untuk kepentingan pelaksanaan tugas;
- s. melaksanakan konsultasi dan/atau mengadakan penelitian untuk kepentingan pelayanan kesehatan perorangan;
- t. meningkatkan dan melaksanakan kerja sama atau jejaring dengan rumah sakit lain dan/atau institusi kesehatan dalam lingkup pengembangan serta adopsi teknologi kesehatan atau kedokteran;
- u. mempertanggungjawabkan tugas UOBK RSUD Al-Mulk secara administratif kepada Kepala Dinas;
- v. melaksanakan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya;
- w. mematuhi perundang-undangan yang berlaku;
- x. menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan;
- y. menetapkan kebijakan rumah sakit;
- z. memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh regulator;
- aa. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;

bb. merekomendasikan

- bb. merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Pemilik/Pembina untuk mendapatkan persetujuan;
- cc. menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit;
- dd. melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Pemilik/Pembina;
- ee. melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Pemilik/Pembina setiap 6 (enam) bulan.

Paragraf 3

Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur

Pasal 13

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Wali Kota.
- (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 perumahsakitian;
 - 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 sebagai Aparatur Sipil Negara atau Non Pegawai Negri Sipil;
 - f. bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan untuk menjalankan praktek bisnis yang sehat di rumah sakit; dan
 - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

Pasal 14

Pasal 14

Direktur dapat diberhentikan karena:

- a. meninggal dunia;
- b. memasuki usia pensiun bagi Aparatur Sipil Negara;
- 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 peraturan perundang-undangan;
- f. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
- g. promosi dan/atau mutasi jabatan; dan
- h. terlibat dalam suatu perbuatan melanggar hukum.

Pasal 15

- (1) Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Pengelola untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.
- (2) Dalam menjalankan tugas dan kewenangan, Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:
 - a. seorang atau beberapa orang pejabat rumah sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
 - b. orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

Bagian Keempat Rapat-Rapat

Paragraf 1 Rapat Direksi

Pasal 16

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan para pejabat rumah sakit untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan UOBK RSUD Al-Mulk.
- (2) Untuk

- (2) Untuk setiap rapat Direksi dibuat daftar hadir dan risalah rapat.
- (3) Rapat Direksi terdiri dari:
 - a. rapat rutin atau bulanan;
 - b. rapat tahunan;
 - c. rapat khusus.
- (4) Keputusan rapat Direktur diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat dan dalam hal kata mufakat tidak tercapai, maka keputusan diambil oleh Direktur.

Paragraf 2
Rapat Rutin

Pasal 17

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (3) huruf a, diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) bulan sekali.
- (2) Rapat rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (1), membahas hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai tugas, kewenangan dan kewajibannya.
- (3) Setiap pelaksanaan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat risalah rapat.

Paragraf 3
Rapat Tahunan

Pasal 18

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (3) huruf b dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun dilaksanakan pada triwulan ke 3 (tiga) tahun berjalan.
- (2) Rapat

- (2) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membahas mengenai evaluasi kegiatan tahun tersebut dan perencanaan kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun yang akan datang.
- (3) Setiap pelaksanaan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat risalah rapat.

Paragraf 4
Rapat Khusus

Pasal 19

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat (3) huruf c 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 menyelenggarakan rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan.
- (3) Setiap pelaksanaan rapat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuat risalah rapat.

Bagian Kelima
Komite dan Satuan Pemeriksaan Intern

Paragraf 1
Umum

Pasal 20

- (1) Komite yaitu sebagai 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 komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari:
 - a. Komite

- a. Komite Etik dan Hukum;
 - b. Komite Medik, Komite Keperawatan;
 - c. Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi (PPI);
 - d. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
 - e. Komite Mutu;
 - f. Komite Farmasi dan Terapi (KFT);
 - g. Komite PPPRA; dan
 - h. Komite Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS).
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
 - (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
 - (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur.

Paragraf 2
Komite Etik dan Hukum

Pasal 21

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

Pasal 22

Pasal 22

- (1) Komite Etik dan Hukum memiliki tugas, sebagai berikut:
 - a. menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
 - b. menyusun pedoman Etika Pelayanan;
 - c. membina dan mengawasi penerapan Etika Pelayanan, Etika Penyelenggaraan, dan hukum perumahsakitian;
 - d. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 - e. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;
 - f. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di UOBK RSUD Al-Mulk;
 - g. memberikan pertimbangan kepada Direktur mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum;
 - h. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit;
 - i. menerima pengaduan tentang pelanggaran etik yang terjadi di UOBK RSUD Al-Mulk;
 - j. memberikan nasehat dan bimbingan kepada tenaga profesi kesehatan di lingkungan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - k. membina dan mengembangkan etik profesi di kalangan masyarakat rumah sakit;
 - l. memasyarakatkan etik profesi kepada masyarakat umum; dan
 - m. menginventarisasi masalah etik di UOBK RSUD Al-Mulk.

