



PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

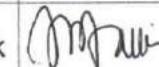
NOMOR : 3531/A000/XI/2021

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

RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul - Garut

LEMBAR VALIDASI
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BY LAWS)
NOMOR: 3531/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	1.	dr. Nasir Okbah, Sp.S	Ketua Subkomite Kredensial		02-11-2021
	2.	dr. Johnson Manurung,Sp.PD	Ketua Subkomite Mutu Profesi		02-11-2021
	3.	dr.Yanto Widiantoro, Sp.KK	Ketua Subkomite Etika dan Disiplin		02-11-2021
Verifikator	1.	dr. Hadiyana S, Sp.B	Ketua Komite Medik		02-11-2021
Validator	1.	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		02-11-2021
	2.	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		02-11-2021



LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3531/A000/XI/2021
TENTANG
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(*MEDICAL STAFF BY LAWS*)
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, perlu menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*);
- b. bahwa peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi (*corporate by laws*) dan peraturan internal staf medis (*medical staff by laws*);
- c. bahwa peraturan internal staf medis (*medical staff by laws*) diperlukan untuk mengelola pengaturan pengorganisasian staf medis, Komite Medik, peran, tugas dan juga kewenangan staf klinis;
- d. bahwa diperlukan aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomo 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;

6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
7. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
8. Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 18/KKI/KEP/IX/2006 tentang Buku Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia;
9. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 034/PT.RSIH/XI/2021-S0 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan,MARS Sebagai Diretur Rumah Sakit Intan Husada;
10. Peraturan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 002/PER-PT.RSIH/X/2018-S1 tentang Peraturan Internal RS Intan Husada;
11. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)**.
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 3531/A000/XI/2021 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*).
- Kedua : Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) sebagaimana tercantum dalam Lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 2 November 2021
Direktur,


drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI

LEMBAR PENGESAHAN

DAFTAR ISI.....	i
PENDAHULUAN	1
BAB I	2
KETENTUAN UMUM	2
BAB II	3
TUJUAN	3
BAB III	3
PENERIMAAN STAF MEDIK	3
BAB IV	4
KEWENANGAN KLINIS (<i>CLINICAL PRIVILEGES</i>).....	4
BAB V	5
PENUGASAN KLINIS (<i>CLINICAL APPOINTMENT</i>).....	5
BAB VI.....	5
KREDENSIAL DAN REKREDENSIAL.....	5
BAB VII.....	7
KOMITE MEDIK	7
BAB VIII.....	9
RAPAT.....	9
BAB IX	11
SUBKOMITE KREDENSIAL	11
BAB X	12
SUBKOMITE MUTU PROFESI.....	12
BAB XI	13
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI.....	13
BAB XII.....	14
PERATURAN TATA KELOLA KLINIS	14
BAB XIII.....	25
TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN.....	25
BAB XIV	25
PENUTUP.....	25

PENDAHULUAN

Rumah sakit diakui merupakan institusi yang sangat kompleks dan berisiko tinggi (*high risk*), terlebih dalam kondisi lingkungan regional dan global yang sangat dinamis perubahannya. Salah satu pilar pelayanan medis adalah tata kelola klinis (*clinical governance*), dengan unsur staf medis yang dominan. Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas segala sesuatu yang terjadi di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Keberadaan staf medis dalam rumah sakit merupakan suatu keniscayaan karena kualitas pelayanan rumah sakit sangat ditentukan oleh kinerja para staf medis di rumah sakit tersebut. Yang lebih penting lagi kinerja staf medis akan sangat mempengaruhi keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk itu rumah sakit perlu menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik untuk melindungi pasien. Hal ini sejalan dengan amanat Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 36 bahwa setiap rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik.

Tata kelola klinis yang baik adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya.

Rumah Sakit Intan Husada (RSIH) adalah sebuah rumah sakit umum swasta Kelas C yang tentu saja telah memenuhi persyaratan-persyaratan sebagai Rumah sakit umum Kelas B. Struktur organisasi dan tata kerja RSIH menyebutkan Komite Medik sebagai salah satu perangkatnya. Komite Medik RSIH adalah perangkat RSIH 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.

Komite Medik RSIH mempunyai visi dan misi yang sangat berkaitan erat dan menjadi satu kesatuan dengan visi dan misi RSIH yang pada prinsipnya menjunjung tinggi keselamatan pasien. Visi Komite Medik RSIH adalah memiliki peran strategis dalam mengendalikan kompetensi dan perilaku staf medis rumah sakit, untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan dan melindungi keselamatan pasien. Misi Komite Medik RSIH adalah:

1. Memberikan pelayanan medis kepada pasien tanpa membedakan status sosial, golongan, suku dan agama.
2. Menyelenggarakan pelayanan medis yang berpusat pada pasien dengan mengutamakan Mutu dan Keselamatan Pasien.
3. Mengembangkan perilaku staf medis sehingga memiliki nilai belas kasih, asertif, professional, bekerja dalam tim, integritas dan sejahtera.

Dalam rangka mencapai visi misi tersebut, Komite Medik dengan didukung oleh pemilik RSIH menyusun Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) ini yang dimaksud dengan:

- (1) Komite Medik adalah 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.
- (2) Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspesialis dan dokter gigi subspesialis di rumah sakit.
- (3) Rumah sakit adalah Rumah Sakit Intan Husada yang berkedudukan di Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul Kabupaten Garut yaitu sebuah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
- (4) Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Intan Husada yaitu pimpinan pengelola rumah sakit.
- (5) Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Intan Husada yaitu PT. Rumah Sakit Intan Husada.
- (6) Peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi, peraturan internal staf medis dan peraturan internal staf keperawatan.
- (7) Peraturan internal korporasi (*corporate by laws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, Komite Medik dan Komite Keperawatan di rumah sakit.
- (8) Peraturan internal staf medis (*medical staff by laws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
- (9) 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*).
- (10) Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan dari Direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
- (11) Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).

