



PEMERINTAH PROVINSI JAMBI
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH

Jalan DR. Purwadi Km.9,5 Kel. Kenali Besar, Kec. Alam Barajo
Kota Jambi, Kode Pos 36129 Telp. (0741) 580254 Fax. (0741) 580254
Website: www.rsj.jambiprov.go.id e-mail: rsjprovjambi@gmail.com



SK DIREKTUR UTAMA
NOMOR : SK- 05.B /RSJ-2.1/ I /2019

TENTANG

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS DI RSJD PROVINSI JAMBI
MEDICAL STAF BY LAWS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka penyelenggaraan pelayanan medis yang efektif, terbuka dan sesuai standar diperlukan aturan yang jelas, serta akuntabel, sehingga akan berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, perlu menetapkan keputusan Gubernur Jambi tentang Peraturan Internal Staf Medis di RSJD Provinsi Jambi / Medical Staf By Laws.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintah daerah (Lembaran Negara tahun 1999 Nomor 60, tambahan lembaran Negara Nomor 3839);
 3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
 4. Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000, Tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan provinsi sebagai daerah Otonom (Lembaran Negara tahun 2000 Nomor 54, tambahan lembaran negara Nomor 3952);
 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;

6. Peraturan Daerah Provinsi Jambi No 15 tahun 2008 tentang organisasi dan tata kerja Inspektorat, Bapeda dan lembaga teknis Daerah Provinsi Jambi (Lembaran daerah provinsi jambi tahun 2008 Nomor 15);
7. Keputusan Gubernur Jambi : 821.226/667/BKD tanggal 28 september 2010 tentang pengangkatan menjadi Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi

Memperhatikan : 1. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.755 / Menkes /PER / IV / 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit

M E M U T U S K A N

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSJD PROVINSI JAMBI TENTANG PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS DI RSJD PROVINSI JAMBI / MEDICAL STAF BY LAWS

DITETAPKAN di JAMBI

Tanggal : 5 Januari 2019

Direktur Utama



dr. Hj. HERNAYAWATI, M. Kes

Pembina Utama Muda

NIP. 19611020 198903 2 001

TELAH DITELITI KEBENARANNYA OLEH	
Kabid Pelayanan Medik Tgl. 5/1/2019	Kasid Tgl. 5/1/2019
Gnl. NIP.	Gel. NIP.
Diketahui oleh : Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dr. H. FAHRUR RAZI, M.Kes NIP. 19670405 198803 1 005	

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Pengertian

Dalam Peraturan Internal Staf Medis ini yang dimaksud dengan :

1. Staf Medis (SM) adalah semua Dokter Spesialis / Dokter Umum / Dokter Gigi yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi , baik yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu.
2. Staf Medis pengganti adalah semua Dokter Spesialis / Dokter Umum / Dokter Gigi yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dan pejabat yang berwenang dan hanya memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan medis di rumah sakit dalam rangka menggantikan tugas profesi seorang staf medis berhalangan.
3. Rumah sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi
4. Direktur Utama adalah seseorang yang ditunjuk oleh Gubernur Jambi untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan tertinggi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi sesuai dengan peraturan rumah sakit.
5. Komite Medis adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
6. Subkomite adalah kelompok kerja di bawah Komite Medis yang dibentuk untuk mengelola masalah-masalah khusus, sesuai kebutuhan rumah sakit.
7. Peraturan Internal SM (Medical Staf By laws) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (clinical governance) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. 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).
9. Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan

medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

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

1. Peraturan Internal Staf Medis (medical staf by laws) ini memberikan arahan atau petunjuk agar komite medis dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.
2. Peraturan Internal Staf Medis (medical staf by laws) ini juga digunakan untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (peer group) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medis, dimana putusan itu dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

BAB III KEWENANGAN KLINIS

Pasal 3 Pengaturan Pemberian Kewenangan Klinis

1. Rumah sakit mengatur pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata, dengan melibatkan komite medis yang dibantu oleh mitra bestarinya (peer group) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian staf medis tersebut.
2. Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses kredensial yang dilakukan oleh subkomite kredensial.

Pasal 4 Rincian Kewenangan Klinis (Delineation of clinical privilege)

1. Kewenangan klinis (clinical privilege) setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama.
2. Seorang staf medis dari spesialisasi tertentu dapat saja lebih kompeten daripada yang lainnya untuk melakukan jenis pelayanan medis tertentu dalam bidang spesialisasi tersebut.
3. Untuk itu kewenangan klinis (clinical privilege) untuk setiap spesialisasi ilmu kedokteran harus dirinci lebih lanjut (delineation of clinical privilege).

Pasal 5 Penetapan Rincian Kewenangan Klinis

1. Rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege) setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh komite medis dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
2. Komite medis wajib menetapkan dan mendokumentasi syarat-syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.

3. Setiap rekomendasi komite medis atas kewenangan klinis (clinical privilege) untuk staf medis dapat dipertanggungjawabkan secara hukum karena “buku putih” (white paper) tersebut mengacu pada berbagai norma profesi yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.
4. Kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (behavior) staf medis tersebut.

Pasal 6 **Mekanisme Kredensial dan Rekredensial**

1. Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit adalah tanggung jawab komite medis yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial.
2. Proses kredensial tersebut dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
3. Dalam proses kredensial, subkomite kredensial melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim mitra bestari, dan melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu.
4. Subkomite kredensial juga menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan oleh direktur rumah sakit.
5. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, dan formulir yang diperlukan.
6. Pada akhir proses kredensial, komite medis menerbitkan rekomendasi kepada direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 7 **Tata Cara Kredensial dan Pemberian Kewenangan Klinis** **Bagi Staf Medis Rumah Sakit**

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 medis.
3. Subkomite kredensial melakukan 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/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 yang dilakukan secara periodik.
9. Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medis 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 medis melalui direktur rumah sakit. Selanjutnya, komite medis menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendamping (proctoring).
12. Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
- a. pendidikan:
 - 1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi;
 - 2. menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - b. perizinan (lisensi):
 - 1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
 - 2. memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
 - c. kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - 1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
 - 2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
 - d. kualifikasi personal:
 - 1. riwayat disiplin dan etik profesi;
 - 2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - 3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - 1. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
 - 2. memiliki asuransi proteksi profesi (professional indemnity Insurance).
 - e. pengalaman di bidang keprofesian:
 - 1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
 - 2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.
13. Berakhirnya kewenangan klinis.
- a. Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (clinical appointment) habis masa berlakunya atau dicabut oleh direktur rumah sakit.

- b. Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode tertentu, yaitu dua tahun.
 - c. Pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan.
 - d. Proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena rumah sakit telah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.
14. Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenanganklinis.
- a. Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, misalnya staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
 - b. Pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medis.
 - c. Kewenangan klinis yang dicabut tersebut dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya.
 - d. Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medis akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali.
 - e. Komite medis dapat merekomendasikan kepada direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.
15. Kredensial ditujukan untuk menjaga keselamatan pasien, dengan tetap membina kompetensi seluruh staf medis di rumah sakit.
16. Komite medis dan peraturan internal staf medis memegang peranan penting dalam proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis untuk setiap staf medis.

BAB IV
PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 8
Kebijakan

1. Rumah sakit mengatur kewenangan klinis setiap staf medis dan bertanggung jawab atas keselamatan pasien ketika menerima pelayanan medis.
2. Direktur rumah sakit mengatur hanya staf medis yang kompeten yang menangani pasien.
3. Dalam hal komite medis merekomendasikan seorang staf medis untuk menerima kewenangan klinis tertentu setelah dikredensial dan direktur rumah sakit dapat menyetujuinya, maka direktur rumah sakit menerbitkan suatu surat keputusan untuk menugaskan staf medis yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Pasal 9
Pengertian

1. Penugasan staf medis seperti yang dimaksud dalam pasal 14 ayat (3) tersebut di atas, disebut sebagai penugasan klinis (Clinical Appointment).
2. Dengan memiliki surat penugasan klinis (Clinical Appointment), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (member) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
3. Dalam keadaan tertentu direktur rumah sakit dapat pula menerbitkan surat penugasan klinis sementara (Temporary Clinical Appointment), misalnya untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
4. Direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (Clinical Appointment) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medis atau alasan tertentu.
5. Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (Clinical Appointment), seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

6. Mekanisme penugasan klinis (Clinical Appointment) ini merupakan salah satu instrument utama tata kelola klinis (clinical governance) yang baik.

BAB V KOMITE MEDIS

Umum Pasal 10

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

Pasal 11

1. Komite medis merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh direktur rumah sakit.
2. Komite medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

Pasal 12 Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Medis

Komite medis dibentuk oleh direktur rumah sakit.

