

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT  
(HOSPITAL BYLAWS)  
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**



**DIREKTUR UTAMA  
PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA  
TAHUN 2023**

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS)  
RS DHARMA NUGRAHA**

**DAFTAR ISI**

	Hal.
Daftar Isi .....	i
Keputusan Direktur Utama PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA	
No..... /PER-DIR /PTDKP/ X/ 2023	
tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws) RS Dharma Nugraha	
<b>BAB I    PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
Pasal 1    : Sejarah dan latar belakang .....	1
Pasal 2    : Peraturan Dasar dan Pengertian .....	2
Pasal 3    : Lingkup dan Fungsi .....	3
Pasal 4    : Tujuan dan Manfaat .....	4
<b>BAB II    PERATURAN INTERNAL KORPORASI (CORPORATE BYLAWS) .....</b>	<b>5</b>
Pasal 5    : P T D I G D A Y A K E N C A N A P R A T A M A .....	5
Pasal 6    : Tugas, Tanggungjawab dan Wewenang Direksi RS Dharma Nugraha .	7
Pasal 7    : Governing Body PT. Digdaya Kencana Pratama.....	10
Pasal 8    : RS Dharma Nugraha .....	13
Pasal 9    : Pengelola RS Dharma Nugraha .....	14
Pasal 10    : Hubungan Kelembagaan antara pemilik dan pengelola RS .....	18
<b>BAB III    PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BYLAWS) ....</b>	<b>21</b>
Pasal 11    : Tujuan dan Fungsi .....	21
Pasal 12    : Kategori dan Persyaratan Staf Medis .....	22
Pasal 13    : Pengangkatan Staf Medis dan Pengangkatan Kembali .....	22
Pasal 14    : Tugas, Tanggung Jawab dan Wewenang Staf Medis .....	24
Pasal 15    : Kewenangan Klinis ( <i>Clinical Privilege</i> ) .....	25
Pasal 16    : Penugasan Klinis ( <i>Clinical Appointment</i> ) .....	27
Pasal 17    : Komite Medik .....	28

Pasal 18 : Hubungan Komite Medik dengan Direktur RS .....	30
Pasal 19 : Sub Komite Kredensial .....	31



**DIGDAYA KENCANA PRATAMA**

JL. BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN PHONE: (021) 4707433 FAX: (021) 4707428

**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA**

**NOMOR 08/ PER-DIR / PT DKP/ X / 2023**

**TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT ( HOSPITAL BYLAWS)  
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**DIREKTUR UTAMA PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA,**

Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan visi rumah sakit Dharma Nugraha menjadi rumah sakit pilihan dalam pelayanan kesehatan keluarga, untuk mencapai visi tersebut maka rumah sakit harus dikelola secara profesional dengan mengutamakan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

b. bahwa untuk mewujudkan visi, rumah sakit harus melaksanakan good hospital governance dan good clinical governance melalui pengelolaan dan pengawasan yang baik dengan mengacu kepada ketentuan yang mengatur hubungan antara pemilik atau yang mewakili dengan direksi rumah sakit dan staf medis.

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, maka dalam rangka mengatur hubungan antara pemilik dengan direksi rumah sakit dan staf medis, perlu dikeluarkan Keputusan Direktur Utama PT. Digdaya Kencana Pratama tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) RS Dharma Nugraha.

Mengingat : 1. Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas  
2. Undang-Undang RI No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan.  
3. Undang-Undang RI No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.  
4. Undang-Undang RI No.25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.  
5. Undang-Undang RI No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.  
6. Undang-Undang RI No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan



7. Undang-Undang RI No.8 tahun 1999 tentang PerlindunganKonsumen.
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 tentangKeselamatan Pasien
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755 / MENKES / PER / IV /2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit.
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
12. Keputusan dirjen pelayanan keehatan No HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/III/2008tentang Rekam Medis
14. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
15. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 772/MENKES/SK/VI/2002tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws)

## MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA.


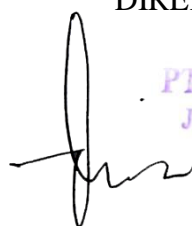
KESATU : Peraturan Internal Rumah Sakit pada diktum kesatu, sebagai tatanan aturan dasar yang mengatur hubungan antara pemilik rumah sakit Dharma Nugraha atau yang mewakili dengan direktur rumah sakit dan staf sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan efektif, efisien dan berkualitas, sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini

- KEDUA : Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) rumah sakit Dharma Nugraha terdiri atas Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*)
- KETIGA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan atau perubahan seperlunya.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 27 Juli 2023

DIREKTUR UTAMA,



**dr. Sekar Dewi Dinawati Tjindarbumi SpTHT(KL)**

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

PTDIGDAYA KENCANA PRATAMA

NO...../ PER-DIR / PTDKP/X/2023

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT  
(HOSPITAL BYLAWS)

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS)  
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**PASAL 1**

**SEJARAH DAN LATAR BELAKANG**

**1. Sejarah rumah sakit Dharma Nugraha**

- a. Rumah sakit Dharma Nugraha adalah badan usaha yang dimiliki oleh PT Digdaya Kencana Pratama, yang didirikan dengan Akta Pendirian Perseroan Terbatas PT.Digdaya Kencana Pratama, Notaris Ny H. Asmin Arifin A, Latif S.H No. 27 tanggal 15 Juni 1991
- a. Rumah sakit Dharma Nugraha berkedudukan di Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun, Pulo Gadung, Jakarta Timur 13220
- b. Rumah sakit Dharma Nugraha adalah rumah sakit kelas C, Perizinan Berbasis Resik, Izin Aktifitas Rumah Sakit Swasta No. 022010230002490001

**2. Latar Belakang**

- a. Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws) dapat menjadi landasan dalam mewujudkan tata kelola korporate dan tata kelola klinik yang baik (good corporate governance & good clinical governance) untuk mewujudkan visi :  
  
“ RS Menjadi rumah sakit pilihan dalam pelayanan kesehatan keluarga”.

- b. Visi, misi dan tujuan rumah sakit hanya dapat diwujudkan dengan baik apabila ada pola hubungan yang jelas antara pemilik, pengelola dan para pemberi layanan kesehatan (staf medis) di rumah sakit Dharma Nugraha. Untuk itu disusunlah Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*).
- c. Dengan adanya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*), diharapkan para stake holders / pemangku kepentingan berperan serta, terlibat dan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan RS Dharma Nugraha serta adanya kepastian hukum dalam melaksanakan tugas.

## **PASAL 2**

### **DASAR HUKUM DAN PENGERTIAN**

#### **1. Dasar Hukum**

- a. Undang-Undang RI No. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan Terbatas
- b. Undang-Undang RI No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- c. Undang-Undang RI No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- d. Undang-Undang RI No.25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
- e. Undang-Undang RI No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- f. Undang-Undang RI No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
- g. Undang-Undang RI No.13 tahun 2003 tentang Tenaga Kerja
- h. Undang-Undang RI No.8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen.
- i. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 ttg Keselamatan Pasien
- j. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755 / MENKES / PER / IV / 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
- k. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
- l. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- m. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*).



## 2. Pengertian

- a. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) adalah :
  - Suatu produk hukum yang merupakan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga rumah sakit sebagai aturan dasar yang mengatur hubungan antara pemilik atau yang mewakili dengan direktur rumah sakit sebagai pengelola dan staf medis.
  - Aturan yang mengatur organisasi, peran, tugas dan kewenangan dari pemilik atau yang mewakili, direktur rumah sakit sebagai pengelola dan staf medis.
- b. PT Digdaya Kencana Pratama adalah perseroan terbatas sebagai perusahaan perseroan pemilik dari rumah sakit Dharma Nugraha, yang kepemilikannya terdiri dari para pemegang saham dan sesuai akta notaris pendirian perseroan dipimpin oleh direksi dibawah pengawasan komisaris.
- c. Governing Body PT Digdaya Kencana Pratama terdiri dari Direksi (Direktur Utama dan Direktur) dan Komisaris (Komisaris Utama dan seorang atau lebih anggota Komisaris) sebagai pemegang kuasa tertinggi di dalam pengelolaan perseroan mewakili pemegang saham
- d. Rumah sakit Dharma Nugraha adalah rumah sakit milik PT Digdaya Kencana Pratama. sebagai sarana pelayanan kesehatan yang dipimpin oleh Direksi Rumah Sakit, terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.

**BAB II**  
**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT**  
**( HOSPITAL BYLAWS)**

**Pasal 3**  
**LINGKUP DAN FUNGSI**

**1. Lingkup**

Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) terdiri dari :

- a. **Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*)** adalah peraturan internal yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan Direktur Rumah Sakit (pengelola rumah sakit).
- b. **Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff ByLaws*)** adalah peraturan internal yang mengatur staf medis dan hubungannya dengan pengelola RS

**2. Fungsi**

- a. Sebagai acuan bagi pemilik rumah sakit dalam melakukan pengawasan
- b. Sebagai acuan bagi Direktur Rumah Sakit dalam mengelola rumah sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional
- c. Sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu dalam pengelolaan rumah sakit
- d. Sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit
- e. Sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di rumah sakit antara pemilik, Direktur Rumah Sakit (pengelola) dan staf medis.

**PASAL 4**  
**TUJUAN DAN MANFAAT**

**1. Tujuan**

- a. Umum :

Rumah sakit Dharma Nugraha memiliki tatanan peraturan dasar yang mengatur pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan tenaga medis sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.

- b. Khusus

- 1) Rumah sakit memiliki pedoman dalam hubungan antara pemilik atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan staf medis.

- 2) Rumah sakit memiliki pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis operasional dan dalam pengaturan staf medis rumah sakit.

## **2. Manfaat**

- a. Rumah sakit, memiliki acuan hukum dan kepastian hukum dalam pembagian kewenangan dan tanggung jawab eksternal maupun internal serta sarana perlindungan hukum bagi rumah sakit.
- b. Pengelola rumah sakit, memiliki acuan tentang batas kewenangan, hak, kewajiban dan tanggung jawab yang jelas, menjaga hubungan serasi dan selaras serta sebagai pedoman untuk menyusun kebijakan teknis operasional.
- c. Pemilik, mengetahui tugas dan kewajiban, menjadi acuan dalam menyelesaikan konflik internal dan menilai kinerja Direktur Rumah Sakit.
- d. Pemerintah, mengetahui arah dan tujuan rumah sakit didirikan dan menjadi acuan dalam menyelesaikan konflik di rumah sakit.
- e. Masyarakat, mengetahui visi, misi dan tujuan rumah sakit serta mengetahui hak dan kewajiban pasien.