(2) Dalam

- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
 - a. mengelola data dan informasi terkait etika di UOBK RSUD Al-Mulk;
 - b. mengkaji etika dan hukum perumahsakitannya, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;
 - c. melakukan sosialisasi dan promosi Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman etika pelayanan;
 - d. melakukan upaya pencegahan penyimpangan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
 - e. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
 - f. melakukan bimbingan dan konsultasi dalam penerapan Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman Etika Pelayanan;
 - g. melakukan penelusuran dan menindaklanjuti kasus terkait Etika Pelayanan dan Etika Penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal UOBK RSUD Al-Mulk;
 - h. melakukan tindak lanjut terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi; dan
 - i. memberikan persetujuan pelaksanaan penelitian di UOBK RSUD Al-Mulk ditinjau dari segi etikanya.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Penyusunan laporan dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Paragraf

Paragraf 3
Komite Medik

Pasal 23

- (1) Ketua dan Anggota Komite Medik diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite Medik 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk; dan
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik UOBK RSUD Al-Mulk;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 24

- (1) Komite Medik mempunyai Tugas, sebagai berikut:
 - a. membantu Direktur menyusun Standar Pelayanan Medik;
 - b. memantau pelaksanaannya, melakukan pembinaan etika profesi, mengatur kewenangan profesi anggota staf medik fungsional dan mengembangkan program pelayanan;

c. membantu

- c. membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait medikolegal;
 - d. melaksanakan pembinaan profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
 - e. melakukan koordinasi dengan Dinas dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medik;
 - f. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian; dan
 - g. melaporkan kegiatan kepada Direktur.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Medik berfungsi:
- a. memberikan saran kepada Direktur;
 - b. mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medik;
 - c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika kedokteran; dan
 - d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis di UOBK RSUD Al-Mulk.

Paragraf 4
Komite Keperawatan

Pasal 25

- (1) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite Keperawatan 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana

- d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 26

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas, sebagai berikut:
- a. menyusun dan menetapkan standar asuhan keperawatan/kebidanan di rumah sakit;
 - b. memantau pelaksanaan asuhan keperawatan/kebidanan;
 - c. menyusun model praktek keperawatan/kebidanan profesional;
 - d. memantau dan membina perilaku etik dan profesional tenaga keperawatan/kebidanan.
 - e. meningkatkan profesionalisme keperawatan/kebidanan melalui peningkatan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;
 - f. bekerja sama dengan Direktur atau bidang keperawatan dalam melaksanakan program kewenangan tenaga perawat/bidan;
 - g. memberikan rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga perawat/bidan yang akan melakukan tindakan asuhan keperawatan/kebidanan; dan
 - h. mengoordinir dan menyampaikan laporan kegiatan-kegiatan komite keperawatan kepada seluruh tenaga perawat/bidan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Keperawatan berfungsi:

a. menjamin

- a. menjamin tersedianya norma-norma: standar praktek/asuhan/prosedur keperawatan/kebidanan sesuai lingkup asuhan dan pelayanan serta aspek penting asuhan area keperawatan/kebidanan;
- b. menetapkan lingkup praktik, kompetensi dan kewenangan fungsional tenaga keperawatan/kebidanan, merumuskan norma-norma, harapan dan pedoman perilaku serta menyediakan alat ukur pantau kinerja tenaga keperawatan/kebidanan;
- c. menjamin kompetensi tenaga keperawatan/kebidanan dengan melaksanakan *assesment*, mempertahankan dan mengembangkan kompetensinya;
- d. menjaga kualitas asuhan melalui perumusan rencana peningkatan mutu keperawatan/kebidanan;
- e. memantau pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan evaluasi mutu keperawatan/kebidanan;
- f. mengintegrasikan proses peningkatan mutu keperawatan/kebidanan dengan renstra rumah sakit;
- g. mengkomunikasikan menginformasikan hasil telaah mutu keperawatan/kebidanan kepada semua bidang yang terkait;
- h. memberi masukan dan saran-saran solusi kepada manajemen tentang sistem pemberian asuhan dan pengembangan Sumber Daya Manusia keperawatan/kebidanan;
- i. memprakarsai perubahan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan/kebidanan; dan
- j. mempertahankan keterkaitan antara teori, riset dan praktek sesuai dengan perkembangan disiplin ilmu keperawatan/kebidanan.