Pasal 13

1. Susunan organisasi komite medis sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Subkomite
2. Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medis sekurang- kurangnya dapat terdiri dari:
 - a. Ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. Ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

Pasal 14

1. Keanggotaan komite medis ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.
2. Jumlah keanggotaan komite medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 15

1. Anggota komite medis terbagi ke dalam subkomite.
2. Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. Subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. Subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. Subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Pasal 16

Ketua Komite Medis

1. Ketua Komite Medis dipilih secara langsung oleh staf medis. Pengangkatan Ketua Komite Medis ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit untuk masa jabatan 3 tahun.
2. Ketua Komite Medis yang sama dapat dipilih kembali.
3. Ketua Komite Medis bersama Sekretaris Komite Medis menyusun dan mengusulkan anggota dan personalia Subkomite.

Pasal 17

Sekretaris Komite Medis

1. Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang dokter yang dipilih oleh Ketua Komite Medis.
2. Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite
3. Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi.

Pasal 18
Masa Kerja Komite Medis

Komite Medis mempunyai masa kerja selama 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.

Pasal 19
Tugas dan Fungsi Komite Medis

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

- d. rekomendasi proses pendampingan (proctoring) bagi staf medis yang membutuhkan.
4. Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, komite medis memiliki fungsi sebagai berikut:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 20

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medis berwenang:

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

Pasal 21 **Panitia Adhoc**

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

Pasal 22
Tanggung Jawab Ketua Komite Medis

Komite Medis bertanggung jawab atas mutu pelayanan medis, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medis. Ketua Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

Pasal 23
Prosedur Pemilihan dan Penetapan Ketua Komite Medis

1. Proses Pemilihan dilaksanakan dengan prinsip langsung, bebas dan rahasia
2. Direktur Rumah Sakit menetapkan Panitia Pemilihan Ketua Komite Medis
3. Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis adalah :
 - a. Dokter Spesialis yang bekerja minimal 1 tahun di rumah sakit.
 - b. Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya.
 - c. Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani dilingkungan profesinya.
 - d. Mempunyai loyalitas yang tinggi kepada rumah sakit.
 - e. Tidak menduduki jabatan struktural rumah sakit.
4. Ketua Komite Medis dipilih secara demokratis dengan aturan sebagai berikut:
 - a. Ketua Panitia Pemilihan membuat undangan tertulis rapat dengan agenda tunggal pemilihan Ketua Komite Medis yang disampaikan kepada seluruh SM dengan bukti tanda terima, minimal 5 (lima) hari kerja sebelum jadwal pemilihan
 - b. Setiap SM yang hadir harus membubuhkan tanda tangan pada daftar hadir.
 - c. Rapat dianggap quorum bila setengah plus 1 (satu) SM hadir.
 - d. Rapat dapat ditunda selama-lamanya 5 (lima) hari kerja, apabila forum tidak tercapai.
 - e. Ketua Panitia memimpin rapat dan menetapkan jumlah pemilih sesuai dengan daftar hadir.
 - f. Salah seorang Panitia memperlihatkan kepada para pemilih bahwa kotak suara kosong dan lembar kertas yang akan di pakai
 - g. Setiap SM mengisi nama calon yang dipilih pada lembar kertas yang disediakan secara langsung, bebas dan rahasia. Setiap SM maju ke lokasi yang ditentukan untuk menulis nama calon dan memasukkannya kedalam kotak suara yang di letakkan di meja yang dapat terlihat oleh pemilih.

- h. Seorang anggota Panitia membacakan satu-persatu lembar kertas yang ditulis oleh SM disaksikan oleh Ketua Panitia, dan seorang Panitia lain menulis pada papan yang tersedia.
- i. Dari nama calon yang di pilih, di tetapkan 3 (tiga) nama nominasi dengan suara terbanyak dan yang bersangkutan menyatakan setuju untuk di angkat sebagai Ketua Komite Medis.
- j. Calon Ketua Komite Medis di tetapkan 1 (satu) orang yang dipilih berdasarkan suara terbanyak, untuk selanjutnya diajukan kepada Direktur Rumah Sakit.
- k. Ketua Panitia menandatangani berita acara pemilihan.

Pasal 24

Cara Penetapan Ketua Komite Medis

- 1. Ketua Panitia Pemilihan Ketua Komite Medis mengajukan 1 (satu) nama calon kepada Direktur Rumah Sakit sesuai dengan hasil pemilihan.
- 2. Direktur Rumah Sakit mengadakan konsultasi dengan Direktur Utama untuk memilih Ketua Komite Medis.
- 3. Direktur Rumah Sakit menetapkan Ketua Komite Medis dengan Surat Keputusan.

Pasal 25

Pemberhentian Ketua Komite Medis

- 1. Ketua Komite Medis di berhentikan apabila:
 - a. diminta oleh 2/3 atau lebih anggota SM.
 - b. mengajukan permohonan untuk berhenti menjadi Ketua Komite Medis.
 - c. kondisi kesehatannya menyebabkan tidak dapat bertugas optimal.
 - d. berhalangan tetap.
 - e. Meninggal Dunia
- 2. Ketua Komite Medis diberhentikan melalui Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.
- 3. Dalam hal pengajuan permohonan untuk berhenti sebagai Ketua Komite Medis, haknya sebagai SM tetap berlaku.

Pasal 26

Pembiayaan Komite Medis

- 1. Anggaran Komite Medis di bebaskan kepada anggaran rumah sakit.

BAB VII
Bagian Pertama
ORGANISASI STAF MEDIS

Pasal 28

Tujuan Organisasi Staf Medis

1. Tujuan organisasi Staf Medis (SM) adalah Sebagai organisasi formal di lingkungan Rumah Sakit agar setiap anggotanya:
 - a. dapat memperoleh manfaat dari penugasan yang diberikan kepadanya
 - b. dapat memenuhi kewajiban penugasan dengan baik
2. Sebagai pilar akuntabilitas kinerja profesional dan etika anggotanya
3. Menjamin agar perawatan pasien di Rumah Sakit dilaksanakan secara efisien dan dengan standar yang tinggi
4. Memungkinkan peran serta dalam pembuatan kebijakan serta perencanaan Rumah Sakit
5. Berperan serta dalam pendidikan profesional kesehatan lainnya;
6. Berperan serta dalam program Continuing Professional Development;
7. Menjamin bahwa tingkat pelayanan terus meningkat dengan menerapkan kaidah ilmiah dalam praktik dengan pertimbangan etika.

Pasal 29

Tanggung Jawab Organisasi Staf Medis

Tanggung jawab organisasi SM adalah:

1. Memantau dan mengkaji pelaksanaan perawatan pasien yang diberikan oleh semua praktisi yang bekerja di Rumah Sakit melalui:
 - a. Program kredensial, termasuk mekanisme penugasan dan penugasan kembali, dan penilaian kesesuaian pelayanan dengan kemampuan praktisi;
 - b. Kajian untuk mengalokasikan pelayanan medis agar sesuai dengan yang diharapkan oleh pasien;
 - c. Penyelenggaraan struktur organisasi yang memungkinkan pemantauan terhadap perawatan pasien secara terus-menerus;
 - d. Kajian dan evaluasi kualitas perawatan pasien melalui program peningkatan kualitas perawatan secara berkelanjutan.
2. Memberikan rekomendasi kepada Direksi mengenai penugasan, penugasan kembali, kategori staf, penugasan di SM, pemberian wewenang klinis, dan upaya perbaikan;
3. Memantau kualitas dan efisiensi perawatan pasien melalui laporan yang teratur dan memberi rekomendasi terhadap implementasi dan hasil upaya peningkatan kualitas pelayanan;

2. Anggaran disusun setiap tahun dan diajukan kepada Direktur Rumah Sakit
3. Anggaran di susun untuk keperluan: ATK, Pelaksanaan program, rapat, penggandaan, pendistribusian, gaji pegawai dan lain-lain.

BAB VI
Pasal 27
Rapat Komite Medis

1. Rapat rutin Komite Medis dilakukan minimal satu kali setiap bulan.
2. Rapat Komite Medis dengan Ketua Kelompok SMF dan atau dengan semua anggota SMF dilakukan minimal satu kali setiap bulan.
3. Rapat Komite Medis dengan Direksi dilakukan minimal satu kali setiap bulan.
4. Rapat insidentil, diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak dilakukan sesuai kebutuhan.
5. Menetapkan tugas dan kewajiban Sub Komite, termasuk pertanggung jawabannya terhadap suatu program.