**BAB III**  
**PERATURAN INTERNAL KORPORASI**  
**(CORPORATE BY LAWS)**  
**PASAL 5**  
**PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA**  
**(SEBAGAI PEMILIK RS DHARMA NUGRAHA)**

**1. Status dan Struktur Organisasi PT DIGDAYA KENCANA PRATAMA**

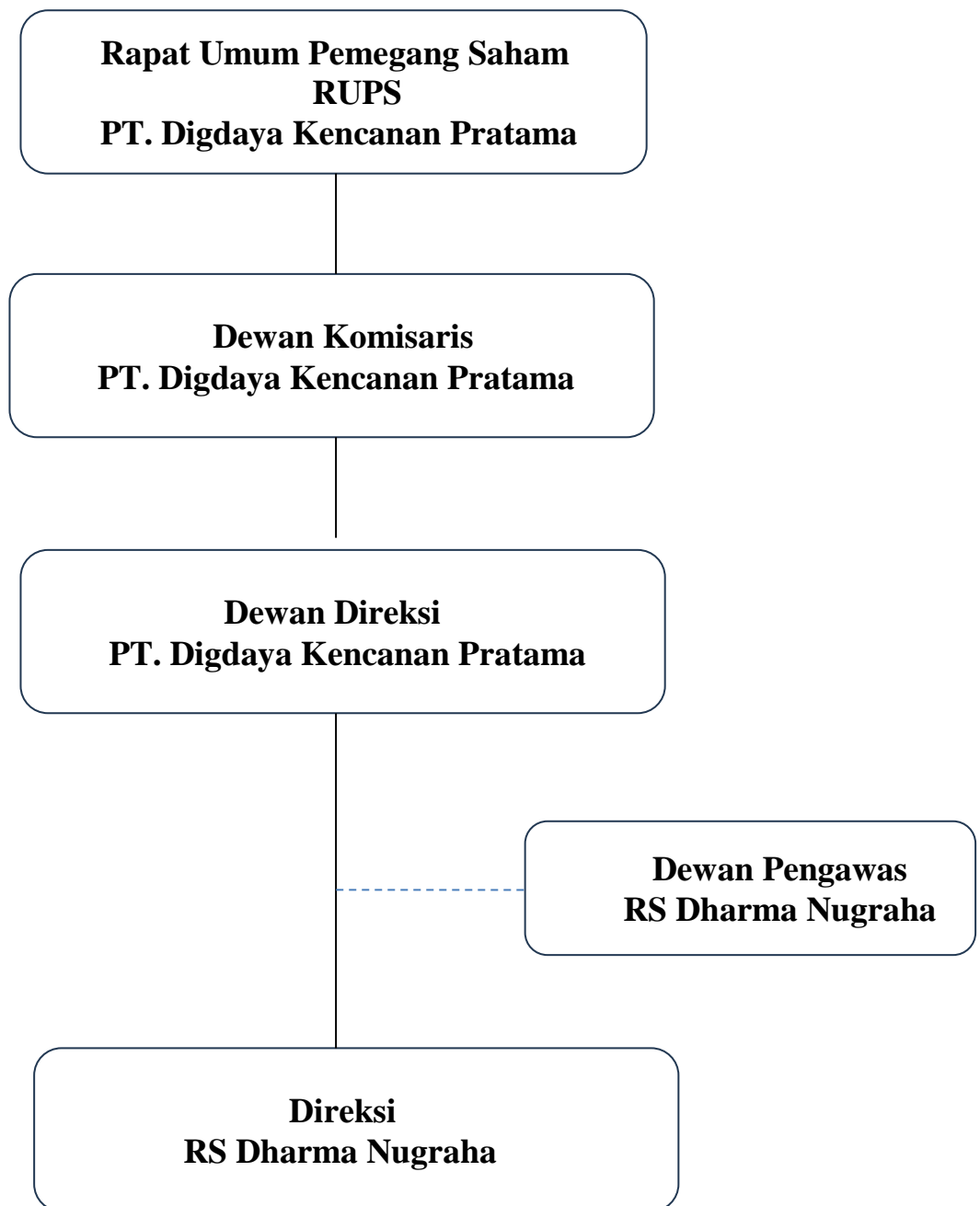
**a. Status PT Digdaya Kencana Pratama**

- 1) PT Digdaya Kencana Pratama adalah sebagai perusahaan pemilik dari rumah sakit Dharma Nugraha, yang kepemilikannya terdiri dari para pemegang saham dan sesuai akta notaris pendirian dipimpin oleh direksi sebagai pengurus dan komisaris sebagai pengawas perseroan.
- 2) Dewan Komisaris PT Digdaya Kencana Pratama terdiri dari komisaris utama dan anggota komisaris serta satu orang atau lebih sebagai pengawas perseroan, berasal dari pemegang saham atau profesional yang memenuhi persyaratan yang ditentukan peraturan perundang-undangan yang berlaku
- 3) Dewan Direksi PT Digdaya Kencana Pratama terdiri dari direktur utama dan para direktur yang bertugas membantu direktur utama, masing-masing memiliki tugas, tanggung jawab dan wewenang sebagaimana tercantum dalam akta notaris pendirian serta berasal dari pemegang saham yang profesional dan memenuhi persyaratan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

**b. Struktur Organisasi PT Digdaya Kencana Pratama**

- 1) Struktur Organisasi PT Digdaya Kencana Pratama ditetapkan dengan Surat Keputusan Komisaris Utama atas nama Dewan Komisaris PT Digdaya Kencana Pratama

2) Organogram



## **2. Wewenang, Masa Jabatan dan Penggantian**

- a. Dewan Komisaris PT Digdaya Kencana Pratama dipimpin Komisaris Utama :
  - 1) Memiliki wewenang melakukan pengawasan atas kebijakan direksi PT Digdaya Kencana Pratama dalam menjalankannya memberikan nasehat serta melakukan penilaian kinerja kepada direksi rumah sakit Dharma Nugraha sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali
  - 2) Masa jabatan selama 5 ( lima ) tahun dan dapat diangkat dan ditetapkan kembali melalui keputusan Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS) PT Digdaya Kencana Pratama
  - 3) Dalam hal Komisaris Utama PT Digdaya Kencana Pratama tidak hadir atau berhalangan karena sebab apapun juga, hal mana tidak perlu dibuktikan secara tertulis, maka salah seorang anggota Komisaris lainnya berhak dan berwenang bertindak untuk dan atas nama Dewan Komisaris
  - 4) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan satu atau lebih anggota Komisaris PT Digdaya Kencana Pratama maka dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadinya kekosongan harus diselenggarakan Rapat Umum Pemegang Saham, untuk mengisi kekosongan itu dengan memperhatikan ketentuan peraturan perundangan dan akta notaris pendirian.
  - 5) Anggota Komisaris PT Digdaya Pratama Kencana berhak mengundurkan diri dari jabatannya dengan memberitahukan secara tertulis kepada perseroan sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal pengunduran diri.
- b. Dewan Direksi PT Digdaya Kencana Pratama dipimpin oleh Direktur Utama :
  - 1) Memiliki wewenang melakukan kebijakan dalam pengelolaan PT Digdaya Kencana Pratama untuk mengendalikan Direksi rumah sakit Dharma Nugraha dalam melaksanakan kegiatan perumahsakit.
  - 2) Masa jabatan selama 5 ( lima ) tahun dan dapat diangkat dan ditetapkan kembali melalui keputusan Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS), ditindak lanjuti dengan Surat Keputusan dari Komisaris Utama PT Digdaya Kencana Pratama.
  - 3) Dalam hal Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama tidak hadir atau berhalangan karena sebab apapun juga, hal mana tidak perlu dibuktikan secara tertulis, maka salah seorang anggota Direksi lainnya berhak dan berwenang bertindak untuk dan atas nama Dewan Direksi.
  - 4) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan satu atau lebih anggota Direksi PT Digdaya Kencana Pratama maka dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadinya kekosongan harus diselenggarakan Rapat Umum Pemegang

Saham (RUPS), untuk mengisi kekosongan itu dengan memperhatikan ketentuan peraturanperundangan dan akta notaris pendirian perseroan.

- 5) Dalam hal terjadi kekosongan, semua jabatan anggota Direksi PT Digdaya Kencana Pratama untuk sementara perseroan diurus oleh anggota Komisaris yang ditunjuk oleh rapat Komisaris.
- 6) Anggota Direksi PT Digdaya Kencana Pratama berhak mengundurkan diri dari jabatannya dengan memberitahukan secara tertulis kepada perseroan sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) hari sebelum tanggal pengunduran diri.

## **PASAL 6**

### **REPRESENTASI PEMILIK/ DEWAN PENGAWAS**

1. Status Governing Body PT Digdaya Pratama Kencana :
  - a. Direksi (Direktur Utama dan Direktur) dan Komisaris (Komisaris Utama dan seorang atau lebih anggota Komisaris), sebagai pemegang kuasa tertinggi di dalam pengelolaan perseroan mewakili pemegang saham
  - b. Governing Body pada saat pendirian perseroan sesuai dengan akta notaris dan selanjutnya diangkat dan diberhentikan oleh Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS) sebagai pemegang kuasa tertinggi.
  - c. Dalam hubungan antara pemilik dengan pengelola RS Dharma Nugraha, pemilik rumah sakit diwakili oleh Governing Body, sedang pengelola Rumah Sakit diwakili oleh direksi RS.
2. Susunan dan fungsi Governing Body :
  - a. Direksi PT Digdaya Kencana Pratama adalah seorang atau lebih pemegang saham, yang bertindak/ berfungsi sebagai pengurus menjalankan perseroan, terdiri dari :
    - Direktur Utama adalah seorang profesional, yang menjabat sebagai **Ketua Governing Body PT Digdaya Kencana Pratama**
    - Direktur adalah seorang atau lebih profesional, yang menjabat sebagai **anggota Governing Body PT Digdaya Kencana Pratama.**
  - b. Komisaris PT Digdaya Kencana Pratama adalah pemegang saham, terdiri dari Komisaris Utama dan seorang atau lebih anggota Komisaris, dengan fungsi melakukan pengawasan atas kebijaksanaan direksi dalam menjalankan perseroan serta memberikan nasihat, yang menjabat sebagai **anggota Governing Body.**Rapat Governing Body

3. Governing Body pada saat pendirian perseroan sesuai dengan Akta Notaris dan selanjutnya diangkat dan diberhentikan oleh Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS) sebagai pemegang kuasa tertinggi.
4. Dalam hubungan antara pemilik dengan pengelola RS, pemilik rumah sakit diwakili oleh Governing Body, sedang pengelola Rumah sakit diwakili oleh Direksi RS.
5. Tanggung jawab dan wewenang Representasi pemilik/ Governing Body.
  - 1) Menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik setiap 3 ( tiga ) tahun sekali dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit.
  - 2) Menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari.
  - 3) Menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut.
  - 4) Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit.
  - 5) Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan.
  - 6) Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
  - 7) Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program PMKP setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
  - 8) Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
  - 9) Menetapkan kebijakan dan memantau pelaksanaan fungsi perumahsakititan dan mengawasi pengelolaan rumah sakit sesuai visi, misi dan tujuan RS.
  - 10) Menetapkan struktur organisasi rumah sakit, rencana strategi jangka panjang dan memberikan persetujuan bagi program kerja, atas usulan Direktur RS
  - 11) Menjaga agar RS memberikan manfaat secara optimal terhadap seluruh pemangku kepentingan (*stake holder*) termasuk masyarakat.