Paragraf 5
Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi (PPI)

Pasal 27

- (1) Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur UOBK untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi bertanggung jawab langsung kepada Direktur UOBK RSUD Al-Mulk.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur terhadap yang bersangkutan.

Pasal 28

- (1) Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi mempunyai tugas, sebagai berikut:
 - a. membuat dan mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - b. melaksanakan

- b. melaksanakan sosialisasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
 - c. membuat pedoman, prosedur tetap pencegahan dan pengendalian infeksi di UOBK RSUD Al-Mulk, baik di rawat inap maupun di rawat jalan;
 - d. memberikan usulan kepada Direktur untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - e. secara periodik memberikan usulan kepada Direktur tentang standar penggunaan antibiotik berdasarkan hasil pemantauan kejadian infeksi di UOBK RSUD Al-Mulk;
 - f. bersama Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi melakukan investigasi terhadap kejadian luar biasa infeksi di Rumah Sakit;
 - g. mengusulkan kepada Direktur penetapan karantina, penutupan atau isolasi suatu ruangan/unit kerja sebagai hasil investigasi KLB infeksi;
 - h. menerima laporan berkala dari Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan melaporkan hal-hal penting kepada Direktur;
 - i. mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
 - j. mengidentifikasi temuan dilapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit dalam PPI.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Pengendalian Pencegahan Infeksi berfungsi:
- a. menjalankan Pengendalian Pencegahan Infeksi di rumah sakit; dan
 - b. menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.

Paragraf 6
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 29

- (1) Ketua dan Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan lainnya 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik UOBK RSUD Al-Mulk.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 30

- (1) Tugas Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga kesehatan profesional selain dokter/perawat yang akan melakukan pelayanan profesional lainnya di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi;
 - c. menjaga disiplin, etika, perilaku profesi.
- (2) Dalam

- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Tenaga Kesehatan Lainnya berfungsi:
 - a. memberikan rekomendasi Rincian Kewenangan Klinik;
 - b. memberikan rekomendasi perubahan Rincian Kewenangan Klinik;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinik tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi Surat Penugasan Klinis;
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit;
 - f. memberikan rekomendasi pendidikan tenaga kesehatan profesional selain dokter/perawat; dan
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 7

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 31

- (1) Ketua dan Anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diangkat dan diberhentikan oleh Direktur UOBK untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite Mutu dan Keselamatan Pasien 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik.

(4) Pemberhentian

- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 32

- (1) Komite Mutu mempunyai tugas, sebagai berikut:
- a. menyusun dan merencanakan program kegiatan PMKP bersama Direktur;
 - b. menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program PMKP;
 - c. memimpin, mengoordinasikan dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu;
 - d. menganalisis data indikator mutu pelayanan baik Indikator Mutu Klinis Rumah Sakit maupun Indikator Mutu monitoring dan evaluasi pelaksanaan program PMKP;
 - e. melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi.
 - f. melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik;
 - g. menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui papan pengumuman, buletin atau rapat staf (informasi mencakup proyek baru, kemajuan pencapaian sasaran keselamatan pasien internasional, hasil riset terkini atau program percontohan);
 - h. meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP;
 - i. mempertanggungjawabkan pelaksanaan kegiatan PMKP kepada Direktur;
 - j. membuat dokumen Komite PMKP;
 - k. merencanakan kegiatan pertemuan;
 - l. membuat Notulen pertemuan Komite PMKP;
 - m. menyiapkan keperluan yang terkait dengan kegiatan PMKP;
 - n. merencanakan anggaran kegiatan Komite PMKP;
 - o. membuat