Tata kerja secara teknis :

1. Menjabarkan hubungan antara Komite Medis sebagai penilai kompetensi dan etika profesi dengan manajemen rumah sakit sebagai pemegang kewenangan pengelolaan Rumah Sakit.
2. Koordinasi antara Komite Medis dengan manajemen rumah sakit dalam menangani masalah tenaga dokter serta pengaturan penyampaian informasi kepada pihak luar seperti perkumpulan profesi dan pihak lain non profesi seperti kepolisian dan jajaran hukum.

4. Menciptakan lingkungan sehingga pendidikan profesi dan profesional lain dapat berlangsung, dan setiap dokter mempunyai kesempatan untuk memperoleh keterampilan yang tinggi dalam disiplinnya;
5. Menciptakan lingkungan untuk mempercepat penerapan pengetahuan baru dan merevisi pengetahuan lama demi perbaikan kualitas pelayanan;
6. Membantu Direksi dengan jalan bertindak sebagai badan pengkaji aktivitas profesional terhadap kualitas, perbaikan kinerja, dan kajian mitra bestari (peer review);
7. Memacu sosialisasi, pemahaman, pengembangan, dan ketaatan terhadap PISM ini, serta semua kebijakan dan peraturan tentang perawatan pasien di Rumah Sakit;
8. Menyediakan sistem mediasi dalam memecahkan konflik antara SM, administrasi Rumah Sakit, dan Direksi;
9. Membantu mengidentifikasi kebutuhan masyarakat dan menerapkan tujuan Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut.

Pasal 30 **Penerimaan Staf Medis**

- 1) Kualifikasi untuk penerimaan Penerimaan menjadi SM Rumah Sakit merupakan kehormatan yang hanya dapat diberikan kepada dokter yang kompeten secara profesional dan secara terus-menerus memenuhi kualifikasi, standar, dan persyaratan yang ditentukan dalam PISM ini dan disetujui oleh Direksi atas rekomendasi Komite Medis. Hanya dokter yang memenuhi semua kualifikasi berikut dapat diterima sebagai SM. Kriteria profesional ini berlaku untuk semua pelamar.
 - a. Ijin praktik Pelamar harus mempunyai ijin praktik di rumah sakit.
 - b. Kualifikasi Pendidikan
 1. Dokter pelamar harus sudah mempunyai ijazah/sertifikat dokter, spesialis, atau spesialisas konsultan sesuai dengan bidang yang dikehendaki.
 2. Pelamar lulusan luar negeri harus memiliki sertifikat adaptasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 3. Continuing Medical Education (CME) / Continuing Professional Development (CPD).
 4. Pelamar awal dan pelamar penugasan kembali harus memperlihatkan dokumen bahwa ia telah menjalani CME/CPD sesuai dengan peraturan masing-masing organisasi profesi.

5. Pelamar harus dapat memperlihatkan kompetensi dan pengalaman klinis secara memadai sehingga ia mampu melakukan pelayanan kepada pasien dengan kualitas tinggi seperti yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dan Komite Medis.
 6. Pelamar harus dapat memperlihatkan kemampuan bekerja sama dengan sejawat di Kelompok SM maupun di luar Kelompok SM. Untuk penugasan ulang hal tersebut dibuktikan dengan tidak adanya keluhan dari sejawat dan atasannya selama penugasannya.
 7. Pelamar harus menyetujui prinsip etika kedokteran seperti yang tercantum dalam buku Kode Etik Kedokteran Indonesia.
 8. Pelamar harus dapat berbahasa Indonesia dengan baik sebagai alat komunikasi dengan sejawat dan pasien serta melakukan pencatatan rekam medis dengan baik.
 9. Pelamar harus berkelakuan baik, tidak pernah melakukan tindakan kriminal, yang dinyatakan dalam surat berkelakuan baik dari Kepolisian RI dan rekomendasi dari organisasi profesi.
 10. Pertimbangan untuk menerima lamaran tidak hanya didasarkan pada kemampuan profesional pelamar, namun juga pada kemampuan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas sesuai dengan kompetensi pelamar.
 11. Tidak semua praktik dan prosedur klinis dilaksanakan di Rumah Sakit. Praktik dan prosedur klinis hanya diberikan demi pelayanan yang mengacu kepada ketersediaan, kapasitas, kemampuan, serta business plan Rumah Sakit.
 12. Untuk kualitas pelayanan, Direksi dapat menentukan bahwa fasilitas tertentu di Rumah Sakit hanya dapat digunakan secara eksklusif sesuai dengan perjanjian antara Rumah Sakit dengan pelamar.
 12. Rekrutmen dan penugasan kembali SM Rumah Sakit sangat bergantung kepada kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit untuk mengakomodasi kualifikasi pelamar untuk penerimaan atau penugasan kembali; dengan demikian maka penolakan terhadap pelamar atau penugasan kembali tidak selalu berarti bahwa yang bersangkutan tidak kompeten.
- 2) Non-diskriminasi Pelamar tidak dapat ditolak hanya atas alasan jenis kelamin, ras, suku, agama, kepercayaan, kebangsaan, aliran politik, dan lain-lain yang tidak berkaitan dengan kualifikasi profesional, kualitas perawatan, serta tujuan Rumah Sakit.
 - 3) Kontrak dengan Pihak Ketiga Penugasan atau penugasan kembali merupakan hak mutlak Rumah Sakit, dan tidak dilandaskan pada partisipasi pelamar dengan pihak ketiga, seperti posisinya di institusi pendidikan, Rumah Sakit lain, praktik bersama, dan lain-lain.

Pasal 31

TANGGUNG JAWAB STAF MEDIS

Setiap pelamar untuk penugasan atau penugasan kembali harus menyetujui untuk:

1. Memberikan pelayanan yang terus-menerus, memadai, sesuai dengan standar yang ditetapkan;
2. Membuat pengaturan agar pasien yang ditangani memperoleh akses yang cukup seperti yang disyaratkan oleh Komite Medis,
3. Mematuhi PISM dan semua kebijakan dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
4. Secara teratur menghadiri pertemuan SM kecuali dengan alasan yang jelas; menerima dan melaksanakan tugas dan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya; berpartisipasi dalam pemantauan dan evaluasi aktivitas SM, peer review, perbaikan kinerja, manajemen risiko, dan lain-lain aktivitas perbaikan kualitas;
5. Menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara tepat sehingga Komite Medis dapat melakukan evaluasi untuk penugasan;
6. Mematuhi prinsip-prinsip etika yang disepakati, tidak melakukan fee splitting atau kesepakatan lain yang ilegal dalam kaitan dengan perujukan pasien; tidak mendelegasikan tanggung jawab untuk diagnosis dan terapi kepada orang lain yang tidak memenuhi syarat atau tanpa supervisi yang memadai.
7. Bila perlu melakukan konsultasi kepada anggota SM yang memiliki kemampuan yang lebih baik dalam bidang atau masalah yang dihadapi.
8. Melindungi dan menjaga kerahasiaan informasi pasien.
9. Membuat rekam medis untuk semua pasien dalam waktu yang memadai;
10. Berperan serta dalam pelatihan dan penggunaan sistem rekam medis elektronik;
11. Bekerja sama secara profesional dengan Staf lain, pegawai, manajemen Rumah Sakit, perawat, dan pegawai lain;
12. Memperhatikan dan melaksanakan tugas yang dipercayakan kepadanya;

13. Berpartisipasi dalam program CME/CPD;
14. Menyetujui bahwa seluruh prosedur penerimaan SM mempunyai hak imunitas mutlak. Pelamar tidak dapat menuntut Rumah Sakit, SM, atau pejabat lain yang ditugasi untuk hal yang berkaitan dengan aplikasi ini, termasuk ketidaktepatan dalam mencari informasi kepada instansi (yang dianggap) terkait.
15. Memberikan respons dalam waktu yang wajar untuk semua catatan atau permintaan yang diminta oleh Komite Medis dan Subkomite di bawahnya.
16. Bekerja sama dengan Rumah Sakit dalam hal yang berkaitan dengan tanggung jawab dan kebijakan finansial, termasuk pembayaran atau penagihan kepada pihak ketiga.

Pasal 32

LAMA PENUGASAN

Penugasan awal (masa percobaan) diberikan dalam waktu 3 bulan. Apabila diputuskan dapat diterima, maka akan diberikan penugasan tetap.

