
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR : 011/PER-DIR/RSDN/VIII/2023
TENTANG
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS / *MEDICAL STAFF BYLAWS*
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit wajib meningkatkan mutu profesi medis dan pelayanan medis secara berkelanjutan, dan menjamin mutu pelayanan kesehatan serta melindungi keselamatan pasien dan mewujudkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*)
- b. bahwa dengan adanya peraturan staf medis ini sebagai acuan dalam pengelolaan staf medis;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015;
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktek dan pelaksanaan Praktek Kedokteran
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR TENTANG PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS / *MEDICAL STAFF BYLAWS* (MSBL) DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat
2. Direktur Rumah Sakit adalah seseorang yang ditunjuk oleh representasi pemilik/ Dewan pengawas untuk

menduduki jabatan sebagai pimpinan tertinggi di rumah sakit.

3. Dewan Pengawas yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah sekelompok orang yang ditunjuk oleh pemilik dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat.
4. Komite Medik adalah organisasi non struktural perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
5. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit.
6. 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.
7. 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.
8. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disebut KSM adalah sekumpulan staf medis dengan spesialisasi dan /atau keahlian yang sejenis, atau tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang hampir sejenis

(kemiripan disiplin ilmu) karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua). KSM bertanggung jawab kepada Direktur.

9. Peraturan Internal Staf Medis atau *Medical Staff by Laws* yang selanjutnya disingkat *MSbL* adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit dan memuat pengaturan tata kerja komite medik di rumah sakit meliputi pembentukan komite medik, tugas dan fungsi serta mekanisme kerja komite medik beserta ketiga subkomitennya, mitra bestari serta menjadi acuan mekanisme pengambilan keputusan oleh komite medik, dan menjadi dasar hukum yang sah untuk setiap keputusan yang diambil sesuai dengan mekanisme yang ditentukan.
10. Unit kerja adalah tempat staf medis menjalankan profesinya, yang dapat berbentuk instalasi, unit, ruangan atau poli disesuaikan dengan kondisi dan situasi rumah sakit.
11. 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*).
12. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
13. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis.
14. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.

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

BAB II

TUJUAN

Pasal 2

Tujuan ditetapkannya *MSbL* Rumah Sakit Dharma Nugraha 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 acuan rumah sakit dalam mengorganisasi staf medis dan membentuk Komite Medik
- c. sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf medis di Rumah Sakit Dharma Nugraha yang meliputi kompetensi dan perilaku seorang dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter sub spesialis dan dokter gigi spesialis
- d. sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan medis untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi.
- e. memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer-group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik, yang putusan dimaksud dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

BAB III

KEDUDUKAN DAN RUANG LINGKUP

Pasal 3

- (1) Kedudukan Peraturan Internal Staf Medis atau *Medical Staff By Laws* (MSBL) ini sebagai aturan tertinggi Staf Medis di RS.

- (2) Peraturan Internal Staf Medis atau *Medical Staff by Laws* (MSbL) ini berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis baik didalam maupun diluar RS dalam rangka menjalankan penugasan klinis Direktur.

BAB IV

KEWENANGAN KLINIS (*Clinical Privilege*)

Pasal 4

- (1) Pelayanan medis di RS 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) Rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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, sesuai dengan kompetensi nyata dan kompetensi tambahan yang dimiliki.
- (5) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh komite medik bersama Mitra Bestari dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (6) Komite medik wajib menetapkan persyaratan kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis atau spesialisasi yang ada di RS sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran. Pedoman persyaratan kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap pelayanan medis atau spesialisasi tersebut disebut sebagai “buku putih” (*white paper*).

- (7) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata, setelah memperhatikan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (8) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medis berdasarkan hasil kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya, kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) staf medis tersebut
- (9) Komite medik wajib melakukan pengaturan kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*), kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*), dan kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*) sesuai ketentuan yang berlaku.
- (10) 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.
- (11) Kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*) dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.
- (12) Dalam keadaan darurat direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis (*emergency clinical appointment*) tanpa rekomendasi komite medik.
- (13) Dalam hal terjadi keadaan darurat atau bencana yang menimbulkan banyak korban, maka semua staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinik yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya tanpa rekomendasi dari komite medik.

