



SALINAN

BUPATI BANYUMAS  
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI BANYUMAS

NOMOR 56 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*)  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG  
KABUPATEN BANYUMAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANYUMAS,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mengatur peran dan fungsi Pemilik, Pengelola, dan Staf Medis RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas telah ditetapkan Peraturan Bupati Banyumas Nomor 78 Tahun 2011 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Pada RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas;
- b. bahwa dengan semakin berkembangnya RSUD Ajibarang maka Peraturan Bupati sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu untuk disesuaikan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang Kabupaten Banyumas;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek 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 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
  7. 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 Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);

9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 Tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772 / MENKES / SK/VI /2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Banyumas Nomor 16 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2016 Nomor 1 Seri D);
16. Peraturan Bupati Banyumas Nomor 10 Tahun 2011 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas (Berita Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2011 Nomor 10);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG KABUPATEN BANYUMAS.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Banyumas.
2. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Banyumas.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang Kabupaten Banyumas.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang Kabupaten Banyumas.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
7. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) adalah Peraturan Organisasi Rumah Sakit (*Corporate By Laws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan Tata Kelola Perusahaan Yang Baik (*good corporate governance*) dan Tata Kelola Klinis Yang Baik (*good clinical governance*).
8. Tata Kelola Korporasi (*Corporate By Laws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara Pemerintah Daerah sebagai Pemilik dengan Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola dan Staf Medik rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medik di rumah sakit.
9. Tata Kelola Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah peraturan internal yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staf Medis di rumah sakit.

10. Tata Kelola Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit.
11. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang, yaitu Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas.
12. Pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Pejabat Pengelola adalah pimpinan BLUD yang bertanggungjawab terhadap kinerja operasional BLUD yang terdiri dari Direktur, Pejabat Pengelola Keuangan dan Pejabat Teknis.
13. Pejabat Pengelola Keuangan adalah Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan.
14. Pejabat Teknis adalah Kepala Bidang pada rumah sakit.
15. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran.
16. Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang selanjutnya disingkat DPA adalah dokumen yang memuat pendapatan dan biaya, proyeksi arus kas, jumlah dan kualitas barang dan atau jasa yang dihasilkan dan atau jumlah dan kualitas barang dan atau jasa yang dihasilkan dan/atau digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
17. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit, termasuk tindakan medis diagnostik maupun terapeutik.
18. Staf medis konsultan tamu adalah seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah diketahui memiliki reputasi tinggi dibidang keahliannya yang diminta oleh rumah sakit untuk melakukan tindakan medis tertentu untuk jangka waktu tertentu.
19. Dewan Pengawas Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah perangkat yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

20. Komite Rumah Sakit adalah perangkat khusus yang dibentuk dengan Keputusan Direktur sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk tujuan dan tugas tertentu.
21. 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.
22. Komite Etik adalah suatu perangkat organisasi non struktural yang dibentuk dalam rumah sakit untuk membantu pimpinan rumah sakit dalam melaksanakan Kode Etik Rumah Sakit di Indonesia (KODERSI).
23. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
24. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan/atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.
25. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
26. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
27. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap tenaga kesehatan untuk menentukan kelayakan diberikan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*).
28. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap tenaga kesehatan yang telah memiliki Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
29. Privileging adalah proses yang dilakukan untuk memperoleh kewenangan klinis (*clinical privilege*) dari Direktur setelah dilakukan kredensialing atau rekredensialing.

30. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medik yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medik yang dilaksanakan oleh profesi medik.
31. Satuan Pemeriksaan Internal adalah perangkat rumah sakit yang bertugas melakukan pemeriksaan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
32. Mitra Bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

Maksud ditetapkannya Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) adalah sebagai pedoman yang mengatur hubungan antara Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pemeriksaan Internal, Staf Medis, Tenaga Keperawatan, Tenaga Kesehatan lain, Tenaga non kesehatan, serta seluruh komponen di rumah sakit agar dapat berjalan secara efektif, efisien, berkualitas, selaras, dan seimbang.

### Pasal 3

Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah :

- a. sebagai acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- b. sebagai acuan Pengelola dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis manajerial atau operasional;
- c. sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
- d. sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
- e. sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

- f. meningkatkan profesionalisme pelayanan kesehatan secara lebih efektif dan efisien, fleksibilitas dan akuntabilitas pengelolaan dana serta optimalisasi pemanfaatan teknologi; dan
- g. meningkatkan harmonisasi tata kerja, prosedur kerja, tugas dan fungsi serta memberdayakan Sumber Daya Manusia pada Rumah Sakit melalui pelayanan medis, asuhan/pelayanan, keperawatan/kebidanan, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan rujukan medis dan non medis, serta pelayanan administrasi dan keuangan dengan didasarkan pada praktek bisnis yang sehat.

BUKU KESATU  
PERATURAN INTERNAL KORPORASI  
(CORPORATE BY LAWS)

BAB I  
IDENTITAS

Bagian Kesatu  
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4

- (1) Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang Kabupaten Banyumas.
- (2) Bentuk Rumah Sakit adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang Kabupaten Banyumas yang telah ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) penuh.
- (3) Rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Kelas C yang terletak di Jalan Raya Pancasan Ajibarang Kabupaten Banyumas Provinsi Jawa Tengah, Kode Pos 53163.

Bagian Kedua  
Visi, Misi, Motto dan Tujuan

Pasal 5

Visi RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas adalah “Menjadi Rumah Sakit Unggulan dengan Pelayanan Profesional”.

## Pasal 6

Misi RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas adalah “Menyelenggarakan Pelayanan Bermutu yang Berorientasi pada Pasien”.

## Pasal 7

Motto RSUD Ajibarang Kabupaten Banyumas adalah CERIA (Cepat, Efisien, Ramah, Ikhlas dan Aman).