PASAL 33

APLIKASI UNTUK PENUGASAN DAN PENUGASAN KEMBALI

1. Formulir Aplikasi Aplikasi penugasan dan penugasan kembali untuk SM harus diajukan secara tertulis dan ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit.
2. Dokumen tambahan Direktur Rumah Sakit atas dasar rekomendasi Subkomite Kredensial dan Komite Medis, dapat meminta dokumen tambahan yang diperlukan.
3. Kewajiban memberikan informasi
 - a. Pelamar harus memberikan informasi yang benar dan lengkap untuk evaluasi kompetensi, karakter, etika, dan kualifikasi lain;
 - b. Pelamar harus dapat menunjukkan bukti bahwa semua pernyataan dan informasi yang diberikan dalam aplikasi adalah benar;

- c. Bila pelamar belum melengkapi semua informasi yang diperlukan, aplikasi untuk penugasan atau penugasan kembali tidak akan diproses;
 - d. Bila selama penilaian terdapat perubahan informasi, maka informasi tersebut harus disampaikan kepada Subkomite Kredensial.
4. Tanggung Jawab pelamar Untuk pertimbangan aplikasi dalam penugasan tiap pelamar harus:
- a. Dengan atau tanpa permintaan, pelamar wajib memberikan informasi kepada Direktur Rumah Sakit tentang hal-hal yang berkaitan dengan pernyataan pelamar dalam formulir;
 - b. Pelamar harus membaca PISM ini serta Peraturan terkait dan menyetujui setiap hal dalam PISM ini;
 - c. Hadir bila diminta untuk wawancara pribadi; d. Setuju bahwa setiap kesalahan dalam aplikasi atau pelamaran kembali, disengaja atau tidak, dapat menyebabkan proses aplikasi dihentikan.

Pasal 34

PROSEDUR PENUGASAN AWAL

(1) Evaluasi Aplikasi

- a. Pelamar harus menyerahkan aplikasi kepada Sekretariat Rumah Sakit untuk diteruskan kepada Direktur rumah sakit. Bila memang diperlukan tenaganya, aplikasi diserahkan kepada Komite Medis. Setelah mengkaji kelengkapan dan verifikasi persyaratan, Komite Medis akan meneruskan aplikasi dan semua dokumennya kepada Subkomite Kredensial untuk kemudian diteruskan kepada Ketua Kelompok SMF terkait.
- b. Aplikasi dianggap lengkap bila semua pertanyaan dalam formulir aplikasi sudah dijawab, semua penunjang dokumentasi sudah diserahkan, dan semua informasi telah diverifikasi.
- c. Aplikasi dianggap tidak lengkap bila diperlukan klarifikasi atau informasi tambahan selama evaluasi. Bila aplikasi tidak dilengkapi dalam waktu 60 hari setelah formulir diterima pelamar dianggap mengundurkan diri.

(2) Prosedur dalam Kelompok SMF

- a. Ketua Kelompok SMF terkait harus memberikan rekomendasi tertulis tentang kualifikasi pelamar. Untuk keperluan tersebut Ketua Kelompok SMF dapat melakukan wawancara dengan pelamar tentang aspek aplikasi, kualifikasi, dan wewenang klinis yang diminta.
- b. Ketua Kelompok SMF harus mengevaluasi pendidikan, pelatihan, dan pengalaman pelamar; bila perlu dengan menghubungi pihak-pihak yang diperlukan.

- c. Ketua Kelompok SMF harus siap dengan jawaban bila ada pertanyaan dari Subkomite Kredensial berkaitan dengan rekomendasi yang telah diberikannya.

(3) Prosedur dalam Subkomite Kredensial

- a. Subkomite Kredensial harus memeriksa bukti kompetensi profesional, kualifikasi, perilaku, dan sikap etis pelamar, melalui informasi yang diberikan oleh pelamar dan sumber lain, untuk memastikan bahwa pelamar telah memenuhi syarat untuk penugasan yang diminta.
- b. Dalam proses ini Subkomite Kredensial dapat memanggil pelamar untuk untuk membahas aplikasi, kualifikasi, dan wewenang klinis yang diminta.
- c. Subkomite Kredensial dapat meminta pendapat Ketua Kelompok SMF, anggota SMF, atau konsultan luar, bila diperlukan informasi tambahan tentang kualifikasi pelamar.
- d. Setelah menentukan bahwa pelamar memenuhi syarat untuk penugasan, Subkomite Kredensial dapat meminta pelamar menjalani pemeriksaan fisis dan / atau mental oleh dokter yang ditunjuk. Bila pelamar tidak menjalani pemeriksaan dalam waktu yang layak setelah diminta secara tertulis oleh Subkomite Kredensial, pelamar dianggap mengundurkan diri.
- e. Bila Subkomite Kredensial merekomendasi untuk penugasan, rekomendasi harus termasuk tempat penugasan, dan secara spesifik menyebutkan kegiatan apa yang dapat dilakukan oleh pelamar.
- f. Subkomite Kredensial, melalui Komite Medis, mengirimkan laporan kepada Direktur Rumah Sakit, lengkap dengan aplikasi dan semua dokumen penunjangnya.
- g. Bila laporan Subkomite Kredensial terlambat lebih dari 90 hari setelah aplikasi diterima, Ketua Subkomite Kredensial melalui Komite Medis harus mengirim surat kepada pelamar dengan tembusan kepada Direktur Rumah Sakit tentang alasan kelambatan.
- h. Ketua Subkomite Kredensial harus siap menjawab pertanyaan Komite Medis dan Direktur Rumah Sakit yang berkaitan dengan temuan dan rekomendasinya.

(4) Prosedur dalam Komite Medis

- a. Dalam rapat rutin Komite Medis berikutnya setelah temuan dan rekomendasi Subkomite Kredensial, Komite Medis harus menentukan sikap:
 - 1. Menerima temuan dan rekomendasi Subkomite Kredensial; atau
 - 2. Mengembalikan ke Subkomite Kredensial untuk pertimbangan lebih lanjut sebelum rekomendasi final oleh Komite Medis; atau
 - 3. Tidak menyetujui rekomendasi Subkomite Kredensial dengan alasan yang jelas lengkap dengan informasi penunjangnya, dan mengirimkannya kepada Direktur Rumah Sakit.

- b. Pendapat Komite Medis diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit bersama dengan temuan dan rekomendasi Subkomite Kredensial.
- (5) Prosedur di Direktur Rumah Sakit Setelah menerima rekomendasi dari Komite Medis, Direktur Rumah Sakit setelah berkonsultasi dengan Direksi Rumah Sakit, dapat:
- a. Memberikan Surat Penugasan kepada pelamar dengan wewenang klinis yang ditetapkan.
 - b. Mengembalikan berkas kepada Subkomite Kredensial atau Komite Medis atau sumber lain di Rumah Sakit untuk tambahan informasi atau penyelidikan.
 - c. Menolak atau memodifikasi rekomendasi.
- (6) Pertemuan Bersama untuk Membahas Perbedaan Pendapat. Bila Direksi menentukan menolak atau memodifikasi rekomendasi oleh Komite Medis tentang penugasan atau wewenang klinis pelamar, para pihak dapat meminta sidang bersama. Sidang ini ditujukan untuk komunikasi dan klarifikasi mengapa rekomendasi Komite Medis ditolak atau dimodifikasi.

Pasal 34

PROSEDUR PENUGASAN KEMBALI

- (1) Istilah, Syarat, dan Prosedur Semua istilah, syarat, dan prosedur penugasan awal juga berlaku untuk penugasan kembali.
- (2) Aplikasi untuk Penugasan Kembali
- a. Pelamar mengisi formulir "Penugasan kembali";
 - b. Pelamar harus mengajukan penugasan kembali paling lambat 120 hari sebelum penugasan berakhir. Pelamar harus mengembalikan formulir yang telah dilengkapi dalam waktu 30 hari setelah formulir diterima.
 - c. Penugasan kembali dianggap tidak lengkap dan tidak diproses bila pelamar masih menunggak pembayaran atau belum menyelesaikan tugas.
 - d. Bila aplikasi penugasan kembali telah lengkap namun Direksi belum memberi jawaban, maka penugasan harus diteruskan sampai ada keputusan dari Direksi.
- (3) Pembaharuan Wewenang Klinis Pembaharuan wewenang klinis pada umumnya dilakukan bersama dengan permohonan penugasan kembali. Penilaian untuk pembaharuan wewenang klinis dan penugasan kembali didasarkan pada kinerja profesional SM pada penugasan sebelumnya.