**Wewenang :**



- 1) Menetapkan Hospital Bylaws (Peraturan Internal Rumah Sakit), Visi, Misi dan Tujuan RS dengan Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama.
- 2) Mendelegasikan pengelolaan rumah sakit kepada Direktur rumah sakit dengan tugas, tanggung jawab dan wewenang sebagaimana diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit.
- 3) Mengangkat, memberhentikan, menilai kompetensi dan kinerja Direksi rumah sakit serta menentukan kompensasi melalui Surat Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama
- 4) Menyetujui struktur organisasi, rencana strategi jangka panjang, program kerja dan anggaran biaya RS melalui Surat Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama
- 5) Memberikan persetujuan peningkatan mutu dan keselamatan pasien RS.
- 6) Memberikan persetujuan pendidikan formal dan informal berkelanjutan guna meningkatkan kompetensi SDM RS.

## **6. Rapat Governing Body**

### **a. Rapat Rutin**

- 1) Rapat rutin diselenggarakan paling sedikit empat kali dalam setahun dengan interval yang tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan Governing Body.
- 2) Dilaksanakan dalam rangka pengawasan dan evaluasi periodik secara menyeluruh terhadap kinerja dan keuangan RS Dharma Nugraha.
- 3) Peserta rapat adalah para anggota Governing Body atas undangan Ketua Governing Body.
- 4) Keputusan rapat rutin dibuat dalam notulen rapat dan disampaikan kepada Direksi RS.

### **b. Rapat Umum Pemegang Saham Tahunan (RUPS Tahunan)**

- 1) Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS) Tahunan adalah Rapat yang diselenggarakan sekali dalam satu tahun, paling lambat 6 (enam) bulan setelah tahun buku perseroan ditutup, dilaksanakan pada waktu dan tempat yang ditetapkan Governing Body.
- 2) Dilaksanakan dalam rangka evaluasi kinerja tahunan RS Dharma Nugraha dan pengembangannya, termasuk laporan keuangan rumah sakit terdiri dari laporan neraca, laporan arus kas/cash flow dan laporan laba rugi yang telah di audit, untuk Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS).
- 3) Direksi RS Dharma Nugraha menyiapkan laporan tahunan mengenai keadaan dan jalannya perseroan, hasil yang dicapai dan perkiraan

mengenai pengembangan perseroan dimasa yang akan datang, memutuskan penggunaan laba perseroan dan hal-hal lain.

- 4) Peserta rapat adalah para pemegang saham tidak boleh diwakilkan, yang mempunyai hak suara sah dan dihadiri oleh Direktur RS Dharma Nugraha tanpa hak suara, atas undangan Ketua Governing Body.

**c. Rapat Umum Pemegang Saham Luar Biasa (RUPS LB)**

- 1) RUPS Luar Biasa dapat dilaksanakan berdasarkan kebutuhan setiap saat pada tempat yang ditetapkan Governing Body.

Dilaksanakan bila ada hal-hal khusus/ penting yang perlu segera di bicarakan atas permintaan tertulis dari 1 (satu) pemegang saham atau lebih yang bersama-sama mewakili paling sedikit 1/10 (satu per sepuluh) bagian dari jumlah seluruh saham dengan hak suara yang sah (sesuai Akta Notaris pendirian perseroan).

- 2) Peserta rapat adalah para pemegang saham yang mempunyai hak suara sah, atas undangan Governing Body.

**d. Rapat Khusus**

- 1) Rapat khusus dapat dilaksanakan setiap saat pada tempat yang ditetapkan Governing Body.
- 2) Dilaksanakan bila ada hal-hal khusus/ penting yang perlu segera di bicarakan
- 3) Peserta adalah Ketua dan Anggota Governing Body PT Digdaya Kencana Pratama (Direksi dan Komisaris).
- 4) Bila rapat khusus membicarakan masalah penting tentang rumah sakit, Direktur RS diikutsertakan

**3. Keputusan Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS)**

- a. Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS) tahunan dan luar biasa dapat mengambil keputusan bila peserta rapat memenuhi quorum (lebih 50 % dari hak suara sah).
- b. Bila peserta rapat tidak memenuhi quorum (kurang 50% dari hak suara) rapat harus diulang pada waktu dan tempat yang ditentukan kemudian.
- c. Bila pada Rapat (RUPS) yang kedua juga tidak memenuhi quorum, rapat tetap dilanjutkan dan dapat mengambil keputusan.
- d. Keputusan rapat (RUPS) diambil secara musyawarah dan mufakat dan bila tidak tercapai kata mufakat maka dilakukan pemungutan suara/ voting.
- e. Bila pengambilan keputusan melalui pemungutan suara/ voting maka keputusan dapat diambil dan sah bila hasil pemungutan suara lebih dari 50%.

## **Pasal 7**

### **RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

(SEBAGAI RUMAH SAKIT MILIK PT DIGDAYA KENCANA  
PRATAMA)

#### **1. Nama, Alamat dan Status Rumah Sakit**

- a. **Nama Rumah Sakit** adalah Rumah Sakit Umum Dharma Nugraha disingkat RS Dharma Nugraha (dalam penulisan selanjutnya dapat disebut Rumah Sakit)
- b. **Alamat Rumah sakit**, berlokasi di Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun, Pulo Gadung, Jakarta Timur 13220.

#### **c. Status Rumah Sakit**

RS Dharma Nugraha adalah badan usaha yang dimiliki oleh PT Digdaya Kencana Pratama, yang didirikan dengan Akta Pendirian No.27 Notaris Ny H Asmin Arifin A. Latif S.H Tanggal 15 Juni 1991

#### **2. Visi, Misi, Motto Dan Tujuan**

##### **a. Visi Rumah Sakit :**

“Menjadi rumah sakit pilihan dalam pelayanan kesehatan keluarga”

##### **b. Misi Rumah Sakit :**

1. Memberikan Jasa pelayanan rumah sakit sesuai standar dan kebutuhan.
2. Pelayanan yang nyaman dan menjunjung keselamatan kemanusiaan.
3. Meningkatkan Kerjasama dengan pihak-pihak terkait dalam upaya mengembangkan pelayanan Kesehatan pasien.

##### **c. Motto Rumah Sakit :**

**Bekerja dengan RAPI**

**Ramah dalam pelayanan**

**Akurat dalam pengelolaan**

**Penanganan tepat dan tuntas dalam pelayanan**

**Istimewa dan utamakan kepentingan pasien**

##### **d. Tagline**

Tagline Rumah Sakit Dharma Nugraha memiliki logo sebagai berikut :



e. Tujuan Rumah Sakit :

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, berkualitas dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.
2. Memenuhi kebutuhan pasien serta Meningkatkan kepuasan dan loyalitas
3. Meningkatkan pengembangan fisik, sumber daya manusia serta teknologi rumah sakit sehingga menjadi rumah sakit terbaik

**f. FALSAFAH**

Suatu rumah sakit swasta yang memberikan pelayanan rumah sakit kepada pasien dalam usaha meningkatkan derajat Kesehatan pasien dan merupakan bagian dari system kesehatan nasional

**3. Struktur Organisasi RS Dharma Nugraha**

- a. Struktur Organisasi RS Dharma Nugraha diusulkan oleh direktur RS Dharma Nugraha dan disetujui oleh Direksi PT Digdaya Kencana Pratama.
- b. Struktur Organisasi RS Dharma Nugraha ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Pratama Kencana , selaku Ketua Governing Body.

**Pasal 8**

**PENGELOLA RS DHARMA NUGRAHA**

**1. Direksi Rumah Sakit**

- a. Pengelola RS Dharma Nugraha adalah Direktur RS Dharma Nugraha, dibantu oleh Wakil Direktur Medis dan Wakil Direktur Umum.
- b. Direktur RS Dharma Nugraha adalah seorang dokter yang profesional, kompeten dan berpengalaman, yang diangkat oleh Direksi PT Digdaya Pratama Kencana dengan Surat Keputusan dari Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama.
- c. Wakil Direktur Medis RS Dharma Nugraha adalah seorang dokter yang profesional, kompeten dan berpengalaman, yang diusulkan Direktur Rumah Sakit kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama, untuk disetujui dengan Surat Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama.
- d. Wakil Direktur Umum RS Dharma Nugraha adalah seorang sarjana

kesehatan/ non kesehatan yang profesional, kompeten dan berpengalaman, yang diusulkan Direktur RS kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama, untuk disetujui dengan Surat Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama.

- e. Dalam rangka mengatur hubungan antara pengelola rumah sakit dengan pemilik Rumah Sakit, Direksi RS Dharma Nugraha memiliki tugas, tanggung jawab dan wewenang yang ditentukan oleh Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama selaku Ketua Governing Body.
- f. Dalam hal direktur RS Dharma Nugraha tidak hadir atau berhalangan karena sebab apapun juga, hal mana tidak perlu dibuktikan secara tertulis, maka wakil direktur sesuai bidang tugasnya, berhak dan berwenang bertindak untuk dan atasnama direksi serta mewakili RS Dharma Nugraha.
- g. Untuk melaksanakan kegiatan perumahsakitannya, direksi RS Dharma Nugraha dibantu oleh para Manajer Bidang/Bagian sebagaimana tercantum dalam struktur organisasi.

## **2. Tugas, tanggung jawab dan wewenang Direksi**

### **a. Tugas Direksi RS Dharma Nugraha**

- 1) Memimpin operasionalisasi RS sesuai visi, misi dan tujuan RS yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 2) Menetapkan regulasi rumah sakit, menjalankan kebijakan dan melaksanakan fungsi perumahsakitannya serta pengelolaan rumah sakit secara profesional agar tumbuh, sehat dan berumur panjang.
- 3) Menjalankan operasional rumah sakit dengan mengetahui, memahami dan berpedoman pada peraturan perundang-undangan.
- 4) Menyelenggarakan kegiatan operasional dengan menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan.
- 5) Melaksanakan proses pengangkatan dan perjanjian kerjasama dengan staf medis, setelah mempertimbangkan rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) dari Komite Medik (*sub komite kredensial*).
- 6) Melaksanakan, menyusun dan mengusulkan struktur organisasi, rencana strategi jangka panjang dan program kerja RS kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama untuk mendapatkan persetujuan
- 7) Merencanakan dan mengusulkan dukungan anggaran biaya untuk sarana, prasarana dan fasilitas RS Dharma Nugraha kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama untuk mendapatkan persetujuan
- 8) Menetapkan target/sasaran kinerja setiap tahun, program peningkatan

mutu dan keselamatan pasien serta pengembangan RS Dharma Nugraha dan mengusulkan kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama untuk mendapatkan persetujuan.

