

# **PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)**

## **RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

### **MUKADIMAH**

Sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, bahwa pengaturan penyelenggaraan rumah sakit, antara lain bertujuan untuk: memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit; meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan, serta memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

Pada saat ini boleh dikatakan tidak ada sendi kehidupan masyarakat, yang tidak tersentuh oleh hukum, demikian juga halnya dengan rumah sakit. Pertambahan / perpindahan penduduk yang cepat, perkembangan teknologi kedokteran, perkembangan teknologi informasi, pengaruh budaya asing, memberikan dampak terhadap norma serta pandangan hidup masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit, bahkan mulai berkembang budaya menuntut rumah sakit. Oleh sebab itu maka dalam mengelola rumah sakit, tidak hanya didasarkan atas norma-norma etis dan moral saja, tetapi perlu adanya kejelasan tentang hak dan tanggung jawab masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan, yang berpedoman pada peraturan yang lebih pasti.

Pengelolaan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan pada dasarnya ditentukan oleh tiga komponen utama, yaitu Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah sebagai Pemilik, Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagai pengelola dan Komite Medik bersama Staf Medik sebagai pelaksana pelayanan medis. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) disusun dalam rangka penyelenggaraan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*), yang merupakan salah satu bentuk aturan tertulis yang berlaku di rumah sakit dengan tujuan untuk melindungi semua pihak yang terkait secara baik dan benar berdasarkan rasa keadilan.

Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) terdiri dari 2 (dua) buku yang tidak terpisahkan, masing-masing:

1. Buku Kesatu berisikan Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) disusun dalam rangka menyelenggarakan Tata Kelola Perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*).

2. Buku Kedua berisikan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) disusun dalam rangka menyelenggarakan Tata Kelola Klinis Yang Baik (*Good Clinical Governance*).

Tujuan penyusunan Peraturan Internal Rumah Sakit ini, dimaksudkan agar Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan memiliki suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur pemilik, direktur dan staf medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.

Secara khusus penyusunan Peraturan Internal Rumah Sakit bertujuan:

- 1) Adanya kepastian aturan dalam penyelenggaraan rumah sakit.
- 2) Tercapainya kerjasama yang harmonis antara: Pemilik, Direktur dan Komite Medik.
- 3) Tercapainya sinergi antara manajemen dengan profesi medis.
- 4) Terciptanya profesionalisme dan tanggung jawab.

Guna mencapai tujuan tersebut, maka disusunlah Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut.

**BUKU KESATU**  
**PERATURAN INTERNAL KORPORASI (*CORPORATE BYLAWS*)**

**BAB I**  
**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) ini yang dimaksud dengan:

1. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata kelola penyelenggaraan rumah sakit meliputi Peraturan Internal Korporasi dan Peraturan Internal Staf Medis.
2. 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 medik.
3. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*Clinical Governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Siti Khodijah milik Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan, berkedudukan di Jl. Bandung Nomor 39-47 Telepon (0285)422845 – 423590 - 424919 – Fax(0285)425138 Pekalongan.
5. Pemilik Rumah Sakit adalah Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyah Pekalongan yang berkedudukan setidak-tidaknya di Kota Pekalongan yang didirikan pada tahun 1971 dengan Akte Notaris Nomor 8 tahun 1971 oleh Kaboel Soenarjo Notaris di Pekalongan yang mana akta perubahan terakhirnya telah disahkan melalui Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia Nomor C-HT.01.09-409.
6. Pengurus Harian Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan selanjutnya disebut Pengurus Harian Yayasan atau Pengurus adalah sekelompok orang yang terorganisir yang karena kewenangan dan jabatan kolektifnya mewakili Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan yang bertugas melaksanakan fungsi kontrol kepada Direktur dalam pengelolaan Rumah Sakit.
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang ditunjuk dan diangkat Yayasan yang memiliki tugas pokok : memimpin, menyusun kebijakan

pelaksanaan, membina pelaksanaan, mengkoordinasikan pelaksanaan, mengawasi pelaksanaan tugas rumah sakit sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.

8. Manajer adalah unsur pimpinan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang membantu Direktur dalam mengelola dan memimpin rumah sakit, terdiri dari: Manajer Pelayanan dan Manajer Umum dan Keuangan, dalam kedudukan sebagai pejabat struktural.
9. Asisten Manajer adalah unsur pembantu pimpinan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang memimpin unit-unit organisasi pelayanan serta unit-unit organisasi administrasi dan keuangan, dalam kedudukan sebagai pejabat struktural.
10. Organisasi Fungsional Rumah Sakit adalah perangkat organisasi non struktural yang mempunyai tugas pokok membantu Direktur dalam bidang tertentu, terdiri dari : Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, dan Satuan Pemeriksa Internal.
11. Rapat Kerja Tahunan, adalah rapat rutin tahunan antara Pengurus dengan Direktur dan Manajer untuk membahas dan memutuskan hal-hal sebagaimana yang akan diatur lebih lanjut pada pasal-pasal berikutnya.
12. Rapat Koordinasi adalah rapat yang diadakan berdasarkan permintaan Pengurus atau Direktur untuk membahas dan memutuskan hal-halsebagaimana yang akan diatur pada pasal-pasal berikutnya.
13. Rapat Kerja Terbatasadalah rapat insidental yang karena sifatnya diadakan untuk mengambil kebijakan secara cepat, segera dan atau taktis atas hal-hal dan kondisi tertentu, selain keadaan *Force Majeur*.
14. Rapat Kerja Struktural adalah rapat antara Direktur dengan para Manajer dan Asisten Manajer untuk membahas: perencanaan, pengorganisasian, pemeriksaan dan evaluasi, pelaksanaan kegiatan.
15. Komite Medikadalah perangkat rumah sakit yang dibentuk 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.
16. Komite Keperawatan adalah perangkat rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

17. Komite Etik dan Hukum adalah perangkat rumah sakit yang dibentuk untuk membantu Direktur Rumah Sakit dalam penerapan dan pelaksanaan kode etik rumah sakit dan normahukum.
18. Satuan Pemeriksa Internal adalah perangkat rumah sakit yang dibentuk untuk membantu Direktur dalam pengawasan terhadap pelaksanaan tugas semua unit kerja agar dapat berjalan sesuai peraturan perundangan yang berlaku.
19. Dokter Tetap adalah dokter yang memiliki hubungan kerja dengan Rumah Sakit Siti Khodijah dengan status Karyawan Tetap.
20. Dokter Mitra adalah dokter yang memiliki hubungan kerja dengan Rumah Sakit Siti Khodijah berdasarkan Perjanjian Kerja Sama Penyelenggaraan Praktik Kedokteran.
21. Staf medis, adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang telah diberikan izin melakukan praktik secara mandiri untuk memberikan asuhan medis kepada pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
22. Kelompok Staf Medis (KSM) adalah staf medis yang di kelompokkan berdasarkan staf medis spesialis yang berkaitan langsung dengan tindakan medis operatif, staf medis spesialis yang tidak berkaitan langsung dengan tindakan medis operatif, serta kelompok dokter umum dan dokter gigi.
23. Kredensial adalah proses evaluasi awal terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
24. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) untuk menentukan kembalikelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus yang diberikan kepadaseorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medik tertentu di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan, dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*).
26. Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medik di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya oleh Komite Medik.
27. Pelayanan Medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis sesuai kompetensi dan kewenangannya yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.

28. Tindakan Medis adalah suatu tindakan kedokteran yang dilakukan terhadap pasien untuk tujuan preventif, diagnostik, terapeutik ataupun rehabilitatif.
29. *Force Majeur* adalah suatu kejadian yang terjadi di luar kemampuan manusia dan tidak dapat dihindarkan sehingga suatu kegiatan tidak dapat dilaksanakan atau tidak dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya, misalnya peperangan, kerusuhan, bencana alam, kebakaran.