- (4) Prosedur di Kelompok SMF Ketua Kelompok SMF mengkaji aplikasi untuk penugasan kembali paling lambat 30 hari sebelum masa penugasan berakhir. Hasil kajian, termasuk pendapat serta rekomendasi, diserahkan kepada Subkomite Kredensial dengan disertai lampiran, bukti, dan dokumen lain yang relevan. Dalam hasil kajian termasuk pendapat bahwa wewenang klinis SM dapat diperbaharui. Ketua Kelompok SMF harus dapat menjawab pertanyaan dari Subkomite Kredensial, Komite Medis, atau Direktur Rumah Sakit tentang hasil kajian tersebut.
- (5) Prosedur di Subkomite Kredensial
- Subkomite Kredensial, setelah menerima laporan Ketua Kelompok SM, harus mengkaji semua informasi yang tersedia, termasuk semua informasi yang diberikan oleh komite lain dan manajemen Rumah Sakit, untuk penentuan rekomendasi penugasan kembali, untuk perubahan kategori staf, dan untuk pemberian wewenang klinis pada periode berikutnya.
 - Subkomite Kredensial berhak meminta penjelasan dari pelamar untuk membahas aspek aplikasi, kualifikasi, atau wewenang yang diminta.
 - Subkomite Kredensial dapat meminta keterangan Ketua Kelompok Staf Medis, konsultan luar, atau siapa pun yang dianggap perlu tentang kualifikasi untuk penugasan kembali.
 - Setelah pelamar memenuhi syarat untuk penugasan kembali dan pembaharuan wewenang klinis, Subkomite Kredensial dapat meminta pelamar untuk menjalani pemeriksaan fisik dan atau mental oleh dokter, bila ada keraguan tentang kemampuan pelamar untuk memperoleh tugas atau tanggung jawab. Kegagalan pelamar untuk menjalani pemeriksaan dalam waktu yang layak berarti pelamar mengundurkan diri dan proses penugasan kembali dihentikan.
 - Bila Subkomite Kredensial menilai pelamar memenuhi syarat, maka Subkomite harus membuat rekomendasi kepada Komite Medis untuk penugasan kembali dalam rapat rutin berikutnya.
 - Bila Subkomite Kredensial menolak untuk memberi rekomendasi penugasan kembali, promosi, atau penggantian wewenang klinis maka ia harus memberikan alasan yang jelas. Ketua Subkomite Kredensial harus bersedia menjawab semua pertanyaan Komite Medis dan / atau Direksi yang berkaitan dengan penolakan tersebut.
- (6) Prosedur di Komite Medis
- Dalam rapat rutin berikutnya setelah menerima rekomendasi Subkomite Kredensial, Komite Medis harus menentukan:
 - Menerima rekomendasi Subkomite Kredensial;
 - engembalikan kepada Subkomite Kredensial untuk klarifikasi atas pertanyaan yang timbul;
 - Menolak rekomendasi Subkomite Kredensial dengan alasan dan informasi yang jelas tentang alasan penolakan.

- b. Komite Medis harus meneruskan keputusan rapat kepada Direksi untuk pertimbangan dan tindakan selanjutnya.
 - c. Bila rekomendasi Komite Medis adalah menyetujui penugasan kembali, ia harus meneruskannya secara tertulis dengan semua dokumen penunjang kepada Direksi. Semua rekomendasi untuk penugasan kembali harus menyertakan dengan rinci wewenang klinis, beserta semua lingkup dan pembatasan yang relevan.
 - d. Bila rekomendasi oleh Komite Medis menyebut terdapatnya masalah pada pelamar, maka hal ini harus segera diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit. Direktur Rumah Sakit memanggil pelamar untuk klarifikasi hal-hal yang dianggap belum jelas yang berkaitan dengan rekomendasi Komite Medis. Rekomendasi harus ditangguhkan sampai pihak pelamar mempunyai hak yang layak untuk memberikan klarifikasi yang diminta. Ketua Komite Medis harus siap untuk menjawab pertanyaan yang diberikan oleh Direksi yang berkaitan dengan rekomendasi tersebut.
- (7) Prosedur di Direktur Rumah Sakit Setelah Direktur Rumah Sakit menerima rekomendasi Komite Medis, maka ia dapat:
- a. Memberikan surat penugasan kembali beserta dengan wewenang klinis serta tempat penugasannya;
 - b. Mengembalikan berkas kepada Komite Medis atau Subkomite Kredensial atau pihak lain di dalam maupun di luar Rumah Sakit untuk memperoleh informasi tambahan;
 - c. Menolak atau memodifikasi rekomendasi.
- (8) Pertemuan bersama untuk memecahkan masalah Bila Direktur Rumah Sakit menentukan untuk menolak atau memodifikasi rekomendasi Komite Medis berkaitan dengan penugasan kembali atau pemberian wewenang klinis, para pihak dapat meminta Rapat bersama dengan tujuan untuk klarifikasi penyebab ditolak atau dimodifikasinya rekomendasi Komite Medis.
- (9) Sikap setelah keputusan yang tidak memuaskan Bila rekomendasi rapat bersama berkaitan dengan penugasan kembali atau pemberian wewenang klinis tidak memuaskan pelamar, pelamar dapat mengajukan keberatan kepada Direktur Rumah Sakit. Pelamar dapat dipanggil untuk rapat dengar pendapat. Direktur Rumah Sakit harus menunda keputusan akhirnya sampai pelamar memperoleh kesempatan yang cukup untuk naik banding tersebut.
- (10) Prosedur Modifikasi Rekomendasi oleh Direktur Rumah Sakit Bila Direktur Rumah Sakit menentukan untuk memodifikasi rekomendasi dari Komite Medis, Direktur Rumah Sakit harus memberitahu pelamar yang

bersangkutan dan menunda keputusan sampai yang bersangkutan didengar haknya.

- (11) Perpanjangan Penugasan dan Wewenang Klinis Perpanjangan penugasan dan wewenang klinis secara otomatis akan diberikan kepada praktisi bila ia telah menyerahkan lamaran dengan lengkap sambil menunggu persetujuan Komite Medis dan Direktur Rumah Sakit.

Pasal 35

FAKTOR-FAKTOR YANG DIPERTIMBANGKAN PADA PENUGASAN KEMBALI

Tiap rekomendasi penugasan kembali SM yang saat ini sedang bertugas harus didasarkan pada kriteria berikut:

1. Perilaku etis, kompetensi klinis, serta clinical judgment dalam pengobatan pasien.
2. Partisipasi serta tanggung jawab Staf selama periode yang lalu.
3. Ketaatan Staf terhadap PISM ini, serta peraturan dan kebijakan yang berlaku di Rumah Sakit.
4. Perilaku Staf di Rumah Sakit, termasuk kerja sama SM dan karyawan Rumah Sakit berkaitan dengan perawatan pasien.
5. Pelamar diminta untuk melatih dan meningkatkan kompetensinya sesuai dengan informasi yang mutakhir dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya.
6. Kapasitas pelamar dalam tata laksana pasien sesuai dengan aktivitas peningkatan kualitas Rumah Sakit.
7. Kapasitas pelamar untuk memenuhi CME/CPD sebagaimana tercantum dalam PISM ini.
8. Kinerja pelamar di Rumah Sakit lain.
9. Riwayat tuntutan dan vonis akibat malpraktik.

Pasal 36

STATUS SEMENTARA

1. Semua penugasan awal untuk SM berlaku untuk masa 12 bulan dari saat penugasan, bila direkomendasi Subkomite Kredensial.
2. Selama masa penugasan awal, pelamar harus dievaluasi oleh Ketua Kelompok SM tempat ia bekerja atau pejabat yang ditugaskan oleh Direktur Rumah Sakit atau Komite Medis.

3. Perpanjangan penugasan setelah periode awal harus didasarkan atas evaluasi sesuai butir (2).
4. Bila pelamar tidak memenuhi syarat yang tercantum dalam butir (2), maka penugasan untuk SM dan semua wewenang klinisnya harus dihentikan. Pelamar dapat mengajukan lamaran kembali untuk penugasan berikutnya.

Bagian Kedua
KELOMPOK STAFF MEDIS (KSM)

Pasal 37
Keanggotaan Kelompok Staf Medis

1. KSM dikelompokkan dalam 2 (dua) Kelompok, yaitu:
 - a. Kelompok Staf Medis Jiwa
 - b. Kelompok Staf Medis Non Jiwa
2. Kelompok Staf Medis harus beranggotakan minimal 2 orang dokter.
3. Dalam menjalankan tugasnya, SMF berada dalam pengelolaan dan pengawasan Ketua Kelompok SMF dan Direktur Rumah Sakit.

Pasal 38
Pembentukan, Penggabungan, dan Penghapusan Staf Medis

1. SM suatu Kelompok Staf Medis (KSM) dapat dibentuk, digabungkan, atau dihapuskan, setelah mendapat kajian dari Direktur Rumah Sakit atas masukan dari komite medis.
2. Komite Medis harus memastikan bahwa pembentukan, penggabungan atau penghapusan Kelompok Staf Medis sesuai dengan tujuan Rumah Sakit dan kebutuhan masyarakat.
3. Dasar penilaian Komite Medis harus ditentukan dengan memperhatikan semua laporan dan catatan terdahulu serta kepentingan yang akan datang.
4. Sebelum rekomendasi ditetapkan, harus diadakan pertemuan antara pihak-pihak terkait dengan Komite Medis.