- 9) Melaksanakan tindak lanjut terhadap semua laporan hasil pemeriksaan badan audit eksternal
- 10) Menetapkan proses untuk mengelola serta mengendalikan sumberdaya manusia dan keuangan di RS Dharma Nugraha sehingga dapat memberikan layanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- 11) Melaksanakan pengangkatan staf klinis dengan perjanjian kerjasama dengankewenangan klinis (*clinical privilege*) yang ditentukan.
- 12) Melakukan pengawasan operasional rumah sakit agar dilaksanakan sesuai ketentuan dan bermanfaat bagi seluruh pemangku kepentingan (*stake holder*) termasuk masyarakat.
- 13) Melaksanakan pelayanan yang prima guna memenuhi tanggung jawab rumah sakit terhadap pasien yang dilayani sesuai peraturan perundang-undangan.
- 14) Melaksanakan pemantauan, evaluasi laporan kinerja RS Dharma Nugraha secara berkala.
- 15) Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan melalui pendidikan formal dan informal berkelanjutan

b. Tanggung Jawab Direksi RS Dharma Nugraha

- 1) Mematuhi perundang-undangan yang berlaku.
- 2) Menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan
- 3) Menetapkan kebijakan rumah sakit
- 4) Memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh Regulator;
- 5) mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya
- 6) Merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan
- 7) Menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit.
- 8) Melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas.

- 9) Melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan
- 10) Kelancaran operasional RS sesuai visi, misi dan tujuan RS yang ditetapkan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 11) Mengendalikan kegiatan organisasi dan menjamin terlaksananya rencana strategi jangka panjang serta program kerja RS
- 12) Mengendalikan dan mengawasi dukungan anggaran biaya untuk sarana, prasarana dan fasilitas RS agar sesuai dengan ketentuan
- 13) Tercapainya target / sasaran kinerja setiap tahun dan terlaksana program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan pengembangan RS
- 14) Terlaksana pengangkatan staf medis dengan perjanjian kerjasama dengan kewenangan klinis ( clinical privilege) yang ditentukan
- 15) Terlaksana peningkatan kompetensi sumber daya manusia sesuai kebutuhan melalui pendidikan formal dan informal berkelanjutan
- 16) Terlaksana pelayanan yang prima guna memenuhi tanggung jawab rumah sakit terhadap pasien yang dilayani sesuai peraturan perundang-undangan.
- 17) Terlaksana pemantauan, evaluasi laporan kinerja RS secara berkala.
- 18) Pimpinan rumah sakit tidak hanya mengatur parameter komunikasi yang efektif, tetapi juga memberikan teladan dalam melakukan komunikasi efektif tentang: misi, rencana strategi dan informasi terkait lainnya kepada seluruh staf rumah sakit/ dalam lingkungan rumah sakit, serta menjamin keakuratan dan ketepatan waktu dalam pemberian informasi dan pelaksanaan komunikasi.
- 19) Memastikan komunikasi yang efektif dilaksanakan secara menyeluruh di rumah sakit antara lain: komunikasi antar PPA, unit dengan pelayanan penunjang, PPA dengan kelompok non profesional, antara PPA dengan manajemen, antar PPA dengan pasien, keluarga dan antar PPA dengan organisasi diluar rumah sakit

**c. Wewenang Direksi RS Dharma Nugraha**

- 1) Melakukan koordinasi secara kolektif dengan Pimpinan Rumah Sakit, membuat dan mengusulkan misi rumah sakit, kebijakan dan prosedur untuk mendapatkan persetujuan dari Governing Body.
- 2) Membuat kebijakan operasional sesuai visi, misi dan tujuan RS Dharma Nugraha dan menetapkan aturan yang belum diatur dan tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws).
- 3) Menggunakan dukungan anggaran biaya untuk sarana, prasarana dan fasilitas RS Dharma Nugraha yang telah disetujui Direksi PT

Digdaya Kencana Pratama.

- 4) Menentukan target / sasaran kinerja setiap tahun, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta pengembangan RS Dharma Nugraha.
- 5) Memberdayakan seluruh sumber daya RS Dharma Nugraha sehingga dapat memberikan layanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien.
- 6) Menilai kompetensi sumber daya manusia RS Dharma Nugraha untuk ditingkatkan kemampuannya melalui pendidikan ( formal & informal ) berkelanjutan
- 7) Menerbitkan Surat Keputusan pengangkatan dan penugasan klinis (*clinical appointment*) staf medis yang bertugas di RS Dharma Nugraha
- 8) Mengadakan koordinasi dengan institusi/instansi/dinas diluar rumah sakit dalam hal yang terkait dengan penyelenggaraan perumahsakit

### **3. Dewan Pengawas Rumah Sakit**

- a. Dewan Pengawas RS merupakan unsur non struktural, berfungsi dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakit secara internal di RS.
- b. Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit terdiri dari unsur pemilik, organisasi profesi, asosiasi perumahsakit dan tokoh masyarakat / ahli perumahsakit.
- c. Dewan Pengawas ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Utama PT Pemilik RS, dalam melaksanakan fungsi pembinaan dan pengawasan Dewan Pengawas bertugas :
  1. Menentukan arah kebijakan rumah sakit
  2. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis
  3. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran
  4. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya
  5. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien
  6. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit
  7. Mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan

## **Pasal 9**

### **HUBUNGAN KELEMBAGAAN ANTARA PEMILIK DAN**



## **PENGELOLA RS DHARMA NUGRAHA**

1. **Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws)** adalah peraturan internal yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan Direktur Rumah Sakit (pengelola rumah sakit), merupakan hubungan kelembagaan antara pemilik dan pengelola RS Dharma Nugraha meliputi program anggaran, pengelolaan keuangan, pengelolaan sumber daya manusia dan administrasi rumah sakit serta mekanisme pengawasan.
2. Program Anggaran
  - a. Program anggaran RS Dharma Nugraha disusun oleh Direksi rumah sakit berdasarkan evaluasi kinerja RS dan realisasi anggaran tahun sebelumnya, selanjutnya ditetapkan dengan Surat Keputusan oleh Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama
  - b. Program investasi/pengembangan rumah sakit diusulkan oleh Direktur RS kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama, selanjutnya setelah mendapat persetujuan dalam rapat Governing Body ditetapkan dengan Surat Keputusan oleh Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama selaku Ketua Governing Body.
3. Pengelolaan Keuangan
  - a. Pendapatan operasional RS Dharma Nugraha, diterima dan dimasukkan atau disetor ke Bank dengan rekening atas nama PT Digdaya Pratama Kencana
  - b. Pencairan atau penarikan dari rekening PT Digdaya Pratama Kencana untuk pembiayaan operasional RS dilakukan dengan Giro atau Check yang Memiliki rekening di bank 1. Bank Mandiri 2. Bank BNI 3. CIMB Niagar ditandatangani sekurang-kurangnya 2 (dua) orang dari Direksi PT Digdaya Kencana Pratama,

Direksi RS Dharma Nugraha berdasarkan studi kelayakan mengajukan usulan pembelian Alat Kesehatan dan Alat Umum yang bernilai Investasi kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama, selanjutnya dibuat SPK (Surat Perintah Kerja/Pembelian) oleh Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama.
  - c. Semua pengeluaran PT Digdaya Kencana Pratama menjadi beban anggaran RS Dharma Nugraha.
  - d. Laporan keuangan RS Dharma Nugraha secara periodik (bulanan, triwulan dan tahunan) dilaporkan kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama untuk diaudit dan dianalisa, selanjutnya khusus laporan tahunan diinformasikan kepada pemegang saham pada Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS tahunan) oleh Direksi PT Digdaya Kencana Pratama

#### 4. Pengelolaan Sumber Daya Manusia

- a. Pengangkatan dan pemberhentian Direktur RS Dharma Nugraha diusulkan Direksi PT Digdaya Kencana Pratama untuk mendapat persetujuan dalam rapat Governing Body, selanjutnya ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama selaku Ketua Governing Body.
- b. Pengangkatan dan pemberhentian Wakil Direktur RS Dharma Nugraha diusulkan oleh Direktur RS kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama, selanjutnya ditetapkan dengan SK Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama.
- c. Pengangkatan dan pemberhentian Manajer RS Dharma Nugraha oleh Direktur Rumah Sakit, atas persetujuan Direksi PT Digdaya Kencana Pratama dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur RS Dharma Nugraha.
- d. Penetapan jumlah dan kualifikasi sumber daya manusia RS Dharma Nugraha disusun oleh Direksi Rumah Sakit dan diusulkan kepada Direksi PT Digdaya Kencana Pratama selanjutnya ditetapkan dengan Surat Keputusan oleh Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama.
- e. Pengangkatan dan pemberhentian / Pemutusan Hubungan Kerja karyawan selain Direksi RS oleh Direktur RS Dharma Nugraha, atas persetujuan Direksi PT Digdaya Kencana Pratama dan ditetapkan dengan SK Direktur RS Dharma Nugraha
- f. Administrasi Rumah Sakit  
Surat / Perjanjian Kerjasama dengan pihak ketiga yang menyangkut sistem dan kebijakan RS Dharma Nugraha dilakukan oleh direksi PT Digdaya Kencana Pratama dan ditandatangani oleh Direktur Utama PT Digdaya Kencana Pratama
- g. Surat / Perjanjian Kerjasama dengan pihak ketiga yang berkaitan operasional RS Dharma Nugraha ditandatangani oleh direktur RS Dharma Nugraha, atas persetujuan direksi RS Dharma Nugraha.
- h. Proses administrasi pengadaan alat umum, alat kesehatan dan perbekalan farmasi dengan pihak ketiga oleh direksi rumah sakit dan atas persetujuan Direksi PT Digdaya Kencana Pratama

#### 5. Mekanisme Pengawasan

- a. Dalam rangka efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan fungsi perumaha-sakitan di RS Dharma Nugraha, Governing Body berwenang menetapkan mekanisme pengawasan dan dapat membentuk satuan

pengawas.

- b. Di RS Dharma Nugraham dilaksanakan pengawasan internal secara bertingkat oleh Direksi, Manajer dan jajaran dibawahnya.

