



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH  
RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA  
PROVINSI JAWA TENGAH  
NOMOR : 188 / 01 / 2022

TENTANG  
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS  
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)  
PADA RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA  
PROVINSI JAWA TENGAH

DIREKTUR RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA  
PROVINSI JAWA TENGAH

- Menimbang : a. bahwa Evaluasi Regulasi Internal pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta meliputi Kebijakan, Pedoman, Panduan dan SPO dilakukan selambat-lambatnya dalam waktu 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tentang Kebijakan Administrasi pada Sektor Hukum;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Peraturan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Nomor : 188/1220.111 / 02 / 2018 Tanggal 02 Februari 2018 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta perlu dievaluasi dan ditetapkan kembali dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran ( Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

- 2009 Nomor 144, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
  5. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
  6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
  7. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah;
  8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
  9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 228/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
  10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis Di Rumah Sakit;
  11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
  12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
  13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit (Medical Staff By Laws);
  14. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 97 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta;
  15. Peraturan Gubernur Jawa Tengah 39 Tahun 2014 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) Pada RSJD Surakarta;

16. Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor : 821.2/26/2022 tanggal 14 Januari 2022 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah;

### **MEMUTUSKAN**

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT Jiwa Daerah Surakarta tentang PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*) PADA RUMAH SAKIT Jiwa Daerah Surakarta Provinsi Jawa Tengah.

### **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Internal staf medis (*medical staff bylaws*) ini yang dimaksud dengan:

1. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan pada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
2. Pelayanan Rumah Sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya-upaya penyembuhan dan pemulihan, peningkatan, pencegahan, dan pelayanan rujukan.
3. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang selanjutnya disebut RSJD Surakarta adalah Rumah Sakit Kelas A Khusus milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
5. Pemilik Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Provinsi Jawa Tengah.
7. Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
8. 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.

9. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dan dokter spesialis, sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit.
10. Kelompok Staf Medis Fungsional yang selanjutnya disebut Kelompok SMF adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
11. Kewenangan Klinis (clinical privilege) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment).
12. Penugasan Klinis (clinical appointment) adalah penugasan Direktur RSJD Surakarta kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSJD Surakarta berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
13. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (clinical privilege) sesuai kemampuan dan/atau kompetensinya.
14. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) 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 profesi medis.
16. Mitra bestari (peer group) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
17. Buku Putih (white paper) adalah suatu buku yang memuat mengenai rincian kewenangan staf medis (delineation of clinical privilege) berdasarkan kompetensi yang ditetapkan oleh kolegium spesialisasi.
18. Dokter Mitra adalah dokter umum dan/atau dokter spesialis, dan dokter gigi yang diangkat dengan status tenaga harian dengan system kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa

kerja untuk jangka waktu tertentu.

19. Dokter Konsultan adalah Dokter spesialis tertentu yang karena kompetensinya diminta membantu pelayanan medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
20. Hak Klinik adalah kewenangan dari anggota SMF untuk melaksanakan pelayanan medis sesuai dengan profesi dan keahliannya di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

## **BAB II TUJUAN**

### Pasal 2

- (1) Peraturan Internal Staf Medis (*medical staf bylaws*) RSJD Surakarta dibuat dengan maksud untuk menciptakan kerangka kerja (*framework*) agar staf medis dapat melaksanakan fungsi profesionalnya dengan baik guna menjamin terlaksananya mutu layanan medis berbasis keselamatan pasien.
- (2) Dalam hal mencapai maksud dalam ayat (1) diselenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, penegakan disiplin profesi, dan memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik.

### Pasal 3

Peraturan Internal Staf Medis mempunyai tujuan:

- a. Mewujudkan layanan kesehatan yang bermutu tinggi berbasis keselamatan pasien (*patient safety*);
- b. Memungkinkan dikembangkannya berbagai peraturan bagi staf medis guna menjamin mutu profesional;
- c. Menyediakan forum bagi pembahasan isu-isu menyangkut staf medis; dan
- d. Mengontrol serta menjamin agar berbagai peraturan yang dibuat mengenai staf medis sesuai dengan kebijakan pemerintah dan peraturan perundang-undangan.