Pasal 39
Penugasan Anggota KSM

1. Dalam setiap penugasan Anggota KSM harus dijelaskan Kelompok SMF tempat anggota Staf tersebut ditugaskan.
2. Dalam keadaan tertentu penugasan dapat diberikan untuk lebih dari satu Kelompok Staf Medis.

Pasal 40
Pertemuan

1. Pertemuan rutin Tiap Kelompok Staf Medis (KSM) mengadakan Rapat setidaknya 2 kali setahun dan melaporkan kegiatannya kepada Direktur Rumah Sakit.
2. Agenda. Ketua Kelompok Staf Medis (KSM) menentukan agenda pertemuan. Keputusan tidak dapat dilakukan atas hal yang tidak disebutkan dalam agenda.
 1. Hasil rapat Risalah dan hasil keputusan rapat didistribusikan kepada semua anggota staf medis dalam waktu 5 (lima) hari kerja setelah penyelenggaraan rapat.

Pasal 41
Ketua Kelompok Staf Medis (KSM)

1. Kualifikasi Tidak habis masa kontrak dalam kurun waktu menjabat Ketua Kelompok Staf Medis (KSM).
2. Pemilihan
 - a. Ketua Kelompok Staf Medis dipilih dalam rapat khusus yang diagendakan untuk maksud tersebut.
 - b. Pemilihan dilakukan dengan pencalonan yang diajukan oleh setiap peserta rapat yang memiliki hak suara. Anggota Staf yang dicalonkan harus menyatakan kesediaan. Mereka yang menyatakan tidak bersedia dihapus dari daftar pencalonan.
 - c. Yang berhak memilih adalah SM purnawaktu / paruhwaktu. SM yang berhalangan hadir, dapat memberikan suaranya secara tertulis bermaterai kepada pemimpin rapat.

- d. Ketua Kelompok Staf Medis dipilih dengan mayoritas sederhana (50% jumlah staf yang hadir plus satu); bila terdapat lebih dari 2 calon dan tidak terdapat mayoritas sederhana, maka pemungutan suara diulang di antara 2 calon dengan nilai terbanyak;
 - e. Ketua Kelompok Staf Medis menjabat selama 3 (tiga) tahun, dapat dipilih kembali sebanyak- banyaknya 2 kali masa jabatan berturut-turut.
 - f. Hal-hal yang tidak diatur dalam PISM ini diatur dalam tata-tertib pemilihan Ketua Kelompok Staf Medis.
3. Pemberhentian jabatan Ketua Kelompok Staf Medis
- a. Ketua Kelompok Staf Medis otomatis diberhentikan dari jabatannya bila ia pensiun, bila Ketua Kelompok Staf medis yang baru telah terpilih, atau bila tidak memenuhi persyaratan lagi untuk menjabat Ketua Kelompok Staf Medis.
 - b. Ketua Kelompok Staf Medis (KSM) dapat diusulkan untuk diberhentikan dari jabatannya oleh dua per tiga SM yang memiliki hak suara dalam rapat rutin atau rapat khusus. Keputusan baru efektif bila telah diperkuat oleh Komite Medis dan Direktur Rumah Sakit.
 - c. Bila Ketua Kelompok SMF melakukan tindakan yang berlawanan secara langsung dengan tugasnya, atau gagal melaksanakan tugasnya, ia dapat diusulkan untuk diberhentikan oleh dua pertiga dari rapat Komite Medis yang diselenggarakan khusus untuk hal tersebut. Keputusan tersebut baru efektif bila telah disetujui oleh Direktur Rumah Sakit.
 - d. Pemberhentian sebagai Ketua Kelompok Staf Medis tidak berpengaruh terhadap penugasannya sebagai SM.
4. Tugas Ketua Kelompok Staf Medis bertanggung jawab atas:
- a. Pengawasan aktivitas klinis di Kelompok Staf Medis.
 - b. Semua aktifitas administratif dalam Kelompok Staf Medis.
 - c. Pemantauan kinerja semua praktisi yang terlibat dalam tata laksana pasien.
 - d. Rekomendasi kriteria pemberian wewenang klinis dalam KSMnya.
 - e. Penyelenggaraan mekanisme untuk menjamin bahwa para praktisi dengan wewenang klinis hanya menjalankan wewenang klinis yang diberikan.
 - f. Telaah dan rekomendasi Rumah Sakit lain sebagai rujukan bila KSM tidak menyelenggarakan jenis perawatan tertentu.
 - g. Koordinasi dan integrasi pelayanan antar dan intra KSM.
 - h. Pengembangan dan penerapan kebijakan dan prosedur untuk menunjang pelayanan SM.
 - i. Rekomendasi jumlah dan kualifikasi profesional untuk memberikan perawatan pasien.
 - j. Penentuan kualifikasi dan kompetensi anggota SM yang tidak memiliki lisensi namun memberikan perawatan kepada pasien.

- k. Penilaian dan peningkatan kualitas perawatan pasien yang dilaksanakan di SM.
- l. Penerapan program kendali mutu yang dilakukan oleh SM .
- m. CME / CPD semua praktisi yang bekerja di KSM, termasuk diseminasi informasi tentang revisi PISM, peraturan, kebijakan staf medis, serta pelbagai prosedur.
- n. Pengajuan rekomendasi kepada Direksi tentang ruangan, peralatan, dan sumber daya lain yang diperlukan oleh SM.
- o. Pengajuan rekomendasi kepada Direksi atau badan yang ditunjuk tentang pemberian wewenang klinis sementara.
- p. Menjadi anggota ex-officio Komite Medis.
- q. Membentuk panitia untuk melaksanakan tugas SM sesuai dengan keperluan. Komposisi, tugas, wewenang, serta prosedur lain yang relevan untuk panitia tersebut dibuat oleh Ketua Kelompok Staf Medis dengan memperhatikan PISM, serta peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Pasal 49 Kebijakan dan Peraturan Kelompok Staf Medis
 - 1. SM secara individual dapat membuat atau mengembangkan peraturan serta kebijakan yang berlaku bagi semua SM dalam Kelompok Staf Medis.
 - 2. Peraturan tersebut tidak boleh bertentangan dengan PISM dan peraturan atau kebijakan Rumah Sakit.
 - 3. Perubahan peraturan dan kebijakan harus didistribusikan kepada semua anggota Kelompok Staf Medis (KSM) dalam waktu yang layak.

Pasal 42 **Anggota Kelompok Staf Medis**

- 1. Anggota KSM terdiri dari semua dokter / dokter gigi yang bekerja di rumah sakit, baik purna waktu maupun paruh waktu.
- 2. Setiap anggota KSM wajib memiliki surat izin praktek (SIP) yang masih berlaku, sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

Pasal 43

Kategori Kelompok Staf Medis (KSM) Status Anggota Kelompok Staf Medis terbagi atas:

1. KSM purna waktu (full timer) adalah SM yang berstatus karyawan rumah sakit dan bekerja sesuai jam kerja rumah sakit, dan diberikan hak sebagai karyawan rumah sakit, termasuk memiliki hak suara dan dapat dipilih sebagai pengurus Komite Medis.
2. KSM paruh waktu (part timer) adalah SM yang bukan berstatus karyawan tetap rumah sakit, bekerja di rumah sakit sesuai dengan kesepakatan yang diatur dalam Perjanjian Kerja (bisa beberapa hari dalam seminggu atau beberapa jam dalam sehari), memiliki hak suara dan dapat di pilih sebagai pengurus Komite Medis.
3. KSM Konsultan adalah dokter konsultan yang dibutuhkan dalam pelayanan di rumah sakit, dan bekerja dengan SIP khusus atas ijin dari Kepala Dinas Kesehatan Kab. Ponorogo, dan tidak memiliki hak suara ataupun dipilih sebagai pengurus Komite Medis.

Pasal 44

Tugas dan Fungsi Kelompok Staf Medis

1. KSM mempunyai fungsi memberikan pelayanan medis dengan selalu menjunjung tinggi etika profesi dan mutu pelayanan.
2. KSM mempunyai tugas-tugas :
 - a. Melaksanakan kegiatan Profesi yang meliputi prosedur diagnosa, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan kewenangan profesinya.
 - b. Melaksanakan tugas administrasi yang dibebankan oleh Ketua Kelompok Staf Medis.