## **BAB II**

### **RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

#### **Identitas Rumah Sakit**

##### **Pasal 2**

- (1) Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan, milik Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah yang mendapatkan ijin penyelenggaraan rumah sakit untuk yang pertama kali pada 15 Agustus 1977, berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor : 6441/Yan.Kes/1.0/1977.
- (2) Rumah Sakit SITI KHODIJAH Pekalongan berkedudukan di Jl. Bandung Nomor 39-47 Telepon (0285).422845 – 423590 – 424919; Fax.(0285).425138 Pekalongan.
- (3) Alamat email: [khodijahpkl@gmail.com](mailto:khodijahpkl@gmail.com).
- (4) Logo Rumah Sakit.



- a. Simbol Al-Irsyad Al-Islamiyyah, yang melambangkan bahwa Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan ini milik Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan.
- b. Bulan sabit yang merupakan ciri khas Islami.

## **Sejarah Rumah Sakit**

### **Pasal 3**

Rintisan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan berawal dari BKIA (Balai Kesehatan Ibu dan Anak) yang diselenggarakan sebagai bentuk peran serta aktif kaum perempuan Al-Irsyad dalam upaya turut berjuang pada masa perang kemerdekaan yaitu sejak tahun 1939 yang ditujukan untuk membantu memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya Ibu dan Anak. Kemudian BKIA ini terus mengalami dinamika dan perkembangan, selanjutnya pada tanggal 19 September 1971 BKIA menjadi Klinik Bersalin Siti Khodijah. Pada tanggal 8 Juli 1976 status Klinik Bersalin Siti Khodijah meningkat menjadi Rumah Sakit Bersalin Siti Khodijah. Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit umum, maka keberadaan rumah sakit bersalin dikembangkan menjadi rumah sakit umum. Dengan terbitnya ijin penyelenggaraan rumah sakit dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 6441/Yan.Kes/1.0/1977, tanggal 15 Agustus 1977, maka berdirilah Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan. Peresmian Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dilakukan oleh Wali Kota Madya Pekalongan Drs. Supomo pada tanggal 22 November 1977.

## **Tujuan Dasar Penyelenggaraan Rumah Sakit**

### **Pasal 4**

Tujuan dasar penyelenggaraan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan oleh Yayasan Al Irsyad Al Islammiyyah Pekalongan adalah sebagai pengejawantahan *mabda' dakwah bil-hal* dibidang kesehatan. Hal ini dimaksudkan bahwa pengampu pelayanan kesehatan selain melaksanakan kompetensinya, berkewajiban pula memikul atas santunan kerohanian dilingkungan Rumah Sakit Siti Khodijah. Santunan kerohanian termaksud adalah bahwa pengampu pelayanan kesehatan wajib mendakwahkan / menyuluh khususnya tentang makna penting kesabaran pada saat ditimpa "*musibah sakit*" berdasarkan sudut pandang agama Islam.

## **Visi dan Misi**

### **Pasal 5**

- (1) Visi dan Misi Rumah Sakit ditetapkan oleh Pengurus dengan Surat Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah.
- (2) Didalam Visi dan Misi, memuat tentang Visi, Misi, Moto, Keyakinan dasar dan Nilai-nilai dasar.
- (3) Pengurus Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah melakukan *review* dan atau perbaikan Visi, dan Misi atas usulan Direktur.
- (4) Direktur berkewajiban mempublikasikan visi dan misi kepada masyarakat.

## **BAB III**

### **PEMILIK RUMAH SAKIT**

#### **Status Badan Hukum**

### **Pasal 6**

- (1) Pemilik Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan adalah Yayasan Al Irsyad Al Islammiyyah Pekalongan sebagai bagian dari Jum'iyah Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cabang Pekalongan, yang berkedudukan di Pekalongan dengan alamat saat ini berada di Jalan Bandung Nomor 49 Pekalongan, yang didirikan berdasarkan Akte Notaris Nomor 8 Tahun 1971 yang dibuat oleh Notaris Kaboel Soenario.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi dan tugas kepemilikan, Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyah diwakili oleh Pengurus.

#### **Kepengurusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah**

### **Pasal 7**

Susunan Pengurus Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyah dan tata cara pengangkatan serta berakhirnya masa jabatan kepengurusan sebagaimana telah diatur berdasar hukum positif di Indonesia tentang Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah.

#### **Organisasi yang mewakili pemilik**

### **Pasal 8**

Pengurus memiliki kewenangan kolektif mewakili Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan untuk menjalankan fungsi kontrol kepada Direktur dalam pengelolaan Rumah Sakit.

#### **Tugas, Kewajiban dan Wewenang Pengurus**

### **Pasal 9**



- (1) Tugas :
- Melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan Direktur.
  - Memberi nasihat dan pertimbangan kepada Direktur dalam melaksanakan pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Kewajiban :
- Mengembangkan sarana dan prasarana Rumah Sakit Siti Khodijah.
  - Menetapkan Struktur Organisasi Rumah Sakit Siti Khodijah.
  - Menetapkan Visi dan Misi Rumah Sakit Siti Khodijah.
  - Menetapkan Rencana Strategis Rumah Sakit Siti Khodijah yang telah dibahas ditingkat Rapat Koordinasi dengan Surat Keputusan Yayasan.
  - Menetapkan Rencana Kerja Tahunan Rumah Sakit Siti Khodijah yang telah dibahas pada Rapat Kerja Tahunan dengan Surat Keputusan Yayasan.
  - Menetapkan Rencana Anggaran dan Pendapatan Tahunan yang telah dibahas pada Rapat Kerja Tahunan dengan Surat Keputusan Yayasan.
- (3) Kewenangan:
- Mengangkat dan memberhentikan Direktur.
  - Melakukan evaluasi dan penilaian kinerja Direktur.
  - Mengangkat dan memberhentikan Manajer atas usulan Direktur.
  - Meminta pertanggungjawaban Direktur atas pengelolaan Rumah Sakit termasuk di dalamnya laporan keuangan secara periodik atau setidak-tidaknya sepanjang diperlukan.
  - Meminta penjelasan Direktur dan atau Manajer dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan Rumah Sakit.
  - Meminta Direktur dan atau Pejabat Struktural lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri Rapat dengan Pengurus.
  - Mengawasi semua asset milik Yayasan Al Irsyad- Al Islamiyyah yang ada di Rumah Sakit Siti Khodijah.
  - Melaksanakan pembelian investasi alat, pembangunan fisik Rumah Sakit dengan memperhatikan usulan dan pendapat Direktur;
  - Memberikan persetujuan atau bantuan Direktur dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

### **Hubungan Kerja Antara Pengurus dan Direktur**

#### **Pasal 10**

- (1) Hubungan pengurus dengan Direktur adalah hubungan kemitraan antara pemilik dengan pengelola.
- (2) Pengurus menetapkan tujuan rumah sakit dan mengawasi pelaksanaannya.
- (3) Direktur Rumah Sakit menyusun kebijakan teknis operasional, memimpin pengelolaan dan mempertanggung-jawabkannya kepada pengurus.

### **Rapat Pengurus Dengan Direktur**

#### **Pasal 11**

- (1) Rapat Kerja Tahunan
  - a. Adalah rapat rutin yang diadakan minimal 1(satu) kali dalam 1(satu) tahun, yang diselenggarakan paling lambat 3 (tiga) bulan sejak akhir tahun takwim.
  - b. Dilaksanakan untuk:
    1. Melaksanakan evaluasi Laporan Pertanggungjawaban Tahunan Direktur Rumah Sakit.
    2. Memutuskan Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja tahun berikutnya.
  - c. Dihadiri oleh Pengurus, Direktur dan Manajer.
  - d. Undangan rapat dibuat oleh Pengurus yang disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit, selambat-lambatnya 1 (satu) minggu sebelum hari pelaksanaan dengan mencantumkan agenda rapat.
  - e. Peserta rapat yang tidak dapat menghadiri undangan rapat termaksud wajib memberitahukan selambat-lambatnya 1(satu) hari sebelum rapat dan oleh karenanya tetap terikat atas keputusan-keputusan yang diambil pada rapat dimaksud.
  - f. Dalam setiap Rapat Kerja Tahunan, dibuatkan risalah rapat yang dibuat oleh pejabat yang ditunjuk dalam rapat.
- (2) Rapat Koordinasi diselenggarakan untuk membahas hal hal yang karena sifatnya membutuhkan keputusan taktis dan segera.
  - a. Adalah rapat yang diadakan berdasarkan permintaan Pengurus atau Direktur.
  - b. Dilaksanakan untuk:
    1. Membahas revisi Anggaran berjalan yang telah ditetapkan sebelumnya oleh Yayasan.
    2. Membahas restrukturisasi dan atau pengangkatan dan penggantian Manajer dan Asisten Manajer.
    3. Membahas struktur organisasi dan atau re-organisasi Rumah Sakit.
    4. Membahas draft usulan perubahan Visi-Misi dan Rencana Stragegis, serta Peraturan Perusahaan.
    5. Pembahasan lanjutan pokok agenda pada Rapat Kerja Terbatas untuk pengambilan keputusan.