### **BAB III**

#### **KEWENANGAN KLINIS**

Bagian Kesatu

#### **Kewenangan Klinis**

Pasal 4

- (1) Setiap dokter yang diterima sebagai Staf Medis RSJD Surakarta diberikan kewenangan klinis oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah atau sertifikat, kompetensi dan pengalaman dari staf medis yang bersangkutan dengan memperhatikan kondisi di rumah sakit.
- (3) Dalam hal ada kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari Kolegium terkait.

Pasal 5

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) akan dievaluasi untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit, atau dicabut.

Pasal 6

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya 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 mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
- (3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

#### Pasal 7

Kewenangan klinik sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu atau Dokter Pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.

#### Pasal 8

Dalam keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staf Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan (*emergency care*) di luar kewenangan klinik regular yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

### Bagian Kedua

#### **Kategori Staf Medis**

#### Pasal 9

Kategori staf medis yang boleh melakukan pelayanan medis di RSJD Surakarta harus sesuai dengan lingkup kewenangan yang diberikan pada staf medis yang bersangkutan.

#### Pasal 10

Staf Medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori :

- a. Staf Medis ASN, yaitu dokter yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada lembaga tersebut;
- b. Staf Medis BLUD, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai staf medis kontrak, berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggung jawab kepada lembaga tersebut;
- c. Staf Medis Mitra, yaitu dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra, berkedudukan setingkat dengan Rumah Sakit, bertanggung jawab secara mandiri serta bertanggung gugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit; dan
- d. Staf Medis Tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medis Rumah Sakit, tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis Rumah Sakit atau untuk

mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

#### Pasal 11

Dokter Spesialis Konsultan adalah Dokter yang karena keahliannya direkrut oleh Rumah Sakit untuk memberikan konsultasi kepada Staf Medis Fungsional lain yang memerlukan dan oleh karenanya ia tidak secara langsung menangani pasien.

#### Pasal 12

Dokter Staf pengajar adalah Dokter yang mempunyai status tenaga pengajar, baik dari status kepegawaian Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan atau Kementerian lain yang dipekerjakan dan atau diperbantukan untuk menjadi pendidik dan atau pengajar bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 13

Dokter Instalasi Gawat Darurat adalah Dokter Umum dan Dokter Spesialis yang terlatih menangani kegawatdaruratan sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 14

Peserta pendidikan dokter spesialis adalah Peserta Pendidikan Dokter Spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

### Bagian Ketiga

#### **Rincian Kewenangan Klinis**

#### Pasal 15

- (1) Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di Rumah Sakit ditetapkan oleh komite medik berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
- (2) RKK dr. Umum dan dr. Gigi ditetapkan oleh komite



medik berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh

- (3) Komite medik wajib mendokumentasikan syarat-syarat yang terkait kompetensi dan menetapkan rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dalam sebuah buku yang disebut Buku Putih (*white paper*).

#### Bagian Keempat

### **Penyusunan Buku Putih (*White Paper*)**

#### Pasal 16

- (1) Penyusunan Buku Putih (*white paper*) dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan Kompetensi Staf Medis yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi.
- (2) Dalam suatu pelayanan medis tertentu yang dilakukan oleh Staf Medis dari spesialisasi yang berbeda maka setiap kolegium dari spesialisasi tersebut menyatakan bahwa dokter spesialis yang bersangkutan kompeten untuk melakukan pelayanan medis tertentu tersebut.
- (3) Dalam situasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Komite Medik menyusun Buku Putih (*white paper*) untuk pelayanan medis tertentu tersebut dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) dari beberapa spesialisasi terkait.