- (12) Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
- (13) Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
- (14) 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 TUJUAN

Pasal 2

Tujuan Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff By Laws*) adalah:

- (1) Agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
- (2) Agar mitra bestari (*peer group*) mempunyai dasar hukum dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik. Putusan itu dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

BAB III PENERIMAAN STAF MEDIK

Pasal 3

- (1) Direktur menyusun rencana kebutuhan staf medis berdasarkan:
 - a. Visi dan misi rumah sakit.
 - b. Keragaman pasien yang harus dilayani, kompleksitas dan intensitas kebutuhan pasien.
 - c. Layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit.
 - d. Volume pasien rawat inap dan rawat jalan.
 - e. Teknologi medis yang digunakan untuk pasien.
- (2) Penerimaan staf medis sepenuhnya menjadi kewenangan Direktur berdasarkan kebutuhan pelayanan di rumah sakit.
- (3) Staf medis yang diterima bekerja di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian kerja (termasuk kontrak klinis) sesuai ketentuan rumah sakit.
- (4) Staf medis yang telah diterima hanya dapat melakukan pelayanan medis di rumah sakit setelah mendapatkan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dari Direktur.
- (5) Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dibuat berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis (*delineation of clinical privilege*) yang direkomendasikan Komite Medik melalui proses kredensial.

- (6) Mekanisme kredensial dan rekredensial dirumah sakit adalah tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial.
- (7) Proses kredensial dan rekredensial dilakukan pada staf medis yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang sesuai dengan bidang profesi dan memiliki Surat Izin Praktik (SIP) dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.

BAB IV KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGES)

Pasal 4

- (1) Pemberian kewenangan klinis setiap staf medis disesuaikan dengan kompetensi staf medis yang nyata dengan melibatkan Komite Medik serta dapat dibantu oleh Mitra Bestari (*peer group*).
- (2) 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.
- (3) Kewenangan klinis untuk setiap spesialisasi staf medik harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).
- (4) 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.

Pasal 5

- (1) 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.
- (2) Dokumentasi syarat untuk melakukan pelayanan medis tersebut disebut sebagai "buku putih" (*white paper*).

Pasal 6

- (1) Pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis direkomendasikan oleh Subkomite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Medik.
- (2) Kewenangan klinis berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur.

BAB V PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 7

- (1) Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki surat penugasan klinis dari Direktur berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis (*delineation of clinical privilege*) yang direkomendasikan Komite Medik melalui proses kredensial.
- (2) Dalam keadaan darurat Direktur dapat memberikan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) tanpa rekomendasi Komite Medik.
- (3) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat pula menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*).
- (4) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.

Pasal 8

- (1) Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku 3 (tiga) tahun dan menyesuaikan masa berlaku Surat Izin Praktik (SIP).
- (2) Pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.

BAB VI KREDENSIAL DAN REKREDENSIAL

Pasal 9

Konsep Kredensial

- (1) Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (2) Kredensial adalah upaya menjaga keselamatan pasien dengan menjaga standar dan kompetensi para staf medis.
- (3) Kompetensi ini meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.
- (4) Kredensial dilakukan dengan 2 (dua) alasan yaitu:
 - a. Kompetensi setelah seseorang mendapatkan sertifikat kompetensi dari kolegium dipengaruhi oleh banyak faktor.
 - b. Keadaan kesehatan staf medis dapat saja menurun akibat penyakit tertentu atau bertambahnya usia sehingga mengurangi keamanan pelayanan medis yang dilakukan.

- (5) Rumah sakit menerbitkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui proses kredensial.
- (6) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) merupakan izin bagi staf medis untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu di rumah sakit.
- (7) Staf medis dengan latar belakang spesialisasi yang sama dimungkinkan mempunyai kewenangan klinis (*clinical privilege*) yang berbeda berdasarkan perbedaan pendidikan dan pelatihan tambahan, pengalaman, atau hasil kinerja staf medis selama bekerja, serta kemampuan motoriknya.
- (8) Kewenangan klinis (*clinical privilege*) tidak dapat diberikan apabila rumah sakit tidak mempunyai peralatan atau staf khusus untuk mendukung pelaksanaan kewenangan klinis.
- (9) 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.
- (10) Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan Komite Medik.
- (11) Komite Medik dapat diminta oleh Direktur untuk membuat daftar kompetensi calon staf medis berdasarkan kolegium.

Pasal 10

KONSEP REKREDENSIAL

- (1) Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
- (2) Rekredensial dapat dilakukan dengan alasan permintaan dari staf medis atau rumah sakit.
- (3) Rekredensial atas permintaan staf medis antara lain karena:
 - a. Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) akan habis masa berlakunya.
 - b. Staf medis mengajukan penambahan/pengurangan kewenangan klinis.
- (4) Rekredensial atas permintaan rumah sakit dilakukan dengan pertimbangan untuk menentukan apakah kewenangan klinis staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasarkan:
 - a. Hasil proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan (*Ongoing Professional Practice Evaluation = OPPE*).
 - b. Pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK), Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), atau badan resmi lainnya.
 - c. Temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain.
 - d. Kesehatan staf medis.

Pasal 11

Mekanisme Kredensial dan Rekredensial

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit adalah tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial.
- (2) Proses kredensial dan rekredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
- (3) Subkomite Kredensial melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim mitra bestari, dan melakukan penilaian kompetensi terhadap seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu.
- (4) Subkomite Kredensial wajib menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur.
- (5) Instrumen kredensial meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis serta formulir yang diperlukan.
- (6) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur Utama tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.