## Pasal 8

(1) Guna mewujudkan Visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Rumah Sakit mempunyai tujuan strategis yaitu :

- a. meningkatkan profesionalisme dan kualitas pelayanan untuk mewujudkan kemandirian rumah sakit sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD);
- b. meningkatkan kualitas pelayanan dalam rangka mewujudkan rumah sakit unggulan, rujukan dan kebanggaan masyarakat Banyumas;
- c. memenuhi tenaga dokter spesialis yang belum ada guna peningkatan layanan; dan
- d. mengembangkan produk pelayanan dan sarana prasarana dalam rangka menjawab tuntutan, kebutuhan dan harapan masyarakat akan pelayanan yang lengkap, cepat, tepat dan murah.

(2) Rumah Sakit wajib mensosialisasikan Visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, serta Motto sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 kepada seluruh pegawai, pengunjung dan masyarakat luas.

(3) Sosialisasi Visi, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, serta Motto sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, dilaksanakan dengan cara :

- a. secara verbal, dilaksanakan dengan cara : disampaikan/dibacakan pada saat apel, upacara dan atau pada saat rapat diruangan oleh manajemen, Pokja atau pejabat/personel yang ditunjuk.
- b. secara visual.

c. secara elektronik, dilaksanakan dengan cara diunggah di situs Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang.

- (4) Perubahan Visi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 serta Motto sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, dapat dilakukan menyesuaikan dengan perkembangan situasi keadaan dan tuntutan kebutuhan organisasi dan masyarakat.

### Bagian Ketiga

#### Nilai-Nilai Dasar, Falsafah dan Logo

##### Pasal 9

Nilai – nilai dasar yang dianut oleh Rumah Sakit adalah Profesionalisme, Tanggung Jawab, dan Kerjasama dengan penjabaran sebagai berikut :

1. Profesionalisme dalam melakukan tugas berlandaskan kaidah ilmiah, konseptual, analisis dan teknis dalam bekerja yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan serta tidak bertentangan dengan norma yang berlaku dimasyarakat dengan ciri-ciri bertanggung jawab, inovatif, kreatif dan optimis serta dasari rasionalitas dan etika profesi;
2. Tanggung Jawab dengan menggunakan kemampuan dan kemauan untuk menyelesaikan pekerjaan dengan baik dan tepat waktu serta berani memikul akibat atas putusan dan tindakan yang dilakukan; dan
3. Kerjasama dengan semua stakeholder untuk mencapai hasil guna dan daya guna yang optimal.

##### Pasal 10

Falsafah Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang adalah :

1. Bekerja dengan ikhlas, menjaga amanah dan semangat kebersamaan;
2. Ramah, kasih sayang, saling menghargai dan keterbukaan; dan
3. Kepuasan dan keselamatan pasien merupakan tujuan utama.

##### Pasal 11

Logo Rumah Sakit adalah Logo Pemerintah Daerah, sebagai berikut :



## BAB II PEMILIK

### Pasal 12

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah.
- (2) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan kewenangannya bertanggungjawab atas kelangsungan hidup, kemajuan dan perkembangan rumah sakit.
- (3) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ikut bertanggungjawab atas terjadinya kerugian akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.
- (4) Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk membina dan mengawasi atas penyelenggaraan Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan bertanggungjawab sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan masyarakat.
- (5) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan tanggung jawab sebagaimana dimaksud pada ayat (4) mempunyai kewenangan :
  - a. menetapkan visi dan misi rumah sakit;
  - b. menetapkan peraturan terkait dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit;
  - c. mengangkat Direktur dan Pimpinan Rumah Sakit;
  - d. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - e. mengevaluasi kinerja Dewan Pengawas;
  - f. mengevaluasi kinerja Direktur minimal setahun sekali;
  - g. menyetujui dan mengesahkan Rencana Strategis Rumah Sakit;
  - h. melakukan evaluasi dan/atau meminta laporan mengenai kinerja Rumah Sakit menyangkut kinerja keuangan maupun non keuangan;
  - i. dalam rangka pengesahan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Bupati dapat mendelegasikan kewenangannya kepada direktur dan/ atau pejabat lain yang ditunjuk; dan

- j. mengalokasikan sumberdaya manusia dalam mencapai misi rumah sakit.
- (6) Pemerintah Daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran rumah sakit yang setelah diaudit secara independen bukan disebabkan oleh kesalahan dalam pengelolaan;
- (7) Pemerintah Daerah bertanggungjawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit.

### BAB III DEWAN PENGAWAS

#### Bagian Kesatu Kedudukan dan Keanggotaan

##### Pasal 13

Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independen dan bertanggungjawab kepada Pemilik Rumah Sakit.

##### Pasal 14

- (1) Dewan Pengawas beranggotakan 3 (tiga) orang atau 5 (lima) orang, sesuai dengan nilai jumlah aset dan/atau omset Rumah Sakit.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
  - a. Pejabat Pemerintah Daerah yang secara teknis membawahi Rumah Sakit;
  - b. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah;
  - c. Tenaga ahli/ tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit.

##### Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Masa jabatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

- (3) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (4) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (5) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebelum waktunya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), apabila:
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
  - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit, atau
  - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.