#### Bagian Kelima

### **Penilaian dan Pemberian Rekomendasi Kewenangan Klinis**

#### Pasal 17

Tata cara penilaian dan pemberian rekomendasi kewenangan klinis kepada Dokter Umum, Dokter Gigi, maupun Dokter Spesialis dengan cara:

- a. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
  1. kompetensi;
  2. kesehatan fisik dan mental;
  3. perilaku;
  4. etika profesi.
- b. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan;

- c. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
- d. penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat;
- e. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;

Bagian Keenam

### **Penghentian Kewenangan Klinis**

Pasal 18

- (1) Kewenangan klinis Staf Medis dihentikan secara otomatis apabila Dokter atau Dokter Gigi atau Dokter Spesialis yang bersangkutan tidak lagi menjadi Staf Medis Rumah Sakit.
- (2) Kewenangan klinis Staf Medis dapat dicabut oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendapat dan mempertimbangkan rekomendasi dari Komite Medik.

## **BAB IV**

### **PENUGASAN KLINIS**

Pasal 19

Setiap Staf Medis yang melakukan asuhan medis di RSJD Surakarta memiliki surat penugasan klinis dari Direktur berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis (*delineation of clinical privilege*) yang direkomendasikan oleh komite medik.

## **BAB V**

### **KOMITE MEDIK**

Bagian Kesatu

#### **Umum**

Pasal 20

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Pasal 21

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.

- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

## Bagian Kedua

### **Susunan Organisasi dan Keanggotaan**

#### Pasal 22

- (1) Susunan kepengurusan Komite Medik terdiri dari:
- a. ketua;
  - b. sekretaris;
  - c. subkomite.
- (2) Masa bakti kepengurusan Komite Medik adalah 3 tahun.
- (3) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (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) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
- (6) Jumlah keanggotaan komite medik di RSJD Surakarta adalah delapan orang.
- (7) Anggota komite medik terbagi ke dalam tiga subkomite.
- (8) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (7) terdiri dari:
- a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
  - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis;
  - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (9) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata kerja subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi diatur lebih lanjut dalam bab lain.

Bagian Ketiga  
**Tugas dan Fungsi**

Pasal 23

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis;
  - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (2) 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 atau kedokteran gigi berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
  - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
  - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
  - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik;
  - 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;

- 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;
  - d. pemberian nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

#### Pasal 24

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

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

#### Bagian Keempat

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

#### Pasal 25

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.

Bagian Kelima  
**Panitia Adhoc**

Pasal 26

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

**BAB VI**  
**RAPAT**

Pasal 27

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
  - a. rapat rutin bulanan, dilakukan minimal sekali setiap bulan;
  - b. rapat rutin bersama semua Kelompok Staf Medis dan atau dengan semua staf medis dilakukan minimal sekali setiap bulan;
  - c. rapat bersama Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan dilakukan minimal sekali setiap bulan;
  - d. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas masalah yang sifatnya urgen; dan
  - e. rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahun.
- (2) Rapat dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Wakil Ketua dalam hal Ketua tidak hadir atau oleh salah satu anggota yang hadir dalam hal Ketua dan Wakil Ketua tidak hadir.
- (3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat dinyatakan sah setelah ditunda 1 (satu) kali penundaan pada hari, jam dan tempat yang sama minggu berikutnya.

- (4) Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan kepada setiap anggota harus dilampiri salinan hasil rapat rutin sebelumnya.

#### Pasal 28

- (1) Rapat khusus diadakan bila :
- a. ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staf Medis;
  - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesak untuk segera ditangani dalam rapat Komite Medik;
  - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah ditunda pada hari berikutnya.
- (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 staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

#### Pasal 29

- (1) Rapat tahunan yang diadakan oleh Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun.
- (2) Ketua Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundang paling lambat 14 (empat belas) hari sebelum rapat diselenggarakan.

#### Pasal 30

Setiap rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Wakil Direktur Pelayanan dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik.

#### Pasal 31

- (1) Keputusan rapat Kelompok Staf Medis dan atau Komite Medik didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (2) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk

menyelenggarakan pemungutan suara ulang.

- (3) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir.