BAB VII

KOMITE MEDIK

Pasal 12

Organisasi Komite Medik

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
 - a. Ketua
 - b. Sekretaris
 - c. Subkomite
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.
- (5) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (6) Sekretaris Komite Medik dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (7) Ketua, Sekretaris dan Ketua Subkomite mempunyai masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (8) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Subkomite.

- (9) Subkomite didalam Komite Medik terdiri dari:
- Subkomite Kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis.
 - Subkomite Mutu Profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis.
 - Subkomite Etika dan Disiplin Profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 13

Tugas dan Fungsi

- Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
 - Memelihara mutu profesi staf medis.
 - Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- Dalam melaksanakan tugas kredensial Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku.
 - Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 - Kompetensi.
 - Kesehatan fisik dan mental.
 - Perilaku.
 - Etika profesi.
 - Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan.
 - Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis.
 - Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik.
 - Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku.
 - Surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.
 - Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - Pelaksanaan audit medis.
 - Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis.
 - Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut.
 - Rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut:
 - Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.

- b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.

BAB VIII **RAPAT**

Pasal 14

Rapat Komite Medik

- (1) Rapat Komite Medik merupakan rapat bagian yang terdiri dari rapat rutin Komite Medik, rapat khusus Komite Medik dan rapat umum anggota staf medis.
- (2) Setiap rapat Komite Medik dilengkapi dengan undangan, materi, daftar hadir dan notulensi.

Pasal 15

Rapat Rutin Komite Medik

- (1) Komite Medik menyelenggarakan rapat rutin minimal setiap bulan satu kali 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 sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (3) Rapat rutin dihadiri oleh pengurus harian Komite Medik.
- (4) Ketua Komite Medik dapat mengundang pihak lain bila dianggap perlu.

Pasal 16

Rapat Khusus Komite Medik

- (1) Rapat khusus Komite Medik diselenggarakan dalam hal :
 - a. Diperintahkan Direktur.
 - b. Atas permintaan Ketua Komite Medik untuk hal-hal yang memerlukan penetapan kebijakan Komite Medik dengan segera.
 - c. Atas permintaan yang diajukan oleh paling sedikit tiga anggota Komite Medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyelenggarakan rapat khusus dalam waktu empat puluh delapan jam setelah diterimanya permintaan rapat.
- (3) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat khusus beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir paling lambat dua puluh empat jam sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

- (4) Pemberitahuan rapat khusus menyebutkan secara spesifik hal-hal yang akan dibahas dalam rapat tersebut dan rapat hanya akan membahas hal-hal yang tercantum dalam pemberitahuan tersebut.

Pasal 17

Rapat Umum Staf Medik

- (1) Rapat umum staf medik diselenggarakan sekali setahun dan diikuti oleh staf medik.
- (2) Sekretaris Komite Medik menyampaikan pemberitahuan rapat umum tahunan secara tertulis beserta agenda rapat kepada para anggota yang berhak hadir, paling lambat empat belas hari sebelum rapat umum tahunan dilaksanakan.

Pasal 18

Kuorum

- (1) Kuorum tercapai bila rapat dihadiri oleh paling sedikit setengah ditambah satu dari jumlah anggota staf medik yang berhak untuk hadir dan berhak memberikan suara.
- (2) Apabila kuorum tidak tercapai, dengan persetujuan anggota staf medik yang telah hadir, rapat dapat ditunda maksimal 2 x 20 menit dan rapat dapat segera dimulai.
- (3) Keputusan hanya ditetapkan apabila 2/3 yang hadir menyetujui isi keputusan.

Pasal 19

Kuorum Pengambilan Putusan Rapat

- (1) Pengambilan putusan rapat diupayakan melalui musyawarah dan mufakat.
- (2) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka putusan diambil melalui pemungutan suara berdasarkan suara terbanyak dari anggota yang hadir.
- (3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama, maka Ketua Komite Medik berwenang menentukan keputusan hasil rapat.

Pasal 20

Tata Tertib Rapat

- (1) Setiap rapat Komite Medik dapat dihadiri oleh seluruh anggota Komite Medik dan Direktur.
- (2) Rapat Komite Medik dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau pengantinya yang ditunjuk.
- (3) Semua notulensi rapat Komite Medik dicatat oleh Sekretaris Komite Medik atau pengantinya yang ditunjuk.

- (4) Notulensi rapat akan diedarkan kepada semua peserta rapat yang berhak hadir sebelum rapat berikutnya.
- (5) Notulensi rapat tidak boleh diubah kecuali untuk hal-hal yang berkaitan dengan keakuratan notulensi rapat tersebut.
- (6) Notulensi rapat ditandatangani oleh pimpinan rapat dan notulensi rapat tersebut diberlakukan sebagai dokumen yang sah.
- (7) Laporan kegiatan Komite Medik akan disampaikan secara berkala pada seluruh anggota staf medik paling sedikit setahun sekali.

BAB IX SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 21

Tujuan

- (1) Tujuan umum adalah melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kompeten dan kredibel.
- (2) Tujuan khusus:
 - 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 Direktur 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 dihadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

Pasal 22

Keanggotaan

- (1) Organisasi Subkomite Kredensial terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.
- (2) Ketua Subkomite Kredensial bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Subkomite Kredensial terdiri atas perwakilan setiap KSM yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

BAB X SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 23

Tujuan

- (1) Memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional.
- (2) Memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (3) Mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (KTD).
- (4) 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 24

KONSEP

- (1) Kualitas pelayanan medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (*medical care management*).
- (2) Mutu penatalaksanaan asuhan medis tergantung pada upaya staf medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin.
- (3) 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.

Pasal 25

Keanggotaan

- (1) Organisasi Subkomite Mutu Profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.
- (2) Ketua Subkomite Mutu Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Subkomite Mutu Profesi terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda dan berlaku sebagai ketua, sekretaris dan anggota.