Pasal 5

- (1) Dalam hal Komite medik kesulitan memberikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur, maka komite medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari kolegium terkait.
- (2) Kewenangan klinis akan dievaluasi terus menerus untuk

menentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.

- (3) Pencabutan atau pengurangan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, antara lain karena;
 - a. terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - b. bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; atau
 - c. pelanggaran etika dan disiplin profesi medis.
- (4) Pencabutan kewenangan klinis atau pengurangan kewenangan klinis tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) setelah mendapatkan rekomendasi dari komite medik (berdasarkan masukan subkomite etika dan disiplin profesi).
- (5) Staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dicabut atau dikurangi, dapat mengajukan permohonan kepada direktur rumah sakit. Direktur dapat memerintahkan komite medik untuk memberikan pembinaan profesi agar kompetensi staf medis yang bersangkutan dapat pulih kembali antara lain melalui mekanisme pendampingan (proctoring).
- (6) Kewenangan klinis yang dicabut sebagai mana dimaksud dalam ayat (3) pada pasal ini dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya setelah mendapatkan rekomendasi dari komite medik (berdasarkan masukan subkomite etika dan disiplin profesi) untuk pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

Pasal 6

- (1) Dalam hal staf medis menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas, maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasannya serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang menyetujui atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (3) Direktur membuat surat yang berisi penolakan atau persetujuan atas permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan

disampaikan kepada pemohon.

- (4) Apabila direktur menyetujui permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur dapat menerbitkan penugasan klinis sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB V

PENUGASAN KLINIS (*Clinical Appointment*)

Pasal 7

- (1) Setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis wajib memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang diterbitkan oleh Direktur.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian izin melakukan pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis (*delineation of clinical privilege*) yang direkomendasikan komite medik dan yang disetujui oleh Direktur.
- (3) Staf medis yang telah memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) akan tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis sejenis.
- (4) Dalam keadaan tertentu Direktur rumah sakit dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*temporary clinical appointment*) sesuai kebutuhan rumah sakit.
- (5) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*clinical appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu sehingga staf medis yang bersangkutan tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

BAB VI

KOMITE MEDIK

Pasal 8

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (3) Pembentukan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.

Pasal 9

Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

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

Pasal 10

Tugas dan Fungsi Komite Medik

- (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 sebagai 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 keputusan 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 sebagai 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 sebagai 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;

Pasal 11

Wewenang Komite Medik

Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan tanggungjawabnya komite medik berwenang:

a. memberikan rekomendasi kepada Direktur diantaranya:

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

b. memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;

c. monitoring dan evaluasi pelaksanaan standar pelayanan yang diberlakukan;

d. membina etika dan disiplin profesi medis;

e. membentuk Tim Klinis lintas profesi; dan

f. memberikan rekomendasi kerjasama antar institusi.

Pasal 12

Ketua Komite Medik

- (1) Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medik adalah :
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan kerumah-sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.
- (2) Tugas Ketua Komite Medik, meliputi:
 - a. mengkoordinasikan komite medik dalam penyusunan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan;
 - b. mengkoordinasikan dan memastikan bahwa kegiatan dalam rangka meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di RS Dharma Nugraha melalui kegiatan kredensial atau menapis profesionalisme staf medik, mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medik, dan menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi Staf Medik dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku;
 - c. memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan setiap subkomite;
 - d. melakukan koordinasi dengan Direktur dalam rangka pelaksanaan kegiatan peningkatan profesionalisme staf medik yang bekerja di RS Dharma Nugraha;
 - e. melaporkan perkembangan dan atau pelaksanaan kegiatan komite medik secara berkala kepada Direktur RS.