#### Pasal 16

- (1) Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah:
  - a. berkewarganegaraan Indonesia;
  - b. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan Rumah Sakit
  - c. dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - d. tidak pernah dinyatakan pailit;
  - e. tidak pernah menjadi anggota Pengelola;
  - f. tidak pernah dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit; dan
  - g. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan negara/ daerah.
- (2) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas adalah:
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris, atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;

- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

## Bagian Kedua

### Tugas, Wewenang dan kewajiban Dewan Pengawas

#### Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas dalam melaksanakan fungsi pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola mempunyai tugas :
  - 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 pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
  - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
  - g. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
  - h. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang :
  - a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
  - b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
  - c. meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) 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 by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
  - e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
  - f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (3) Dewan Pengawas berkewajiban:
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
  - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD;
  - c. melaporkan kepada Bupati tentang kinerja BLUD;
  - d. memberikan nasehat kepada pejabat pengelola dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
  - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan dan non keuangan serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh pejabat pengelola BLUD;
  - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja; dan
  - g. melaksanakan review Visi dan Misi Rumah Sakit setiap tahun sekali.
- (4) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya secara tertulis kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun dan sewaktu-waktu diperlukan.

### Bagian Ketiga

#### Sekretaris Dewan Pengawas

#### Pasal 18

- (1) Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.

- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bertanggungjawab terhadap pengelolaan kesekretariatan Dewan Pengawas, surat menyurat, laporan kegiatan, dan rapat-rapat.

Bagian Keempat  
Rapat dan Biaya Dewan Pengawas

Pasal 19

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu untuk melakukan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Pengelola.
- (2) Pengambilan Keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (3) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka Keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak oleh semua peserta rapat.
- (4) Rapat Dewan Pengawas sebagaimana ayat (1) terdiri dari :
  - a. Rapat Rutin;
  - b. Rapat Tahunan;
  - c. Rapat Khusus.
- (5) Rapat rutin sebagaimana pada ayat (4) huruf (a) dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun, bertujuan untuk mendiskusikan, klarifikasi, pemecahan berbagai permasalahan yang dilaporkan Direktur.
- (6) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf (b) dilaksanakan sekali dalam setahun, bertujuan untuk memberikan arah kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.
- (7) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf (c) dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.

- (8) Rapat Dewan Pengawas dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas dan apabila Ketua Dewan Pengawas berhalangan maka Rapat dipimpin oleh salah satu anggota Dewan Pengawas yang ditunjuk dalam Rapat Dewan Pengawas.
- (9) Segala biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas termasuk honorarium anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan pada rumah sakit dan dimuat dalam RBA.

## BAB IV PEJABAT PENGELOLA

### Bagian Kesatu Susunan Pejabat Pengelola

#### Pasal 20

Pejabat PPK-BLUD Rumah Sakit adalah pimpinan Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional Rumah Sakit, terdiri dari:

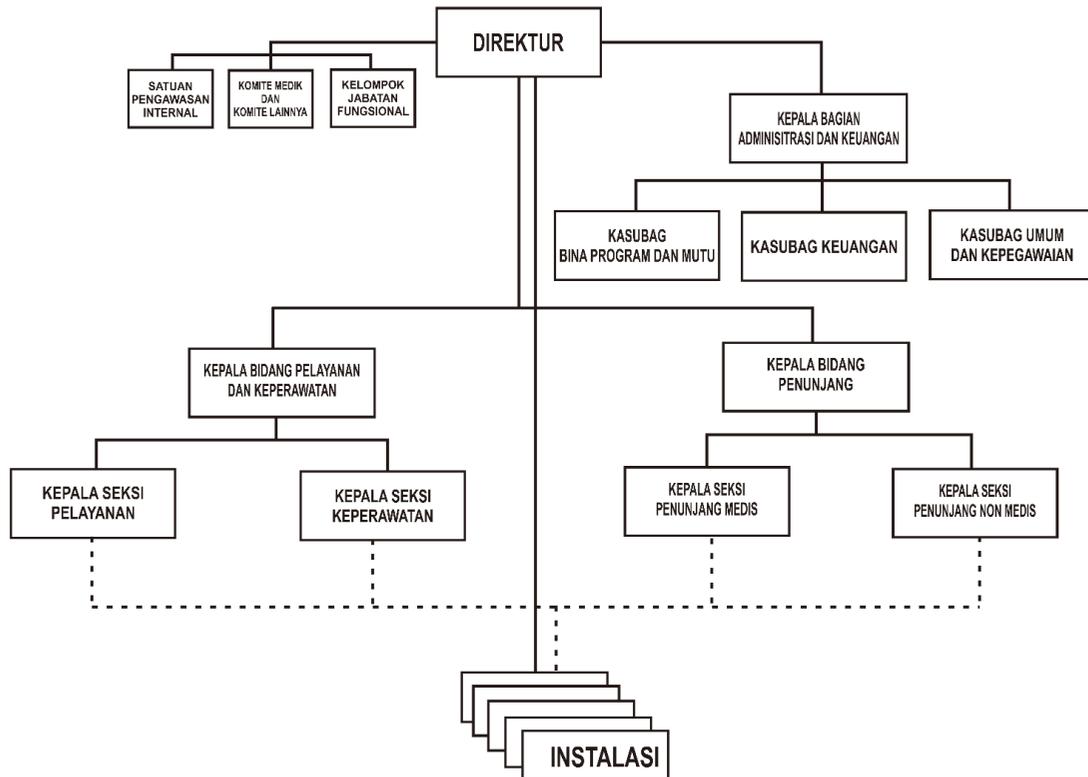
- a. Pemimpin yaitu Direktur;
- b. Pejabat Keuangan yaitu Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan;  
dan
- c. Pejabat Teknis yaitu Kepala Bidang.

#### Pasal 21

- (1) Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan membawahi :
  - a. Kepala Subbag Umum dan Kepegawaian;
  - b. Kepala Subbag Keuangan;
  - c. Kepala Subbag Bina Program dan Mutu.
- (2) Kepala Bidang Pelayanan dan Keperawatan membawahi :
  - a. Kepala Seksi Pelayanan; dan
  - b. Kepala Seksi Keperawatan.
- (3) Kepala Bidang Penunjang membawahi :
  - a. Kepala Seksi Penunjang Medis; dan
  - b. Kepala Seksi Penunjang Non Medis.