Pasal 26

Mekanisme Kerja

- (1) Direktur menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja Subkomite Mutu Profesi berdasarkan masukan Komite Medis.
- (2) Direktur bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan Subkomite Mutu Profesi dapat terselenggara.
- (3) Kegiatan Subkomite Mutu Profesi antara lain:
 - a. Audit Medis.
 - b. Merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis.
 - c. Memfasilitasi proses pendampingan (*Proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

BAB XI

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 27

Tujuan

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

Pasal 28

Konsep

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran kinerja profesional yang baik.
- (2) Peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan cara:
 - a. Pembinaan profesionalisme kedokteran.
 - b. Pendisiplinan berperilaku profesional staf medis.
- (3) Penegakkan disiplin perilaku profesi harus berlandaskan:
 - a. Peraturan internal rumah sakit.
 - b. Peraturan internal staf medis.
 - c. Etik rumah sakit.
 - d. Norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (4) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis mengacu pada:
 - 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 yang berlaku di Indonesia.
- h. Pedoman pelayanan medik/klinik.
- i. Standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 29

Keanggotaan

- (1) Organisasi Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.
- (2) Ketua Subkomite Etika dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.
- (3) Anggota Subkomite Etika dan Disiplin Profesi terdiri atas 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda dan berlaku sebagai ketua, sekretaris dan anggota.

Pasal 30

Mekanisme Kerja

- (1) Direktur menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja Subkomite Etika dan Disiplin Profesi berdasarkan masukan Komite Medik.
- (2) Direktur bertanggungjawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi dapat terselenggara.
- (3) Kegiatan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi antara lain:
 - a. Upaya pendisiplinan perilaku profesional.
 - b. Pembinaan profesionalisme kedokteran.
 - c. Pertimbangan keputusan etis.
- (4) Tindakan pendisiplinan perilaku profesional dapat 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.

BAB XII

PERATURAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 31

Dasar Moral

Dalam melaksanakan praktik kedokteran, setiap staf medik harus berpegang teguh pada kaidah moral berikut:

- a. Menghormati martabat manusia (*respect for person*), yaitu staf medis harus memperlakukan pasien sebagai manusia yang memiliki otonomi (hak untuk menentukan nasib diri sendiri), dan memberikan perlindungan kepada pasien.
- b. Berbuat baik (*beneficence*), yaitu staf medis harus mengusahakan agar pasien yang dirawatnya terjaga keadaan kesehatannya (*patient welfare*) serta bersikap ramah atau menolong, lebih dari sekedar memenuhi kewajiban.
- c. Tidak berbuat yang merugikan (*non-maleficence*), yaitu staf medis harus memilih pengobatan yang paling kecil risikonya dan paling besar manfaatnya.
- d. Keadilan (*justice*), yaitu staf medis tidak boleh/tidak dapat mengubah sikap terhadap pasiennya karena alasan perbedaan kedudukan sosial, tingkat ekonomi, pandangan politik, agama dan faham kepercayaan, kebangsaan dan kewarganegaraan, status perkawinan, serta perbedaan jenis kelamin.

Pasal 32

Kategori Staf Medis

- (1) Staf medis di RSIH terdiri dari:
 - a. Staf medis *Full Time*.
 - b. Staf medis *Part Time*.
- (2) Staf medis *Full Time* adalah staf medis yang bekerja secara purna waktu dimana hanya melakukan praktik kedokteran di RSIH.
- (3) Staf medis *Full Time* mempunyai ketentuan, antara lain:
 - a. Jam kerja sekurang-kurangnya pada *office hour*.
 - b. Tidak berstatus sebagai aparatur sipil negara atau menjadi *full time* ditempat lain.
 - c. Mendapatkan hak dan kewajiban sebagai karyawan sesuai peraturan perundangan.
 - d. Mempunyai hak dan kewajiban melakukan praktik kedokteran di Unit Rawat Jalan:
 - 1. Pada *office hour* (jam pelayanan sesuai kesepakatan berdasarkan kebutuhan pelayanan) dan hari kerja rumah sakit.
 - 2. Mendapatkan pasien kunjungan baru yang datang ke rumah sakit secara proporsional dengan staf medis *full time* lainnya yang memiliki spesialisasi yang sama atau sesuai permintaan pasien.
 - 3. Mendapatkan ruangan untuk praktik kedokteran (ruangan pemeriksaan pasien/poliklinik) yang ditentukan oleh rumah sakit dan digunakan sesuai jam pelayanan (di luar jam pelayanan akan digunakan oleh staf medis lain sesuai pengaturan rumah sakit).
 - e. Mempunyai hak dan kewajiban sesuai keahlian untuk melakukan praktik kedokteran di Unit Gawat Darurat berupa praktik *onsite* atau konsultasi *offsite* sesuai jadwal yang ditentukan oleh kelompok staf medis bersama rumah sakit.