Pasal 13

Sekretaris Komite Medik

- (1) Sekretaris Komite Medik dijabat oleh seorang dokter yang status kepegawaiannya atau pegawai RS Dharma Nugraha.
- (2) Tugas Sekretaris Komite Medik meliputi:
 - a. melaksanakan tugas kesekretariatan dan administrasi dalam

- pelaksanaan kegiatan komite medik termasuk menyusun, mengumpulkan, menyimpan dan mengendalikan dokumen;
- b. membantu ketua dalam mengkoordinasikan komite medik dalam penyusunan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan;
 - c. membantu ketua dalam mengkoordinasikan kegiatan dalam rangka meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di RS Dharma Nugraha;
 - d. membantu ketua dalam memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan setiap subkomite;
 - e. membantu ketua dalam merencanakan pertemuan koordinasi dengan Direktur dalam rangka pelaksanaan kegiatan peningkatan profesionalisme staf medik yang bekerja di RS Dharma Nugraha;
 - f. menyusun laporan perkembangan dan atau pelaksanaan kegiatan komite medik sesuai ketentuan yang berlaku.
- (3) Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medik dibantu oleh tenaga administrasi/staf sekretariat purna waktu.

BAB VII

RAPAT

Pasal 14

Rapat Komite Medik terdiri dari :

- a. Rapat rutin, dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam setiap 3 bulan;
- b. Rapat bersama Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali setiap 3 (tiga) bulan;
- c. Rapat khusus, dilakukan guna membahas masalah yang sifatnya sangat mendesak;
- d. Rapat tahunan, diselenggarakan 1 (satu) kali setiap tahun; dan
- e. Rapat lainnya, rapat selain yang dimaksud dalam ayat 1, ayat 2, ayat 3, dan ayat 4 yang dilakukan untuk pembahasan masalah terkait fungsi kredensial, rekredensial, menjaga mutu profesi serta menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 15

Rapat Rutin Komite Medik

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf a diselenggarakan 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 tiga 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 dimaksud pada ayat (2) harus mencantumkan agenda rapat.

Pasal 16

Rapat Khusus

- (1) Rapat khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf c diadakan apabila:
 - a. terdapat permintaan rapat yang ditandatangani oleh sekurang-kurangnya sepertiga (satu per tiga) dari seluruh anggota Komite Medik;
 - b. terdapat permintaan rapat khusus oleh Direktur;
 - c. terjadi keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik;
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Komite Medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

Pasal 17

Rapat Tahunan Komite Medik

- (1) Rapat Tahunan komite medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf d diselenggarakan satu kali satu tahun.
- (2) Rapat Tahunan dihadiri oleh seluruh pengurus komite medik RS Dharma Nugraha.
- (3) Agenda rapat tahunan 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 pengurus paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

Pasal 18

Kuorum (Jumlah minimum hak suara)

- (1) Penentuan kuorum rapat ditentukan berdasarkan jenis rapat yang dilaksanakan, yaitu
 - a. Rapat rutin, kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit dihadiri minimal oleh ketua, sekretaris dan ketua subkomite ditambah minimal satu anggota masing-masing subkomite;
 - b. Rapat bersama Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan, kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit dihadiri minimal oleh ketua, sekretaris dan ketua subkomite ditambah minimal satu anggota masing-masing subkomite;
 - c. Rapat khusus, kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah pengurus komite medik ditambah satu yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dengan catatan semua subkomite harus ada yang mewakili;
 - d. Rapat tahunan, kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah dari jumlah pengurus komite medik ditambah satu yang berhak untuk hadir dan memberikan suara dengan catatan semua subkomite ada yang mewakili; dan

- e. Rapat lainnya, kuorum rapat tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit Ketua Subkomite ditambah sekretaris atau anggota serta mitra bestari yang terkait dengan topik atau pembahasan rapat.
- (2) Keputusan hanya dapat ditetapkan bila kuorum telah tercapai.

Pasal 19

Tata Tertib Rapat

- (1) Rapat Komite Medik dipimpin oleh Ketua Komite Medik dan dalam hal Ketua Komite Medik tidak hadir, maka rapat dipimpin oleh Sekretaris atau salah satu Ketua Subkomite sesuai dengan materi yang akan dibahas.
- (2) Sebelum rapat dimulai agenda rapat dan notulen dibacakan atas perintah pimpinan rapat.
- (3) Setiap peserta rapat wajib mengikuti rapat sampai selesai.
- (4) Setiap peserta rapat hanya dapat meninggalkan rapat dengan seijin pimpinan rapat.
- (5) Setiap peserta wajib menjaga ketertiban selama rapat berlangsung.
- (6) Hal-hal lain yang menyangkut teknis tata tertib rapat akan ditetapkan oleh pimpinan rapat sebelum rapat dimulai.