#### Pasal 32

- (1) Direktur rumah sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil dalam rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

#### Pasal 33

- (1) Rapat subkomite medik diadakan rutin setiap tiga bulan sekali dan secara khusus disesuaikan dengan kebutuhan dengan agenda rapat membahas mengenai hal-hal yang termasuk atau berhubungan dengan tugas subkomite yang bersangkutan.
- (2) Rapat subkomite medik dipimpin oleh ketua subkomite medik dan dihadiri oleh anggota subkomite medik yang bersangkutan.
- (3) Undangan rapat khusus subkomite medik harus disampaikan kepada anggota subkomite medik yang bersangkutan dalam waktu 24 jam dan mencantumkan tujuan spesifik dari rapat khusus tersebut.
- (4) Hasil rapat subkomite medik rutin maupun khusus dilaporkan kepada Ketua Komite Medik untuk ditindaklanjuti.

## **BAB VII SUBKOMITE KREDENSIAL**

### Bagian Kesatu

#### **Tujuan**

#### Pasal 34

- (1) Tujuan Umum :  
untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis dirumah sakit 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 atau Kedokteran Gigi Indonesia;
- c. dasar bagi Direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
- d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

## Bagian Kedua

### **Kredensial**

#### Pasal 35

- (1) Kredensial adalah verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi.
- (2) Kredensial bertujuan agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang memiliki kompetensi.
- (3) Kompetensi sebagaimana tercantum dalam ayat (2) meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.
- (4) Apabila seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, rumah sakit menerbitkan suatu izin kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi staf medis yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu di rumah sakit.

#### Pasal 36

- (1) Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit adalah tanggung jawab Komite Medik yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial.
- (2) Dalam proses kredensial, subkomite kredensial melakukan serangkaian kegiatan, yaitu:

- a. menyusun tim mitra bestari (*peer group*);
  - b. melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu;
  - c. menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur rumah sakit;
  - d. menerbitkan rekomendasi kepada Direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis.
- (3) Instrumen kredensial sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) huruf c adalah kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.

## Bagian Kedua **Keanggotaan**

### Pasal 37

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 2 (dua) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dari Direktur rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Susunan kepengurusan subkomite kredensial terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. anggota.
- (3) Pengurus subkomite kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

## Bagian ketiga

### **Mekanisme Kredensial dan Pemberian Kewenangan Klinis**

### Pasal 38

- (1) Dalam mekanisme kredensial dan pemberian kewenangan klinis Direktur rumah sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medis untuk memperoleh kewenangan klinis dengan berpedoman pada peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*).
- (2) Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ini dapat

terselenggara.

- (3) Instrumen yang dibutuhkan untuk melakukan kredensial dan pemberian kewenangan klinis adalah:
  - a. daftar rincian kewenangan klinis untuk tiap spesialisasi medis;
  - b. daftar mitra bestari yang merepresentasikan tiap spesialisasi medis; dan
  - c. buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan medis.

#### Pasal 39

Tahapan pemberian kewenangan klinis oleh rumah sakit adalah sebagai berikut:

- (1) Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur rumah sakit kepada komite medik.
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
- (4) Dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia *ad hoc* dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*).
- (5) Subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia *ad hoc* dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
- (6) Pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
  - a. kompetensi:
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif;
    3. afektif;
    4. psikomotor.
  - b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental atau perilaku;
  - d. perilaku etis (*ethical standing*).
- (7) Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.

- (8) Daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
  - a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - b. mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
  - c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- (9) Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (10) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi 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;
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (11) Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui Direktur rumah sakit.
- (12) Dalam pemulihan kewenangan atau penambahan kewenangan yang diajukan oleh seorang staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (11) Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
- (13) Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
- (14) Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur rumah sakit.
- (15) Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku 3 (tiga) tahun.
- (16) Pada akhir masa berlakunya surat penugasan (*clinical appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (15) rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.