## **BAB IV**

### **PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BY LAWS)**

#### **PASAL 10**

##### **TUJUAN DAN FUNGSI**

1. Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) adalah peraturan internal yang mengatur staf medis dan hubungannya dengan pengelola rumah sakit, merupakan bagian dari Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws).
2. Untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang menjamin mutu pelayanan dan melindungi keselamatan pasien maka rumah sakit harus mempunyai staf medis yang profesional dan kompeten.
3. Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws) disusun bersama dengan Komite Medik RS dengan ditandatangani oleh Ketua Komite Medik dan disahkan oleh Direktur RS
4. Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws) RS dijelaskan dalam buku tersendiri, meliputi :
  - a. **Pendahuluan**; Ketentuan umum (peraturan dan pengertian) dan ketentuan lain
  - b. **Peraturan Internal Staf Medis** ; Tujuan dan Fungsi
  - c. **Staf Medis RS** ;
    - Organisasi, kategori dan persyaratan staf medis
    - Pengangkatan dan pengangkatan kembali staf medis
    - Tugas, tanggungjawab dan wewenang staf medis
  - d. **Kewenangan Klinis (Clinical Previlege)** ; Ketentuan, lingkup, masa berlaku, pencabutan dan pemberian kembali.
  - e. **Penugasan Klinis (Clinical Appointment)** ; Ketentuan dan penerbitan surat penugasan

- f. **Komite Medik** ;
  - Status dan struktur organisasi, tugas, fungsi dan wewenang komite medik
  - Hubungan Komite Medik dengan Direktur RS
  - Sub komite kredensial, sub komite mutu dan sub komite etika dan disiplin
  - Panitia adhoc, rapat komite medik dan tata kelola klinis
- g. **Penutup** ; Perubahan/ perbaikan dan pemberlakuan

## 5. Tujuan

- a. Tujuan Umum :
  - 1) Sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan medis dan terselenggaranya tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit.
  - 2) Sebagai dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik.
- b. Tujuan Khusus :
  - 1) Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medis dengan pemilik rumahsakit atau yang mewakili dan antara staf medis dengan direktur RS.
  - 2) Tercapainya sinergi antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien.
  - 3) Terciptanya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis dirumah sakit.
  - 4) Meningkatkan profesionalisme staf medis guna menjamin mutu pelayanankesehatan dan melindungi keselamatan pasien.

## 6. Fungsi

- a. Sebagai aturan yang digunakan oleh komite medik dan staf medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik ( *good clinical governance* ) dirumah sakit.
- b. Mengatur pengorganisasian staf medis, prosedur persyaratan pengajuan permohonan dan penerimaan sebagai staf medis di rumah sakit.
- c. Mengatur mekanisme peer review, re-appointmen, kewenangan yang diberikan (*clinical privilege*) dan pendisiplinan.
- d. Sebagai acuan pemberian pelayanan berdasarkan standar profesi dan kode etik profesi medis.

## PASAL 11

## **KATEGORI DAN PERSYARATAN STAF MEDIS**

1. Staf medis di RS Dharma Nugraha digolongkan dalam 2 kategori :
  - a. Staf medis karyawan adalah dokter / dokter spesialis atau dokter gigi / dokter gigi spesialis bertugas secara purna waktu, yang memberikan pelayanan medis rawat jalan, rawat inap dan tindakan medis serta memiliki Surat Ijin Praktek(SIP) di rumah sakit
  - b. Staf medis non karyawan adalah dokter / dokter spesialis atau dokter gigi / dokter gigi spesialis bertugas secara paruh waktu, yang memberikan pelayanan medis rawat jalan, rawat inap dan tindakan medis pada waktu tertentu atau terjadwal serta memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di rumah sakit
2. Seorang staf medis diizinkan melakukan pelayanan medis dan prosedur klinis lainnya di rumah sakit atau kewenangan klinis (clinical privilege), yang pemberiannya melibatkan Komite Medik yang dibantu mitra bestarinya (peer group).
3. Staf medis yang direkomendasikan Komite Medik untuk menerima kewenangan klinis tertentu setelah di kredensial, diajukan kepada direktur RS untuk memperoleh surat penugasan klinis ( *clinical appointment* ) melalui surat keputusan.

## **PASAL 12**

### **PENGANGKATAN STAF MEDIS DAN PENGANGKATAN KEMBALI**

#### **1. Pengangkatan Staf Medis**

- a. Staf medis yang akan bekerja di RS Dharma Nugraha harus mengajukan permohonan tertulis kepada Direktur RS dengan dilengkapi dengan ijasah, Surat Tanda Registrasi (STR) dan *curriculum vitae*.
- b. Rumah sakit melakukan verifikasi ijasah ke institusi pendidikan dan verifikasi STR ke Konsil Kedokteran Indonesia.
- c. Diajukan kepada Kelompok Staf Medis ( KSM ) terkait untuk mendapatkan rekomendasi penerimaan dengan persetujuan dari Komite Medik, sebagai pertimbangan bagi direktur RS Dharma Nugraha
- d. Bila disetujui untuk diterima, selanjutnya dengan surat pengantar dari direktur RS Dharma Nugraha calon staf medis tersebut mengurus Surat

Izin Praktik (SIP ) ke Dinas Kesehatan ( setelah SIP diserahkan, rumah sakit melakukan verifikasi ke Dinas Kesehatan ).

- e. Bila SIP sudah di verifikasi, calon staf medis melakukan self asesmen ( penilaian sendiri ) terhadap kewenangan klinis sesuai keahlian yang dimiliki.
- f. Direktur RS Dharma Nugraha mengajukan kepada Komite Medik untuk dilakukan proses kredensial oleh sub komite kredensial terhadap kewenangan klinis yang dimiliki.
- g. Komite Medik RS Dharma Nugraha memberikan rekomendasi kewenangan klinis staf medis tersebut, sebagai bahan pertimbangan bagi Direktur RS Dharma Nugraha.
- h. Direktur RS Dharma Nugraha akan menerbitkan Surat Keputusan Penugasan Klinis (*clinical appointment*) dan perjanjian kerjasama sebagai staf medis di RS Dharma Nugraha , dengan jangka waktu sesuai masa berlaku SIP.

## **2. Pengangkatan Kembali**

- a. Bila masa berlaku SIP akan berakhir, 3 ( tiga ) sampai dengan 6 ( enam ) bulan sebelumnya, staf medis mengajukan permohonan pengangkatan kembali / perpanjangan sebagai staf medis yang bekerja di RS Dharma Nugraha
- b. Diajukan kepada Kelompok Staf Medis ( KSM ) terkait untuk mendapatkan rekomendasi pengangkatan kembali dengan persetujuan dari Komite Medik, sebagai pertimbangan bagi Direktur RS Dharma Nugraha
- c. Bila disetujui untuk diangkat kembali, selanjutnya staf medis tersebut mengurus perpanjangan STR ke Konsil Kedokteran Indonesia dan selanjutnya mengurus SIP ke Dinas Kesehatan dengan surat pengantar dari direktur RS Dharma Nugraha
- d. Rumah sakit melakukan verifikasi STR ke Konsil Kedokteran Indonesia dan SIP ke Dinas Kesehatan.
- e. Bila SIP perpanjangan sudah di verifikasi, staf medis melakukan self asesmen ( penilaian sendiri ) terhadap kewenangan klinis sesuai keahlian yang dimiliki.
- f. Direktur RS Dharma Nugraha mengajukan kepada Komite Medik untuk dilakukan proses re-kredensial oleh sub komite kredensial terhadap kewenangan klinis yang dimiliki.

- g. Komite Medik RS Dharma Nugraha memberikan rekomendasi kewenangan klinis staf medis tersebut, sebagai bahan pertimbangan bagi Direktur RS Dharma Nugraha.
- h. Direktur RS Dharma Nugraha akan menerbitkan Surat Keputusan Penugasan Klinis (*clinical appointment*) dan perpanjangan perjanjian kerjasama sebagai staf medis di RS Dharma Nugraha.

### **PASAL 13**

#### **TUGAS, TANGGUNG JAWAB DAN WEWENANG STAF MEDIS**

##### **1. Tugas staf medis :**

- a. Melaksanakan kegiatan profesi medis sesuai dengan standar pelayanan medis, standar profesi, dan etika kedokteran serta standar keselamatan pasien.
- b. Membuat dokumentasi pelayanan medis yang dilakukan dalam catatan medik secara lengkap dan benar.
- c. Meningkatkan kemampuan profesi secara berkelanjutan dan peran serta dalam mengikuti kegiatan pendidikan staf medis yang diadakan RS Dharma Nugraha
- d. Bertanggung jawab terhadap pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dan dalam penyelesaian kasus yang terkait dengan medikolegal.

##### **2. Tanggung jawab staf medis :**

- a. Terlaksananya kegiatan profesi sesuai dengan standar pelayanan medis, standar profesi dan etika kedokteran serta keselamatan pasien.

- b. Terdokumentasi pelayanan medis yang dilakukan dalam catatan medik secara lengkap dan benar.
- c. Tercapai peningkatan kemampuan profesi dan terlaksana kegiatan mengikuti pendidikan staf medis yang diadakan RS Dharma Nugraha
- d. Tercapainya pelayanan yang profesional dan bermutu dan penyelesaian kasus yang terkait dengan medikolegal.

### **3. Wewenang staf medis**

- a. Menyusun dan mengkompilasi daftar rincian kewenangan klinis mengacu pada standar dari kolegium masing-masing kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku.
- b. Memberikan masukan kepada sub komite kredensial untuk proses kredensial maupun re-kredensial.
- c. Memberikan masukan kepada sub komite mutu profesi dalam mengembangkan program peningkatan mutu profesi.
- d. Memberikan masukan kepada sub komite mutu dan profesi tentang kinerja staf klinis baru saat mulai melakukan tugas dan tanggung jawabnya dan mengusulkan frekuensi evaluasi berkelanjutan terhadap staf klinis tersebut.
- e. Memberikan masukan kepada sub komite etika dan disiplin profesi dalam melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi staf medis.
- f. Mengkoordinasikan pelayanan asuhan medis pasien agar tercipta komunikasi dengan disiplin ilmu kedokteran lain.
- g. Memberikan masukan, saran dan pertimbangan bagi perkembangan pelayanan medis dalam hal kebutuhan staf medis, pengadaan dan penggunaan peralatan medis, kebutuhan formulir rekam medis, kebutuhan obat yang akan digunakan.
- h. Membantu manajemen menyelesaikan masalah medis termasuk dalam menghadapi tuntutan hukum.
- i. Menghadiri undangan rapat/ pertemuan terkait masalah medis yang diadakan oleh Komite Medik dan manajemen rumah sakit.