(4) Bagan Struktur Organisasi Rumah Sakit sebagai berikut :

**STRUKTUR ORGANISASI  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG  
KABUPATEN BANYUMAS**



Bagian Kedua

Pengangkatan Pejabat Pengelola

Pasal 22

- (1) Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yaitu memiliki kemampuan dan keahlian berupa pengetahuan, keterampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas jabatannya.
- (3) Kebutuhan praktek bisnis yang sehat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan kepentingan BLUD Rumah Sakit untuk meningkatkan kinerja keuangan dan non keuangan berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik.
- (4) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil dan/atau Non Pegawai Negeri Sipil yang profesional sesuai dengan kebutuhan.

- (5) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat dipekerjakan secara tetap atau berdasarkan kontrak.
- (6) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (7) Pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola BLUD Rumah Sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam meningkatkan pelayanan.

#### Pasal 23

- (1) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pimpinan BLUD Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (3) Pejabat Keuangan dan Pejabat Teknis BLUD Rumah Sakit bertanggungjawab kepada Pimpinan BLUD.

#### Pasal 24

- (1) Direktur BLUD Rumah Sakit merupakan Pejabat Pengguna Anggaran/Barang Daerah.
- (2) Dalam hal Direktur BLUD Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Non PNS, Pejabat Keuangan BLUD Rumah Sakit wajib berasal dari PNS yang merupakan Pejabat Pengguna Anggaran/Barang Daerah.

#### Bagian Ketiga

#### Persyaratan Pejabat Pengelola

#### Pasal 25

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur, adalah:

- a. tenaga medis yang mempunyai kemampuan, keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahnyasakitana serta memiliki latar belakang pendidikan dokter spesialis/dokter gigi spesialis/dokter umum dan atau dokter gigi;

- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit; dan
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.

#### Pasal 26

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bagian Administrasi dan Keuangan, adalah:

- a. seseorang yang mempunyai kriteria keahlian, integritas dalam kepemimpinan serta memiliki latar belakang pendidikan paling rendah Sarjana Strata 1 (satu).
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit.
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.

#### Pasal 27

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan dan Keperawatan :

- a. Tenaga medis yang mempunyai kemampuan, keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan medis serta memiliki latar belakang pendidikan Dokter ;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit; dan
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.

#### Pasal 28

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang adalah:

- a. Tenaga medis yang mempunyai kemampuan, keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan penunjang medis serta memiliki latar belakang pendidikan Dokter ;
- b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian rumah sakit; dan
- c. memenuhi syarat administrasi kepegawaian dan kualifikasi jabatan.

Bagian Keempat  
Pemberhentian Pejabat Pengelola

Pasal 29

- (1) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil, diberhentikan berdasarkan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pejabat Pengelola BLUD Rumah Sakit yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil, diberhentikan karena:
  - a. meninggal dunia;
  - b. berhalangan secara tetap selama 3 (tiga) bulan berturut-turut;
  - c. tidak melaksanakan tugas dan kewajibannya dengan baik;
  - d. melanggar kebijakan atau ketentuan-ketentuan lain yang telah ditetapkan;
  - e. mengundurkan diri karena alasan yang patut;
  - f. terlibat dalam tindakan yang merugikan BLUD, atau;
  - g. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan / atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya.

Bagian Kelima

Tugas, Kewajiban dan Fungsi Pejabat Pengelola

Pasal 30

- (1) Direktur selaku pemimpin BLUD Rumah Sakit mempunyai tugas dan kewajiban:
  - a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD;
  - b. menyusun renstra bisnis BLUD;
  - c. menyiapkan RBA;
  - d. menetapkan kebijakan, pedoman dan prosedur rumah sakit,
  - e. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati sesuai ketentuan;
  - f. menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
  - g. menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Bupati;

- h. mengumumkan atau mempublikasikan Visi, Misi dan Motto rumah sakit;
  - i. mengusulkan dan menjalankan Visi dan Misi rumah sakit;
  - j. menilai dan mengevaluasi kinerja Pejabat Pengelola Keuangan dan Pejabat Teknis BLUD;
  - k. menetapkan Komite Rumah Sakit;
  - l. menyetujui program mutu rumah sakit, menerima laporan dan menindaklanjuti laporan Komite Mutu dan keselamatan pasien dan Komite lainnya di Rumah Sakit;
  - m. mengusulkan kebijakan strategis rumah sakit kepada Dewan Pengawas;
  - n. menjamin kepatuhan terhadap undang-undang dan peraturan yang berlaku;
  - o. menjamin kepatuhan terhadap kebijakan rumah sakit yang telah ditetapkan;
  - p. menjamin adanya review berkala terhadap misi rumah sakit; dan
  - q. menanggapi dan memberikan respon atas laporan lembaga pengawas eksternal dan regulator.
- (2) Direktur BLUD Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab umum operasional dan keuangan BLUD.

### Pasal 31

- (1) Pejabat Pengelola Keuangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf b mempunyai tugas dan kewajiban :
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis dibidangnya;
  - b. melaksanakan kegiatan sesuai RBA rumah sakit
  - c. mengoordinasikan penyusunan RBA rumah sakit;
  - d. menyiapkan DPA rumah sakit;
  - e. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya;
  - f. menyelenggarakan pengelolaan kas;
  - g. melakukan pengelolaan utang piutang;
  - h. menyusun kebijakan pengelolaan barang, asset tetap dan investasi;
  - i. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan; dan

- j. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.
- (2) Pejabat Pengelola Keuangan dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab keuangan rumah sakit.