Pasal 45

Kewajiban KSM

Kewajiban KSM adalah:

1. Mengikuti Standar Pelayanan Kedokteran dan Prosedur Standar yang berlaku dan mengikuti kaidah-kaidah profesi.
2. Menjaga nama baik rumah sakit dan senantiasa memelihara persatuan serta kesatuan KSM.

3. Mentaati tata tertib dan peraturan rumah sakit dengan penuh kesadaran pengabdian dan tanggung jawab untuk kepentingan rumah sakit.
4. Menjalankan tugas yang diberikan oleh Ketua kelompok Staf Medis (KSM) atau manajemen RS.
5. Menjalankan tugas jaga sesuai ketentuan dan aturan rumah sakit.
6. Mengikuti acara ilmiah / konferensi yang rutin diadakan di rumah sakit
7. Mengevaluasi Standar Pelayanan Kedokteran dan Standar Prosedur Operasional.
8. Melaksanakan pembuatan rekam medis yang baik, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
9. Mengajukan permohonan izin secara tertulis kepada Direktur Rumah Sakit bila meninggalkan tugas rumah sakit, dengan menyebutkan alasan yang jelas.
10. Meningkatkan kinerja dalam bidang masing-masing.
11. Senantiasa memelihara dan meningkatkan kompetensinya.
12. Menyimpan dan menjaga kerahasiaan data serta informasi yang berhubungan dengan kegiatan usaha rumah sakit terhadap pihak lain yang tidak berwenang.
13. Melaksanakan tugas dalam perencanaan dan penetapan pengadaan peralatan medis.
14. Menjaga dan memelihara sarana dan prasarana rumah sakit.
15. Memelihara kerapian dan kebersihan tempat kerja masing-masing.
16. Berperan aktif menyusun perencanaan dan mendukung program-program rumah sakit sesuai dengan tugas dan kewenangannya.
17. Segera melapor bila ada hal-hal yang diduga dapat berakibat tidak baik terhadap rumah sakit.
18. Mengalihkan tugas dan tanggung jawabnya kepada SM lain pada saat berhalangan menjalankan tugas secara tertulis, dengan sepengetahuan Ketua Kelompok SM dan Direktur Rumah Sakit.

Pasal 46
Etika Profesi dan Etika Hubungan Kerja

1. Setiap KSM wajib menaati kode etik kedokteran.
2. Setiap KSM wajib menjaga hubungan kolegealitas antar KSM.
3. Setiap KSM wajib menjaga hubungan kerja yang baik dengan seluruh karyawan rumah sakit.
4. Setiap KSM wajib melakukan konsultasi atau merujuk pasien yang menderita penyakit di luar kompetensinya.
5. Setiap KSM wajib menghormati keinginan pasien untuk alih rawat.
6. Setiap KSM wajib menghormati keinginan pasien untuk menolak dilakukan perawatan atau tindakan medis.
7. Setiap KSM wajib mengembalikan pasien rujukan kepada Dokter yang merujuk, disertai surat balasan rujukan secara cepat dan akurat.
8. Setiap KSM dilarang :
 - a. merujuk pasien keluar rumah sakit kecuali atas indikasi medis atau atas permintaan pasien,
 - b. menganjurkan pasien pindah ke rumah sakit lain.

Pasal 47
Hak KSM

1. Setiap KSM berhak mendapat imbal jasa sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Setiap KSM berhak menolak merawat pasien yang dapat menimbulkan konflik hubungan dokter dan pasien, kecuali pasien dalam kondisi kritis yang mengancam jiwa.
3. Setiap KSM berhak mendapatkan perlindungan keselamatan kerja.
4. Setiap KSM berhak mendapatkan seragam kerja yang layak.

5. Setiap KSM berhak menjalani cuti atau meninggalkan tugas sesuai ketentuan rumah sakit, dengan terlebih dahulu meminta izin kepada Ketua Kelompok SMF dan Direktur Rumah Sakit.
6. KSM purna waktu berhak mendapat kesempatan secara adil dan merata untuk mengembangkan karier di bidangnya.

Pasal 48
Prosedur Penerimaan KSM

1. Calon mengajukan lamaran tertulis Kepada Direktur Rumah Sakit untuk menjadi KSM Purna Waktu / Paruh waktu dengan melampirkan:
 - a. Foto kopi ijazah Dokter/Dokter Gigi, Dokter Spesialis / Sub Spesialis yang dilegalisir
 - b. Foto kopi Sertifikat Pelatihan yang pernah diikuti sesuai bidang keahliannya.
 - c. Foto kopi Surat Pernyataan telah menyelesaikan program adaptasi bagi dokter lulusan luar negeri.
 - d. Foto kopi izin praktek yang masih berlaku.
 - e. Curriculum vitae.
2. Direktur Rumah Sakit menyampaikan berkas lamaran kepada Ketua Komite Medis.
3. Ketua Komite Medis meminta Subkomite Kredensial Medis dan Ketua Kelompok KSM terkait untuk wawancara dan meneliti keabsahan data pelamar, bila memang ada lowongan.
4. Ketua Komite Medis meminta pendapat seluruh KSM terkait.
5. Bila diperlukan Ketua Komite Medis dapat meminta calon untuk menjalani test kesehatan dan test Emotional Quotient (EQ) atas biaya rumah sakit, setelah calon disetujui melalui proses sebagaimana tercantum dalam ayat (3) dan (4).
6. Ketua Komite Medis mengirim surat kepada Direktur Rumah Sakit yang bahwa calon dapat diterima sebagai anggota KSM purna waktu/paruh waktu; atau calon tidak dapat diterima disertai dasar-dasar penolakannya. Dasar penentuan ini harus didukung oleh notulen pertemuan sebagaimana tercantum dalam ayat (3) dan (4), serta hasil test kesehatan dan EQ (bila ada).

7. Direktur Rumah Sakit akan membuat surat penunjukan.

Pasal 49
SM Konsultan

1. Untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien, Direktur Rumah Sakit dapat mengajukan SIP khusus bagi SM Konsultan atas rekomendasi Komite Medis.
2. Kebutuhan SM Konsultan diajukan oleh Kelompok SMF terkait melalui Ketua Komite Medis.

Pasal 50
Pemberhentian SM

1. SM diberhentikan atas rekomendasi Ketua Komite Medis.
2. SM dapat mengajukan pemberhentian sebagai SM rumah sakit kepada Ketua Komite Medis melalui Ketua Kelompok SM terkait, selambat-lambatnya 3 bulan sebelum waktu berhenti.

Pasal 51
Prosedur Pemberhentian SM

1. Dalam hal SM melanggar Kode Etik Kedokteran, Peraturan Internal Rumah Sakit atau aturan lain yang berlaku di lingkungan rumah sakit, maka laporan harus ditujukan kepada Ketua Komite Medis dengan tembusan Kepada Direktur Rumah Sakit .
2. Komite Medis mengadakan pertemuan khusus yang dihadiri oleh seluruh anggota Komite Medis, Subkomite Kredensial, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi, dan Ketua Kelompok Staf Medis (KSM) terkait, untuk mengadakan klarifikasi dan penyelidikan terhadap SM.
3. SM diberi kesempatan membela diri dengan mengemukakan bukti dan saksi.

4. Bilamana diperlukan, Komite Medis dapat meminta pertimbangan Bidang Hukum rumah sakit.
5. Bilamana diperlukan, Komite Medis dapat meminta SM menjalani pemeriksaan kesehatan fisik dan jiwa.
6. Komite Medis mengusulkan pemberhentian SM kepada Direktur Rumah Sakit .

BAB VIII SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 52 Pengorganisasi Subkomite Kredensial

1. Struktur Organisasi Subkomite Kredensial terdiri dari :
 - a. Ketua b. Sekretaris dan c. Anggota
2. Ketua, Sekretaris dan anggota Subkomite Kredensial ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit atas usulan Ketua Komite Medis .
3. Bila Ketua berhalangan dalam menjalankan tugasnya, maka Sekretaris akan mengambil alih tugas dan tanggung jawabnya .
4. Pengurus dan Anggota Subkomite Kredensial berjumlah sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang.
5. Masa kerja Subkomite Kredensial adalah 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit .
6. Anggaran biaya Subkomite Kredensial disusun untuk rencana tahun berikutnya, dan di bebaskan kepada anggaran Rumah sakit.

Pasal 53 Tugas Subkomite Kredensial

1. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota SM rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur, dan terbuka.

2. Membuat rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan SM di Rumah Sakit.
3. Membuat laporan kepada Komite Medis apabila permohonan sesuai dengan ketentuan yang diatur didalam Peraturan Internal SM (Medical staff bylaws) di Rumah Sakit.
4. Melakukan review kompetensi SM dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian clinical previllages, reapoiments dan penugasan staf medis pada unit kerja.
5. Membuat rencana kerja Subkomite Kredensial.
6. Melaksanakan rencana kerja Subkomite Kredensial.
7. Menyusun tata laksana dan instrumen kredensial.
8. Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
9. Membuat laporan berkala kepada Komite Medis.