- f. Mempunyai hak dan kewajiban sesuai bidang keahlian untuk melakukan praktik kedokteran di Unit Rawat Inap/Intensif dan Unit Kamar Operasi pada *office hour* atau di luar *office hour* untuk kasus emergensi.
- (4) Staf medis *Part Time* adalah staf medis yang bekerja di rumah sakit secara paruh waktu untuk memenuhi kebutuhan pelayanan di rumah sakit yang tidak dapat dipenuhi oleh staf medis *full time*.
- (5) Staf medis *Part Time* mempunyai ketentuan, antara lain:
- a. Berwenang melakukan praktik kedokteran di Unit Rawat Jalan:
 1. Pada jam pelayanan yang tidak dapat dipenuhi oleh staf medis *part time* sesuai jam dan hari kerja pelayanan di Unit Rawat Jalan.
 2. Berhak mendapatkan pasien kunjungan baru atau lama dengan catatan:
 - i. Atas permintaan pasien.
 - ii. Rujukan dari staf medis didalam dan diluar rumah sakit.
 - iii. Apabila rumah sakit tidak mempunyai staf medis *full time* dengan spesialisasi yang sama.
 - iv. Pasien yang dibawa sendiri oleh staf medis.
 3. Untuk dokter *visiting* diperbolehkan tidak memiliki jadwal tetap praktik kedokteran di Unit Rawat Jalan sesuai kesepakatan.
 - b. Berwenang melakukan praktik kedokteran di Unit Gawat Darurat berupa praktik *onsite* atau konsultasi *offsite* apabila rumah sakit tidak mempunyai staf medis *full time* dengan spesialisasi yang sama dengan jadwal yang ditentukan oleh kelompok staf medis bersama rumah sakit.
 - c. Berwenang melakukan praktik kedokteran di Unit Rawat Inap/Intensif pada jam 07.00 – 19.00 WIB.
 - d. Melakukan praktik kedokteran di Unit Kamar Operasi sesuai jam kerja Unit Kamar Bedah atau di luar jam kerja Unit Kamar Operasi untuk kasus emergensi maupun elektif pada kondisi tertentu (non cito)

Pasal 33

Kewajiban Staf Medis

Dalam melaksanakan praktik kedokteran, setiap staf medis mempunyai kewajiban:

- a. Mengutamakan kepentingan pasien.
- b. Memperlakukan pasien secara sopan dan penuh perhatian.
- c. Menghormati martabat dan privasi pasien.
- d. Mendengarkan pasien dan menghormati pandangan serta pendapatnya.
- e. Memberikan informasi kepada pasien secara jelas.
- f. Memberikan edukasi untuk meningkatkan kesehatan.
- g. Menghormati hak pasien dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan yang akan diberikan.
- h. Mempertahankan dan memperbarui pengetahuan serta keterampilan profesi.
- i. Menyadari keterbatasan kompetensi profesi.
- j. Dapat dipercaya dan jujur.

- i. Menghormati agama dan kepercayaan pasien.
- m. Senantiasa berusaha mengurangi risiko yang akan menimpa pasien.
- n. Menghindari penyalahgunaan wewenang sebagai dokter.
- o. Bekerja sama antar sejawat untuk memberi pelayanan kedokteran terbaik.
- p. Melaksanakan praktik kedokteran sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- q. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali jika ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.

Pasal 34

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

- (1) Pelaksanaan pelayanan dan asuhan pasien dipimpin oleh staf medis (*Clinical Leader*).
- (2) Staf medis sebagai *Clinical Leader* disebut sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
- (3) DPJP dalam pelaksanaan pelayanan dan asuhan pasien harus melakukan koordinasi dan integrasi dengan semua profesional pemberi asuhan serta dapat dibantu oleh staf medis lainnya.
- (4) Staf medis yang dapat menjadi DPJP di rumah sakit adalah staf medis klinis dengan ketentuan sebagai berikut:
 - a. Unit Gawat Darurat, DPJP adalah dokter umum yang sedang bertugas melakukan pelayanan dan asuhan pasien di Unit Gawat Darurat (apabila tidak melakukan konsultasi ke Dokter/Dokter Spesialis/Dokter Subspesialis atau Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis/ Dokter Gigi Subspesialis).
 - b. Unit Rawat Jalan, DPJP adalah Dokter/Dokter Spesialis/Dokter Subspesialis atau Dokter Gigi/Dokter Gigi Spesialis/Dokter Gigi Subspesialis yang melakukan pelayanan dan asuhan pasien di klinik.
 - c. Unit Rawat Inap, DPJP adalah Dokter Spesialis/Dokter Subspesialis atau Dokter Gigi Spesialis/Dokter Gigi Subspesialis.
- (5) Teknis pelaksanaan dan pengaturan DPJP diatur melalui Peraturan Direktur yang lain.

Pasal 35

Dokter Jaga

- (1) Dokter jaga adalah staf medis dengan latar belakang pendidikan Kedokteran (Dokter Umum) yang direkrut oleh rumah sakit karena DPJP tidak onsite 24 (dua puluh empat) jam di unit pelayanan.
- (2) Unit pelayanan yang dimaksud pada ayat (1) termasuk, namun tidak terbatas di Unit Gawat Darurat, Unit Rawat Inap dan Unit Rawat Intensif.
- (3) Dokter jaga bertugas membantu DPJP melakukan asuhan pelayanan medis sesuai kebutuhan asuhan medis pasien ketika DPJP belum dapat hadir di unit pelayanan.
- (4) Dalam melakukan asuhan pelayanan medis yang dimaksud pada ayat (3):
 - a. Dokter jaga harus selalu berpedoman pada surat penugasan klinis (*clinical appointment*).
 - b. Dokter jaga wajib melakukan pencatatan dalam rekam medis.