- o. membuat laporan kegiatan dan laporan program kerja Komite PMKP;
- p. membuat dan melakukan evaluasi kebijakan peningkatan mutu UOBK RSUD Al-Mulk;
- q. membuat perencanaan program kegiatan peningkatan mutu UOBK RSUD Al-Mulk;
- r. membuat panduan peningkatan mutu UOBK RSUD Al-Mulk;
- s. menentukan indikator mutu Rumah Sakit bersama Direktur dan unit kerja;
- t. membuat panduan pencatatan dan pelaporan indikator mutu Rumah Sakit (klinis, manajemen, dan sasaran keselamatan pasien);
- u. memimpin pertemuan berkala dengan anggota Komite Peningkatan Mutu;
- v. membuat panduan analisa dan validasi;
- w. membuat panduan *clinical pathway* bersama komite medik;
- x. melaksanakan program kegiatan peningkatan mutu Rumah Sakit;
- y. melakukan pertemuan berkala dengan Ketua PMKP.
- z. membuat dan melakukan evaluasi kebijakan keselamatan pasien rumah sakit;
- aa. membuat perencanaan program kegiatan keselamatan pasien rumah sakit;
- bb. membuat panduan keselamatan pasien Rumah Sakit.
- cc. membuat panduan pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) rumah sakit;
- dd. membuat panduan manajemen risiko;
- ee. membuat panduan FMEA dan RCA;
- ff. memimpin pertemuan berkala dengan anggota Komite Keselamatan Pasien;
- gg. membuat SPO yang terkait dengan program keselamatan pasien Rumah Sakit;
- hh. melaksanakan program keselamatan pasien Rumah Sakit;
- ii. melakukan koordinasi tentang laporan insiden keselamatan pasien dengan Kepala unit terkait untuk menentukan *risk grading* dan tindak lanjut;
- jj. melakukan

- jj. melakukan pertemuan berkala dengan Ketua PMKP;
 - kk. menyusun program manajemen Risiko yang konsisten dengan misi dan rencana organisasi, serta memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat dan staf;
 - ll. melaksanakan proses-proses identifikasi dari risiko;
 - mm. melaksanakan skoring dan menetapkan prioritas risiko-risiko diseluruh unit/intalasi /bagian/unit;
 - nn. melaksanakan koordinasi dengan unit keselamatan pasien dalam hal penyelidikan KTD.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berfungsi:
- a. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program PMKP.
 - b. melakukan evaluasi pelaksanaan program kegiatan peningkatan mutu UOBK RSUD Al-Mulk dan unit kerja.
 - c. membuat laporan pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu kepada Direktur.
 - d. menyampaikan rekomendasi dari Direktur kepada anggota Komite PMKP dan unit yang terkait.
 - e. melakukan evaluasi pelaksanaan program kegiatan keselamatan pasien rumah sakit.
 - f. membuat laporan insiden keselamatan pasien kepada Direktur dan Ketua PMKP dalam rapat kerja bulanan.
 - g. melakukan evaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat berubah dan berakibat terjadinya kejadian sentinel;
 - h. melaksanakan kegiatan FMEA untuk suatu kejadian yang berujung kepada resiko tinggi sentinel;
 - i. melakukan

- i. melakukan monitoring dan evaluasi ke unit-unit terhadap pelaksanaan program manajemen risiko rumah sakit dan manajemen dari hal lain yang terkait; dan
- j. menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan manajemen risiko termasuk laporan FMEA.

Paragraf 8

Komite Farmasi dan Terapi (KFT)

Pasal 33

- (1) Ketua Komite Farmasi dan Terapi diangkat dan diberhentikan Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite TKK dan unsur dari seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Farmasi dan Terapi bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 34

Pasal 34

- (1) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas, sebagai berikut:
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium Rumah Sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait di dalam UOBK RSUD Al-Mulk yang sarasanya berhubungan dengan obat;
 - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam kategori khusus; dan
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.

Paragraf 9

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba (KPRA)

Pasal 35

- (1) Ketua dan Anggota Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua

- (3) Ketua dan Anggota Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 36

- (1) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba mempunyai tugas, sebagai berikut:
 - a. membantu Direktur dalam menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
 - b. membantu Direktur dalam menetapkan kebijakan umum dan panduan penggunaan antibiotik di UOBK RSUD Al-Mulk;
 - c. membantu Direktur dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba; dan
 - d. membantu Direktur dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba berfungsi:
 - a. menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;
 - b. melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik;
 - c. melakukan

- c. melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik;
- d. menyebarluaskan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi antimikroba, penggunaan antibiotik secara bijak, dan ketaatan terhadap pencegahan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan;
- e. mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba; dan
- f. melaporkan kegiatan program pengendalian resistensi antimikroba kepada Direktur.