#### Pasal 32

- (1) Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 huruf c mempunyai tugas dan kewajiban :
- a. menyusun perencanaan kegiatan teknis dibidangnya;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA rumah sakit; dan
  - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional dibidangnya.
- (2) Pejabat Teknis dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai fungsi sebagai penanggungjawab teknis di bidang masing- masing.
- (3) Tanggungjawab Pejabat Teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.

#### Bagian Keenam

##### Evaluasi Pejabat Pengelola dan Pegawai

#### Pasal 33

- (1) untuk mewujudkan tata kelola yang baik, diperlukan evaluasi kinerja pejabat pengelola dan seluruh pegawai, baik PNS maupun Non PNS.
- (2) Evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan setiap 1 (satu) tahun sekali.
- (3) Format Evaluasi kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan keputusan Direktur.

#### Bagian Ketujuh

##### Rapat Pejabat Pengelola dan Rapat Rumah Sakit

#### Pasal 34

- (1) Rapat Pejabat Pengelola adalah rapat yang dihadiri oleh Pejabat Pengelola untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai tugas dan fungsi Pejabat Pengelola rumah sakit.

- (2) Rapat Rumah Sakit adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pejabat Pengelola dan dihadiri oleh seluruh Pejabat Pengelola, Komite-Komite, Satuan Pemeriksaan Internal, Kepala Unit Kerja, Staf Medis, dan semua unsur rumah sakit terkait, untuk membahas dan mengoordinasikan hal-hal yang berhubungan dengan pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit dalam rangka peningkatan mutu dan pelayanan rumah sakit.
- (3) Rapat Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :
  - a. Rapat Rutin;
  - b. Rapat Khusus.
- (4) Rapat Pejabat Pengelola dan rapat rumah sakit apabila diperlukan dapat dihadiri oleh Dewan Pengawas.
- (5) Pengambilan keputusan rapat Pejabat Pengelola harus diupayakan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
- (6) Dalam hal tidak tercapai mufakat sebagaimana dimaksud pada ayat (5), maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (7) Setiap rapat dibuat risalah rapat.
- (8) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf (a) dilaksanakan satu minggu sekali.
- (9) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud ayat (3) huruf (b) dilaksanakan pada waktu-waktu tertentu untuk menetapkan hal-hal yang dianggap khusus.

## BAB V

### KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

#### Bagian Kesatu

#### Komite Rumah Sakit

#### Pasal 35

- (1) Komite rumah sakit terdiri dari :
  - a. Komite Medik;
  - b. Komite Etik dan Hukum;
  - c. Komite Keperawatan;
  - d. Komite Tenaga Kesehatan Profesional lainnya;

- e. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - f. Komite Farmasi dan Terapi;
  - g. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien;
  - h. Komite lainnya.
- (2) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan Rumah Sakit.
  - (3) Pembentukan Komite disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit.
  - (4) Komite bertanggungjawab kepada Direktur.

#### Pasal 36

- (1) Tiap-tiap Komite yang dibentuk mempunyai fungsi, tugas dan wewenang yang berbeda sesuai dengan fungsi, tugas dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Pengaturan mengenai Komite Medik diatur dalam Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) Peraturan Bupati ini.
- (3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat (1) huruf b menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf By Laws*) dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Pengaturan Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35 ayat 1 huruf d, huruf e, huruf f, huruf g dan huruf h secara lebih rinci diatur dan ditetapkan oleh Direktur.

#### Bagian Kedua

#### Komite Etik dan Hukum

#### Pasal 37

- (1) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

- (3) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya habis apabila :
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

#### Pasal 38

- (1) Tugas Komite Etik dan Hukum adalah :
  - a. memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;
  - b. membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit; dan
  - c. membantu Direktur melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan peraturan internal Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;

- b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit bagi petugas di Rumah Sakit; dan
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat ( 1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

### Bagian Ketiga Komite Keperawatan

#### Pasal 39

- (1) Dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik, Rumah Sakit membentuk Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

### Paragraf 1 Susunan Organisasi dan Keanggotaan

#### Pasal 40

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.

#### Pasal 41

Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang- kurangnya terdiri dari :

- a. Ketua Komite Keperawatan;
- b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
- c. Sub Komite.

#### Pasal 42

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan perilaku.
- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

#### Pasal 43

- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Keperawatan dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Ketua Komite dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

#### Pasal 44

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat ( 1) huruf c terdiri dari :
  - a. Subkomite Kredensial;
  - b. Subkomite Mutu Profesi; dan
  - c. Subkomite Etik dan Displin Profesi.
- (2) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertugas merekomendasi kewenangan klinis yang adekuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.

- (3) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

#### Pasal 45

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
  - b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
  - a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
  - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
  - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
  - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
  - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
  - a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
  - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
  - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

#### Pasal 46

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang :
- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan klinis;
  - b. memberikan rekomendasi perubahan rincian kewenangan klinis;
  - c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan klinis tertentu;
  - d. memberikan rekomendasi surat Penugasan klinis;
  - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
  - f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
  - g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

#### Bagian Empat

#### Satuan Pemeriksaan Internal

#### Pasal 47

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

- (2) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila :
  - a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
  - f. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (5) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

#### Pasal 48

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah kelompok fungsional yang mempunyai fungsi membantu Direktur dalam pengawasan dan pengendalian internal terhadap pendayagunaan pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Dalam menyelenggarakan fungsinya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Satuan Pemeriksaan Internal mempunyai tugas sebagai berikut:
  - a. menyusun pedoman pemeriksaan internal;
  - b. menyusun petunjuk pelaksanaan kerja dan/atau tata kerja pemeriksaan internal;