Pasal 20

Pengambilan Keputusan Rapat

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 atau pimpinan rapat berwenang membuat keputusan hasil rapat

Pasal 21

Notulen Rapat

- (1) Setiap rapat harus dibuat notulennya.
- (2) Semua notulen rapat komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dicatat oleh sekretaris komite medik atau sekretaris subkomite atau penggantinya yang ditunjuk.
- (3) Notulen rapat rutin 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 atau pimpinan rapat dan sekretaris komite medik atau sekretaris subkomite atau pengganti yang ditunjuk, dan notulen tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.

BAB VIII

SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 22

- (1) Tujuan umum penetapan subkomite kredensial untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.
- (2) Tujuan khusus penetapan subkomite kredensial untuk:
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
 - b. tersusunnya 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. tersusunnya rekomendasi pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sebagai 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.

Pasal 23

Konsep Kredensial

- (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.

Pasal 24

Keanggotaan

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas paling sedikit 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.
- (3) Subkomite kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 25

Mekanisme Kredensial dan Rekredensial

- (1) Tugas utama subkomite kredensial adalah melakukan kredensial dan rekredensial.

- (2) Kegiatan subkomite kredensial meliputi menyusun kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur kerja terkait pelaksanaan kegiatan kredensial atau menapis profesionalisme staf medik, antara lain;
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medik berdasarkan norma keprofesian dan kemudian ditetapkan sebagai *White Paper* setiap KSM;
 - b. penyusunan mitra bestari atau *peer-group*;
 - c. panduan pelaksanaan kredensial dan rekredensial
 - d. penyusunan rencana kerja Subkomite Kredensial;
 - e. penyusunan instrumen kredensial dan rekredensial;
 - f. penyusunan SPO terkait pelaksanaan kredensial dan rekredensial; dan
 - g. penyusunan pedoman penilaian kompetensi klinis.
- (3) Subkomite kredensial mempunyai fungsi pelaksanaan tugas dan atau kebijakan komite medik di bidang kredensial, yaitu penilaian kompetensi seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu.
- (4) Mekanisme kredensial sebagaimana dimaksud dalam ayat 3 dan pemberian kewenangan klinis adalah sebagai berikut;
- a. Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan dengan dilengkapi dokumen pendukung;
 - b. Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh direktur kepada komite medik untuk dilakukan kredensial.
 - c. Komite medik menugaskan subkomite kredensial untuk melaksanakan kredensial dengan melibatkan mitra bestari atau panitia adhoc.
 - d. Pengkajian terhadap permohonan kewenangan klinis, meliputi elemen;
 - 1) Kompetensi;
 - 2) Kesehatan fisik dan mental;

- 3) Perilaku; dan
 - 4) Etika profesi.
- e. pelaksanaan evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - f. pelaksanaan wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - g. penilaian dan keputusan kewenangan klinis;
 - h. kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
 - i. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan masukan untuk rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik;
 - j. pemberian rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis kepada Direktur.
- (5) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
- a. pendidikan:
 - 1) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi; dan
 - 2) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - b. perizinan (*lisensi*):
 - 1) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
 - 2) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
 - c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - 1) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
 - d. kualifikasi personal:
 - 1) riwayat disiplin dan etik profesi;
 - 2) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;

- 3) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - 4) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
 - 5) memiliki asuransi proteksi profesi (*professional indemnity Insurance*).
- e. pengalaman dibidang keprofesian:
- 1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 - 2) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.
- (6) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) berdasarkan permintaan Direktur.
- (7) Rekomendasi rekredensial staf medis berupa:
- 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; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (8) Subkomite Kredensial berwenang untuk melaksanakan kegiatan kredensial dan rekredensial secara adil, jujur, terbuka, obyektif, sesuai prosedur yang berlaku dan secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan serta terdokumentasi.
- (9) Subkomite Kredensial membuat laporan dan evaluasi berkala dan tahunan
- (10) Subkomite Kredensial bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

BAB VIII

SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 26

- (1) Pembentukan subkomite mutu profesi bertujuan untuk menjaga

mutu profesi medis di rumah sakit

- (2) Tujuan menjaga mutu profesi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah sebagai berikut:
- 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*).