6. Peninjauan kembali keputusan dan atau kebijakan yang telah diputuskan pada Rapat Kerja Terbatas.
  7. Untuk membahas hal lain yang bersifat untuk menyesuaikan terhadap peraturan dan ketentuan baru dibidang perumahan-sakitan yang ditetapkan oleh pemerintah.
- c. Dihadiri oleh Pengurus, Direktur dan Manajer Rumah Sakit terkait.
  - d. Permintaan rapat diajukan secara tertulis oleh inisiator.
  - e. Apabila permintaan rapat disetujui atau tidak disetujui maka disampaikan secara tertulis kepada inisiator selambat-lambatnya 3(tiga) hari setelah tanggal diterimanya surat permintaan dari inisiator.
  - f. Apabila permintaan rapat disetujui maka undangan rapat dibuat dan dilayangkan oleh inisiator, selambat-lambatnya 7(tujuh) hari sebelum tanggal pelaksanaan rapat.
  - g. Peserta rapat yang tidak dapat menghadiri undangan rapat termaksud wajib memberitahukan selambat-lambatnya 1(satu) hari sebelum tanggal pelaksanaan rapat dan oleh karenanya tetap terikat atas keputusan-keputusan yang diambil pada rapat dimaksud.
  - h. Dalam setiap Rapat Kerja Koordinasi dibuatkan risalah rapat yang dibuat oleh pejabat yang ditunjuk dalam rapat.
- (3) Rapat Kerja Terbatas.
- a. Adalah rapat insidental yang karena sifatnya diadakan untuk mengambil kebijakan secara cepat, segera dan atau taktis atas hal-hal dan kondisi tertentu, selain keadaan *force majeure*.
  - b. Dilaksanakan untuk:
    1. Membahas antisipasi terhadap upaya hukum lain dari pihak-pihak tertentu sebagai akibat dari operasional dan kegiatan lain yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit.
    2. Membahas kerja sama investasi pengembangan Rumah Sakit yang ditawarkan oleh pihak investor tertentu.
  - c. Dihadiri oleh perwakilan pengurus, Direktur Rumah Sakit dan perwakilan bidang terkait.
  - d. Inisiatif dan undangan rapat dapat diajukan oleh yang berkepentingan baik secara lisan (melalui telephone, SMS, e-mail, BBM) maupun tertulis selambat-lambatnya 1 (satu) hari sebelum pelaksanaan rapat.

- e. Kesimpulan Rapat Kerja Terbatas yang karena sifat dan lingkupnya membutuhkan keputusan, maka pokok agenda termaksud akan diusulkan guna dibahas dan diputuskan pada Rapat Kerja Koordinasi.
- f. Dalam setiap Rapat Kerja Terbatas dibuatkan risalah rapat yang dibuat oleh pejabat yang ditunjuk dalam rapat.

### **BAB III**

#### **DIREKTUR RUMAH SAKIT**

##### **Pasal 12**

- (1) Direktur adalah pimpinan tertinggi di Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugas memimpin, Direktur dibantu oleh Manajer.
- (3) Direktur dan Manajer diangkat dan diberhentikan oleh Pengurus.
- (4) Direktur bertanggung jawab kepada Pengurus atas pengelolaan rumah sakit.

#### **Tugas, Wewenang, Tanggungjawab**

##### **Pasal 13**

- (1) Tugas :
  - a. Memimpin pengelolaan rumah sakit sesuai Rencana Strategis, Program Kerja, Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja yang telah ditetapkan serta kebijakan Yayasan lainnya sesuai tujuan yang telah dirumuskan berdasarkan visi dan misi Rumah Sakit Siti Khodijah.
  - b. Menyusun dan menyiapkan Rencana Strategis, Program Kerja serta Rencana Anggaran Pendapatan dan Belanja Tahunan.
  - c. Memelihara, menjaga dan mengelola kekayaan RS Siti Khodijah.
  - d. Membina dan mengembangkan organisasi Rumah Sakit sehingga terjamin efisiensi dan efektifitas usaha.
  - e. Membuat laporan pertanggungjawaban kepada Yayasan.
  - f. Melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dan melaporkan kepada Yayasan.
  - g. Melaksanakan kerjasama dengan pihak lain yang terkait guna kelancaran tugas, dan hubungan kemitraan yang saling menguntungkan, dengan sepengetahuan Yayasan.
  - h. Memberikan saran dan pertimbangan kepada Pengurus mengenai strategi dan sasaran pengembangan usaha.
  - i. Memberi perlindungan hukum kepada tenaga kesehatan serta tenaga lainnya, sepanjang masih berkaitan dengan pekerjaannya di rumah sakit.

(2) Wewenang :

- a. Menetapkan kebijakan manajemen Rumah Sakit.
- b. Menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan standar prosedur operasional Rumah Sakit.
- c. Mengusulkan calon pejabat struktural setingkat Manajer kepada Pengurus.
- d. Mengangkat pejabat struktural setingkat Asisten Manajer dengan Surat Keputusan Direktur, atas persetujuan Pengurus.
- e. Mengangkat pejabat non struktural yang bertugas didalam Komite dan atau Satuan Pemeriksa Internal dengan Surat Keputusan Direktur.
- f. Mengangkat pegawai dalam kedudukan Koordinator Instalasi, Koordinator Perawat, Koordinator Urusan, dan Koordinator Unit Kerja dengan Surat Keputusan Direktur.
- g. Menetapkan organisasi lintas fungsi yang mendukung program yang diselenggarakan Rumah Sakit dalam bentuk Tim atau Panitia dengan Surat Keputusan Direktur.
- h. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai Rumah Sakitsesuai dengan ketentuan / peraturan perundang-undangan.
- i. Mengangkat, memberhentikan, mengalih tugaskan pegawai Rumah Sakit.
- j. Memberikan penghargaan atau sanksi yang bersifat mendidik kepada pegawai sesuai dengan ketentuan / peraturan perundang-undangan.
- k. Melakukan Perjanjian Kerjasama dengan Pihak lain untuk perjanjian yang bersifat teknis opsional dengan sepengetahuan Pengurus.
- l. Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada pejabat dibawahnya dan meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pejabat dibawahnya.

(3) Bertanggung jawab atas:

- a. Hasil pelaksanaan pengelolaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
- b. Kebijakan-kebijakan yang telah ditetapkannya atas pengelolaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.
- c. Tugas dan kewenangan yang dimilikinya dalam melaksanakan pengelolaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Siti Khodijah.

**Rapat – Rapat**

**Pasal 14**

- (1) Dalam melaksanakan tugas operasional pelayanan kesehatan, Direktur mengadakan Rapat Struktural, diikuti oleh semua pejabat struktural, yang diselenggarakan sekurang – kurangnya 1 (satu) bulan sekali.

- (2) Dalam keadaan tertentu pada Rapat Struktural, Direktur dapat mengundang: Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Satuan Pemeriksa Intern, untuk membicarakan masalah yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing bagian.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat meminta rapat kepada Pengurus untuk Rapat Koordinasi dan Rapat Kerja Terbatas.
- (4) Untuk setiap rapat dibuat risalah rapat.

