



BUPATI GRESIK

PERATURAN BUPATI GRESIK

NOMOR 65 TAHUN 2011

TENTANG

PEDOMAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA KABUPATEN GRESIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GRESIK,

- Menimbang : a. bahwa untuk menyelenggarakan kegiatan rumah sakit dapat berjalan efektif, efisien dan berkualitas maka diperlukan suatu tatanan peraturan internal tenaga medik yang mengatur kewajiban, kewenangan, hak dan tanggung jawab antara pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit dan tenaga medis di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik dan mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) di Rumah Sakit, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) di Rumah Sakit serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang PEDOMAN Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik;

- Mengingat :
- a. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 - b. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 - c. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 - d. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 - e. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
 - f. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 - g. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1419/Menkes/Per/X/2005 tentang Penyelenggaraan Praktik Dokter dan Dokter Gigi;
 - h. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
 - i. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
 - j. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BY LAWS) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH IBNU SINA KABUPATEN GRESIK.**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit, termasuk tindakan medis diagnostik maupun terapeutik.
2. Staf medis pengganti adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan hanya memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit dalam rangka menggantikan tugas profesi seorang staf medis yang berhalangan.
3. Staf medis konsultan tamu adalah seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis yang telah diketahui memiliki reputasi tinggi dibidang keahliannya yang diminta oleh rumah sakit untuk melakukan tindakan medis tertentu untuk jangka waktu tertentu.
4. Rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

5. Direktur adalah seseorang yang ditunjuk oleh Bupati untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan tertinggi Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.
6. Dewan Pengawas adalah sekelompok orang yang ditunjuk oleh Bupati untuk membina dan mengawasi Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik, baik teknis maupun keuangan.
7. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya dan merupakan organisasi non struktural serta wadah perwakilan staf medis di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.
8. Sub komite adalah kelompok kerja dibawah komite medik yang dibentuk untuk menanggulangi masalah keprofesian medis tertentu.
9. Kelompok staf medis (KSM) adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan / atau keahlian yang sejenis, atau hampir sejenis.
10. Kewenangan klinis (clinical privilege) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).
11. Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
12. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (clinical privilege).
13. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

14. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
15. Mitra bestari (peer group) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis

BAB II
NAMA, VISI, MISI, TUJUAN DAN RUANG LINGKUP
PENGATURAN

Pasal 2

Nama dokumen ini adalah Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

Pasal 3

Visi penyelenggaraan kegiatan perumahsakitannya oleh staf medis adalah terciptanya pelayanan medis yang profesional dan akuntabel dengan pendekatan mediko-psiko-sosial secara holistik, manusiawi, dan berkualitas guna menjamin tersedianya suatu layanan medis yang memenuhi standar profesi dan sesuai dengan harapan semua pihak yang terkait (Stakeholder) Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

Pasal 4

Misi penyelenggaraan kegiatan perumahsakitannya oleh staf medis adalah :

- a. Meningkatkan profesi medis dengan melaksanakan pengembangan profesionalisme melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

- b. Menjaga kualitas pelayanan medis agar tetap sesuai dengan standar profesi dengan melaksanakan pengembangan profesionalisme setiap staf medis secara terpadu dan berkelanjutan, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan melaksanakan audit medis.
- c. Melaksanakan proses kredensial dan rekredensial secara bertanggungjawab demi terjaminnya anggota staf medis yang berkualitas, profesional dan akuntabel.
- d. Melakukan tindakan disiplin bagi seluruh staf medis demi mempertahankan profesionalitas staf medis dan menjaga keselamatan pasien (*patient safety*) Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik

Pasal 5

Tujuan penetapan Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) ini adalah:

- a. Agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- b. Sebagai pedoman dalam meningkatkan kualitas pelayanan medis di rumah sakit terhadap pasien tanpa memandang agama, ras, jenis kelamin, suku, kebangsaan, dan golongan.
- c. Sebagai acuan rumah sakit dalam mengorganisasi staf medis dan membentuk Komite Medik
- d. Sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf medis di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik yang meliputi kompetensi dan perilaku seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
- e. Sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan medis untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi.

Pasal 6

Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) ini berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis baik didalam maupun diluar Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik dalam rangka menjalankan penugasan klinis.

