



# WALIKOTA PADANG PANJANG PROVINSI SUMATERA BARAT

## PERATURAN WALIKOTA PADANG PANJANG NOMOR 13 TAHUN 2017

### TENTANG

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

#### 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 (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota Padang Panjang tentang Peraturan Internal (*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 Propinsi Sumatera Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3209);
  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 5494), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (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 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 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);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2013 tentang Badan Pengawas Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 111);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
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;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit.

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL (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. 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.
2. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang yang selanjutnya disebut RSUD Kota Padang Panjang.
3. Direktur adalah Direktur RSUD Kota Padang Panjang.
4. Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
5. Peraturan Internal Korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan Komite Medis di rumah sakit.
6. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
7. Pemilik adalah Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang yaitu Pemerintah Kota Padang Panjang.
8. Dewan Pengawas adalah merupakan organ Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan Rumah Sakit yang bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
9. Komite Medis 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.
10. 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.
11. 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 bylaws*" dan "*medical staf bylaws*", gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang.
12. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
13. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal rumah sakit.
14. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.

15. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
16. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas di luar jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus.
17. Dokter Tamu atau Dokter Referral adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai RSUD Kota Padang Panjang, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di RSUD Kota Padang Panjang untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
18. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di RSUD Kota Padang Panjang, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
19. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medis, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Kota Padang Panjang.
20. 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*).
21. 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.
22. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
23. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
24. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

## **BAB II IDENTITAS**

### **Bagian Kesatu Kedudukan Rumah Sakit**

#### **Pasal 2**

- (1) Nama rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padang Panjang 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 berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).

#### **Pasal 4**

RSUD Kota Padang Panjang merupakan Rumah Sakit kelas C, diselenggarakan oleh Pemerintah Kota Padang Panjang berdasarkan izin operasional dengan Keputusan Walikota Padang Panjang Nomor 900/469/WAKO-PP/2014.

#### **Bagian Kedua Visi, Misi dan Motto**

#### **Pasal 5**

- (1) Visi RSUD Kota Padang Panjang “RUMAH SAKIT YANG AMANAH”.
- (2) AMANAH sebagaimana dimaksud pada ayat 1 merupakan singkatan dari:
  - a. Aman : Terhadap sarana dan prasarana yang digunakan
  - b. Mandiri : Terhadap pelayanan yang diberikan
  - c. Ahli/ Profesional : Sumber Daya Manusia sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan
  - d. Nyaman : Terhadap sarana dan prasarana yang digunakan dan pelayanan yang diberikan
  - e. Adil : Adil dalam memberikan pelayanan
  - f. Humanis : Manusiawi terhadap pasien
- (3) Misi RSUD Kota Padang Panjang:
  - a. menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan SDM yang profesional, mandiri, adil dan humanis.
  - b. menyediakan sarana dan prasarana yang aman dan nyaman sesuai dengan kebutuhan.
- (4) Visi dan Misi ditetapkan oleh Pemilik dan dilakukan evaluasi berkala setiap 5 (lima) tahun dan/atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- (5) Visi dan Misi disosialisasikan oleh pengelola kepada seluruh pegawai dan masyarakat.

#### **Pasal 6**

Motto rumah sakit “Melayani dengan Hati”.

#### **Bagian Ketiga Tugas dan Fungsi**

#### **Pasal 7**

- (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 yaitu:
  - 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 akutansi; dan
- j. pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

### **BAB III DEWAN PENGAWAS**

#### **Bagian Kesatu Kedudukan dan Keanggotaan**

##### **Pasal 8**

- (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 nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

##### **Pasal 9**

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 3 (tiga) orang dan seorang diantara 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 organisasi perangkat daerah urusan pengelolaan keuangan daerah; dan
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.

##### **Pasal 10**

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 perumahsakitian, 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. tidak berstatus sebagai anggota atau pengurus partai politik;
- g. tidak berstatus sebagai calon anggota legislatif dan/atau anggota legislatif; dan

- h. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit.

### **Pasal 11**

Ketua Dewan Pengawas bertugas:

- a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
- b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tata cara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (*Hospital Bylaws/Statuta*) 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 12**

- (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; dan
  - h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) RSUD Kota Padang Panjang sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (2) Selain melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (1), Dewan Pengawas juga menyetujui program upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pendidikan para profesional 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 13**

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 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 (RBA) 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 bylaws*);

- f. melakukan hal-hal lain yang dianggap perlu sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan.