Pasal 36

Pelayanan dan Asuhan Pasien

- (1) Staf medis wajib melakukan pelayanan dan asuhan pasien yang baik (profesionalisme, *evidence based medicine*).
- (2) Pelayanan dan asuhan pasien yang baik meliputi:
 - a. Menilai keadaan pasien yang adekuat berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, apabila diperlukan juga melakukan pemeriksaan tambahan yang sesuai.
 - b. Melakukan atau merencanakan pemeriksaan lanjutan dan melakukan terapi apabila diperlukan.
 - c. Melakukan tindakan yang tepat.
 - d. Melakukan tindakan segera apabila diperlukan.
 - e. Merujuk pasien kepada staf medis lain yang sesuai apabila ada indikasi.
- (3) Beberapa sikap staf medis yang diperlukan dalam memberikan pelayanan dan asuhan pasien yang baik, yaitu:
 - a. Mengenali dan bekerja di dalam batas-batas kompetensi profesi.
 - b. Senantiasa bersedia berkonsultasi dengan sejawat.
 - c. Meyakini dirinya senantiasa dalam keadaan yang kompeten (mampu dan sehat baik fisik maupun mental) ketika menegakkan diagnosis, merencanakan, dan memberikan terapi.
 - d. Menjaga agar rekam medis selalu terisi lengkap, jelas, akurat, dapat dibaca dan sesuai dengan keadaan pasien waktu ditulis, serta berisi temuan klinis yang relevan, keputusan yang diambil sewaktu, penjelasan yang diberikan kepada pasien, dan jenis obat atau tindakan yang direncanakan atau dilakukan.
 - e. Pencatatan dalam rekam medis dituliskan dengan metode SOAP (*Subject-Object-Assessment-Planning*).
 - f. Senantiasa saling memberi informasi kepada sejawat tentang pasien rawat bersama.
 - g. Memberikan terapi untuk mengurangi penderitaan atau rasa sakit kepada pasien yang tidak mempunyai harapan sembuh.
 - h. Resep harus ditulis dengan tata cara yang benar, jelas dan terbaca minimal oleh 3 orang.
 - i. Tidak boleh merekomendasikan kepada pasien tentang pemeriksaan, terapi atau melakukan rujukan yang tidak bermanfaat bagi pasien.
 - j. Menjelaskan kepada pasien mengenai manfaat dan efek yang tidak diinginkan dari obat/bahan dan atau tindakan, sebelum dan sesudah terapi dan menuliskannya di dalam rekam medis.
 - k. Melaporkan hasil terapi, tindakan dan/atau efek obat yang tidak diinginkan untuk kepentingan peningkatan mutu asuhan klinis.
 - I. Memanfaatkan segala sumber daya yang ada secara efisien.
- (4) Staf medis harus tetap menentukan keputusan terapi atau tindakan secara bijak serta secara proporsional disampaikan kepada pasien dan ditulis dalam rekam medis. Apabila terdapat keterbatasan sarana dan prasarana pada saat pemberian pelayanan medis.
- (5) Staf medis melaporakan kepada penanggung jawab unit apabila mendapatkan keterbatasan sarana dan prasarana pada saat pemberian pelayanan medis.

Pasal 37

Standar Pelayanan Kedokteran

- (1) Standar Pelayanan Kedokteran adalah pedoman yang harus diikuti oleh staf medis dalam menyelenggarakan praktik kedokteran.
- (2) Direktur wajib memprakarsai penyusunan standar pelayanan kedokteran untuk:
 - a. Menjamin pasien mendapatkan pelayanan kedokteran yang berdasarkan pada nilai ilmiah sesuai dengan kebutuhan medis pasien.
 - b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kedokteran yang diberikan oleh staf medis.
- (3) Standar Pelayanan Kedokteran disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (*clinical practice guidelines*) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*clinical pathway*), *algoritme*, protokol, prosedur atau *standing order*.
- (4) Panduan Praktik Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus memuat sekurang-kurangnya mengenai pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan kepustakaan.
- (5) Panduan Praktik Klinis disusun oleh kelompok staf medis dan dapat melibatkan profesi kedokteran, kedokteran gigi atau profesi kesehatan lainnya, atau pihak lain yang dianggap perlu dan disahkan oleh Direktur.
- (6) Penyusunan Panduan Praktik Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dilakukan untuk penyakit atau kondisi yang memenuhi satu atau lebih kriteria sebagai berikut:
 - a. Penyakit atau kondisi yang paling sering atau banyak terjadi.
 - b. Penyakit atau kondisi yang memiliki risiko tinggi.
 - c. Penyakit atau kondisi yang memerlukan biaya tinggi.
 - d. Penyakit atau kondisi yang terdapat variasi/keragaman dalam pengelolaannya.
- (7) Setiap kelompok staf medis, setiap tahun memilih 5 (lima) panduan praktik klinis prioritas untuk dievaluasi sesuai kriteria:
 - a. Sesuai dengan populasi yang ada dan misi rumah sakit.
 - b. Disesuaikan dengan teknologi, obat, sumber daya lain di rumah sakit atau norma profesional yang berlaku secara nasional.
 - c. Dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang.
 - d. Disetujui resmi atau digunakan oleh rumah sakit.
 - e. Dilaksanakan dan diukur efektivitasnya.
 - f. Dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau *pathways*.
 - g. Secara berkala diperbaharui berdasar atas bukti serta evaluasi proses dan hasil proses.
- (8) Komite Medik wajib melakukan monitoring dan evaluasi penerapan panduan praktik klinis dalam rangka menekan keberagaman proses dan hasil.