## **PASAL 14**

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



## **1. Ketentuan Kewenangan Klinis**

- a. Rumah sakit mengatur seluruh pelayanan medis yang dilakukan oleh staf medis sedemikian rupa agar aman bagi pasien.
- b. Pengaturan pelayanan medis didasarkan pada pemikiran bahwa rumah sakit berhak melarang semua pelayanan medis dirumah sakitnya, kecuali rumah sakit mengizinkan staf medis tertentu untuk melakukan pelayanan medis tersebut.
- c. Seorang staf medis yang telah di izinkan melakukan pelayanan medis dan prosedur klinis lainnya dirumah sakit, berarti staf medis tersebut telah memperoleh hak khusus ( *privilege* ) oleh rumah sakit. Hak staf medis tersebut selanjutnya disebut kewenangan klinis ( *clinical privilege* ).
- d. Rumah sakit mengatur pemberian kewenangan klinis ( *clinical privilege* ) setiap staf medis sesuai kompetensinya yang nyata dengan melibatkan Komite Medik yang dibantu oleh mitra bestarinya ( *peer group* ) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- e. Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses/mekanisme kredensial.
- f. 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 staf medis tersebut.
- g. Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- h. Penambahan / modifikasi kewenangan klinis seorang staf medis di rumah sakit dapat dilakukan apabila yang bersangkutan dapat menunjukkan bukti persyaratan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## **2. Lingkup Kewenangan Klinis**

- a. Kewenangan klinis untuk setiap spesialisasi ilmu kedokteran harus dirinci lebih lanjut ( *delineation of clinical privilege* ) dan rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh Komite Medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- b. Komite Medik rumah sakit menetapkan dan mendokumentasikan syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis ( yang disebut sebagai buku putih / *white paper* ) sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.

- c. Setiap rekomendasi Komite Medik atas kewenangan klinis untuk staf medis dapat dipertanggungjawabkan secara hukum apabila mengacu pada “buku putih”.
- d. Kewenangan klinis setiap staf medis dapat berbeda walaupun memiliki spesialisasi yang sama. Seorang staf medis dari spesialisasi tertentu dapat saja lebih kompeten daripada yang lainnya untuk melakukan jenis pelayanan medis tertentu dalam bidang spesialisasi tersebut.

### **3. Masa Berlaku Kewenangan Klinis**

- a. Surat penugasan kewenangan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode 3 ( Tiga ) tahun dan dapat dilakukan evaluasi sekurang- kurangnya sebelum 3 ( tiga ) tahun.
- b. Kewenangan klinis ( *clinical privilege* ) akan berakhir bila surat penugasan klinis ( *clinical appointment* ) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur RS.
- c. Pada akhir masa berlakunya surat penugasan klinis tersebut, rumah sakit harus melakukan re-kredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.

### **4. Pencabutan dan Pemberian Kembali Kewenangan Klinis**

- a. Pencabutan kewenangan klinis tertentu dilakukan oleh Direktur RS didasarkan pada pertimbangan kinerja profesi, kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku.
- b. Pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis pasien (kejadian tidak diharapkan) yang terbukti disebabkan karena inkompetensi atau karena tindakan indisiplin.
- c. Apabila kewenangan klinis tertentu dari seorang staf medis dicabut, Komite Medik akan meminta subkomite mutu profesi dan atau subkomite etika dan disiplin profesi untuk melakukan upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- d. Kewenangan klinis yang telah dicabut dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya. Komite Medik dapat merekomendasikan kepada direktur RS pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

## **PASAL 15**

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

#### **1. Ketentuan Penugasan Klinis**

- a. Rumah sakit harus mengatur penugasan klinis setiap staf medis karena harus bertanggung jawab atas keselamatan pasien ketika menerima pelayanan medis.
- b. Dengan memiliki surat penugasan klinis seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- c. Direktur RS dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- d. Staf medis yang dibekukan atau diakhiri penugasan klinis, tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis atau tidak memiliki lagi kewenangan klinis di rumah sakit.

## **2. Penerbitan Surat Penugasan Klinis**

- a. Komite Medik merekomendasikan seorang staf medis untuk menerima kewenangan klinis tertentu setelah dikredensial, diajukan kepada Direktur RS untuk memperoleh surat penugasan klinis ( *clinical appointment* ).
- b. Bila Direktur RS menyetujui untuk mempekerjakan staf medis sesuai dengan kewenangan klinis yang direkomendasikan Komite Medik, Direktur RS akan menerbitkan surat keputusan penugasan klinis ( *clinical appointment* ).
- c. Dalam keadaan tertentu Direktur RS dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara ( *Temporary Clinical Appointment* ), misalnya untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.

## **PASAL 16**

### **KOMITE MEDIK**

#### **1. Status dan Susunan Organisasi Komite Medik**

- a. Komite Medik sebagai organisasi non struktural rumah sakit dibentuk oleh Direktur RS dan bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
- b. Komite Medik sebagai perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis ( *clinical governance* ) agar staf medis rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- c. Susunan Organisasi / Keanggotaan Komite Medik terdiri dari Ketua,

Wakil Ketua, Sekretaris dan Anggota serta memiliki unsur Subkomite (Kredensial, Mutu Profesi dan Etika Disiplin Profesi Medis)

- d. Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur RS dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- e. Masa kerja Komite Medik adalah 5 (lima) tahun dan jika dalam rentang masa jabatan Komite Medik terjadi hal-hal yang tidak memungkinkan untuk menjabat lagi maka Direktur menunjuk pengganti antar waktu.

## 2. Tugas, Fungsi dan Wewenang Komite Medik

### a. Tugas Komite Medik :

- 1) Menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
- 2) Menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
- 3) Komite Medik dalam melaksanakan tugas melalui 3 ( tiga ) hal utama :
  - a) Merekomendasikan hasil penilaian sub komite kredensial kepada Direktur RS untuk dikeluarkan surat keputusan pemberian izin bagi staf medis melakukan pelayanan medis (*entering to the profession*).
  - b) Memelihara kompetensi dan perilaku para staf medis yang telah memperoleh izin (*maintaining professionalism*), dilakukan oleh sub komite mutu profesi melalui audit medis dan pengembangan profesi berkelanjutan (*continuing professional development*)
  - c) Rekomendasi penangguhan kewenangan klinis tertentu hingga pencabutan izin melakukan pelayanan medis (*expelling from the profession*), dilakukan melalui sub komite etika dan disiplin profesi.
- 4) Melakukan evaluasi kinerja staf klinis baru saat mulai melakukan tugas dan tanggung jawab pekerjaannya sebagai masukan kepada rumah sakit dalam menetapkan frekuensi evaluasi berkelanjutan terhadap staf klinis tersebut.

### b. Fungsi Komite Medik :

- 1) Fungsi dalam melaksanakan **kredensial** bagi seluruh staf medis :
  - a) Penyusunan dan kompilasi daftar kewenangan klinis sesuai

masuk dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku

- b) Penyelenggaraan, pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi
- c) Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan
- d) Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis, penilaian dan keputusan kewenangan
- e) Pelaporan hasil penilaian kredensial dan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik
- f) Melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik
- g) Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis

- 2) Fungsi dalam melaksanakan pemeliharaan **mutu profesi** staf medis :
  - 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
  - d) Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan
- 3) Fungsi dalam melaksanakan tugas menjaga **etika dan disiplin profesi** :
  - a) Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran
  - b) Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin
  - c) Rekomendasi penegakan disiplin bagi staf medis yang melanggar disiplin profesi
  - d) Pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien

**c. Wewenang Komite Medik :**

- 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 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 17**

### **HUBUNGAN KOMITE MEDIK DENGAN DIREKTUR RS**

1. Direktur RS menetapkan kebijakan, prosedur dan penunjukan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Medik termasuk didalamnya subkomite kredensial, mutu profesi dan etika dan disiplin profesi

medis.

2. Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur RS dalam hal penyelenggaraan tata kelola klinis dan terjaganya profesionalisme staf medis di rumah sakit
3. Direktur RS berkewajiban untuk menyediakan segala sumber daya agar Komite Medik dapat berfungsi dengan baik untuk menyelenggarakan profesionalisme staf medis sesuai ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini.
4. Komite Medik memberikan laporan berkala dan laporan tahunan tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan Komite kepada Direktur RS.
5. Lingkup hubungan antara Direktur RS dengan Komite Medik adalah dalam hal yang menyangkut profesionalisme staf medis saja, sedang hal yang terkait dengan pengelolaan rumah sakit dan sumber dayanya dilakukan sepenuhnya oleh direktur RS.
6. Untuk mewujudkan tata kelola klinis yang baik direktur RS bekerja sama dengan Komite Medik dalam hal pengaturan kewenangan melakukan tindakan medik di RS dalam bentuk rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dan rekomendasi pencabutan oleh Komite Medik.
7. Untuk mewujudkan pelayanan klinis yang baik, efektif, profesional dan aman bagi pasien, direktur RS bekerjasama dengan Komite Medik untuk menyusun Peraturan Internal Staf Medis dan regulasi pelayanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit.

## **PASAL 18**

### **SUB KOMITE KREDENSIAL**

#### **1. Susunan keanggotaan**

- a. Sub Komite Kredensial merupakan unsur dari Komite Medik, yang dibentuk Direktur RS.
- b. Sub Komite Kredensial berfungsi kredensial / re-kredensial staf medis dengan melakukan penilaian dan menentukan kewenangan klinis dari staf medis yang akan bertugas di rumah sakit.
- c. Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari :
  - 1) Ketua, dijabat (rangkap) oleh Ketua Komite Medik

- 2) Sekretaris, dijabat (ex officio) oleh Wakil Direktur Medis atau Manajer Pelayanan Medis Rumah Sakit/ Pelayanan medis.
- 3) Anggota Sub Komite, staf medis yang juga sebagai anggota Komite Medik yang ditunjuk oleh Direktur RS.