Paragraf 10

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

Pasal 37

- (1) Ketua dan Anggota Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik;

(4) Pemberhentian ...

- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 38

- (1) Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit mempunyai tugas, sebagai berikut:
- a. mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional K3RS untuk mengendalikan risiko;
 - b. menyusun program K3RS;
 - c. menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan Direktur yang berkaitan dengan K3RS;
 - d. memantau pelaksanaan K3RS;
 - e. mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan K3RS;
 - f. memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional K3RS yang telah ditetapkan;
 - g. mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya di sebarluaskan di seluruh unit kerja UOBK RSUD Al-Mulk;
 - h. membantu Direktur dalam penyelenggaraan SMK3 rumah sakit, promosi K3RS, dan pelatihan di rumah sakit;
 - i. pengawasan pelaksanaan program K3RS;
 - j. koordinasi dengan wakil unit-unit kerja Rumah Sakit yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS;
 - k. memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif;
 - l. melaporkan kegiatan yang berkaitan dengan K3RS secara teratur kepada Direktur sesuai dengan ketentuan yang ada di Rumah Sakit; dan
 - m. menjadi investigator dalam kejadian PAK dan KAK, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Dalam

- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berfungsi:
 - a. bidang Kesehatan Kerja meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif serta rehabilitatif;
 - b. bidang Keselamatan Kerja meliputi upaya pencegahan, pemeliharaan, penanggulangan dan pengendalian; dan
 - c. bidang Lingkungan Kerja meliputi pengenalan bahaya, penilaian risiko, dan pengendalian risiko di tempat kerja.

Paragraf 11
Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

Pasal 39

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Intern diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Intern bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Intern 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 UOBK RSUD Al-Mulk;
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
 - f. adanya kebijakan dari Pemilik.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 40

Pasal 40

- (1) Satuan Pemeriksaan Intern bertugas untuk melaksanakan pemeriksaan dan penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan di UOBK RSUD Al-Mulk agar dapat berjalan sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Satuan Pemeriksaan Intern berfungsi:
 - a. merancang sistem pemeriksaan dan sistem pengendalian intern;
 - b. melaksanakan pemeriksaan/audit keuangan dan audit manajemen operasional;
 - c. melakukan identifikasi risiko sebagai upaya membantu Direksi mencegah terjadinya penyimpangan;
 - d. memberikan konsultasi dan pembinaan tentang manajemen risiko terkait dengan pengendalian intern; dan
 - e. melakukan hubungan dengan Eksternal Auditor.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

BAB III
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

Bagian Kesatu
Staf Medis

Paragraf 1
Tujuan

Pasal 41

Tujuan dari peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) diantaranya adalah:

a. untuk

- a. untuk memberikan landasan hukum bagi komite medik guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di UOBK RSUD Al-Mulk.
- b. untuk pengorganisasian KSMF agar Staf Medis di UOBK RSUD Al-Mulk dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien dan peningkatan mutu layanan, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

Pasal 42

Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat KSMF dan tingkat Rumah Sakit.

Paragraf 2

Pengorganisasian Staf Medis

Pasal 43

- (1) Pengorganisasian staf medis, bertujuan untuk:
 - a. memberikan keleluasaan kepada Staf Medis untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan prinsip-prinsip yang dapat diterima secara umum;
 - b. menjamin peyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan standar profesi yang berlaku;
 - c. menjamin seluruh pasien mendapatkan layanan medis dan perhatian serta memastikan pemberian pelayanan medis didasarkan pada hak dan kewajiban sesuai peraturan yang berlaku;
 - d. menyediakan wadah untuk membahas dan mencari jalan keluar persoalan yang berhubungan dengan etika profesi kedokteran atau penyalahgunaan kewenangan klinis oleh Staf Medis;
 - e. menyediakan wadah koordinasi dengan pihak manajemen dan tenaga kesehatan lainnya;
 - f. merumuskan