### **Persyaratan Pengangkatan Direktur**

#### **Pasal 15**

- (1) Persyaratan umum calon Direktur:
  - a. Muslim/ muslimah yang amanah dan taat menjalankan syariat agama Islam.
  - b. Dokter, diutamakan memiliki ijazah S.2 Manajemen Rumah Sakit.
  - c. Memiliki kemampuan kepemimpinan dan keterampilan manajemen perumahan-sakitan.
  - d. Memiliki hubungan sosial kemasyarakatan yang luas.
  - e. Tidak sedang terikat dengan perusahaan dan/atau rumah sakit lain.
  - f. Bukan sebagai Pegawai Negeri Sipil yang masih aktif.
  - g. Tidak sedang berada dalam tuntutan pidana apapun.
  - h. Sehat jasmani dan rohani yang dibuktikan dengan keterangan Dokter.
  - i. Bersedia menandatangani pernyataan kesediaan untuk diangkat menjadi Direktur.
- (2) Juncto persyaratan ayat (1) diatas diperlukan pula persyaratan :
  - a. Bagi calon yang berasal dari dalam lingkungan Rumah Sakit Khodijah, yang bersangkutan adalah pegawai tetap yang selama bekerja di Rumah Sakit menunjukkan kinerja dan berkondite baik, sebagaimana yang terekam Buku Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan.
  - b. Tentang Buku Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan diatur dengan Surat Keputusan Direktur.
  - c. Bagi calon yang berasal dari luar lingkungan Rumah Sakit Khodijah, memiliki pengalaman memimpin institusi pelayanan kesehatan, diutamakan pernah memimpin Dinas Kesehatan atau memimpin Rumah Sakit Pemerintah maupun swasta sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun, serta lulus fit and proper-test.
- (3) Calon yang memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) pasal ini akan diangkat menjadi Direktur dengan Surat Keputusan Yayasan untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

- (4) Evaluasi terhadap kinerja Direktur yang akan habis masa jabatannya dilaksanakan oleh Pengurus sekurang-kurang 3 (tiga) bulan sebelumnya.

### **Pengangkatan Kembali**

#### **Pasal 16**

- (1) Direktur yang hasil penilaian pada evaluasi akhir masa jabatannya menunjukkan kinerja yang baik, dipertimbangkan oleh Pengurus untuk dapat diangkat kembali sebagai Direktur,
- (2) Direktur yang dapat memenuhi ketentuan ayat (1) pasal ini dapat menerima atau menolak pengangkatan kembali menjadi Direktur.
- (3) Direktur yang menerima untuk pengangkatan kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (2) pasal ini, kepadanya akan diberikan Surat Keputusan Yayasan tentang Perpanjangan Masa Jabatan sebagai Direktur.
- (4) Direktur yang menolak untuk pengangkatan kembali sebagaimana dimaksud pada ayat (2) pasal ini, apabila yang bersangkutan adalah dari lingkungan internal maka kepadanya akan dikembalikan ke jabatan fungsional

### **Pemberhentian Direktur**

#### **Pasal 17**

- (1) Karena masa jabatan berakhir dan tidak diperpanjang kembali :
  - 3 ( tiga ) bulan sebelum masa jabatan berakhir, Pengurus akan memberitahukan perihal tidak diperpanjangnya masa jabatan, dan Pengurus akan menerbitkan Surat Keputusan Yayasan tentang Pemberhentiannya sebagai Direktur.
- (2) Karena berhalangan tetap :
  - Yang termasuk berhalangan tetap adalah: meninggal dunia, tidak diketahui keberadaannya selama 6 (enam) bulan berturut-turut, telah dinyatakan dibawah pengampunan atau tidak cakap hukum, atau setidaknya dalam keadaan sakit tertentu sehingga tidak dapat melaksanakan kegiatan dan tugas sebagai Direktur untuk waktu sebanyak-banyaknya selama 6 (enam) bulan berturut-turut berdasar pemeriksaan Dokter Rumah Sakit; maka kepadanya akan diterbitkan Surat Keputusan Yayasan oleh Pengurus tentang Pemberhentian Masa Jabatan Direktur karena Berhalangan Tetapselambat-lambatnya 2(dua) bulan sejak yang bersangkutan dinyatakan berhalangan tetap.
- (3) Karena Sanksi Pidana :
  - Direktur melakukan kejahatan yang ancaman hukumannya minimal 1 (satu) tahun, kejahatan manabukan akibat dari pekerjaannya sebagai Direktur, maka

kepadanya akan diterbitkan Surat Keputusan Yayasan tentang pemberhentiannya tanpa pemberitahuan terlebih dahulu selambat-lambatnya 1(satu) bulan sejak diketahuinya tanggal penuntutan tersebut oleh Pengurus.

(4) Karena Evaluasi :

- Kepada Direktur yang karena evaluasi dan penilaian yang dilaksanakan oleh Pengurus terhadap kinerja Direktur disimpulkan dan dinyatakan telah tidak memenuhi standar yang diharapkan Yayasan, maka Pengurus dapat melakukan pemberhentian masa jabatannya dengan cara yang patut dan pantas dengan Surat Keputusan Yayasan tentang Mempercepat Berakhirnya Masa Jabatan Direktur.

(5) Karena Mengundurkan diri:

- Kepada Direktur yang atas kemauan sendiri ingin mengakhiri masa jabatannya, maka kepadanya diwajibkan mengajukan surat pengunduran diri minimal 3(tiga) bulan sebelum tanggal pengunduran diri yang diharapkannya; dan apabila pengunduran diri termaksud disetujui oleh Pengurus, maka oleh karenanya Pengurus akan menerbitkan Surat Keputusan tentang Pemberhentian Masa Jabatan Direktur karena Mengundurkan Diri.

### **Direktur Berhalangan Sementara**

#### **Pasal 18**

- (1) Apabila Direktur berhalangan untuk sementara waktu karena mengambil cuti tahunan, cuti sakit, tugas diluar kota, menjalankan ibadah atau melaksanakan kegiatan sosial lainnya selama lebih dari 3 (tiga) hari berturut-turut, maka Direktur wajib menunjuk Pelaksana Tugas Direktur dengan memberitahukan kepada Pengurus.
- (2) Yang dapat ditunjuk sebagai Pelaksana Tugas Direktur adalah Manajer Pelayanan, dan apabila karena suatu hal Manajer Pelayanan juga berhalangan, maka Manajer Pelayanan menunjuk Asisten Manajer Pelayanan atau dokter Tetap Rumah Sakit untuk menjadi Pelaksana Tugas Direktur dengan memberitahukan kepada Pengurus.
- (3) Masa jabatan Pelaksana Tugas Direktur adalah sampai dengan Direktur atau Pelaksana Tugas Direktur yang ditunjuk oleh Direktur dapat aktif kembali melaksanakan tugas.
- (4) Dalam hal Direktur berhalangan tetap atau setidak-tidaknya selama menunggu Direktur dinyatakan Berhalangan Tetap maka Pengurus akan mengangkat Pejabat Sementara Direktur sampai diangkatnya Direktur yang baru.

### **Hak Direktur**

#### **Pasal 19**



- (1) Direktur yang berasal dari lingkungan dalam rumah sakit berhak menerima gaji dan tunjangan jabatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (2) Direktur yang berasal dari luar lingkungan rumah sakit tidak mendapatkan gaji akan tetapi berhak mendapatkan bagian dari hasil usaha rumah sakit dengan besaran sesuai kesepakatan.

#### **Fasilitas Direktur**

##### **Pasal 20**

- (1) Pelayanan kesehatan bagi dirinya dan keluarganya untuk rawat jalan dan rawat inap dikelas Utama, sesuai kemampuan Rumah Sakit.
- (2) Sarana transportasi dan perumahan sesuai kemampuan Rumah Sakit.

#### **BAB IV**

#### **HUBUNGAN DIREKTUR DENGAN ORGANISASI FUNGSIONAL**

##### **Organisasi Fungsional Rumah Sakit**

##### **Pasal 21**

Adalah perangkat organisasi bersifat non struktural yang terdiri dari: Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, dan Satuan Pemeriksa Internal, yang diangkat oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.