#### **Pasal 14**

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 bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.

#### **Pasal 15**

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

### **Bagian Ketiga Pangkatan, Pemberhentian dan Penggantian Antar Waktu**

#### **Pasal 16**

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan dengan Keputusan 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 17**

- (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 18**

- (1) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 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 19**

- (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 20**

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

### **Pasal 21**

- (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 Medis, 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 setahun 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 Medis 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 diatur dalam 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 22**

- (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 23**

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

#### **Pasal 24**

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

#### **Pasal 25**

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

#### **Pasal 26**

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

#### **Pasal 27**

- (1) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan dan pembuatan risalah rapat Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas dinyatakan sah setelah tandatangani 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 28**

- (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 29**

- (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 30**

- (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 31**

- (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 32**

Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Pengelola Rumah Sakit ditentukan oleh Walikota dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam tugas pokok dan fungsi organisasi perangkat daerah Rumah Sakit.

**Bagian Ketiga**  
**Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur**

**Pasal 33**

- (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 perumahsakit;
  - 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 atau non 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 34**

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 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 35**

- (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 36**

- (1) Rapat Rutin diselenggarakan sekurang-kurangnya 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 37**

- (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 38**

- (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 39**

- (1) Komite adalah 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 dibawah 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 40**

- (1) Setiap Komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku I Peraturan Internal Korporasi.
- (2) Pengaturan mengenai Komite Medis akan diatur secara khusus dalam Bab tersendiri pada Buku II Peraturan Internal Staf Medis.

- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan lainnya akan diatur secara khusus dalam Buku Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nurshing Staf ByLaws*), dan buku Peraturan Internal Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

#### **Pasal 41**

- (1) Pejabat pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien membentuk komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf Medis, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), 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 Medis, Komite Keperawatan, Komite Tenaga kesehatan lainnya, Komite Etik dan Hukum, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Komite Mutu, Tim Farmasi dan Terapi serta komite lainnya yang dibutuhkan oleh rumah sakit.
- (3) Setiap 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 (4), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Rumah Sakit kepada yang bersangkutan.

#### **Bagian Kedua Komite Etik**

#### **Pasal 42**

- (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*);

- 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 dirumah 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 43**

- (1) Uraian tugas Tim Mutu
  - a. menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP;
  - b. memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP 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 Rumah Sakit maupun indikator mutu manajerial Rumah Sakit serta indikator keselamatan pasien;
  - e. mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, *clinical pathway* dan indikator mutu kunci;
  - f. melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi;
  - g. melakukan validasi data PMKP 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 PMKP.
- (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 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; dan

- 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 44**

- (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 pencegahan dan pengendalian infeksi 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 operasional prosedur 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. memberi usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam 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 menyebar-luaskan data resistensi antibiotika;
  - n. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3);
  - o. turut menyusun kebijakan *clinical governance* dan *patient safety*;
  - p. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - 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 kerumahtanggaan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - d. mempersiapkan dan melaksanakan kegiatan intern organisasi yang telah dijadwalkan secara tertib dan bertanggungjawab; dan
  - e. melaksanakan tugas lain dari Ketua.
- (4) Tugas dan Tanggung Jawab IPCN
- a. memonitor kejadian infeksi di ruangan setiap hari;
  - b. memonitor penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi, standar operasional prosedur 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 lain-lain;
  - i. memonitor kesehatan lingkungan;
  - j. memonitor penggunaan antibiotika yang rasional;
  - k. mendesain, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi surveilans infeksi;

- l. memberikan motivasi & 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 PPIRS;
  - p. memprakarsai penyuluhan bagi petugas kesehatan, pengunjung dan keluarga tentang topik infeksi yang sedang berkembang di masyarakat, infeksi dengan insiden tinggi.
  - q. mengkoordinasi pencegahan dan pengendalian infeksi antara unit.
- (5) Tugas IPCLN sebagai perawat pelaksana harian/penghubung :
- a. mengisi dan mengumpulkan formulir surveilans setiap pasien di unit rawat inap masing-masing, kemudian menyerahkan kepada Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (IPCN) 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 (IPCN) apabila ada kecurigaan adanya infeksi nosokomial pada pasien;
  - d. berkoordinasi kepada Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (IPCN) 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;
  - f. melaksanakan tata laksana dan penyuluhan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit

**Bagian Kelima**  
**Tim Farmasi dan Terapi**

**Pasal 45**

- (1) Dalam rangka 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 paling sedikit 2 (dua) bulan sekali dan untuk Rumah Sakit besar rapat diadakan sekali 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:
- mengembangkan kebijakan tentang penggunaan obat di Rumah Sakit;
  - melakukan seleksi dan evaluasi obat yang akan masuk dalam formularium Rumah Sakit;
  - mengembangkan standar terapi;
  - mengidentifikasi permasalahan dalam penggunaan obat;
  - melakukan intervensi dalam meningkatkan penggunaan obat yang rasional;
  - mengkoordinir penatalaksanaan reaksi obat yang tidak dikehendaki;
  - mengkoordinir penatalaksanaan *medication error*;
  - menyebarkan informasi terkait kebijakan penggunaan obat di Rumah Sakit.

### **Bagian Keenam Satuan Pemeriksaan Internal**

#### **Pasal 46**

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

#### **Pasal 47**

- Satuan Pemeriksaan Internal bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit.
- Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Satuan Pemeriksaan Internal 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 intern yang ditugaskan oleh Direktur Rumah Sakit;
  - d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
  - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, 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 48**

- (1) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di rumah sakit.
- (2) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal 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**

#### **Pasal 49**

Peraturan internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) bertujuan:

- a. agar Komite Medis dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi; dan
- b. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite Medis.

### **BAB VII STAF MEDIS**

#### **Bagian Kesatu Umum**

#### **Pasal 50**

- (1) Staf Medis dalam menjalankan tugas profesi/ praktik kedokteran dilingkungan Rumah Sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggungjawab gugat secara proporsional.
- (2) Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat kelompok staf Medis dan tingkat Rumah Sakit.

- (3) Untuk menjadi Staf Medis harus memenuhi persyaratan :
- mempunyai ijazah dari fakultas kedokteran/ kedokteran gigi yang diakui pemerintah;
  - mempunyai Surat Tanda Registrasi (STR);
  - memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Kota Padang Panjang;
  - memiliki Surat Penugasan Klinis dari Direktur RSUD Kota Padang Panjang;
  - mempunyai surat penugasan bagi pegawai negeri sipil;
  - mengikuti program pengenalan tugas/ program orientasi bagi staf Medis fungsional baru; dan
  - mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

## **Bagian Kedua Penerimaan dan Pemberhentian**

### **Pasal 51**

- Penerimaan calon Staf Medis dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional penerimaan Staf Medis yang disusun oleh Kepala Bidang Pelayanan bersama-sama dengan Komite Medis.
- Penerimaan dan penempatan Staf Medis ditetapkan oleh Direktur dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medis.
- Bagi Staf Medis yang telah pensiun dan ingin bekerja kembali pada RSUD Kota Padang Panjang, maka dalam waktu 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan untuk mengajukan permohonan untuk bekerja kembali sebagai dokter tidak tetap.

### **Pasal 52**

Staf Medis dinyatakan berhenti baik secara tetap atau sementara apabila:

- meninggal dunia;
- pensiun;
- mengundurkan diri;
- pindah tugas dari lingkungan RSUD Kota Padang Panjang; dan
- tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang berlaku di RSUD Kota Padang Panjang.

## **Bagian Ketiga Tugas, Fungsi, dan Tanggung Jawab**

### **Pasal 53**

- Tugas Staf Medis adalah sebagai berikut :
  - memberikan pelayanan medis sesuai dengan bidang tugas dan keahlian;
  - menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan; dan
  - meningkatkan kemampuan profesinya melalui program pendidikan/ pelatihan berkelanjutan.
- Dalam melaksanakan tugas, Staf Medis pada RSUD Kota Padang Panjang melaksanakan fungsi sebagai pelaksana pelayanan Medis.
- Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, Staf Medis bertanggung jawab:
  - menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat jalan yang menjadi tanggung jawabnya saat pelayanan;

- b. menyelesaikan dan melengkapi rekam medis pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya dalam waktu 1 x 24 jam;
- c. memberikan pertolongan pertama pada pasien gawat darurat sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya;
- d. berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan RSUD Kota Padang Panjang.