- f. merumuskan dan memelihara tata tertib, ketentuan dan peraturan untuk mengatur sendiri staf medis yang menyelenggarakan praktik kedokteran di UOBK RSUD Al-Mulk;
 - g. memastikan seluruh Staf Medis selalu berusaha mempertahankan kualitas profesionalnya dalam bekerja sebagai wujud konsekuensi kewenangan klinis yang diberikan dalam melaksanakan pemeriksaan, penegakan diagnosis, pemberian tindakan medis dan pemberian terapi yang tepat; dan
 - h. membantu merencanakan pengembangan fasilitas, tenaga dan program UOBK RSUD Al-Mulk.
- (2) Staf Medik dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran di lingkungan UOBK RSUD Al-Mulk bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (3) Untuk menjadi Staf Medik harus memenuhi persyaratan:
- a. mempunyai Ijasah dari Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi yang diakui pemerintah;
 - b. mempunyai surat tanda registrasi;
 - c. mempunyai surat penugasan bagi Pegawai Negeri Sipil;
 - d. memiliki Surat Ijin Praktek di UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. memiliki Surat Penugasan Klinis dari Direktur;
 - f. mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medik fungsional baru; dan
 - g. mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

Pasal 44

- (1) Penerimaan calon Staf Medis dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional Penerimaan Staf Medis yang disusun oleh Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan bersama-sama dengan Komite Medik.
- (2) Penerimaan

- (2) Penerimaan dan penempatan Staf Medis ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 45

- (1) Bagi Staf Medis yang telah pensiun dan ingin bekerja kembali pada UOBK RSUD Al-Mulk maka dalam waktu 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan harus mengajukan permohonan untuk bekerja kembali di UOBK RSUD Al-Mulk sebagai dokter tidak tetap.
- (2) Penempatan kembali Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 46

Staf Medis dinyatakan berhenti baik secara tetap atau sementara apabila:

- a. meninggal dunia;
- b. pensiun;
- c. mengundurkan diri;
- d. pindah tugas dari lingkungan UOBK RSUD Al-Mulk; dan
- e. tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di UOBK RSUD Al-Mulk.

Pasal 47

- (1) Staf Medis mempunyai tugas, sebagai berikut:
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan;
 - b. memberikan pelayanan medik yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku pada UOBK RSUD Al-Mulk;
 - c. meningkatkan

- c. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
 - d. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medik dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
 - e. menyusun, mengumpulkan, menganalisis, dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Staf Medis menjalankan fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Wewenang masing-masing Staf Medis disusun oleh Ketua Kelompok Staf Medis dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medis kepada Direktur untuk ditetapkan dalam Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*).
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, staf medik bertanggung jawab untuk:
- a. mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian;
 - b. menunjukkan komitmen untuk mewujudkan visi dan misi;
 - c. memberikan petolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai kemampuan yang dimilikinya sebagaimana yang dikehendaki oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - d. mematuhi Standar Pelayanan Medis dan standar medis dan standar lain yang diterapkan UOBK RSUD Al-Mulk;
 - e. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat setelah pelayanan;
 - f. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 2 (dua) hari; dan

g. berpartisipasi

- g. berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan medis.

Pasal 48

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan dan/atau Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan.

Paragraf 3 KSMF

Pasal 49

- (1) KSMF dan organisasinya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (2) KSMF sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan paling sedikit 1 (satu) orang Staf Medis Fungsional.
- (3) KSMF yang terdiri dari kurang dari 2 (dua) dokter, maka dokter tersebut dapat bergabung dengan KSMF lain.
- (4) KSMF terdiri dari paling sedikit 3 (tiga) dokter dengan Surat Tanda Registrasi dan Surat Ijin Praktik yang sama.

(5) KSMF

- (5) KSMF pada UOBK RSUD Al-Mulk terdiri dari:
 - a. KSMF Penyakit Dalam dan Patologi Klinis;
 - b. KSMF Obstetri dan Ginekologi dan Anak;
 - c. KSMF Bedah dan Anestesi
 - d. KSMF Dokter Umum.
 - e. KSMF Dokter Gigi

Pasal 50

- (1) KSMF dipimpin oleh Ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan dari anggota KSMF.
- (2) Ketua KSMF bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan.
- (3) Ketua KSMF bertugas untuk menyusun dan melaksanakan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) berdasarkan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*), pendidikan dokter/dokter spesialis dan penelitian di tingkat KSMF.
- (4) Persyaratan untuk menjadi Ketua KSMF sebagai berikut:
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - f. mempunyai integritas kelakuan dan etika profesi yang tinggi.

Pasal 51

- (1) Pemilihan Calon Ketua KSMF dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua KSMF diangkat oleh Direktur dari calon yang diajukan.
- (3) Anggota KSMF yang mendapat tugas dalam jabatan struktural dalam Rumah Sakit tetap menjadi anggota KSMF dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut.