## **2. Tujuan Sub Komite Kredensial**

- a. Melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.
- b. Mendapatkan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit.
- c. Tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi.
- d. Memberikan rekomendasi bagi Direktur RS untuk menerbitkan penugasan klinis bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
- e. Terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis rumah sakit di hadapan pasien, pemilik dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

## **3. Tugas Sub Komite Kredensial**

- a. Penyusunan dan kompilasi daftar kewenangan klinis sesuai masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku
- b. Penyelenggaraan, pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi
- c. Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan
- d. Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis, penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat
- e. Pelaporan hasil penilaian kredensial dan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik
- f. Melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik
- g. Rekomendasi kewenangan klinis sebagai dasar penerbitan surat penugasan klinis

## **4. Mekanisme Kredensial**



**a. Prosedur Kredensial**

- 1) Mekanisme kredensial dan re-kredensial dirumah sakit adalah tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh Sub Komite Kredensial.
- 2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, objektif, sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- 3) Dalam proses kredensial Sub Komite Kredensial melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim mitra bestari dan melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu.
- 4) Sub komite kredensial juga menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan oleh Direktur RS, instrumen paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial, kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis dan formulir yang diperlukan.
- 5) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik membuat rekomendasi kepada Direktur RS tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- 6) Menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian terhadap permohonan kewenangan klinik yang diajukan oleh calon staf medis dengan cara:
  - a) Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
  - b) Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - c) Penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat.
- 7) Melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada ketua Komite Medik.
- 8) Melakukan proses re-kredensial dengan mempertimbangkan catatan kinerja/masukan dari manajemen pelayanan medis pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis atau adanya permintaan dari Komite Medik karena alasan tertentu
- 9) Mengajukan kepada ketua Komite Medik untuk mengesahkan daftar rincian kewenangan klinis ( delineation of clinical privilege ) yang diperoleh dengan cara :
- 10) Meminta usulan daftar kewenangan klinis dari setiap Kelompok Staf Medis.
- 11) Mengkaji ulang secara periodik daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis
- 12) Untuk melakukan penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang

adekuat 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).

- 13) Subkomite kredensial mengusulkan nama-nama anggota panel/panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan dan diajukan ke Direktur RS untuk mendapatkan persetujuan.

**b. Pemberian Kewenangan Klinis**

- 1) Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinik kepada Direktur RS dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan – bahan pendukung.
- 2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur RS kepada Komite Medik.
- 3) Kajian dilakukan terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh permohonan oleh sub komite kredensial.
- 4) 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).
- 5) Subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin dan kompetensi yang bersangkutan.
- 6) Pengkajian oleh Sub Komite Kredensial meliputi elemen :
  - a) Kompetensi, mencakup beberapa area sesuai standar kompetensi, meliputi Kognitif, Afektif dan Psikomotor
  - b) Kompetensi fisik
  - c) Kompetensi mental
  - d) Etika Prilaku
- 7) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktek.
- 8) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- 9) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis, meliputi pendidikan, perijinan ( lisensi ), kegiatan

penjagaan mutu, berpartisipasi aktif dalam evaluasi mutu klinis dan pengalaman dibidang keprofesian.

- 10) Rekomendasi kewenangan klinis diajukan kepada Komite Medik kepada Direktur RS untuk dikeluarkan surat penugasan klinis bagi staf medis.
- 11) Subkomite kredensial melakukan re-kredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis ( *clinical appointment* ), dengan rekomendasi berupa kewenangan klinis yang bersangkutan : dilanjutkan, ditambah, dikurangi, dibekukan untuk waktu tertentu, diubah/dimodifikasi atau diakhiri. Re- kredensial dikerjakan sekurang-kurangnya setiap 3 ( tiga ) tahun sekali atau sewaktu-waktu jika ada perubahan kondisi.
- 12) Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur RS, selanjutnya Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan ( *proctoring* ).
- 13) Subkomite kredensial RS melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis ( *clinical appointment* ) dengan rekomendasi :
  - a) Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan
  - b) Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah
  - c) Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi
  - d) Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu
  - e) Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah / dimodifikasi
  - f) Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- 14) Pemulihan Kewenangan Klinis bagi staf medis dengan mengurangi atau menambah kewenangan dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur RS

## **PASAL 19**

### **SUB KOMITE MUTU PROFESI**

#### **1. Susunan keanggotaan**

- a. Sub Komite Mutu Profesi merupakan unsur dari Komite Medik, yang dibentuk Direktur RS.

- b. Sub Komite Mutu Profesi berfungsi memelihara dan menjaga mutu profesi medis guna meningkatkan mutu pelayanan yang dilaksanakan oleh staf medis yang bertugas di RS.
- c. Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :
  - 1) Ketua, dijabat (rangkap) oleh Wakil Ketua Komite Medik
  - 2) Sekretaris, dijabat (*ex officio*) oleh Wakil Direktur Medis atau Manajer Pelayanan Medis Rumah Sakit
  - 3) Anggota Sub Komite, staf medis yang juga sebagai anggota Komite Medik yang ditunjuk oleh direktur RS.

## **2. Tujuan Sub Komite Mutu Profesi**

- a. Memberikan perlindungan terhadap agar senantiasa ditangani 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.
- c. Mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (*medical mishaps*)
- d. Memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.

## **3. Tugas Sub Komite Mutu Profesi**

- a. Pelaksanaan audit medis, dengan memenuhi 4 (empat) peran sebagai :
  - 1) Sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit
  - 2) Dasar untuk pemberian kewenangan klinis, sesuai kompetensi yang dimiliki
  - 3) Dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis.
  - 4) Dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis staf medis.
- b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis
- c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis
- d. Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

#### **4. Mekanisme Mutu Profesi**

##### **a. Prosedur Mekanisme Mutu Profesi**

- 1) Mekanisme mutu profesi di rumah sakit adalah tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh sub komite mutu profesi.
- 2) Proses menjaga mutu profesi dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, objektif, sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- 3) Sub komite mutu profesi juga menyiapkan berbagai instrumen penilaian mutu yang disahkan oleh direktur RS, instrumen paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang standar mutu dan standar pelayanan medis.
- 4) Mutu suatu penatalaksanaan asuhan medis tergantung upaya staf medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin
- 5) Dalam proses menjaga mutu profesi sub komite mutu profesi melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim mitra bestari dan melakukan penilaian mutu pelayanan staf medis.
- 6) Untuk mempertahankan mutu dilakukan pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
  - a) Pemantauan kualitas, misalnya morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, journal reading
- 7) Tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat, aktifitas pendidikan berkelanjutan dan pendidikan kewenangan tambahan. Menyelenggarakan pemeriksaan dan penilaian terhadap mutu pelayanan dari staf medis agar sesuai dengan standar pelayanan medis.
- 8) Melaporkan hasil penilaian mutu pelayanan dari staf medis dan menyampaikan rekomendasi kepada ketua Komite Medik untuk selanjutnya dilaporkan kepada direktur RS.

##### **b. Mekanisme Kerja Mutu Profesi**

###### **1) Audit Medis**

- a) Dalam peraturan perundang – undangan tentang perumahsakit, pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Audit medis tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus.
- b) Dalam hal terdapat laporan kejadian dengan dugaan kelalaian

seorang staf medis dalam satu kasus, mekanisme yang digunakan adalah mekanisme disiplin profesi, bukannya mekanisme audit medis.

- c) 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*).
- d) Audit medis dilakukan minimal setahun sekali, yang dilakukan di RS adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari yang terdiri dari kegiatan peer –review, surveillance dan assessment terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- e) Secara umum, pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi empat peran penting yaitu :
  - i. Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing – masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit .
  - ii. Sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis sesuai klinis yang dimiliki
  - iii. Sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis.
  - iv. Sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan / modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
- f) Audit medik dapat pula diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan, baik secara perorangan maupun kelompok. Hal ini dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain dapat merupakan kegiatan yang berbentuk siklus sebagai upaya perbaikan yang terus.
- g) Audit medik dilaksanakan dengan kegiatan sebagai berikut:
  - i. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit
  - ii. Penetapan standar dan kriteria
  - iii. Penetapan jumlah kasus / sampel yang akan diaudit.
  - iv. Membandingkan standar / kriteria dalam pelaksanaan pelayanan.
  - v. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria
  - vi. Menerapkan perbaikan
  - vii. Rencana re-audit

## **2) Merekomendasi pendidikan berkelanjutan bagi staf medis**

- a) Sub mutu profesi menentukan pertemuan – pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing – masing kelompok staf medis dengan pengaturan – pengaturan waktu yang disesuaikan.
- b) Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi ; kasus kematian, kasus sulit maupun kasus langka.
- c) Setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulen, kesimpulan ,dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.
- d) Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/ arsip dari sub komite mutu profesi.
- e) Sub komite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat sub komite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- f) Setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan sub komite mutu profesi per tahun.
- g) Sub komite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit, memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- h) Sub komite mutu profesi menentukan kegiatan – kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing – masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- i) Dokter bisa mengajukan permintaan untuk mengikuti kegiatan ilmiah, melalui manajer yanmed, yang akan diteruskan ke sub komite mutu profesi
- j) Sub komite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai sebagai asupan kepada direktur.
- k) Dokter yang akan untuk melanjutkan pendidikan mengajukan permintaan ke Komite Medik melalui sub komite mutu profesi untuk mendapatkan rekomendasi
- l) Setelah mendapatkan rekomendasi oleh Komite Medik diteruskan

kepadadirektur rumah sakit untuk persetujuan .

### **3) Memfasilitasi proses pendampingan bagi staf yang membutuhkan**

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

## **PASAL 20**

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

#### **1. Susunan keanggotaan**

- a. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi merupakan unsur dari Komite Medik, yang dibentuk direktur RS.
- b. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi berfungsi menegakkan etika dan disiplin profesi staf medis agar memiliki perilaku dan tanggung jawab dalam melaksanakan tugas di rumah sakit.
- c. Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari :
  - 1) Ketua, dijabat (rangkap) oleh Anggota Komite Medik
  - 2) Sekretaris, dijabat (*ex officio*) oleh Wakil Direktur Medis atau Manajer Pelayanan Medis Rumah Sakit
  - 3) Anggota Sub Komite, staf medis yang juga sebagai anggota Komite Medik yang ditunjuk oleh Direktur RS

#### **2. Tujuan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**

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

#### **3. Tugas Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi**

- a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran
- b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin



- c. Rekomendasi penegakan disiplin bagi staf medis yang melanggar disiplin profesi
- d. Pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### **4. Mekanisme Etika dan Disiplin Profesi**

##### **a. Prosedur Mekanisme Etika dan Disiplin Profesi**

- 1) Mekanisme etika dan disiplin profesi di rumah sakit adalah tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh sub komite etika dan disiplin profesi.
- 2) Proses memelihara etika dan disiplin profesi dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, objektif, sesuai prosedur dan terdokumentasi.
- 3) Sub komite etika dan disiplin profesi juga menyiapkan berbagai instrumen pemantauan etika dan disiplin profesi yang disahkan oleh direktur RS, instrumen paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang pedoman etika, disiplin dan sikap serta staf medis.
- 4) Dalam menegakkan disiplin profesi ketua sub komite etika dan disiplin profesi membentuk tim terdiri dari minimal 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dengan susunan:
  - a) Satu orang dari sub komite etika dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa
  - b) Dua orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama (mitra bestari) dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan direktur RS.
- 5) Dalam pemeliharaan etika dan disiplin profesi sub komite etika dan disiplin profesi melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim mitra bestari dan melakukan pemantauan etika dan disiplin profesi staf medis.
- 6) Melaporkan hasil penilaian etika dan disiplin profesi dari staf medis dan menyampaikan rekomendasi kepada ketua Komite Medik untuk selanjutnya dilaporkan kepada Direktur RS.