##### **Hubungan Direktur dengan Komite Medik**

##### **Pasal 22**

- (1) Lingkup hubungan antara Direktur dengan Komite Medik adalah dalam hal-hal yang menyangkut profesionalisme staf medis.
- (2) Direktur Rumah Sakit, memfasilitasi sumber daya yang diperlukan Komite Medik, agar Komite Medik dapat menerapkan tata kelola klinik (*clinical governance*).
- (3) Komite Medik adalah rekomendator Direktur dalam pemberian dan atau pencabutan kewenangan klinis staf medis, untuk menjamin pelayanan medis di Rumah Sakit Siti Khodijah yang berkualitas.
- (4) Direktur bekerja sama dengan Komite Medik dalam pemberian dan atau pencabutan kewenangan klinis staf medis untuk memberikan pelayanan medis.
- (5) Direktur bersama Komite Medik menyusun standar pelayanan medis yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur.

- (7) Direktur menyetujui draft Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disusun Komite Medik, untuk selanjutnya diusulkan sebagai bagian dari Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*).

### **Hubungan Direktur dengan Komite Keperawatan**

#### **Pasal 23**

- (1) Lingkup hubungan antara Direktur dengan Komite Keperawatan adalah dalam hal hal yang menyangkut peningkatan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik, agar pelayanan keperawatan dan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit lebih terjamin dan terlindungi.
- (2) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Keperawatan.
- (3) Komite Keperawatan adalah rekomendator Direktur dalam pemberian Surat Penugasan Klinis kepada semua perawat dan bidan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- (4) Komite Keperawatan bertanggung jawab kepada Direktur
- (5) Direktur mengesahkan peraturan internal staf keperawatan yang disusun Komite Keperawatan yang berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Keperawatan dan staf keperawatan dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik.

### **Hubungan Direktur dengan Komite Etik dan Hukum**

#### **Pasal 24**

- (1) Lingkup hubungan antara Direktur dengan Komite Etik dan Hukum adalah dalam hal hal yang menyangkut pembinaan Sumber Daya Insani Rumah Sakit Siti Khodijah dalam penerapan Kode Etik Rumah Sakit, sebagai upaya antisipatif atas kesalahan penerapan dan pelaksanaan Kode Etik Rumah Sakit dan norma hukum.
- (2) Komite Etik adalah rekomendator Direktur dalam menetapkan pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang terkait dengan etika rumah sakit dan norma hukum.
- (3) Komite Etik dan Hukum melakukan pembinaan kode etik rumah sakit, dan norma hukum serta advokasi hukum sepanjang diperlukan.
- (4) Komite Etik dan Hukum bertugas memberikan saran dan pertimbangan terhadap etik dan normatif terhadap setiap kebijakan atau keputusan yang dibuat oleh Direktur, baik diminta maupun tidak.
- (5) Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab kepada Direktur.

## **Hubungan Direktur dengan Satuan Pemeriksa Intern**

### **Pasal 25**

- (1) Lingkup hubungan antara Direktur dengan Satuan Pemeriksa Internal adalah dalam hal hal yang menyangkut pengawasan terhadap pelaksanaan tugas semua unit kerja agar dapat berjalan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- (2) Direktur Rumah Sakit, menetapkan kebijakan dan prosedur Pengawasan Internal Rumah Sakit.
- (3) Satuan Pemeriksa Intern melakukan monitoring terhadap penyelenggaraan: logistik, kerumah-tangga, pengelolaan kepegawaian dan keuangan serta melakukan pengujian/penilaian laporan dari unit-unit kerja dalam aspek administrasi.
- (4) Satuan Pemeriksa Intern memberikan pertimbangan kepada Direktur terhadap hal yang bersifat strategis atas pelaksanaan administratif di setiap unit kerja.
- (5) Satuan Pemeriksa Intern bertanggung jawab kepada Direktur.

## **BAB VI**

### **TATA KELOLA RUMAH SAKIT**

#### **Pasal 26**

- (1) Kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Setiap Asisten Manajer wajib mengusulkan kebijakan dan pedoman yang terkait dengan bidang tugasnya untuk ditetapkan oleh Direktur, dengan persetujuan Manajer atasannya.
- (3) Setiap unit kerja wajib membuat standar prosedur operasional dengan format yang sudah ditentukan untuk ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Kebijakan, pedoman dan standar prosedur operasional tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*).
- (5) Untuk menangani pengelolaan kegiatan tertentu, Direktur dapat membentuk Tim, atau Panitia.
- (6) Dalam pelaksanaan tugas, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungan unit kerjanya sendiri, dengan unit kerja terkait maupun dengan institusi lain sesuai bidang tugas masing-masing.
- (7) Setiap Koordinator: Instalasi, Urusan maupun Unit Kerja wajib melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap kendali mutu, kendali biaya, disiplin pegawai dan motivasi kerja bawahan dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah sesuai ketentuan dan peraturan yang berlaku.

**BUKU KEDUA**  
**PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*)**

**BAB VII**  
**PENGORGANISASIAN STAF MEDIS**

**Kelompok Staf Medis (KSM)**

**Pasal 27**

- (1) Pengorganisasian staf medis di Rumah Sakit disebut Kelompok Staf Medis (KSM).
- (2) KSM dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) KSM berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Manajer Pelayanan.

- (4) KSM merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan staf medis.

#### **Pasal 28**

Tujuan pengorganisasian staf medis adalah guna membangun hubungan sinergis antara Direktur dengan Staf Medis, untuk mewujudkan pelayanan medis yang focus pada mutu dan keselamatan pasien.

#### **Pasal 29**

- (1) Pengelompokan staf medis kedalam KSM adalah berdasarkan pengelompokan staf medis spesialis yang berkaitan langsung dengan tindakan medis operatif, staf medis spesialis yang tidak berkaitan langsung dengan tindakan medis operatif serta kelompok dokter umum dan dokter gigi.
- (2) KSM Rumah Sakit terdiri dari:
  - a. KSM Bedah merupakan kelompok dari dokter spesialis: Bedah, Obstetri dan Ginekologi, THT-KL, Urologi, Mata, Anestesi dan Dokter Gigi Spesialis.
  - b. KSM Non Bedah merupakan kelompok dari dokter spesialis: Penyakit Dalam, Anak, Paru, Jantung & Pembuluh Darah, Saraf, Radiologi, Patologi Klinik, Kulit & Kelamin serta Kedokteran Jiwa.
  - c. KSM Umum dan Gigi merupakan kelompok dari dokter umum dan dokter gigi.
- (3) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan KSM ditetapkan oleh Direktur.

### **Keanggotaan KSMF**

#### **Pasal 30**

- (1) Seluruh staf medis baik yang status kepegawaiannya berkedudukan sebagai Dokter Tetap maupun Dokter Mitra wajib menjadi Anggota KSM.
- (2) Pengangkatan staf medis kedalam KSM ditetapkan oleh Direktur dalam penugasan klinis.

#### **Pasal 31**

- (1) Setiap KSM dipimpin oleh seorang ketua yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Dalam menentukan Ketua KSM, Direktur dapat meminta pendapat dari Manajer Pelayanan dan Komite Medik.
- (3) Penetapan sebagai Ketua KSM dengan surat keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Apabila Ketua KSM diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka wajib mengundurkan diri dari jabatan Ketua KSM, dan Direktur menetapkan Ketua KSM yang baru sebagai penggantinya.
- (4) Tata cara pengangkatan Ketua KSMF ditetapkan oleh Direktur.

## **Tugas dan Wewenang Ketua KSM**

### **Pasal 32**

**(1) Tugas Ketua KSM:**

- a. Mengusulkan uraian tugas dan tata kerja Anggota KSM untuk ditetapkan oleh Direktur.
- b. Mengkoordinasikan semua kegiatan Anggota KSM dalam hal:
  - 1) Pengusulan prosedur pelayanan yang berhubungan dengan administrasi pelayanan medis, meliputi pengaturan tugas pelayanan, tugas jaga, visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus, prosedur konsultasi dan prosedur lainnya untuk ditetapkan oleh Direktur.
  - 2) Menyusun pedoman pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berhubungan dengan bidang keilmuan/keprofesian, di bawah koordinasi Komite Medik untuk ditetapkan oleh Direktur.
  - 3) Melakukan perbaikan pedoman pelayanan medis dan dokumen terkait yang perlu disempurnakan agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang;
  - 4) Membuat usulan program peningkatan dan pengembangan pelayanan kepada Direktur.
- c. Membantu Manajer Pelayanan dalam membina Anggota KSM, dalam hal:
  - 1) Pemantauan penampilan kinerja praktik klinis, pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota KSM berdasarkan data yang komprehensif.
  - 2) Pemberian laporan atas kegiatan sebagaimana tercantum pada butir 1) disampaikan kepada Manajer pelayanan setelah melalui pembahasan bersama Anggota KSM.