**Bagian Keempat**  
**Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis**

**Pasal 54**

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Kepala Bidang Pelayanan dan/atau Komite Medis.
- (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 Medis.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan.
- (5) Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

**Bagian Kelima**  
**Kelompok Staf Medis**

**Pasal 55**

- (1) Staf Medis yang berwenang memberikan pelayanan medis dikelompokkan ke dalam masing-masing kelompok Staf Medis sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (2) Kelompok Staf Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (3) Dalam hal tidak terdapat Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang sama maka dapat dilakukan penggabungan Staf Medis dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu kelompok Staf Medis.
- (4) Kelompok Staf Medis terdiri dari :
  - a. kelompok Staf Medis Penyakit Dalam, Kulit dan Kelamin;
  - b. kelompok Staf Medis Jantung dan Paru;
  - c. kelompok Staf Medis Anak;
  - d. kelompok Staf Medis Obstetri dan Ginekologi;
  - e. kelompok Staf Medis Bedah, Ortopedi dan Anastesi;
  - f. kelompok Staf Medis Saraf, Jiwa dan Rehabilitasi Medis;
  - g. kelompok Staf Medis Patologi Klinik dan Radiologi;
  - h. kelompok Staf Medis Mata dan THT;
  - i. kelompok Staf Medis Dokter Umum; dan
  - j. kelompok Staf Medis Dokter Gigi.
- (5) Pelaksanaan perubahan nama, penambahan dan pengurangan Kelompok Staf Medis dapat dilakukan sesuai peraturan yang berlaku dan ketentuan lebih lanjut diatur dalam Keputusan Direktur

### **Pasal 56**

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh seorang Ketua.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua Kelompok Staf Medis dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Staf Medis.
- (3) Ketua Kelompok Staf Medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan.
- (4) Tugas Ketua Kelompok Staf Medis adalah mengkoordinasikan semua kegiatan anggota kelompok Staf Medis, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok Staf Medis.

### **Pasal 57**

- (1) Pemilihan calon Ketua Kelompok Staf Medis dilakukan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Ketua Kelompok Staf Medis diangkat oleh Direktur dari calon yang diajukan.
- (3) Dalam menentukan pilihan Ketua Kelompok Staf Medis, Direktur dapat meminta pendapat dari Komite Medis.
- (4) Anggota Kelompok Staf Medis yang mendapat tugas dalam jabatan struktural atau non struktural dalam Rumah Sakit tetap menjadi anggota Kelompok Staf Medis dengan mengutamakan tugas dalam jabatan tersebut.

### **Bagian Keenam Mitra Bestari**

### **Pasal 58**

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Mitra Bestari tidak terbatas dari staf medis yang ada di Rumah Sakit, tetapi dapat juga 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.
- (3) Mitra Bestari yang berasal dari luar rumah sakit dapat ditunjuk sebagai panitia *ad hoc* untuk membantu Komite Medis melakukan kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di Rumah Sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai panitia *ad hoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Medis.

**Bagian Ketujuh**  
**Dokter Penanggung Jawab Pelayanan**

**Pasal 59**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan Staf Medis yang diberikan tugas sebagai penanggung jawab dalam pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bagi pasien gawat darurat adalah Staf Medis yang melaksanakan tugas jaga pada instalasi gawat darurat pada saat pasien masuk instalasi gawat darurat.
- (3) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pada pelayanan rawat jalan adalah Staf Medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bagi pasien rawat inap ditentukan berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan terhadap pasien paling lambat 12 (dua belas) jam sesudah pasien masuk rawat inap.

**Pasal 60**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bertugas:
  - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang bila dierlukan, diagnosa penyakit dan pemberian terapi serta melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
  - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
  - c. memberikan edukasi kepada pasien; dan
  - d. melakukan presentasi kasus medis dihadapan komite medis apabila diperlukan.
- (3) Dalam hal kondisi pasien memerlukan penanganan lebih lanjut di luar kompetensi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan pertama dapat mengalihkan kepada Staf Medis lain yang berkompeten melalui mekanisme konsul.
- (4) Dalam hal kondisi pasien memerlukan rawat bersama beberapa disiplin ilmu kedokteran, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Utama tetap menjadi penanggung jawab pasien.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai teknis pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ditetapkan oleh Direktur.