Pasal 38

Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan Staf Medis

- (1) Monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis adalah proses dengan kegiatan terus menerus mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional, dan hasil layanan klinis anggota staf medis.
- (2) Monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis adalah tanggung jawab Komite Medik dan dibantu oleh pimpinan medik/unit layanan dalam menyediakan data yang dimaksud dalam ayat (1).
- (3) Monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis menghasilkan informasi kritikal dan penting terhadap proses mempertahankan keanggotaan staf medis dan proses pemberian kewenangan klinis.
- (4) Tujuan monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis antara lain:
 - a. Meningkatkan praktik staf medis terkait mutu dan asuhan pasien yang aman.
 - b. Menjadi dasar mengurangi variasi didalam kelompok staf medis/unit layanan dengan cara membandingkan antara sesama staf medis, penyusunan panduan praktik klinis (PPK), dan *clinical pathway*.
 - c. Menjadi dasar memperbaiki kinerja kelompok staf medis/unit layanan dengan cara membandingkan acuan praktik diluar rumah sakit, publikasi riset, dan indikator kinerja klinis nasional (bila ada).
- (5) Monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis terdiri dari 3 (tiga) area yaitu perilaku, pengembangan profesional dan kinerja klinis.
- (6) Evaluasi perilaku staf medis meliputi:
 - a. Evaluasi apakah seorang staf medis mengerti dan mendukung kode etik dan disiplin profesi rumah sakit serta dilakukan identifikasi perilaku yang dapat atau tidak dapat diterima maupun perilaku yang mengganggu.
 - b. Laporan dari anggota staf medis yang lain tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu.
 - c. Mengumpulkan, analisis, serta menggunakan data dan informasi berasal dari survei staf serta survei lainnya tentang budaya aman di rumah sakit.
- (7) Evaluasi pengembangan profesional staf medis meliputi:
 - a. Asuhan pasien (*Patient care*).
 - b. Pengetahuan medik/klinis (*Medical/clinical knowledge*).
 - c. Praktik belajar berbasis bukti (*practice-base learning*).
 - d. Kepandaian berkomunikasi antar personal (*Interpersonal and Skill Communication*).
 - e. Profesionalisme.
 - f. Praktik berbasis sistem (*System Base Practice*).
 - g. Pengelolaan sumber daya

Pasal 39

Komunikasi Staf Medis dan Pasien

- (1) Staf medis wajib melakukan komunikasi yang baik kepada pasien dan keluarga dalam rangka mencapai pelayanan dan asuhan pasien yang efektif berdasarkan saling percaya dan saling menghormati.

- (2) Komunikasi yang baik meliputi:
- Mendengarkan keluhan, menggali informasi dan menghormati pandangan serta kepercayaan pasien yang berkaitan dengan keluhannya.
 - Memberikan informasi yang diminta atau yang diperlukan tentang kondisi, diagnosis, terapi dan prognosis pasien, serta rencana perawatannya dengan menggunakan cara yang bijak dan bahasa yang dimengerti pasien. Termasuk informasi tentang tujuan pengobatan, pilihan obat yang diberikan, cara pemberian serta pengaturan dosis obat, dan kemungkinan efek samping obat yang mungkin terjadi.
 - Memberikan informasi tentang pasien serta tindakan kedokteran yang dilakukan kepada keluarganya.

Pasal 40

Penanganan Kejadian Tidak Diharapkan

- Apabila pasien mengalami kejadian yang tidak diharapkan selama dalam perawatan oleh staf medis, staf medis atau DPJP wajib menjelaskan keadaan yang terjadi akibat jangka pendek atau panjang dan rencana tindakan kedokteran yang akan dilakukan secara jujur dan lengkap serta menunjukkan empati.
- Apabila pasien dalam asuhan staf medis meninggal, sesuai pengetahuannya, staf medis wajib menjelaskan sebab dan keadaan berkaitan dengan kematian tersebut kepada keluarga pasien tersebut kecuali jika pasien berwasiat lain.

Pasal 41

Informed Consent

- Staf medis wajib mendapat persetujuan pasien dalam setiap tindakan kedokteran yang akan dilakukan.
- Sebelum mendapatkan persetujuan pasien, staf medis harus melakukan pemeriksaan secara teliti, serta menyampaikan rencana pemeriksaan lebih lanjut termasuk risiko yang mungkin terjadi secara jujur, transparan, dan komunikatif.
- Staf medis harus yakin bahwa pasien mengerti tentang apa yang disampaikan sehingga pasien dalam memberikan persetujuan tanpa adanya paksaan atau tekanan.

Pasal 42

Rahasia Kedokteran

- Staf medis dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan catatan medis pasien maupun segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien tersebut sebagai rahasia kedokteran.
- Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, permintaan pasien sendiri maupun dalam penegakan etik, disiplin, dan hukum berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Pasal 43

Budaya Keselamatan

- (1) Staf medis harus berupaya membina hubungan yang baik dengan pasien dan keluarga berdasarkan saling percaya dan saling menghormati.
- (2) Dalam rangka mendapatkan dan mempertahankan kepercayaan ini, staf medis harus:
 - a. Bertindak sopan, hati-hati dan jujur.
 - b. Menghormati privasi dan harga diri pasien.
 - c. Menghormati hak para pasien untuk menolak berperan serta dalam proses pendidikan atau penelitian dan memastikan bahwa penolakan mereka tidak memberikan pengaruh yang buruk terhadap hubungan staf medis dengan pasien.
 - d. Menghormati hak pasien untuk mendapatkan opini kedua.
 - e. Selalu siap dihubungi para pasien dan/atau staf medis lain berkaitan dengan penyakit pasiennya.
- (3) Staf medis tidak dibenarkan untuk menggunakan kedudukan profesionalnya untuk memperoleh atau mengusahakan adanya hubungan seksual atau emosional yang tidak senonoh.

Pasal 44

Hubungan Staf Medis dan Pasien

- (1) Staf medis tidak boleh mengakhiri hubungan dengan pasien apabila pasien mengeluh tentang pelayanan dan asuhan pasien yang diberikan.
- (2) Keluhan yang dimaksud dalam ayat (1) termasuk apabila pasien mengeluh tentang tagihan pembayaran jasa layanan atau terapi yang diberikan.
- (3) Hubungan profesional staf medis dan pasien dapat berakhir apabila pasien melakukan kekerasan terhadap staf medis.
- (4) Staf medis dapat mengakhiri hubungan profesional dengan pasien dengan syarat harus memberikan alasan kepada pasien secara lisan atau tertulis.
- (5) Dalam hal pengakhiran hubungan profesional staf medis dan pasien, staf medis tidak boleh menelantarkan pasien dan wajib bertanggung jawab untuk mencari staf medis pengganti serta memberikan ringkasan salinan rekam medis pasien kepada staf medis pengganti.