- c. menyusun rencana dan program pelaksanaan Satuan Pemeriksaan Internal yang meliputi pemeriksaan administrasi keuangan, pemeriksaan administrasi umum dan kepegawaian, pemeriksaan administrasi pelayanan terhadap seluruh unsur di lingkungan Rumah Sakit yang menggunakan sumber daya Rumah Sakit;
  - d. melaksanakan pemeriksaan pengelolaan operasional terhadap aspek efektivitas pencapaian tujuan setiap kegiatan, efisiensi penggunaan sumber daya, keandalan data/informasi dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - e. menyusun dan membuat dokumentasi kegiatan pemeriksaan/audit internal kinerja Rumah Sakit;
  - f. melaporkan hasil pemeriksaan (LHP) kinerja Rumah Sakit yang mencakup hasil pemeriksaan serta saran/ rekomendasi tindakan pemecahan yang bersifat pencegahan dan penyelesaian masalah;
  - g. melaksanakan evaluasi terhadap tindak lanjut hasil temuan Satuan Pengawas Internal maupun lembaga pemeriksaan eksternal pada objek pemeriksaan;
  - h. melaporkan hasil kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal;
  - i. melaksanakan koordinasi pengawasan internal dengan sub unit kerja lain di lingkungan Rumah Sakit; dan
  - j. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan bidang tugasnya.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

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

BAB I  
KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pasal 49

- (1) Pelayanan medis rumah sakit hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medis tertentu atas rekomendasi dari komite medik setelah dikredensial.
- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestarinya (*peer group*) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (4) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).
- (5) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh komite medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (6) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) staf medis tersebut.

BAB II  
PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Pasal 50

- (1) Direktur menerbitkan Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) yaitu suatu surat keputusan untuk menugaskan staf medis yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di rumah sakit setelah mendapat rekomendasi rincian kewenangan klinis dari komite medik.
- (2) Dalam keadaan tertentu direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*), misalnya untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
- (3) Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu.

BAB III  
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu  
Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 51

- (1) Komite medik dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekretaris;
  - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
- (5) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (6) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.

- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri dari :
- a. Subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
  - b. Subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
  - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Bagian Kedua  
Tugas dan Fungsi

Pasal 52

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

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

### Bagian Ketiga

#### Kewenangan Komite Medik

##### Pasal 53

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

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

#### Bagian Keempat

#### Pola Hubungan Komite Medik dengan Direktur

##### Pasal 54

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

#### Bagian Kelima

#### Panitia *Adhoc*

##### Pasal 55

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.

- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/ atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

## BAB IV

### RAPAT KOMITE MEDIK

#### Bagian Kesatu

#### Jenis Rapat

##### Pasal 56

- (1) Rapat komite medik terdiri atas rapat rutin, rapat khusus, dan rapat pleno.
- (2) Setiap rapat komite medik dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan secara pantas kecuali seluruh anggota komite medik yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

##### Paragraf 1

#### Rapat Rutin Komite Medik

##### Pasal 57

- (1) Komite menyelenggarakan rapat rutin satu minggu sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh komite medik.
- (2) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat lima menit sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh seluruh anggota komite medik.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu

##### Paragraf 2

#### Rapat Khusus Komite Medik

##### Pasal 58

- (1) Rapat khusus komite medis diselenggarakan dalam hal:
  - a. diperintahkan oleh ketua; atau

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

### Paragraf 3

#### Rapat Pleno Komite Medik

#### Pasal 59

- (1) Rapat pleno komite medik diselenggarakan satu kali satu tahun.
- (2) Rapat pleno dihadiri oleh seluruh staf medis Rumah Sakit.
- (3) Agenda rapat pleno paling tidak memuat laporan kegiatan yang telah dilaksanakan komite medik, rencana kegiatan yang akan dilaksanakan komite medik, dan agenda lainnya yang ditetapkan oleh komite medik.
- (4) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat empat belas hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

## Bagian Kedua

### Kuorum

#### Pasal 60

- (1) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan kepada seluruh anggota komite medik. Kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah Anggota komite medik ditambah satu.
- (2) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

## Bagian Ketiga

### Pengambilan Putusan Rapat

#### Pasal 61

Kecuali telah diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ini, maka:

- a. pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat;
- b. dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir; dan
- c. dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka ketua berwenang membuat keputusan hasil rapat

## Bagian Keempat

### Tata Tertib Rapat

#### Pasal 62

- (1) Setiap rapat komite medik berhak dihadiri oleh seluruh Anggota komite medik.
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua komite medik atau yang ditunjuk oleh ketua komite medik.
- (3) Sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah ketua.
- (4) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (5) Setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seizin pimpinan rapat.

- (6) Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.
- (7) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Bagian Kelima  
Notulen Rapat

Pasal 63

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat komite medis dicatat oleh sekretaris komite medis atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen rapat tidak boleh dirubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulen tersebut.
- (4) Notulen rapat ditandatangani oleh ketua komite medik dan sekretaris komite medik pada rapat berikutnya, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (5) Sekretaris memberikan salinan notulen kepada direktur paling lambat satu hari setelah ditandatangani oleh ketua dan sekretaris komite medis.