**(2) Wewenang Ketua KSM:**

- a. Memberikan masukan kepada Manajer Pelayanan dan Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik kedokteran.
- b. Mengkoordinasikan anggota KSM agar pelayanan medis berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku.
- c. Memberikan masukan kepada Manajer Pelayanan melalui Ketua Komite Medik mengenai penerimaan calon staf medis baru.

- (3) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua KSM, dapat ditunjuk Anggota KSM sebagai sekretaris dengan keputusan Direktur.

### **Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota KSM**

#### **Pasal 33**

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSM ditetapkan dengan keputusan Direktur atas rekomendasi Komite Medik.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSM ditetapkan oleh Direktur.

#### **Pasal 34**

- (1) Pemberhentian staf medis sebagai Anggota KSM berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian menetap.
- (2) Pemberhentian sementara apabila:
  - a. Kondisi fisik staf medis tidak mampu melakukan tindakan medis lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun.
  - b. Melakukan pelanggaran disiplin dan etikayang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara.
  - c. Melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran atau peraturan lain yang terkait berulang-ulang.
  - d. Dicabut kewenangan klinisnya.
  - e. Surat IjinPraktek di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sudah tidak berlaku sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - f. Tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya.
  - g. Berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
- (3) Pemberhentian menetap apabila:
  - a. Kondisi fisik dan atau mental staf medis yang bersangkutan tidak mampu lagi secara menetap melakukan tindakan medis.
  - b. Melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap.
  - c. Melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya.
  - d. Berakhir masa perjanjian kerja dan tidak diperpanjang.
  - e. Tidak disetujui untuk diangkat kembali sebagai anggota KSM.

#### **Pasal 35**

- (1) Pengangkatan kembali staf medis sebagai Anggota KSM diberlakukan bagi staf medis yang selesai menjalani pemberhentian sementara.
- (2) Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
  - a. Surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua KSMterkait.
  - b. Foto copi Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia;
  - c. Foto copi Surat Ijin Praktek;
  - d. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
  - e. Surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi;
  - f. Surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku dilingkungan Rumah Sakit.
- (3) Bila diperlukan dapat diminta kajian dan rekomendasi dari Komite Medikuntuk pengangkatan kembali anggota KSM.

## **BAB VIII**

### **STAF MEDIS**

#### **Hak dan Kewajiban Staf Medis**

##### **Pasal36**

- (1) Staf medis dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran di Rumah Sakitbertanggung jawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf medis, secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Manajer Pelayanan, dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik.
- (3) Hak dan kewajiban staf medis sebagai pegawai dan sebagai tenaga profesi di Rumah Sakitsesuai ketentuan yang berlaku.

#### **Tugas SMF**

##### **Pasal 37**

- (1) Tugas staf medis:
  - a. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan dan pemulihan penyakit yang diderita pasien.
  - b. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan / pelatihan berkelanjutan.
  - c. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis serta standar etika dan disiplin kedokteran yang sudah ditetapkan.
  - d. Menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.



- (2) Fungsi staf medis secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

### **Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis**

#### **Pasal 38**

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

#### **Pasal 39**

- (1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan investigasi.
- (2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana dimaksud ayat (1) berupa:
  - a. Teguran tertulis atau/dan pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 3 (tiga) bulan untuk pelanggaran ringan.
  - b. Pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 6 bulan untuk pelanggaran sedang.
  - c. Pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 1 (satu) tahun untuk pelanggaran berat.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit medis, yang diarahkan untuk:
  - a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis;
  - b. Meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf medis.
  - c. Melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf medis.
- (4) Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

### **Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)**

#### **Pasal 40**

- (1) Asuhan medis kepada satupasiendengansatupatologi/penyakit,dariawalsampaidenganakhirperawatandiruma hsakit diberikan oleh dokter spesialis dengan sebutan DPJP.
- (2) Dalam hal pasien dengan lebih dari satu penyakit dikelola oleh lebih darisatu DPJP sesuai kewenangan klinisnya, dalam pola asuhansecara tim atau terintegrasi, maka ditunjuk DPJP Utama, sebagai koordinator proses asuhan medis bagi pasien bersangkutan.

#### **Pasal 41**

- (1) Pada Unit Gawat Darurat, dokter umum yang memberikan asuhan medis pada saat asuhan awal pasien gawat daruratmenjadi DPJP, pada saat pasien dikonsul / rujuk ke dokter spesialis dan memberikan asuhan medis, maka dokter spesialis tersebut menjadi DPJP menggantikan DPJP sebelumnya.
- (2) Pada Poli Umum, dokter umum yang memberikan asuhan medis pada saat asuhan awal pasien Poli Umummenjadi DPJP, pada saat pasien dikonsul/rujuk ke dokter speslalis dan memberikan asuhan medis, maka dokter spesialis tersebut menjadi DPJP menggantikan DPJP sebelumnya.
- (3) DPJP pada pelayanan pasien rawat inap adalah dokter spesialis sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien.
- (4) DPJP Utama pada pelayanan ICU adalah dokter spesialis anesthesiologi.
- (5) DPJP Bedah pada Kamar operasi adalah dokter operator yang memimpin semua kegiatan pada saat dikamar operasi tersebut.
- (6) Kebijakan tentang DPJP dan tatalaksananya ditetapkan oleh Direktur.

#### **Pasal 42**

- (1) Tugas Dokter Penanggung Jawab Pelayanan:
  - a. Melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi, evaluasi keberhasilan terapi dan mendokumentasikannya ke dalam dokumen rekam medik.
  - b. Memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan Profesional Pemberi Asuhan laninnya.
  - c. Memberikan edukasi kepada pasien.
  - d. Bila diperlukan DPJP melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan Komite Medik;
- (2) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan medik dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.

## **Mitra Bestari**

### **Pasal 43**

- (1) Mitra Bestari (*peer group*) adalah 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 dapat ditunjuk sebagai Panitia *Adhoc* untuk membantu Komite Medik melakukan, penjagaan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.
- (4) Penetapan Mitra Bestari sebagai Panitia *Adhoc* sebagaimana ayat (3) ditetapkan dengan keputusan Direktur atas usulan Ketua Komite Medik.

## **BAB IX**

### **KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)**

#### **Pasal 44**

- (1) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (2) Penetapan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
- (3) Kewenangan klinis setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama.
- (4) Tanpa kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis tidak dapat menjadi anggota KSM.
- (5) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) diberikan kepada staf medis berdasarkan pertimbangan antara lain:
  - a. Tinjauan atau telaah hasil proses (*clinical appraisal*) berupa surat rekomendasi.
  - b. Standar profesi dari organisasi profesi.
  - c. Standar pendidikan.
  - d. Standar kompetensi dari kolegium.

#### **Pasal 45**

- (1) Rincian kewenangan klinis dan syarat-syarat kompetensi setiap jenis pelayanan medis yang disebut buku putih (*white paper*) ditetapkan oleh Komite Medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Dalam hal dijumpai kesulitan menentukan kewenangan klinis dan atau apabila suatu pelayanan medis dapat dilakukan oleh staf medis dari jenis spesialisasi yang berbeda maka untuk pelayanan medis tertentu Komite Medik dapat meminta informasi atau pendapat dari Mitra Bestari.

#### **Pasal 46**

Kewenangan klinis(*clinical privilege*) seorang staf medis dievaluasi secara berkala melalui proses rekredensial untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut oleh Direktur.

#### **Pasal 47**

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis dikabulkan, dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur, disampaikan kepada pemohon serta tembusan kepada Komite Medik.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak, dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan, ditanda tangani oleh Direktur, disampaikan kepada pemohon serta tembusan kepada Komite Medik.