Pasal 45

Hubungan Sesama Staf Medis

- (1) Pada pasien rawat jalan, staf medis dapat melakukan rujukan kepada staf medis yang lain karena alasan kompetensi dan keterbatasan fasilitas pelayanan untuk mendapatkan advokasi, pemeriksaan atau tindakan lanjutan.
- (2) Staf medis penerima rujukan, sesuai dengan etika profesi, wajib menjawab/memberikan advokasi tindakan atau terapi dan mengembalikannya kepada staf medis perujuk.
- (3) Dalam keadaan tertentu staf medis penerima rujukan dapat melakukan tindakan atau perawatan lanjutan dengan persetujuan staf medis perujuk.

- (4) Apabila telah selesai melakukan perawatan lanjutan sebagaimana ayat (3), staf medis penerima rujukan mengirim kembali kepada staf medis perujuk.

Pasal 46

Rujukan

- (1) Pada pasien rawat inap, sejak awal pengambilan kesimpulan sementara, staf medis dapat menyampaikan kepada pasien kemungkinan untuk dirujuk kepada staf medis lain karena alasan kompetensi.
- (2) Rujukan dimaksud pada ayat (1) dapat bersifat advis, rawat bersama atau alih rawat.
- (3) Staf medis harus memberi penjelasan tentang alasan, tujuan, dan konsekuensi rujukan termasuk biaya, sebelum meminta persetujuan pasien untuk dirujuk.
- (4) Pasien berhak memilih staf medis rujukan.
- (5) Dalam hal rawat bersama harus ditetapkan DPJP utama.

Pasal 47

Staf medis perujuk dan staf medis penerima rujukan, harus mengungkapkan segala informasi tentang kondisi pasien yang relevan dan disampaikan secara tertulis di dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) serta bersifat rahasia.

Pasal 48

- (1) Seorang staf medis harus memperlakukan staf medis yang lain tanpa membedakan jenis kelamin, ras, kecacatan, agama/kepercayaan, usia, status sosial atau perbedaan kompetensi yang dapat merugikan hubungan profesional antar staf medis.
- (2) Seorang staf medis tidak dibenarkan mengkritik staf medis lain melalui pasien yang mengakibatkan turunnya kredibilitas staf medis tersebut.
- (3) Seorang staf medis tidak dibenarkan memberi komentar tentang suatu kasus, bila tidak pernah memeriksa atau merawat secara langsung.

Pasal 49

- (1) Apabila seorang staf medis berhalangan, staf medis tersebut harus menentukan staf medis pengganti serta mengatur proses pengalihan yang efektif dan komunikatif dengan staf medis pengganti.
- (2) Staf medis pengganti harus diinformasikan kepada pasien.
- (3) Staf medis harus memastikan bahwa staf medis pengganti mempunyai kemampuan, pengalaman, pengetahuan, dan keahlian untuk mengerjakan tugasnya sebagai staf medis pengganti.
- (4) Staf medis pengganti harus tetap bertanggung jawab kepada staf medis yang digantikan atau ketua tim dalam pelayanan dan asuhan pasien.

Pasal 50

Seluruh staf medis yang bekerja di rumah sakit harus mematuhi tugas yang digariskan oleh Direktur.

Pasal 51

Delegasi

Pendelegasian wewenang kepada perawat, atau staf medis pengganti dalam hal pengobatan atau perawatan atas nama staf medis yang merawat, harus disesuaikan dengan kompetensi dalam melaksanakan prosedur dan pemberian terapi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Pasal 52

Penelitian

- (1) Apabila staf medis berpartisipasi dalam penelitian harus senantiasa mementingkan perawatan dan keamanan pasien.
- (2) Staf medis harus mendapat persetujuan dari pasien dan Komite Etik Rumah Sakit.
- (3) Staf medik harus mengerjakan penelitian dengan penuh kejujuran dan integritas.

Pasal 53

Konflik Kepentingan

- (1) Staf medis tidak boleh menerima bujukan atau hadiah yang mungkin berpengaruh atau mempengaruhi penilaiannya.
- (2) Staf medis tidak boleh memberi bujukan dalam bentuk apapun kepada rekan kerja.
- (3) Staf medis harus bertindak atas kepentingan pasien ketika menulis resep, penentuan pemeriksaan penunjang dan dalam mengatur/menetapkan asuhan medis.

Pasal 54

Kesehatan Staf Medis

- (1) Seorang staf medis yang menderita suatu penyakit yang dapat menular kepada pasien, atau dapat mempengaruhi hasil penilaian, pelaksanaan, atau kinerja pelayanan dan asuhan pasien sebaiknya untuk sementara atau selama kondisi kesehatannya belum pulih menghentikan praktik kedokterannya.
- (2) Seorang staf medis yang mengalami kemunduran kemampuan yang disebabkan oleh faktor usia atau penyakit kronis maka dilakukan evaluasi terhadap kewenangan klinisnya.
- (3) Seorang staf medis yang menderita suatu penyakit sebaiknya meminta nasihat dari staf medis lain dan tidak bergantung hanya pada penilaian sendiri.

BAB XIII
TATA CARA *REVIEW* DAN PERBAIKAN

Pasal 55

- (1) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by laws*) ini dapat dilakukan *review* apabila ditemukan ada hal-hal yang tidak sesuai pada pelaksanaannya atau terjadi perubahan regulasi yang berkaitan dengan penetapannya.
- (2) Komite Medik dapat memberikan usulan perubahan/perbaikan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by laws*) kepada Direktur dan Pemilik.
- (3) Usulan untuk mengubah Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by laws*) ini hanya dilaksanakan melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk keperluan tersebut.

BAB XIV
PENUTUP

Pasal 56

- (1) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by laws*) ini mulai berlaku sejak ditetapkannya.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff by laws*) ini ditetapkan oleh Direktur dan disahkan oleh Pemilik.