BAB VII  
SUBKOMITE KREDENSIAL

Bagian Kesatu  
Tujuan

Pasal 64

- (1) Tujuan umum penetapan Sub Komite Kredensial adalah untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit sudah kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan Subkomite Kredensial adalah:
  - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
  - b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (clinical privilege) bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;

- c. dasar bagi kepala/direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
- d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

## Bagian Kedua Konsep Kredensial

### Pasal 65

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

## Bagian Ketiga Keanggotaan

### Pasal 66

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat  
Mekanisme Kredensial dan  
Pemberian Kewenangan Klinis

Pasal 67

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medis untuk memperoleh kewenangan klinis.
- (2) Tahapan pemberian kewenangan klinis meliputi:
- a. staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
  - b. berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh direktur rumah sakit kepada komite medik.
  - c. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
  - d. dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia *ad-hoc* dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*).
  - e. subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia *ad-hoc* dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
  - f. pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
    - 1) kompetensi:
      - a) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
      - b) kognitif;
      - c) afektif;
      - d) psikomotor.
    - 2) kompetensi fisik;

- 3) kompetensi mental/perilaku;
  - 4) perilaku etis (ethical standing).
- g. kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- h. daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
- 1) menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - 2) mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - 3) mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis; dan
  - 4) dilakukan secara periodik.
- i. rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- j. subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:
- 1) kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - 2) kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - 3) kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - 4) kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - 5) kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
  - 6) kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri
- k. bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui kepala/direktur rumah sakit. Selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- l. kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
- 1) pendidikan:

- a) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi;
  - b) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
- 2) perizinan (lisensi):
- a) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
  - b) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
- 3) kegiatan penjagaan mutu profesi:
- a) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
  - b) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- 4) kualifikasi personal:
- a) riwayat disiplin dan etik profesi;
  - b) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
  - c) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
  - d) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
  - e) memiliki asuransi proteksi profesi (*professional indemnity Insurance*).
- 5) pengalaman dibidang keprofesian:
- a) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
  - b) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.
- m. berakhirnya kewenangan klinis .
- 1) kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur.
  - 2) surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode tertentu.
  - 3) pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.

- 4) proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena sudah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.
- n. pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis.
- 1) pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh Direktur didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, misalnya staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
  - 2) pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik;
  - 3) kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud dalam diktum 1) dan 2) diatas dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya.
  - 4) dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
  - 5) komite medik dapat merekomendasikan kepada kepala/direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

## BAB VI

### SUBKOMITE MUTU PROFESI

#### Bagian Kesatu

#### Tujuan

#### Pasal 68

Subkomite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan :

- a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;

- b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*);
- d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

## Bagian Kedua Konsep Mutu Profesi

### Pasal 69

- (1) Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (*medical care management*).
- (2) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
  - a. memantau kualitas, misalnya morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
  - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

## Bagian Ketiga Keanggotaan

### Pasal 70

- (1) Subkomite mutu profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Organisasi subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Keempat  
Mekanisme Kerja

Pasal 71

- (1) Direktur menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite mutu profesi berdasarkan masukan komite medis.
- (2) Direktur wajib memfasilitasi agar seluruh kegiatan dalam mekanisme menjaga mutu profesi medis yang meliputi:
  - a. Audit Medis
    1. dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit dan tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus.
    2. audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*).
    3. audit medis yang dilakukan dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
    4. evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*) dapat dilaksanakan di tingkat rumah sakit, komite medik, atau masing-masing kelompok staf medis.
    5. pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu
      - a) sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
      - b) sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
      - c) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan

- d) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
6. langkah-langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:
- a) pemilihan topik yang akan dilakukan audit memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan;
  - b) pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medis;
  - c) penetapan kriteria dan standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut;
  - d) penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
  - e) membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - f) melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
  - g) kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar;
  - h) tim pelaksana audit dan mitra bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap ketidak sesuaian secara kolegal, dan menghindari "*blaming culture*" dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya;
  - i) rencana reaudit untuk topik yang sama untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan.
  - j) memilih topik yang lainnya.

- b. merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi Staf Medis dengan dengan rincian sebagai berikut :
1. subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan.
  2. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
  3. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.
  4. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi.
  5. subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
  6. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan subkomite mutu profesi per tahun.
  7. subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
  8. subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
  9. subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada direksi.
- c. memfasilitasi proses pendampingan (*Proctoring*) bagi Staf Medis yang membutuhkan dengan dengan rincian sebagai berikut.
1. subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

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

## BAB VII SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

### Bagian Kesatu

#### Tujuan

#### Pasal 72

Subkomite etika dan disiplin profesi pada komite medik dibentuk dengan tujuan:

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

### Bagian Kedua

#### Konsep Etika Dan Disiplin Profesi

#### Pasal 73

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.
- (3) Dalam penanganan asuhan medis tidak jarang dijumpai kesulitan dalam pengambilan keputusan etis sehingga diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis tersebut.
- (4) Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit.

- (5) Landasan kerja Subkomite ini antara lain:
- a. Peraturan internal rumah sakit;
  - b. Peraturan internal staf medis;
  - c. Etik rumah sakit, norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (6) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain adanya:
- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
  - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
  - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (white paper) di rumah sakit;
  - e. kode etik kedokteran Indonesia;
  - f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
  - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;
  - h. pedoman pelayanan medik/klinik;
  - i. standar prosedur operasional asuhan medis.

### Bagian Ketiga

#### Keanggotaan

#### Pasal 74

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Organisasi subkomite etika dan disiplin profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

### Bagian Keempat

#### Mekanisme Kerja

#### Pasal 75

- (1) Direktur menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medis.

- (2) Direktur menyediakan berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi.
- (4) 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.
  - c. panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (5) Program atau kegiatan yang harus dilakukan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi meliputi:
  - a. upaya pendisiplinan perilaku profesional, dengan mekanisme pemeriksaan sebagai berikut:
    1. sumber Laporan
      - a) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
        - 1) manajemen rumah sakit;
        - 2) staf medis lain;
        - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
        - 4) pasien atau keluarga pasien.
      - b) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:
        - 1) hasil konferensi kematian;
        - 2) hasil konferensi klinis.
    2. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi, dengan keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain:
      - a) kompetensi klinis;
      - b) penatalaksanaan kasus medis;

- c) pelanggaran disiplin profesi;
- d) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- e) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.