Pasal 27

Konsep Mutu Profesi

- (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; dan
 - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

Pasal 28

Keanggotaan

- (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.
- (3) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 29

Mekanisme Kerja

- (1) Tugas utama subkomite mutu profesi adalah melakukan audit medik, pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medik;
- (2) Kegiatan subkomite mutu profesi meliputi menyusun kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur kerja terkait pelaksanaan kegiatan memelihara mutu atau mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medik meliputi;
 - a. penyusunan rencana kerja subkomite mutu profesi;
 - b. penyusunan kebijakan, pedoman/panduan dan SPO terkait menjaga mutu profesi medis dan atau mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medik;
 - c. memberi masukan dalam penyusunan indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan kelompok staf medis dan unit kerja, yang meliputi indikator input, proses, output atau outcome;
 - d. melakukan koordinasi dengan komite mutu rumah sakit;
- (3) Subkomite Mutu Profesi berwenang untuk melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medik secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- (4) 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*).
 - a. Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
 - b. Evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*) dapat dilaksanakan di tingkat rumah sakit, komite medik, atau masing-masing kelompok staf medis.
 - c. Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat)

peran penting, yaitu:

- 1) sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
 - 2) sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - 3) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (clinical privilege); dan
 - 4) sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/ modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
- d. Audit medis dapat pula diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), baik secara perorangan maupun kelompok, langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:
- 1) Pemilihan topik yang akan dilakukan audit dengan memperhatikan jumlah kasus atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan. Pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medis;
 - 2) Penetapan kriteria dan standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut;
 - 3) Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
 - 4) Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
 - 5) Melakukan analisis dan pembahasan kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
 - 6) Subkomite mutu profesi bersama mitra bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap ketidaksesuaian secara kolegal, dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya;

- 7) Rencana reaudit untuk topik yang sama untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan.
 - 8) Memilih topik yang lainnya.
- (5) Subkomite mutu profesi merekomendasikan Pendidikan Berkelanjutan Bagi Staf Medis dengan mekanisme:
- a. Subkomite mutu profesi menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh setiap kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan.
 - b. Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
 - c. Setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.
 - d. Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi.
 - e. Subkomite mutu profesi bersama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite 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 subkomite mutu profesi per tahun.
 - g. Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
 - h. Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh setiap staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
 - i. Subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai masukan kepada direksi.
- (6) Memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan dengan dengan rincian sebagai berikut;

- a. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/ mendapatkan pengurangan *clinical privilege*; dan
 - b. Komite medik berkoordinasi dengan direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.
- (7) Subkomite mutu profesi membuat laporan dan evaluasi berkala dan tahunan.
- (8) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

BAB IX

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 30

- (1) Pembentukan subkomite etika dan disiplin profesi bertujuan untuk menegakkan etika dan disiplin profesi kedokteran di rumah sakit
- (2) Tujuan menegakkan etika dan disiplin profesi kedokteran sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 adalah sebagai berikut;
- 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.

Pasal 31

Konsep Etika Dan Disiplin Profesi

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan 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) Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit yang bersangkutan.
 - (4) Landasan kerja Subkomite ini antara lain;
 - a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etik rumah sakit;
 - d. norma etika kedokteran dan
 - e. norma bioetika.
 - (5) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:
 - a. pedoman pelayanan kedokteran atau panduan praktik klinik;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. persyaratan/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.

Pasal 32

Keanggotaan

- (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

- (3) Subkomite etika dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 33

Mekanisme Kerja

- (1) Etika profesi terkait dengan masalah moral yang baik dan moral yang buruk, dan disiplin profesi terkait dengan perilaku pelayanan dan pelanggaran standar profesi.
- (2) Kegiatan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi meliputi menyusun kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur terkait pelaksanaan kegiatan menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik, meliputi;
- a. Penyusunan rencana kerja subkomite etika dan disiplin profesi;
 - b. Penyusunan kebijakan, pedoman/panduan dan SPO yang terkait dengan menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis;
 - c. Penyusunan tatalaksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
 - d. Melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
 - e. Melaksanakan kegiatan dalam rangka menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis
 - f. Melakukan koordinasi dengan komite etik dan hukum rumah sakit;
- (3) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi mempunyai fungsi pelaksanaan kebijakan komite medik dibidang etika dan disiplin profesi medik, meliputi:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medik yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. pemberian rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
 - d. pemberian nasehat/ pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medik pasien.
- (4) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi berwenang untuk melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi

kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektor dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