### **BAB X**

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

#### **Pasal 48**

- (1) Penugasan klinis (*clinical appointment*) diterbitkan kepada seorang staf medis setelah melalui proses kredensial atau rekredensial dan rekomendasi Komite Medik.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memuat kewenangan klinis yang diberikan kepada seorang staf medis bersangkutan untuk dapat melaksanakan

tugas.

- (3) Penugasan klinis (*clinical appointment*) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Penugasan klinis berlaku selama 3 (tiga) tahun.

#### **Pasal 49**

- (1) Penugasan klinis seorang staf medis hanya dapat ditetapkan bila:
  - a. Mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR).
  - b. Memenuhi syarat sebagai staf medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku.
  - c. Memenuhi syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit.
  - d. Memenuhi syarat untuk menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit.
  - e. Bersedia memenuhi segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *clinical pathway* dan standar prosedur operasional/manajerial/administrasi yang berlaku.
  - f. Bersedia mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Penugasan klinis dapat berakhir sebelum jangka waktu berakhirnya dalam hal:
  - a. Surat Ijin Praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku.
  - b. Kondisi fisik atau mental yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan medis secara menetap.
  - c. Staf medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*clinical privilege*) yang dicantumkan dalam penugasan klinis.
  - d. Staf medis telah melakukan tindakan yang tidak profesional atau perilaku menyimpang lainnya.
  - e. Staf medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku.
  - f. Staf medis mengakhiri Perjanjian Kerja Praktik Kedokteran Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

### **BAB XI**

#### **Komite Medik**

##### **Kedudukan Komite Medik**

### **Pasal 50**

- (1) Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik, agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi
- (2) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi dan wewenang Komite Medik ditetapkan oleh Direktur.

### **Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik**

#### **Pasal 51**

- (1) Susunan organisasi Komite Medik sebagai berikut:
  - a. Ketua, merangkap anggota.
  - b. Sekretaris, merangkap anggota.
  - c. Anggota, yang terdiri dari:
    1. Subkomite Kredensial.
    2. Subkomite Mutu Profesi.
    3. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

#### **Pasal 52**

- (1) Pengangkatan staf medis menjadi anggota Komite Medik oleh Direktur dengan mempertimbangkan :
  1. Sikap profesional.
  2. Reputasi.
  3. Perilaku.
  4. Memperhatikan usulan dari KSM.
- (2) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (3) Sekretaris Komite Medik dan ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis.
- (4) Masa bakti kepengurusan Komite Medik adalah 5 (lima) tahun.

#### **Pasal 53**

- (1) Persyaratan Ketua Komite Medik:
  - a. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya.
  - b. Menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas.

- c. Peka terhadap perkembangan perumahsakitan.
  - d. Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur.
  - e. Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya.
  - f. Mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Dalam menentukan Ketua Komite Medik, Direktur dapat meminta pendapat dari Pemilik.

### **Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Medik**

#### **Pasal 54**

- (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.
  - c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Pedoman pelaksanaan tugas Komite Medik ditetapkan oleh Direktur.

#### **Pasal 55**

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Penyusunan daftar kewenangan klinis dan persyaratan setiap jenis pelayanan medis.
  - b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi.
  - c. Pengevaluasian data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan.
  - d. Penilaian dan pemberian rekomendasi keputusan kewenangan klinis yang adekuat.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practiceevaluation*).

- b. Pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan dengan memberikan rekomendasi pendidikan, pertemuan ilmiah internal dan kegiatan eksternal.
  - c. Pendampingan (*proctoring*) terhadap staf medis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medis, Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
  - b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
  - c. Rekomendasi pendisiplinan perilaku staf medis.
  - d. Pemberian pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis.

### **Pasal 56**

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang:

1. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*).
2. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*).
3. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu.
4. Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*).
5. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis.
6. Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.
7. Memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*).
8. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

### **Pasal 57**

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

### **Rapat Komite Medik**

#### **Pasal 58**

- (1) Rapat komite medik adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan keprofesian staf medis sesuai tugas dan kewajibannya.
- (2) Rapat Komite Medik terdiri dari rapat rutin, rapat dengan Manajer Pelayanan, dan rapat khusus.
- (3) Peserta rapat, selain Anggota Komite Medik, apabila diperlukan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang terkait dengan agenda rapat, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit yang ditentukan oleh Komite Medik.



- (4) Setiap rapat dibuat risalah rapat.
- (5) Mekanisme pelaksanaan rapat diatur dalam Pedoman Rapat Komite Medik.

### **Pasal 59**

- (1) Rapat rutin Komite Medik:
  - a. Diselenggarakan 1 (satu) bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Komite Medik.
  - b. Rapat rutin merupakan rapat koordinasi untuk membahas, melakukan klarifikasi, mencari alternatif solusi berbagai masalah pelayanan medis dan membuat usulan tentang kebijakan pelayanan medis.
  - c. Risalah rapat rutin dan risalah rapat khusus yang lalu disampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat rutin.
- (2) Rapat Komite Medik dengan Manajer Pelayanan:
  - a. Diselenggarakan 2 (dua) bulanyang disepakatioleh Komite Medik dan Manajer Pelayanan.
  - b. Rapat bertujuan untuk menginternalisasikan kebijakan dan peraturan-peraturan yang berhubungan dengan profesi dan pelayanan medis, membahas berbagai masalah pelayanan medis, sumber daya insani, sarana dan prasarana, menampung usulan tentang kebijakan pelayanan medis.
  - c. Risalah rapat dengan Manajer Pelayanan yang laludisampaikan pada setiap penyelenggaraan rapat dengan Manajer Pelayanan.
- (3) Rapat khusus komite medik:
  - a. Rapat khusus diselenggarakan atas permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Komite Medik.
  - b. Bertujuan untuk membahas masalah mendesak / penting yang segera memerlukan penetapan/ keputusan Direktur.
  - c. Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Komite Medik kepada peserta rapat melalui surat paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat diselenggarakan, dengan memberitahukan agenda rapat.
- (4) Pimpinan rapat:
  - a. Setiap rapat komite medik dipimpin oleh Ketua Komite Medik, apabila Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat, bila kuorum telah tercapai, maka Anggota Komite Medik yang hadir dapat memilih pimpinan rapat.
  - b. Pimpinan rapat sebagaimana dimaksud dalam ayat (4.a) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Komite Medik.

- (5) Kuorum:
- Dalam hal untuk pengambilan keputusan, rapat komite medik hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
  - Kuorum dianggap tercapai bila 50%+1 dari anggota komite medik hadir.
  - Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu satu jam dari waktu yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilaksanakan pada tempat, hari dan jam yang disepakati paling lambat dalam waktu 2x24 jam.
  - Dalam hal kuorum tidak juga tercapai dalam waktu satu jam dari waktu rapat yang telah ditentukan sebagaimana ayat (5.c), maka rapat dapat dilaksanakan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat komite medik berikutnya.
- (6) Pengambilan keputusan rapat:
- Pengambilan keputusan rapat komite medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
  - Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
  - Apabila belum mendapat kesepakatan maka pimpinan rapat menyampaikan hasil rapat kepada Direktur untuk diputuskan.
  - Keputusan rapat Komite Medik merupakan sebuah rekomendasi yang diberikan kepada Direktur.

## **BAB XII**

### **SUBKOMITE KREDENSIAL**

#### **Pengorganisasian Subkomite Kredensial**

##### **Pasal 60**

- Subkomite Kredensial berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- Anggota Subkomite Kredensial terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- Pengorganisasian Subkomite Kredensial terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Anggota.

#### **Tugas dan wewenang Subkomite Kredensial**

##### **Pasal 61**

Tugas dan wewenang Subkomite Kredensial:

1. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis dan persyaratan setiap jenis pelayanan medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku dan masukan dari KSM dan atau Mitra Bestari.
2. Melakukan kredensial dan rekredensial untuk mendapatkan dan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel, profesional dan akuntabel.
3. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan staf medis.
4. Mewawancarai pemohon kewenangan klinis.
5. Melaporkan hasil penilaian dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis dan penugasan klinis kepada Ketua Komite Medik.