- (17) Proses rekredensial (*clinical appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (16) lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial.
- (18) Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh Direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi dilapangan, antara lain:
- a. staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
  - b. terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik.
- (19) Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
- (20) Komite medik dapat merekomendasikan kepada Direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

## BAB VIII

### **SUBKOMITE MUTU PROFESI**

#### Bagian Kesatu

#### **Tujuan**

#### Pasal 40

- (1) Subkomite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan:
- a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
  - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*);
  - d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

- (2) Dalam mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :
  - a. memantau kualitas, misalnya morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, journal reading;
  - b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

## Bagian Kedua

### **Keanggotaan**

#### Pasal 41

- (1) Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 2 (dua) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dari Direktur rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Susunan kepengurusan subkomite mutu profesi terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. anggota.
- (3) Pengurus subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

## Bagian Ketiga

### **Mekanisme Kerja**

#### Pasal 42

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite mutu profesi berdasarkan masukan komite medis.
- (2) Direktur rumah sakit bertanggungjawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan subkomite mutu profesi dapat terlaksana.
- (3) Kegiatan subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) adalah:
  - a. audit medis;
  - b. merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
  - c. memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.

## Bagian Keempat

### **Audit Medis**

#### Pasal 43

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari:
  - a. *peer-review*;
  - b. *surveillance*;
  - c. *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.
- (2) Audit medis tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan staf medis dalam satu kasus.
- (3) Audit medis dilakukan dengan mengedepankan:
  - a. respek terhadap semua staf medis (*no blaming culture*);
  - b. cara tidak menyebutkan nama (*no naming*);
  - c. tidak mempersalahkan (*no blaming*); dan
  - d. tidak memermalukan (*no shaming*).
- (4) Audit medis memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
  - d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.
- (5) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis:
  - a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
  - b. penetapan standar dan kriteria;
  - c. penetapan jumlah kasus atau sampel yang akan diaudit;
  - d. membandingkan standar atau kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
  - e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan criteria;
  - f. menerapkan perbaikan;
  - g. rencana reaudit.

Bagian Kelima  
**Rekomendasikan Pendidikan Berkelanjutan**

Pasal 44

- (1) Subkomite mutu profesi menentukan pertemuan ilmiah yang dilaksanakan minimal sebulan 1 (satu) kali dalam sebulan dengan pengaturan waktu yang telah disesuaikan.
- (2) Pertemuan sebagaimana dimaksud pada pasal 1, membahas mengenai kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Setiap pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.
- (4) Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen atau arsip dari subkomite mutu profesi.
- (5) Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
- (6) Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (7) Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (8) Subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai pertimbangan kepada Direktur.

Bagian Keenam  
**Pendampingan Staf Medis**

Pasal 45

- (1) Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin atau mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.
- (2) Komite medik berkoordinasi dengan Direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut



**BAB IX**  
**SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI**

Bagian Kesatu

**Tujuan**

Pasal 46

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

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

Pasal 47

- (1) Peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.
- (2) Subkomite berlandaskan:
  - a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etik rumah sakit; dan
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (3) Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:
  - 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 atau klinik;
  - i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Bagian Kedua  
**Keanggotaan**

Pasal 48

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 2 (dua) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dari Direktur rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Susunan kepengurusan subkomite etika dan disiplin profesi terdiri dari:
  - a. ketua;
  - b. anggota.
- (3) Pengurus subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua Komite Medik.

Bagian Ketiga  
**Mekanisme Kerja**

Pasal 49

- (1) Direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medis.
- (2) Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.
- (3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi.
- (4) Panel sebagaimana tercantum dalam pasal (3) 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.
- (5) Panel sebagaimana dimaksud pada Pasal 3, dapat melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.

- (6) Pengikutsertaan mitra bestari sebagaimana dimaksud pada Pasal 4 yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

#### Bagian Keempat

### **Pendisiplinan Perilaku Profesional**

#### Pasal 50

- (1) Sumber laporan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis;
- a. notifikasi yang berasal dari perorangan berasal dari:
    - 1. manajemen rumah sakit;
    - 2. staf medis lain;
    - 3. tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
    - 4. pasien atau keluarga pasien.
  - b. notifikasi yang berasal dari non perorangan berasal dari:
    - 1. hasil konferensi kematian;
    - 2. hasil konferensi klinis.
- (2) Pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis, antara lain:
- a. kompetensi klinis;
  - b. penatalaksanaan kasus medis;
  - c. pelanggaran disiplin profesi;
  - d. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - e. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.
- (3) Pemeriksaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis;
- a. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
  - b. melalui proses pembuktian;
  - c. dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
  - d. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
  - e. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
  - f. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi;
  - g. bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