Pasal 54
Wewenang Subkomite Kredensial

Melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur, dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

Pasal 55
Tanggung Jawab Subkomite Kredensial

Subkomite Kredensial bertanggung jawab kepada Komite Medis

Pasal 56
Tata Kerja Subkomite Kredensial

1. Dalam melaksanakan tugas, Subkomite Kredensial wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dengan Komite Medis, dan Ketua Kelompok Staf Medis.

2. Subkomite Kredensial dapat membentuk Tim Ad Hoc yang melibatkan Anggota SM dan Manajer Keperawatan untuk meminta pertimbangan.
3. Setiap laporan yang diterima oleh Subkomite Kredensial, wajib dievaluasi dan ditindaklanjuti serta digunakan sebagai bahan untuk rapat.
4. Subkomite Kredensial dapat wajib mengadakan rapat anggota minimal 1(satu) kali dalam sebulan.
5. Subkomite Kredensial menyampaikan notulen rapat, laporan-laporan dan rekomendasinya kepada Komite Medis.

BAB IX SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 57 Pengorganisasian SubKomite Mutu Profesi

1. Struktur Organisasi Subkomite Mutu Profesi terdiri dari :
 - a. Ketua
 - b. Sekretaris dan
 - c. Anggota
2. Ketua, Sekretaris dan Anggota Subkomite Mutu Profesi ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit atas usulan Komite Medis .
3. Bila Ketua berhalangan dalam menjalankan tugasnya, maka Sekretaris akan mengambil alih tugas dan tanggung jawabnya.
4. Pengurus dan Anggota Subkomite Mutu Profesi berjumlah sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang.
5. Masa kerja Subkomite Mutu Profesi adalah 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
6. Anggaran biaya Subkomite Mutu Profesi disusun untuk rencana tahun berikutnya, dan dibebankan kepada anggaran Rumah sakit. Pasal 66 Peran dan

Tujuan Subkomite Mutu Profesi Subkomite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan 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 (medical mishaps);
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 58

Konsep Pembentukan Subkomite Mutu Profesi

1. Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (medical care management).
2. Mutu suatu 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 59

Tugas Subkomite Mutu Profesi

1. Membuat rencana kerja / program kerja.
2. Melaksanakan rencana kerja / jadwal kegiatan.

3. Membuat panduan mutu pelayanan medis.
4. Melakukan pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis.
5. Menyusun indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan kelompok staf medis dan unit kerja. Indikator yang disusun adalah indikator output atau outcome.
6. Melakukan koordinasi dengan komite peningkatan mutu RS
7. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 60
Wewenang Subkomite Mutu Profesi

Melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

Pasal 61
Tanggung Jawab Subkomite Mutu

Profesi Subkomite Mutu Profesi bertanggung jawab dan berkewajiban melaporkan segala sesuatunya kepada Komite Medis.

Pasal 62
Tata Kerja Subkomite Mutu Profesi

1. Dalam melaksanakan tugas, Subkomite Mutu Profesi wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dengan Komite Medis, Ketua Kelompok SMF, Manajer rumah sakit dan Subkomite lain.
2. Subkomite Mutu Profesi dapat membentuk Tim Ad Hoc yang melibatkan Anggota SM di unit pelayanan tertentu dan tenaga kesehatan lain, guna mengaudit mutu pelayanan .
3. Setiap laporan yang diterima oleh Subkomite Mutu Profesi, wajib dievaluasi dan ditindaklanjuti serta digunakan sebagai bahan untuk rapat.
4. Subkomite Mutu Profesi wajib mengadakan rapat anggota minimal 1 (satu) kali setiap bulan.
5. Subkomite Mutu Profesi menyampaikan notulen rapat, laporan- laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis.

BAB X
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 63

Pengorganisasian Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

1. Struktur organisasi Subkomite Etika dan Disiplin profesi terdiri dari :
 - a. Ketua
 - b. Sekertaris, dan
 - c. Anggota
2. Ketua, Sekretaris dan anggota Subkomite Etika dan Disiplin profesi ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Rumah Sakit atas usulan Komite Medik .
3. Bila Ketua berhalangan dalam menjalankan tugasnya, maka Sekretaris akan mengambil alih tugas dan tanggung jawabnya .
4. Pengurus dan Anggota Subkomite Etika dan Disiplin profesi berjumlah sekurang- kurangnya 3 (tiga) orang.
5. Masa kerja Subkomite Etika dan Disiplin profesi adalah 3 (tiga) tahun terhitung sejak ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
6. Anggaran biaya Subkomite Etika dan Disiplin profesi disusun untuk rencana tahun berikutnya, dan di bebankan kepada anggaran Rumah Sakit.

Pasal 64

Tugas Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

1. Membuat rencana kerja.
2. Melaksanakan rencana kerja.
3. Menyusun tatalaksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi.
4. Melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi.
5. Mengusulkan kebijakan yang terkait dengan Bioetika.
6. Melakukan koordinasi dengan Panitia Mediko Legal dan Etik Rumah Sakit.
7. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 65

Wewenang Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

Melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.

Pasal 66
Tanggung jawab Subkomite Etika Dan Disiplin

Profesi Subkomite Etika dan Disiplin Profesi bertanggung jawab kepada Komite Medis.

Pasal 67
Tata kerja Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

1. Dalam melaksanakan tugas, Subkomite Etika dan Disiplin Profesi wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi dengan Komite Medis, Manajer Keperawatan dan Ketua Kelompok SMF.
2. Subkomite Etika dan Disiplin Profesi wajib berkoordinasi dengan Panitia Mediko Legal dan Etik Rumah Sakit untuk menindaklanjuti penanganan kasus etiko – legal yang terjadi pada SM.
3. Setiap laporan yang diterima oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi, wajib dievaluasi dan ditindaklanjuti serta digunakan sebagai bahan untuk rapat.
4. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi wajib mengadakan rapat anggota minimal 1 (satu) kali setiap bulan.
5. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyampaikan notulen rapat, laporan-laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis.

BAB XI
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS
Pasal 68

Rumah sakit wajib mengatur dan melaksanakan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.

Pasal 69

1. Untuk mewujudkan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 di atas, semua pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap staf medis di rumah sakit dilakukan atas penugasan klinis direktur rumah sakit.
2. Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) oleh direktur rumah sakit melalui

penerbitan surat penugasan klinis (clinical appointment) kepada staf medis yang bersangkutan.

3. Surat penugasan klinis (clinical appointment) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diterbitkan oleh direktur rumah sakit setelah mendapat rekomendasi dari komite medis.
4. Dalam keadaan darurat direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis (clinical appointment) tanpa rekomendasi komite medis.
5. Rekomendasi komite medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan setelah dilakukan kredensial.

Pasal 70

1. Semua pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap staf medis di rumah sakit harus berpedoman pada standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit.
2. Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai ditetapkan melalui kebijakan Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP);
3. Setiap staf medis diwajibkan untuk mematuhi dan melaksanakan kebijakan Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) sesuai dengan standar prosedur operasional Dokter Penanggungjawab Pelayanan (SPO DPJP) yang telah ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

BAB XII

TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS Pasal 71

1. Peraturan internal staf medis disusun dengan mengacu pada peraturan internal korporasi (corporate bylaws) dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Peraturan internal staf medis disusun oleh komite medis dan disahkan oleh direktur rumah sakit.
3. Peraturan internal staf medis berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh komite medis dan staf medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) di rumah sakit.

4. Tata cara penyusunan peraturan internal staf medis dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Permenkes No. 755 / Menkes / Per / IV / 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
5. Peninjauan kembali (review) dan perbaikan peraturan internal staf medis dilaksanakan oleh komite medis paling lama setiap tiga tahun sekali dengan menyesuaikan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.

BAB XIII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 72

Pemberlakuan Peraturan Internal Staf Medis Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku sejak tanggal di tetapkan.

DITETAPKAN di JAMBI

Tanggal 5 JANUARI 2019

Direktur Utama



dr. Hj. HERNAYAWATI, M. Kes

Pembina Utama Muda

NIP. 19611020 198903 2 001

TELAH DITELITI KEBENARANNYA OLEH	
Kabid Pelayanan Medik Tgl. 5/1/19	Kasi Tgl. 5/1/19
Gel. NIP.	Gel. NIP.
Diketahui oleh : Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dr. H. FAHRUR RAZI, M.Kes NIP. 19670405 198803 1 806	