3. Pemeriksaan

- a) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
- b) melalui proses pembuktian;
- c) dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
- d) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit;
- e) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
- f) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

4. Keputusan

- a) keputusan panel yang dibentuk oleh subkomite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
- b) bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada subkomite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru;
- c) keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit melalui komite medik.

5. tindakan pendisiplinan perilaku profesional, pemberian rekomendasi tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:

- a) peringatan tertulis;
- b) limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- c) bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
- d) pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.

6. pelaksanaan keputusan, Ketua komite medik memberikan rekomendasi hasil keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur untuk ditindaklanjuti.
- b. Pembinaan profesionalisme kedokteran
    1. Subkomite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
    2. 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.
  - c. Pertimbangan keputusan etis
    1. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik;
    2. Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

## BAB VIII MUTU ASUHAN PROFESIONAL KEPADA PASIEN

### Bagian Kesatu Pemeliharaan Rekam Medis

#### Pasal 76

- (1) Staf medis harus mengambil tindakan yang diperlukan untuk menjamin kelengkapan rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di rumah sakit terpelihara dengan baik, adekuat dan dalam waktu yang secukupnya.
- (2) Pelanggaran atas ketentuan ini, staf medis dapat dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Kedua  
Pengiriman Jaringan Untuk Pemeriksaan Patologi

Pasal 77

- (1) Staf medis wajib mengirimkan jaringan yang dikeluarkan pada waktu operasi untuk pemeriksaan patologi.
- (2) Staf medis wajib melakukan pemeriksaan secara cermat dan teliti pada waktu masuk rawat dan mencatat diagnosa pra-bedah.

Bagian Ketiga  
Kesempatan Konsultasi

Pasal 78

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

Bagian Keempat  
Persetujuan Tindakan Medis

Pasal 79

- (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.
- (4) Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- (5) Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
- (6) Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
- (7) Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran, tindakan yang dilakukan dicatat di dalam rekam medik, dan dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat.
- (8) Dokter dan/atau staf medis yang akan melakukan tindakan medik mempunyai tanggungjawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan/atau keluarga pasien.
- (9) Informasi dan penjelasan atas persetujuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi :
  - a. diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
  - b. tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
  - c. alternatif tindakan lain, dan risikonya;
  - d. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
  - e. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
  - f. perkiraan pembiayaan.

## BAB IX

### TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

#### Pasal 80

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf By Laws*) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang terkait.
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.

- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis rumah sakit dan hasil pembahasan perubahan tersebut disampaikan kepada Direktur, untuk diajukan pada perubahan Peraturan Bupati ini.

## BAB X

### HAK DAN KEWAJIBAN TENTANG INFORMASI MEDIS

#### Bagian Kesatu

#### Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

##### Pasal 81

- (1) Rumah Sakit berhak membuat peraturan tentang kerahasiaan dan informasi medis yang berlaku.
- (2) Rumah Sakit wajib menyimpan Rekam Medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (3) Isi Rekam Medis dapat diberikan kepada :
  - a. pasien ataupun pihak lain atas izin pasien/keluarga secara tertulis sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
  - b. pengadilan untuk kepentingan peradilan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Bagian Kedua

#### Hak dan Kewajiban Dokter

##### Pasal 82

- (1) Dokter Rumah Sakit berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya.
- (2) Dokter Rumah Sakit berkewajiban untuk :
  - a. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien kepada pihak lain, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia; dan
  - b. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan aturan perundang-undangan, etika dan hukum konsil kedokteran.

Bagian Ketiga  
Hak dan Kewajiban Pasien

Pasal 83

- (1) Pasien Rumah Sakit berhak untuk :
- a. mengetahui semua peraturan dan ketentuan rumah sakit yang mengatur hak, kewajiban, tata-tertib dan lain-lain hal yang berkaitan dengan pasien;
  - b. memanfaatkan isi rekam medik untuk kepentingan peradilan;
  - c. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medik yang akan atau sudah dilakukan dokter, yaitu :
    1. diagnosis atau alasan yang mendasari dilakukannya tindakan medik;
    2. tujuan tindakan medik;
    3. tata laksana tindakan medis;
    4. alternatif tindakan lain jika ada;
    5. risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
    6. akibat ikutan yang pasti terjadi jika ada tindakan medik dilakukan;
    7. prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; dan
    8. risiko yang akan ditanggung jika pasien menolak tindakan medik.
  - d. meminta konsultasi kepada dokter lain (second opinion) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya; dan
  - e. mengakses, mengoreksi dan mendapatkan isi rekam medik.
- (2) Pasien Rumah Sakit berkewajiban untuk :
- a. memberikan informasi hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatannya; dan
  - b. mentaati seluruh prosedur yang berlaku di Rumah Sakit.

BAB XI  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 84

Dengan berlakunya Peraturan Bupati ini maka Peraturan Bupati Banyumas Nomor 78 Tahun 2011 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) Pada Rumah Sakit Umum Daerah Ajibarang dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 85

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Banyumas.

Ditetapkan di Purwokerto  
pada tanggal 28 Juli 2017

BUPATI BANYUMAS

ttd

ACHMAD HUSEIN

Diundangkan di Purwokerto  
pada tanggal 28 Juli 2017  
SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN BANYUMAS

ttd

Ir. WAHYU BUDI SAPTONO, M.Si.  
Pembina Utama Madya  
NIP 196401161990031009

BERITA DAERAH KABUPATEN BANYUMAS TAHUN 2017 NOMOR 56

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA SEKRETARIAT DAERAH  
KABUPATEN BANYUMAS

ttd

FATCHURROCHMAN, S.H.  
Pembina Tk. 1  
NIP 196403221993091001