BAB III

KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGE)

Pasal 7

- (1) Pelayanan medis di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis (clinical privilege) yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medis tertentu atas rekomendasi dari komite medik setelah dikredensial.
- (2) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (clinical privilege) kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (clinical privilege) tersebut harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestarinya (peer group) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (4) Kewenangan klinis (clinical privilege) setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama dan harus dirinci lebih lanjut (delineation of clinical privilege).
- (5) Rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege) setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh komite medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (6) Komite medik wajib menetapkan dan mendokumentasi syarat - syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran. Dokumentasi syarat untuk melakukan pelayanan medis tersebut disebut sebagai “Buku Putih” (white paper).

- (7) Dalam keadaan tertentu, suatu pelayanan medis tertentu ternyata dilakukan oleh para staf medis dari jenis spesialisasi yang berbeda maka komite medik wajib menyusun “Buku Putih” (white paper) untuk pelayanan medis tertentu tersebut dengan melibatkan mitra bestari (peer group) dari beberapa spesialisasi terkait.
- (8) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (behavior) staf medis tersebut.

BAB IV

PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 8

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

BAB V

KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu

Susunan Organisasi Dan Keanggotaan

Pasal 9

- (1) Komite medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

- (2) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris;
 - c. Subkomite.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Ketua komite medik ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (5) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (6) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (7) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri dari :
 - a. Subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Bagian kedua
Tugas Dan Fungsi

Pasal 10

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan

- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian :
 - 1) kompetensi;
 - 2) kesehatan fisik dan mental;
 - 3) perilaku;
 - 4) etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan.

- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi untuk melaksanakan hal berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.
- (5) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite medik senantiasa melibatkan mitra nestari untuk mengambil keputusan profesional;

Bagian ketiga

Kewenangan Komite Medik

Pasal 11

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang :

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

Bagian Keempat
Pola Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 12

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

Bagian Kelima
Panitia Adhoc

Pasal 13

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/ dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/ atau institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.

BAB VI
RAPAT KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Jenis Rapat

Pasal 14

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

Paragraf 1

Rapat Rutin Komite Medik

Pasal 15

- (1) Komite menyelenggarakan rapat rutin satu bulan sekali pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh komite medik.
- (2) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat rutin beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat lima hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh pengurus komite medik.
- (4) Ketua dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh sekretaris komite medik sebagaimana diatur dalam ayat (2) harus melampirkan:
 - a. Satu salinan agenda rapat;
 - b. Satu salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. Satu salinan risalah rapat khusus yang lalu

Paragraf 2

Rapat Khusus Komite Medik

Pasal 16

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

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

Paragraf 3

Rapat Pleno Komite Medik

Pasal 17

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

Bagian Kedua

Kuorum

Pasal 18

- (1) Sekretaris komite medik menyampaikan pemberitahuan rapat tahunan kepada seluruh anggota komite medik. Kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah pengurus komite medik ditambah satu yang berhak untuk hadir dan memberikan suara.
- (2) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

Bagian Ketiga

Pengambilan Putusan Rapat

Pasal 19

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

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

Bagian Keempat

Tata Tertib Rapat

Pasal 20

- (1) Setiap rapat komite medik berhak dihadiri oleh seluruh pengurus komite medik.
- (2) Rapat dipimpin oleh ketua komite medik atau yang ditunjuk oleh ketua komite medik.
- (3) Sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah ketua

- (4) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (5) Setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seijin pimpinan rapat.
- (6) Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.
- (7) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh ketua sebelum rapat dimulai.

Bagian Kelima

Notulen Rapat

Pasal 21

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

BAB VII

SUBKOMITE KREDENSIAL

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 22

- (1) Tujuan umum penetapan SubKomite Kredensial adalah untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis dirumah sakit kredibel.

- (2) Tujuan khusus penetapan Subkomite Kredensial adalah:
- a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
 - b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (clinical privilege) bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;
 - c. dasar bagi kepala/direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (clinical appointment) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (stakeholders) rumah sakit lainnya.

Bagian Kedua
Konsep Kredensial

Pasal 23

- (1) Setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten, yang meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.
- (2) Komite medik wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut (credentialing).
- (3) Setelah dilakukan kredensial medis dinyatakan kompeten maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis.

- (4) Dalam hal pelayanan medis seorang staf medis membahayakan pasien maka kewenangan klinis (clinical privilege) seorang staf medis dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut.
- (5) Pencabutan kewenangan klinis (clinical privilege) tersebut dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Bagian Ketiga Keanggotaan

Pasal 24

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

Bagian Keempat Mekanisme Kredensial Dan Pemberian Kewenangan Klinis

Pasal 25

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medis untuk memperoleh kewenangan klinis.
- (2) Tahapan pemberian kewenangan klinis meliputi:
 - a. Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.