### **Kredensial dan Rekredensial**

#### **Pasal 62**

- (1) Instrumen kredensial dan rekredensial antara lain adalah daftar rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi, buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan medis dan daftar mitra bestari.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial meliputi pemeriksaan dan pengkajian elemen:
  1. Kompetensi:
    - a. Berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang.
    - b. Kognitif.
    - c. Afektif.
    - d. Psikomotor.
  2. Kompetensi fisik.
  3. Kompetensi mental/perilaku;
  4. Perilaku etis (*ethical standing*).
- (3) Proses dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur dan terdokumentasi.
- (4) Dalam melakukan pengkajian dapat membentuk panel atau panitia *ad hoc* atau melibatkan Mitra Bestari.
- (5) Hasil berupa rekomendasi Komite Medik kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.

#### **Pasal 63**

- (1) Rekredensial terhadap staf medis dilakukan dalam hal:

- a. Penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya.
  - b. Staf medis bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya.
  - c. Staf medis bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Rekomendasi hasil rekredensial berupa:
- a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan atau diakhiri.
  - b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah atau dikurangi.
  - c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - d. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;

### **BAB XIII**

#### **SUBKOMITE MUTU PROFESI**

##### **Pengorganisasian Subkomite Mutu Profesi**

##### **Pasal 64**

- (1) Subkomite Mutu Profesi berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Anggota Subkomite Mutu Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (3) Pengorganisasian Subkomite mutu profesi terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Anggota.

##### **Tugas dan Wewenang Subkomite Mutu Profesi**

##### **Pasal 65**

Tugas dan wewenang Subkomite Mutu Profesi:

1. Melakukan audit medis.
2. Merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis.
3. Mengadakan pertemuan ilmiah internal dan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan bagi staf medis.
4. Memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
5. Memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

##### **Audit Medis**

##### **Pasal 66**

- (1) Audit medis dilakukan secara sistemik, melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan audit medis menggunakan rekam medis yang dibuat oleh staf medis.
- (3) Hasil dari audit medis sebagaimana pada ayat (1) berfungsi sebagai:
  - a. Sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis.
  - b. Dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki.
  - c. Dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
  - d. Dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

### **Pendidikan Berkelanjutan**

#### **Pasal 67**

- (1) Memberikan rekomendasi atau persetujuan pendidikanberkelanjutan baik yang merupakan program rumah sakit maupun atas permintaan staf medis sebagai bahan masukan kepada Direktur.
- (2) Pendidikan berkelanjutan dilakukan dengan:
  - a. Menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing KSM.
  - b. Mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
  - c. Bersama-sama dengan KSM menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang melibatkan staf medis sebagai narasumber dan peserta aktif.
  - d. Bersama dengan Manajer Pelayanan memfasilitasi kegiatan ilmiah dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulen, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

### **Pendampingan (*proctoring*)**

#### **Pasal 68**

- (1) Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf medis yang dijatuhi sanksi disiplin atau pengurangan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (2) Staf medis yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan keputusan Direktur.

- (3) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) difasilitasi dan dikoordinasikan bersama Manajer Pelayanan.
- (4) Hasil pendampingan (*proctoring*) berupa rekomendasi Komite Medik kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis dan penugasan klinis seorang staf medis.

## **BAB XIV**

### **SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI**

#### **Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi**

##### **Pasal 69**

- (1) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (2) Anggota Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki penugasan klinis (*clinical appointment*) dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (3) Pengorganisasian Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari Ketua, Sekretaris, dan Anggota.

#### **Tugas dan Wewenang Subkomite Etika dan Disiplin Profesi**

##### **Pasal 70**

Tugas dan wewenang Subkomite Etika dan Disiplin Profesi:

1. Melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
2. Melakukan upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis.
3. Memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### **Pendisiplinan Profesi**

##### **Pasal 71**

- (1) Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis antara lain:
  - a. Pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit.
  - b. Standar Prosedur Operasional pelayanan di rumah sakit.
  - c. Daftar kewenangan klinis di rumah sakit.
  - d. Pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit.
  - e. Kode etik kedokteran Indonesia.

- f. Pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik).
  - g. Pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
  - h. Pedoman pelayanan medik/klinik.
  - i. Standar prosedur operasional asuhan medis.
- (2) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis berupa:
- a. Peringatan tertulis.
  - b. Limitasi (*reduksi*) kewenangan klinis (*clinical privilege*).
  - c. Bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut.
  - d. Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (3) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional ditetapkan oleh Komite Medik.

## **Pasal 72**

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua Subkomite 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 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 dari luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur atau atas permintaan Direktur rumah sakit terlapor.
- (3) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.

## **Pembinaan Profesi**

### **Pasal 73**

- (1) Pembinaan profesionalisme staf medis dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, symposium atau lokakarya.
- (2) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit kepada Komite Medik melalui Ketua KSM.

- (3) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

## **BAB XV**

### **TATA KELOLA KLINIS (*CLINICAL GOVERNANCE*)**

#### **Pasal 74**

- (1) Kebijakan teknis operasional pelayanan medis ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Masing-masing KSM wajib membuat pedoman pelayanan medis/klinis, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya.
- (3) Kebijakan teknis operasional pelayanan medis tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) ini.
- (4) Semua pelayanan medis dilakukan oleh setiap staf medis di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (5) Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (6) Dalam melaksanakan tugas, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik di lingkungannya maupun dengan KSM lain atau instansi lain yang terkait.
- (7) Untuk menangani pelayanan medis tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau Tim Kerja.
- (8) Setiap Ketua KSM wajib membantu Manajer Pelayanan serta Komite Medik melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.

## **BAB XVI**

### **KETENTUAN REVIEW DAN PERBAIKAN**

#### **Kewenangan Review dan Perbaikan**

#### **Pasal 75**

- (1) Direktur berhak menyampaikan usulan untuk melakukan review dan atau perbaikan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) kepada Yayasan.
- (2) Yayasan berwenang untuk melakukan perubahan dan atau perbaikan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) baik atas usulan Direktur Rumah dan atau Yayasan dengan tetap berkoordinasi dengan Direktur.



## **Tata Cara Review Dan Perbaikan**

### **Pasal 76**

Tata cara untuk melakukan review dan perbaikan Peraturan Internal Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

1. Atas inisiatif Direktur
  - a. Direktur membuat usulan tertulis disertai penjelasan tentang perlunya review dan perbaikan.
  - b. Dalam tempo selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kerja Pengurus wajib memberikan tanggapannya atas diterima atau ditolaknya usulan Direktur termaksud.
  - c. Apabila usulan diterima maka dalam tempo selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan Yayasan berkewajiban mengundang Direktur dalam Rapat Koordinasi.
2. Atas inisiatif Yayasan

Jika dipandang perlu Yayasan dapat mengundang Direktur dalam Rapat Koordinasi dengan pokok agenda review dan perbaikan Peraturan Internal Korporasi.
3. Rapat pembahasan Peraturan Internal Korporasi harus dibuatkan risalah rapat oleh pejabat yang ditunjuk dalam rapat.

## **BAB VI**

### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 77**

- (1) Keputusan Pengurus Nomor : 124/YAI/V/II/2012, tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*), dinyatakan tidak berlaku lagi, sepanjang telah diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit yang baru.
- (2) Hal hal yang belum diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini, maka akan diadakan tambahan dan perubahan sebagaimana mestinya dan seperlunya.

#### **Pasal 27**

- (1) Peraturan Internal Korporasi ini berlaku sejak tanggal ditetapkan;
- (2) Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dan kekurangan atas ketentuan ini maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya dan seperlunya.
- (3) Peraturan Internal Korporasi akan ditinjau kembali paling lama setiap 3 (tiga) tahun.

Ditetapkan : di Pekolangan

Tanggal : 21 April 2015

PENGURUS YAYASAN AL-IRSYAD AL-ISLAMIIYAH PEKALONGAN

**Said Ali Jaidi**  
Ketua

**Ali Cholid Yahya**  
Sekretaris

DIREKTUR

**drg. Said Hassan, M.Kes**