(5) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. 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 sesuai ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

(6) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional adalah sebagai berikut;

- a. Sumber Laporan
 - 1) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
 - a) manajemen rumah sakit;
 - b) staf medis lain;
 - c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - d) pasien atau keluarga pasien.
 - 2) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:
 - a) hasil konferensi kematian; dan
 - b) 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:
 - 1) kompetensi klinis;
 - 2) penatalaksanaan kasus medis;
 - 3) pelanggaran disiplin profesi;

- 4) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- 5) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.

c. Pemeriksaan

- 1) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
- 2) melalui proses pembuktian;
- 3) dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
- 4) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
- 5) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
- 6) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi
- 7) bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. Keputusan

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit melalui komite medik.

e. Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:

- 1) peringatan tertulis;
- 2) limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- 3) bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan

- medis tersebut;
- 4) pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
 - f. Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada kepala/direktur rumah sakit oleh ketua komite medik sebagai rekomendasi, selanjutnya kepala/direktur rumah sakit melakukan eksekusi.
- (7) Mekanisme pembinaan profesionalisme kedokteran oleh subkomite etika dan disiplin profesi adalah sebagai berikut;
- a. Penyusunan materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.
 - b. 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.
- (8) Mekanisme pemberian pertimbangan pengambilan keputusan etis adalah sebagai berikut;
- a. Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
 - b. Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.
- (9) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi membuat laporan dan evaluasi berkala dan tahunan
- (10) Subkomite Etika dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik.

BAB X

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 34

- (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 atau *Medical Staff By Laws (MSBL)*

- (2) Aturan-aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
- a. Pemberian pelayanan medik harus dilakukan sesuai standar profesi, standar pelayanan, Panduan Praktek Klinik, *Clinical Pathways*, dan atau standar prosedur operasional yang diberlakukan serta sesuai kebutuhan medik pasien;
 - b. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) wajib melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis lain sesuai dengan kebutuhan pasien dan dengan disiplin ilmu yang sesuai;
 - c. Semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh beserta pengecualiannya wajib dilakukan pemeriksaan patologi anatomi.

BAB XI

HUBUNGAN KOMITE MEDIK DENGAN DIREKTUR

Pasal 35

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

BAB XII

PANITIA ADHOC

Pasal 36

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia adhoc sesuai kebutuhan.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal

dari ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.

- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari Staf Medik yang tergolong sebagai mitra bestari (sesuai ketentuan pasal 1 angka 16).
- (4) Staf medik yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari staf medik RS Dharma Nugraha, dokter 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 XIII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 37

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan maka pihak-pihak yang bertanggungjawab dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan/atau tertulis.

BAB XIV

TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK

Pasal 38

- (1) Peraturan Internal Staf Medik ini dapat dilakukan review dan atau perbaikan oleh Direktur karena alasan tertentu.
- (2) Peraturan Internal staf medik ini dapat dilakukan review dan atau perbaikan apabila terdapat;
 - a. Perubahan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Peraturan Internal Korporasi Rumah Sakit, Peraturan Internal Staf Medik, atau peraturan perundang-undangan lainnya yang menyangkut profesi medik;
 - b. Kebijakan baru mengenai status rumah sakit.
- (3) Review dan atau perbaikan Peraturan Internal Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan disahkan oleh Direktur PT.

BAB XV

PEMBIAYAAN

Pasal 39

Biaya yang timbul akibat pelaksanaan Peraturan Internal Staf Medik ini dibebankan pada anggaran RS Dharma Nugraha.

BAB XVI

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 40

Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*) RS Dharma Nugraha berlaku sejak tanggal ditetapkannnya dan seluruh staf medis RS diwajibkan untuk mengetahui dan menyebar luaskan, jika terjadi kekliruan akan dilakukan perbaikan semestinya.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal. 14 Agustus 2023
DIREKTUR,




drg. Purwanti Aminingsih MARS, PhD