- b. Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh direktur rumah sakit kepada komite medik.
- c. Kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- d. Dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia ad-hoc dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (white paper).
- e. Subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
- f. Pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
 - 1) kompetensi:
 - a) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - b) kognitif;
 - c) afektif;
 - d) psikomotor.
 - 2) kompetensi fisik;
 - 3) kompetensi mental/perilaku;
 - 4) perilaku etis (ethical standing).
- g. Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
- h. Daftar rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege) diperoleh dengan cara:
 - 1) menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
 - 2) mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege);
 - 3) mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis; dan
 - 4) dilakukan secara periodik.

- i. Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- j. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (clinical appointment), dengan rekomendasi berupa:
 - 1) kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - 2) kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - 3) kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - 4) kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - 5) kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - 6) kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri
- k. Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui kepala/direktur rumah sakit. Selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (proctoring).
1. Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
 - 1) pendidikan:
 - a) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi;
 - b) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - 2) perizinan (lisensi):
 - a) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
 - b) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.

- 3) kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - a) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 - b) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- 4) kualifikasi personal:
 - a) riwayat disiplin dan etik profesi;
 - b) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - c) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - d) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
 - e) memiliki asuransi proteksi profesi (professional indemnity Insurance).
- 5) pengalaman dibidang keprofesian:
 - a) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
 - b) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

m. Berakhirnya kewenangan klinis .

- 1) Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (clinical appointment) habis masa berlakunya atau dicabut oleh direktur rumah sakit.
- 2) Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode tertentu.
- 3) Pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.
- 4) Proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena sudah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.

- n. Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis.
- 1) Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi dilapangan, misalnya staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - 2) Pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik;
 - 3) Kewenangan klinis yang dicabut sebagaimana dimaksud dalam diktum 1) dan 2) diatas dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya.
 - 4) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
 - 5) Komite medik dapat merekomendasikan kepada kepala/direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

BAB VIII

SUBKOMITE MUTU PROFESI

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 26

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

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

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

Bagian Kedua
Konsep Mutu Profesi

Pasal 27

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

Bagian Ketiga
Keanggotaan

Pasal 28

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

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

Bagian Keempat

Mekanisme Kerja

Pasal 29

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

- a) sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - b) sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (clinical privilege); dan
 - d) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
6. Langkah-langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:
- a) Pemilihan topik yang akan dilakukan audit memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan;
 - b) Pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medis;
 - c) Penetapan kriteria dan standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut;
 - d) Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - e) Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - f) Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - g) Kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar;

- h) Tim pelaksana audit dan Mitra bestari (peer group) melakukan tindakan korektif terhadap ketidak sesuaian secara kolegal, dan menghindari “blaming culture”. Hal ini dilakukan dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya;
 - i) Rencana reaudit untuk topik yang sama untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan.
 - j) Memilih topik yang lainnya.
- b. Merekomendasikan Pendidikan Berkelanjutan Bagi Staf Medis dengan dengan rincian sebagai berikut :
1. subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan.
 2. Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian (death case), kasus sulit, maupun kasus langka.
 3. Setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.
 4. Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi.
 5. Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
 6. Setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan subkomite mutu profesi per tahun.

7. Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
 8. Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
 9. Subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada direksi.
- c. Memfasilitasi Proses Pendampingan (Proctoring) bagi Staf Medis yang membutuhkan dengan dengan rincian sebagai berikut.
1. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan clinical privilege.
 2. Komite medik berkoordinasi dengan direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (proctoring) tersebut.

BAB IX

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 30

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

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

Bagian Kedua
Konsep Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 31

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.
- (3) Dalam penanganan asuhan medis tidak jarang dijumpai kesulitan dalam pengambilan keputusan etis sehingga diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis tersebut.
- (4) Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit yang bersangkutan.
- (5) Landasan kerja Subkomite ini antara lain:
 - a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etik rumah sakit; norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (6) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain adanya:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (white paper) di rumah sakit;
 - e. kode etik kedokteran Indonesia;

- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik;
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Bagian Ketiga

Keanggotaan

Pasal 32

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

Bagian Keempat

Mekanisme Kerja

Pasal 33

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medis.
- (2) Direktur rumah sakit menyediakan berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi.
- (4) Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :

- a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan direktur rumah sakit.
 - c. Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.
- (5) Program atau kegiatan yang harus dilakukan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi meliputi:
- a. Upaya Pendisiplinan Perilaku Profesional, dengan mekanisme pemeriksaan sebagai berikut:
 - 1. Sumber Laporan
 - a) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
 - 1) manajemen rumah sakit;
 - 2) staf medis lain;
 - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - 4) pasien atau keluarga pasien.
 - b) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:
 - 1) hasil konferensi kematian;
 - 2) hasil konferensi klinis.
 - 2. Dasar Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi, dengan Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain:
 - a) kompetensi klinis;
 - b) penatalaksanaan kasus medis;
 - c) pelanggaran disiplin profesi;

- d) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
 - e) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
3. Pemeriksaan
- a) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
 - b) melalui proses pembuktian;
 - c) dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
 - d) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
 - e) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
 - f) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.
4. Keputusan
- a) Keputusan panel yang dibentuk oleh subkomite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
 - b) Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada subkomite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru;
 - c) Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit melalui komite medik.
5. Tindakan Pendisiplinan Perilaku Profesional, pemberian Rekomendasi tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:

- a) peringatan tertulis;
 - b) limitasi (reduksi) kewenangan klinis (clinical privilege);
 - c) bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
 - d) pencabutan kewenangan klinis (clinical privilege) sementara atau selamanya.
6. Pelaksanaan Keputusan, Ketua komite medik memberikan rekomendasi hasil keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada direktur rumah sakit untuk ditindaklanjuti.
- b. Pembinaan Profesionalisme Kedokteran
 - 1. Subkomite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
 - 2. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.
 - c. Pertimbangan Keputusan Etis
 - 1. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik;
 - 2. Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

BAB X
MUTU ASUHAN PROFESIONAL KEPADA PASIEN

Bagian Kesatu
Pemeliharaan Rekam Medis

Pasal 34

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

Bagian Kedua
Pengiriman Jaringan Untuk Pemeriksaan Patologi

Pasal 35

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

Bagian Ketiga
Kesempatan Konsultasi

Pasal 36

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

Bagian Keempat
Persetujuan Tindakan Medis

Pasal 37

- (1) Semua tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapat persetujuan.
- (2) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diberikan secara tertulis maupun lisan.
- (3) Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang diperlukan tentang perlunya tindakan kedokteran dilakukan.
- (4) Setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang dibuat dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam formulir khusus yang dibuat untuk itu dan ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.
- (5) Tindakan kedokteran yang tidak termasuk dalam ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dapat diberikan dengan persetujuan lisan dan diberikan dalam bentuk ucapan setuju atau bentuk gerakan menganggukkan kepala yang dapat diartikan sebagai ucapan setuju.
- (6) Dalam hal persetujuan lisan yang diberikan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dianggap meragukan, maka dapat dimintakan persetujuan tertulis.
- (7) Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran, tindakan yang dilakukan dicatat di dalam rekam medik, dan dokter atau dokter gigi wajib memberikan penjelasan sesegera mungkin kepada pasien setelah pasien sadar atau kepada keluarga terdekat

- (8) Dokter dan/atau staf medis yang akan melakukan tindakan medik mempunyai tanggungjawab utama memberikan informasi dan penjelasan yang diperlukan kepada pasien dan/atau keluarga pasien
- (9) Informasi dan penjelasan atas persetujuan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) meliputi :
 - a. Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;
 - b. Tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan;
 - c. Alternatif tindakan lain, dan risikonya;
 - d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
 - e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.
 - f. Perkiraan pembiayaan

BAB XI PEMBIAYAAN

Pasal 38

Segala biaya yang timbul akibat pelaksanaan peraturan ini dibebankan pada anggaran Rumah sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik.

BAB XII KETENTUAN KHUSUS

Pasal 39

- (1) Staf medis melalui Direktur berhak mengajukan usulan perubahan Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) ke Bupati melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.
- (2) Usulan untuk perubahan Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff By Laws) ini hanya dapat dilaksanakan melalui rapat pleno khusus yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.

BAB XIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 40

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan;

Agar setiap orang mengetahui, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dalam Berita Daerah Kabupaten Gresik.

Ditetapkan di Gresik

Pada tanggal 21 Desember 2011

BUPATI GRESIK,

Ttd

Dr. Ir. H. SAMBARI HALIM RADIANTO, ST., M.Si.