- (4) Keputusan hasil pemeriksaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis sebagaimana yang tercantum dalam pasal (3) adalah;
  - a. keputusan panel yang dibentuk oleh subkomite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit;
  - b. bilamana staf medis melaporkan merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada subkomite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru;
  - c. keputusan panel sebagaimana dimaksud pada Pasal , bersifat final dan diajukan kepada Direktur rumah sakit melalui komite medik.
- (5) Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:
  - a. peringatan tertulis;
  - b. pembatasan atau pengurangan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
  - c. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
  - d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.
- (6) Keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur rumah sakit oleh ketua komite medik sebagai rekomendasi.
- (7) Berdasarkan rekomendasi dari komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (6) Direktur rumah sakit mengeluarkan surat keputusan yang baru mengenai kewenangan klinis (*clinical privilege*) dari staf medis melaporkan.

#### Bagian Kelima

### **Pembinaan Profesionalisme Kedokteran**

#### Pasal 51

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran.

- (2) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan dalam bentuk:
  - a. ceramah;
  - b. diskusi;
  - c. simposium;
  - d. lokakarya;
  - e. dan lain sebagainya.
- (3) Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan unit lain yang terkait.

#### Bagian Keenam

### **Pertimbangan Keputusan Etis**

#### Pasal 52

- (1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.
- (2) Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

### **BAB X**

### **PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS**

#### Pasal 53

- (1) Dalam melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) dibuat aturan profesi bagi staf medis (*medical staff rules and regulation*).
- (2) Aturan profesi bagi staf medis (*medical staff rules and regulation*) sebagaimana tercantum dalam ayat (1) antara lain:
  - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
  - b. kewajiban melakukan konsultasi dan atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin ilmu yang sesuai;

- c. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi klinik sesuai dengan indikasi;
- d. kewajiban melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan indikasi;
- e. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh sesuai dengan indikasi.

**BAB XI**  
**TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN**  
**INTERNAL STAF MEDIS**

Pasal 54

- (1) Review dan perubahan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) dilakukan setiap diundangkannya Peraturan Menteri Kesehatan terbaru tentang penyelenggaraan komite medik di rumah sakit.
- (2) Review dan perubahan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) sebagaimana dimaksud pada Pasal 1, dilakukan oleh komite medik.
- (3) Review dan perubahan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) sebagaimana dimaksud pada Pasal 1, disahkan oleh Direktur rumah sakit.
- (4) Review dan perubahan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) sebagaimana dimaksud pada Pasal 1, dilakukan dengan cara:
  - a. diadakan rapat khusus yang membahas mengenai perubahan Peraturan Menteri Kesehatan terbaru tentang penyelenggaraan komite medik di rumah sakit;
  - b. pasal-pasal dalam peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) yang tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan terbaru tentang penyelenggaraan komite medik di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, dibahas dan disesuaikan dengan Peraturan Menteri Kesehatan terbaru;
  - c. hasil rapat mengenai perubahan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) diajukan kepada Direktur rumah sakit;
  - d. Direktur rumah sakit menyetujui dan mengesahkan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) yang terbaru;
  - e. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*)

diundangkan menggantikan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) yang lama.

**BAB XII**  
**KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 55

Pada saat Peraturan Direktur ini mulai berlaku:  
Peraturan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta  
Nomor : 188/1220.111 / 02 / 2018 Tanggal 02 Februari  
2018 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff  
Bylaws*) Pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dicabut  
dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 56

Peraturan Direktur ini mulai berlaku sejak ditetapkan.

Ditetapkan Di : Surakarta

Pada Tanggal: 19 SEPTEMBER 2022

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA  
PROVINSI JAWA TENGAH

TRI KUNCORO