**BAB VIII**  
**KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)**

**Pasal 61**

- (1) Kewenangan klinis merupakan kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.

- (2) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang Staf Medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis.
- (3) Penetapan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
- (4) Kewenangan klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan Kewenangan klinis (*clinical appraisal*) (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial dan atau rekredensial) berupa surat rekomendasi dari Komite Medis, dengan mengacu pada:
  - a. standar profesi dari organisasi profesi;
  - b. standar pendidikan;
  - c. standar kompetensi dari kolegium;
  - d. kesehatan fisik, kesehatan mental dan perilaku (*behaviour*) Staf Medis.
- (5) Dalam hal terdapat kewenangan klinis yang dapat dilakukan oleh lebih dari satu Kelompok Staf Medis, maka keputusan penentuan kewenangan ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Komite Medis.

## **Pasal 62**

- (1) Kewenangan Klinis akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.
- (2) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka Staf Medis harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Kelompok Staf Medis terkait.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon dan ditembuskan kepada Komite Medis dan Kelompok Staf Medis terkait.

## **Pasal 63**

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical govermence*) yang baik, Komite Medis dapat memberi rekomendasi kepada Direktur untuk melakukan pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan kewenangan klinis.
- (2) Pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan kewenangan klinis dapat dilakukan apabila Staf Medis dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan Medis yang berlaku dan/atau tidak sesuai bila dipandang dari sudut kinerja klinis, sudut etik profesi dan sudut hukum.
- (3) Untuk menjaga mutu pelayanan rumah sakit, Direktur dapat melakukan pencabutan, pencabutan sementara atau pembatasan kewenangan klinis seorang Staf Medis tanpa adanya rekomendasi Komite Medis.

#### **Pasal 64**

- (1) Kewenangan Klinis yang telah dicabut dapat diberikan kembali bila Staf Medis dianggap telah pulih kompetensinya.
- (2) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, Komite Medis akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (3) Komite Medis dapat merekomendasikan kepada Direktur untuk memberikan kembali kewenangan klinis tertentu kepada Staf Medis setelah melalui proses pembinaan.

#### **Pasal 65**

Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur RSUD Kota Padang Panjang.

#### **Pasal 66**

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.

### **BAB IX**

#### **PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)**

#### **Pasal 67**

- (1) Setelah melalui proses Kredensial Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medis.
- (3) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:
  - a. ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan; atau
  - b. kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap; atau
  - c. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*clinical privilege*) atau kontrak; atau
  - d. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medis; atau
  - e. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau

- f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.
- (5) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketentuan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak).

## **BAB X KOMITE MEDIS**

### **Bagian Kesatu Umum**

#### **Pasal 68**

- (1) Komite Medis merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Pembentukan Komite Medis bertujuan untuk menyelenggarakan tatakelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan Medis dan keselamatan pasien dapat lebih terjamin dan terlindungi.
- (3) Tugas Komite Medis adalah meningkatkan profesionalisme Staf Medis dengan:
  - a. melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (4) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medis berwenang :
  - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
  - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) 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 69**

- (1) Susunan organisasi Komite Medis terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. wakil ketua
  - c. sekretaris; dan
  - d. subkomite.
- (2) Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, terdiri atas:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (3) Keanggotaan Komite Medis ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

- (4) Komite Medis dipimpin oleh seorang ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medis yang ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun dan dapat ditetapkan kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan dengan mempertimbangkan masukan dari seluruh ketua kelompok Staf Medis.
- (5) Sekretaris Komite Medis dan Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medis dengan memperhatikan masukan dari staf medis.

## **Bagian Kedua Rapat Komite Medis**

### **Pasal 70**

- (1) Rapat Komite Medis dan Sub Komite Medis dilaksanakan untuk mengambil keputusan Komite Medis.
- (2) Mekanisme pengambilan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
- (3) Rapat dan tata cara pelaksanaan rapat diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medis.

## **BAB XI PENGORGANISASIAN SUB KOMITE**

### **Bagian Kesatu Sub Komite Kredensial**

#### **Pasal 71**

Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda dan ditetapkan serta diangkat oleh serta bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medis.