Pasal 52

KSMF mempunyai kewajiban untuk:

- a. menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medis di bawah koordinasi Komite Medik;
- b. menyusun pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, rawat intensif, tugas di kamar operasi, pengaturan *visite/ronde*, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Kepala Seksi Pelayanan;
- c. memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan.

Pasal 53

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, KSMF berwenang untuk:

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medis baru dan penempatan ulang anggota Staf Medis kepada Direktur setelah anggota Staf Medik tersebut melalui proses kredensial/rekredensial oleh Komite Medik;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medik di dalam kelompoknya;
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional.

Paragraf 4

Paragraf 4
Mitra Bestari (*Peer Group*)

Pasal 54

- (1) Staf Medis dalam Mitra Bestari tidak terbatas dari Staf Medis yang ada di UOBK RSUD Al-Mulk, tetapi dapat juga berasal dari luar yaitu perhimpunan dokter spesialis (*kolegium*) atau fakultas kedokteran.
- (2) Direktur bersama Komite Medik dapat membentuk Panitia *ad hoc* yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

Paragraf 5
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

Pasal 55

- (1) DPJP terdiri dari:
 - a. DPJP pada pelayanan gawat darurat;
 - b. DPJP pada pelayanan rawat jalan; dan
 - c. DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (2) DPJP pada pelayanan gawat darurat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a merupakan Staf Medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (3) DPJP pada pelayanan rawat jalan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap yang sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

Pasal 56

Pasal 56

- (1) DPJP berkewajiban untuk:
 - a. membuat rencana pelayanan pasien dalam berkas rekam medis yang memuat segala aspek asuhan medis yang akan dan telah dilakukan, termasuk konsul dan resume medis;
 - b. memberikan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil tindakan pelayanan baik pengobatan, prosedur maupun kemungkinan hasil yang tidak diharapkan;
 - c. memberikan jawaban atas konsul yang diminta dokter lain;
 - d. memberikan pendidikan/edukasi kepada pasien tentang kewajibannya terhadap rumah sakit dan proses pengobatan yang dicatat dalam berkas rekam medis;
 - e. memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarganya untuk bertanya atas hal hal yang tidak/ belum dimengerti terkait penyakit yang ditangani termasuk kesempatan untuk mendapat *second opinion* dari dokter yang diinginkan oleh pasien.
- (2) DPJP bertugas:
 - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi; dan
 - b. melakukan presentasi kasus medis dihadapan Komite Medis apabila diperlukan.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensinya, maka dapat mengalihkan kepada Staf Medik lain yang berkompeten melalui mekanisme konsul.
- (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawat bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, DPJP tetap menjadi penanggung jawab pasien.
- (5) Ketentuan

- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Ketiga
Kewenangan Klinis

Pasal 57

- (1) Kewenangan Klinis merupakan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang dokter/dokter gigi tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis.
- (3) Dalam hal terdapat kewenangan klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medik, maka keputusan penentuan kewenangan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medik.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas Rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial.
- (5) Rekomendasi Kewenangan Klinis akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

Pasal 58

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka Staf Medik harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan.

(2) Direktur

- (2) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Kelompok Staf Medik terkait.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon dan ditembuskan kepada Komite Medik dan Kelompok Staf Medik terkait.

Pasal 59

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik, Komite Medik dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan Kewenangan Klinis Staf Medik.
- (2) Pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dilakukan apabila Staf Medik dalam pelaksanaan tugasnya di rumah sakit dianggap tidak sesuai dengan Standar Prosedur Operasional/Standar Pelayanan Medik yang berlaku dan/atau tidak sesuai bila dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesi dan sudut hukum.
- (3) Untuk menjaga mutu pelayanan UOBK RSUD Al-Mulk, Direktur dapat melakukan pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan Kewenangan Klinis seorang Staf Medik tanpa adanya rekomendasi Komite Medik.

Pasal 60

- (1) Kewenangan Klinis yang telah dicabut dapat diberikan kembali apabila Staf Medik dianggap telah pulih kompetensinya.

(2) Dalam

- (2) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (3) Komite medik dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk memberikan kembali kewenangan klinis tertentu kepada Staf Medik setelah melalui proses pembinaan.

Pasal 61

Kewenangan klinis berakhir pada saat surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur.

Pasal 62

Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Bagian Keempat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 63

- (1) Untuk melaksanakan pelayanan medis yang dilakukan oleh Staf Medis, Direktur akan menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medik Fungsional.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.

(3) Surat

- (3) Surat Penugasan Klinis hanya dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik dan Surat Tanda Registrasi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia.