##### **b. Penegakan disiplin profesi**

- 1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk

oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri dari 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :

- a) 1 (satu) orang dari sub komite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa
- b) 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur RS terlapor. Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra besatri yang berasal dari luar rumah sakit. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik.

2) Upaya pendisiplinan perilaku professional

Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional adalah sebagai berikut :

a) Sumber laporan

- i. Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain :
  - Manajemen rumah sakit
  - Staf medis lain
  - Tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan
  - Pasien atau keluarga pasien
- ii. Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari
  - Hasil konferensi kematian
  - Hasil konferensi klinis

b) Dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi

Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain :

- i. Kompetensi klinis
- ii. Penatalaksanaan kasus medis

- iii. Pelanggaran disiplin profesi
- iv. Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standarpelayanan kedokteran di rumah sakit
- v. Ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien

c) Pemeriksaan

- i. Dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi
- ii. Melalui proses pembuktian
- iii. Dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik
- iv. Terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit
- v. Panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan
- vi. Seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel diskusi profesibersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia

d) Keputusan

Keputusan panel yang di bentuk oleh sub komite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada sub komite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit melalui Komite Medik

e) Tindakan pendisiplinan perilaku professional

Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh sub komite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:

- i. Peringatan tertulis
- ii. Pimitasi (*reduksi*) kewenangan klinis (*clinical privilege*)
- iii. Bekerja di bawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut
- iv. Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atauselamanya

f) Pelaksanaan keputusan

Keputusan sub komite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada direktur RS oleh ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya direktur rumah sakit melakukan eksekusi

3) Pembinaan Profesionalisme Kedokteran

Sub komite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, lokakarya dsb yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, Komite Medik dsb.

4) Pertimbangan Keputusan Etis

Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada Komite Medik.

Sub komite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

## **PASAL 21**

### **PANITIA ADHOC**

1. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu panitia adhoc.
2. Panitia adhoc ditetapkan oleh direktur RS berdasarkan usulan ketua Komite Medik.
3. Panitia adhoc berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari (*peer group*).
4. Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari dapat berasal dari dalam rumah sakit sendiri dan dari RS.
5. Jika staf medis sebagai mitra bestari tidak ada di RS Dharma Nugraha, dapat dimintakan bantuan dari perhimpunan dokter spesialis / dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis / dokter gigi spesialis, dan / atau institusi pendidikan kedokteran / kedokteran gigi.

## **PASAL 22**

### **RAPAT KOMITE MEDIK**

#### **1. Ketentuan rapat**

- a. Rapat Komite Medik dilakukan melalui undangan dari ketua Komite Medik yang diketahui oleh direktur RS dan pelaksanaan administrasinya oleh sekretaris Komite Medik.
- b. Mekanisme pengambilan keputusan rapat Komite Medik yang terkait dengan tugas kegiatan dan fungsi kredensial, mutu profesi dan etika disiplin profesi medis dilaksanakan secara demokratis dengan memperhatikan asas kolegialitas.
- c. Hasil rapat Komite Medik merupakan dasar hukum yang dapat dipertanggungjawabkan bagi pengambilan keputusan di bidang profesi medis.
- d. Keputusan rapat Komite Medik dianggap sah bila dihadiri ketua atau wakil ketua, sekretaris dan anggota serta ketua sub komite terkait.
- e. Notulen rapat dibuat oleh sekretaris Komite Medik, yang ditandatangani oleh ketua Komite Medik dan diajukan ke Direktur RS untuk mendapat persetujuan.

## **2. Jenis rapat**

- a. Rapat rutin Komite Medik, dilaksanakan minimal 3 (tiga) bulan sekali dengan materi bahasan :
  - 1) Permasalahan yang terkait dengan kredensial, mutu profesi dan etika disiplin staf medis.
  - 2) Pengesahan revisi prosedur pelayanan medis yang telah disepakati dalam rapat masing-masing kelompok staf medis.
  - 3) Pelaksanaan audit medis.
  - 4) Evaluasi pelaksanaan keputusan Komite Medik.
  - 5) Evaluasi pelaksanaan kegiatan-kegiatan Komite Medik yang dilaksanakan oleh masing-masing sub komite.
- b. Rapat khusus Komite Medik, dapat dilakukan setiap saat sesuai kebutuhan dan diselenggarakan untuk membahas masalah khusus yang perlu penyelesaian segera.

## **PASAL 23**

### **TATA KELOLA KLINIS DAN TUJUAN**

1. Tata kelola klinis (*clinical governance*) adalah aturan pengelolaan yang diterapkan oleh Komite Medik rumah sakit agar semua pelayanan medis oleh staf medis di rumah sakit dilakukan atas dasar penugasan klinis.

2. Tujuan tata kelola klinis adalah :
  - a. Agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.
  - b. Mengatur penyelenggaraan Komite Medik di rumah sakit dalam rangkapeningkatan profesionalisme staf medis.

## **PASAL 24**

### **ATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS**

1. Untuk melaksanakan tata kelola klinis ( *clinical governance* ) diperlukan aturan- aturan profesi bagi staf medis ( *medical staff rules and regulations* ) secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis ( *Medical Staff By Laws* ).
2. Aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri di luar Peraturan Internal Staf Medis adalah:
  - a. Pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, danstandar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien
  - b. Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai
  - c. Kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringanyang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.
3. Perubahan / perbaikan terhadap Peraturan Internal Staf Medis dilakukan oleh Komite Medik dan disetujui oleh direktur di RS

## **BAB V**

### **PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN (NURSING STAFF BYLAWS)**

#### **Pasal 25**

1. **Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff Bylaws)** adalah peraturan internal yang mengatur staf Keperawatan dan hubungannya dengan pengelola rumah sakit, merupakan bagian dari Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) .

2. Peraturan Internal **Staf Keperawatan (Nursing Staff Bylaws)** disusun bersama dengan Komite Keperawatan RS dengan ditandatangani oleh Ketua Komite Medik dan disahkan oleh Direktur RS
3. **Peraturan Internal Staf Keperawatan (Nursing Staff Bylaws) RS dijelaskan dalam buku tersendiri, meliputi :**
  - a. **Pendahuluan;** Ketentuan umum (peraturan dan pengertian) dan ketentuan lain
  - b. **Peraturan Internal Staf Keperawatan ;** Tujuan dan Fungsi
  - c. **Staf Keperawatan RS ;**
    - Organisasi, kategori dan persyaratan staf Keperawatan
    - Pengangkatan dan pengangkatan kembali staf Keperawatan
    - Tugas, tanggungjawab dan wewenang staf Keperawatan
  - d. **Kewenangan Kerja Klinis Keperawatan ;** Ketentuan, lingkup, masa berlaku, pencabutan dan pemberian kembali.
  - e. **Penugasan Kerja Klinis Keperawatan ;** Ketentuan dan penerbitan surat penugasan
  - f. **Komite Keperawatan ;**
    - Status dan struktur organisasi, tugas, fungsi dan wewenang komite keperawatan
    - Hubungan Komite Keperawatan dengan Direktur RS
    - Sub komite kredensial, sub komite mutu dan sub komite etika dan disiplin
    - Panitia adhoc keperawatan
    - rapat komite keperawatan dan tata kelola keperawatan
  - g. **Penutup ;** Perubahan/ perbaikan dan pemberlakuan

## BAB VI

### PERATURAN INTERNAL STAF TENAGA KESEHATAN LAIN

#### Pasal 26

1. Peraturan Internal Staf tenaga kesehatan lain adalah peraturan internal yang mengatur staf tenaga kesehatan lain dan hubungannya dengan pengelola rumah sakit, merupakan bagian dari Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws) .

1. Peraturan Internal Staf tenaga kesehatan lain disusun bersama dengan Komite tenaga kesehatan lain RS dengan ditandatangani oleh Ketua Komite tenaga kesehatan lain dan disahkan oleh Direktur RS
2. **Peraturan Internal Staf Tenaga kesehatan lain RS dijelaskan dalam buku tersendiri**, meliputi :
  - a. **Pendahuluan**; Ketentuan umum (peraturan dan pengertian) dan ketentuan lain
  - b. **Peraturan Internal Staf tenaga kesehatan lain** ; Tujuan dan Fungsi
  - c. **Staf tenaga kesehatan lain RS** ;
    - Organisasi, kategori dan persyaratan staf tenaga kesehatan lain
    - Pengangkatan dan pengangkatan kembali staf staf kesehatan lain
    - Tugas, tanggungjawab dan wewenang staf Kesehatan lain
3. **Kewenangan Kerja Klinis tenaga kesehatan lain** ; Ketentuan, lingkup, masa berlaku, pencabutan dan pemberian kembali.
4. **Penugasan Kerja Klinis Kesehatan tenaga kesehatan lain** ; Ketentuan dan penerbitan surat penugasan
5. **Komite Keperawatan** ;
  - Status dan struktur organisasi, tugas, fungsi dan wewenang komite tenaga kesehatan lain.
  - Hubungan Komite tenaga kesehatan lain dengan Direktur RS
  - Sub komite kredensial, sub komite mutu dan sub komite etika dan disiplin
  - Panitia adhoc tenaga kesehatan lain
  - rapat komite tenaga kesehatan lain dan tata kelola.
6. **Penutup** ; Perubahan/ perbaikan dan pemberlakuan

**BA IV**  
**PENUTUP**  
**PASAL 27**

1. Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws) ini akan dilakukan peninjauan secara periodik dan perubahan/perbaikan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan rumah sakit.
2. Tata cara untuk melakukan perubahan/ perbaikan terhadap Peraturan Internal



Rumah Sakit ini diatur sebagai berikut :

- a. Perubahan / perbaikan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dilakukan oleh pejabat yang menandatangani atau pejabat yang lebih tinggi di RS.
- b. Keputusan atas perubahan dan perbaikan Peraturan Internal Staf Medis harus disahkan oleh pejabat yang menandatangani atau pejabat yang lebih tinggi di RS.

## **PASAL 28**

### **PEMBERLAKUAN**

1. Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws) RS Dharma Nugraha ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.
2. Semua peraturan Rumah Sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital ByLaws) ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
3. Direktur RS Dharma Nugraha berwenang menetapkan berbagai peraturan pelaksanaan untuk melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit ini dan peraturan lain yang belum diatur dan tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 27 Juli 2023

**PT. DIGDAYA KENCANA PRATAMA**



PT. DIGDAYA KENCANA PRATAMA  
Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun  
Jakarta Timur Telp. 4707433 s/d 37

**dr. Sekar Dewi Dinawati Tiindarbumi**

**Direktur Utama**