#### **Pasal 72**

Tugas dan Wewenang Sub Komite Kredensial antara lain:

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

### **Pasal 73**

Proses Kredensial yang dilakukan oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen:

- a. Kompetensi
  1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
  2. kognitif;
  3. afektif;
  4. psikomotor.
- b. Kompetensi fisik;
  1. Kompetensi mental/perilaku;
  2. Perilaku etis (ethical standing).

### **Pasal 74**

- (1) Proses Kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (2) Proses Kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub Komite Kredensial dengan persetujuan Direktur.
- (3) Setelah dilakukannya proses Kredensial, Komite Medis akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang Staf Medis.
- (4) Kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

### **Pasal 75**

- (1) Sub Komite Kredensial melakukan Rekredensial bagi setiap Staf Medis dalam hal :
  - a. masa berlaku surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*) yang dimiliki oleh Staf Medis telah habis masa berlakunya;
  - b. Staf Medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
  - c. Staf Medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses Rekredensial Sub Komite Kredensial dapat memberikan rekomendasi:
  - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Sub Komite Kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi Staf Medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

**Bagian Kedua**  
**Sub Komite Mutu Profesi**

**Pasal 76**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medis.

**Pasal 77**

Tugas dan wewenang Sub Komite Mutu Profesi antara lain:

- a. menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas pelayanan 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*), yang dilakukan dengan mengusulkan penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan;
- b. melakukan audit medis;
- c. mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/P2KGB) bagi tenaga medis;
- 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 78**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi dalam menjaga Mutu Profesi medis dilakukan dengan pemantauan dan pengendalian Mutu Profesi melalui:
  - a. memantau kualitas, melalui morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
  - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, melalui pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.
- (2) Audit medis yang dilakukan oleh Sub Komite Mutu Profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan peer-review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (3) Hasil dari audit medis dapat digunakan sebagai :
  - a. sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. dasar bagi komite Medis dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);

d. dasar bagi komite Medis dalam merekomendasikan perubahan/ modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

### **Pasal 79**

- (1) Sub Komite Mutu Profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok Staf Medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok Staf Medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (4) Bagian Pendidikan, Penelitian, Instalasi Pendidikan dan Pelatihan memfasilitasi kegiatan ilmiah yang dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi serta mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Sub Komite Mutu Profesi menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

### **Bagian Ketiga**

#### **Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**

### **Pasal 80**

- (1) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri atas 3 orang Staf Medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian Subkomite etika dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medis.

### **Pasal 81**

Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mempointai tugas antara lain:

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

### **Pasal 82**

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional Staf Medis, antara lain:

- a. pedoman pelayanan kedokteran;
- b. prosedur kerja pelayanan;
- c. daftar kewenangan klinis;

- d. standar kompetensi kedokteran;
- 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 medis/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional pelayanan medis.

### **Pasal 83**

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri 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 Medis dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit atau Kepala/Direktur Rumah Sakit terlapor.
- (3) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat melibatkan Mitra Bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit.
- (4) Pengikutsertaan Mitra Bestari yang berasal dari luar Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medis.

### **Pasal 84**

- (1) Staf Medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Medis.
- (2) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikut sertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etik.

## **BAB XII PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT**

### **Pasal 85**

- (1) Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) 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 Medis.

**BAB XIII**  
**KETENTUAN PENUTUP**

**Pasal 86**

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) RSUD Kota Padang Panjang ini berlaku pada tanggal diundangkan.
- (2) Semua peraturan rumah sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) RSUD Kota Padang Panjang ini, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
- (3) Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Walikota ini, sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya diatur lebih lanjut dalam Keputusan Direktur.

Ditetapkan di Padang Panjang  
pada tanggal 8 Mei 2017

**WALIKOTA PADANG PANJANG,**

**dto**

**HENDRI ARNIS**

Diundangkan di Padang Panjang  
pada tanggal 8 Mei 2017

**PLT. SEKRETARIS DAERAH KOTA PADANG PANJANG,**

**dto**

**INDRA GUSNADY**

**BERITA DAERAH KOTA PADANG PANJANG TAHUN 2017 NOMOR 13**