- (4) Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut:
 - a. memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - b. menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit;
 - c. mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di Rumah Sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - d. memperhatikan segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di Rumah Sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway* dan prosedur operasional/manajerial/administrasi yang berlaku di Rumah Sakit;
 - e. mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri; dan
 - f. memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit.

(5) Staf Medis ...

- (5) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di Rumah Sakit dapat berstatus sebagai dokter purna waktu atau dokter paruh waktu.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (7) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:
 - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap;
 - c. staf Medis telah berusia 60 (enam puluh) tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 (enam puluh lima) tahun namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/pertimbangan Direktur;
 - d. staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak; atau
 - e. staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik;
 - f. staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
 - g. staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (8) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku.

Bagian Kelima
Komite Medik

Pasal 64

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Komite medik berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Medik bertugas untuk meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh Staf Medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (4) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dengan susunan organisasinya sebagai berikut:
 - a. Ketua Komite Medik;
 - b. Sekretaris Komite Medik;
 - c. Anggota, terdiri dari:
 1. Sub Komite Kredensial;
 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis; dan
 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (5) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur.
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.

Pasal 65

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
- (3) Keputusan

- (2) Keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diputuskan melalui Rapat Komite Medik dan Sub Komite.
- (3) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

Pasal 66

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis dengan cara:
 - a. melakukan kredensial dan rekredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1) kompetensi;
 - 2) kesehatan fisik dan mental;
 - 3) perilaku;
 - 4) etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;

g. melakukan

- g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 67

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

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

Pasal 68

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari Mitra Bestari yang ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Keenam Pengorganisasian Sub Komite

Pasal 69

- (1) Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:
 - a. Sub komite Kredensial;
 - b. Sub komite Mutu Profesi; dan
 - c. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Pembentukan sub komite ditetapkan Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.
- (3) Susunan organisasi sub komite terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Anggota.

Pasal 70

Pasal 70

Subkomite kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (1) huruf a paling sedikit terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit.

Pasal 71

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:

- a. menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staff Medis;
- b. melakukan pemeriksaan dan pengkajian:
 - 1) kompetensi;
 - 2) kesehatan fisik dan mental;
 - 3) perilaku;
 - 4) etika profesi.
- c. mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan tenaga medis;
- d. mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
- e. melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
- f. melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 72

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

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

Bagian

Bagian Ketujuh
Mekanisme Kredensial

Pasal 73

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Subkomite Kredensial.
- (3) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (4) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) di atas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 74

- (1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
 - a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya; dan
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan

- c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Pasal 75

Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (1) huruf b paling sedikit terdiri atas 3 (tiga) orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 76

Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah:

- a. berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi tenaga medis rumah sakit;

e. memfasilitasi

- e. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan; dan
- f. memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 77

Proses Pendampingan (*Proctoring*) Staf Medis:

- a. Komite medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- b. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

Pasal 78

Subkomite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69 ayat (1) huruf c paling sedikit terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pasal 79

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi:

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

Pasal 80

Pasal 80

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:

- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 81

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
- (2) Panel tersebut dapat juga melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit.

(3) Pengikutsertaan

- (3) Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

Pasal 82

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

Pasal 83

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

Pasal 84

Masing-masing Sub komite bertanggungjawab kepada Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajibannya.

Bagian Kedelapan

Pelaksanaan Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*)

Pasal 85

Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk:

- a. melaksanakan

- a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan;
- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien;
- c. melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan indikasi medis;
- d. merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Pasal 86

- (1) Dalam melaksanakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis maka rumah sakit wajib menyusun Kebijakan, Pedoman dan Standar Prosedur Operasional sesuai dengan bidang tugas masing-masing.
- (2) Seluruh aturan-aturan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur.

BAB IV KETENTUAN PENUTUP

Pasal 87

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar

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

Ditetapkan di Sukabumi
pada tanggal 30 Desember 2022

WALI KOTA SUKABUMI,

cap.ttd.

ACHMAD FAHMI

Diundangkan di Sukabumi
pada tanggal 30 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH
KOTA SUKABUMI,

cap.ttd.

DIDA SEMBADA

BERITA DAERAH KOTA SUKABUMI TAHUN 2022 NOMOR 183

Salinan sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM
SETDA KOTA SUKABUMI,



LULU YULIASARI
NIP. 19710703 199703 2 002