RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIPAYUNG
DINAS KESEHATAN
PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIPAYUNG

PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA

NOMOR : 557 TAHUN 2022

TENTANG

PERATURAN INTERNAL STAFF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS)*

PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIPAYUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIPAYUNG

PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) di Rumah Sakit;
b. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah bahwa dalam rangka untuk mewujudkan Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung serta dalam rangka menghadapi tuntutan akan pelayanan kesehatan yang berkualitas serta mengutamakan keselamatan pasien, antisipasi situasi kondisi yang sangat dinamis baik internal maupun eksternal maka diperlukan Pedoman Internal Staff Medis (*Medical Staff Bylaws*)

c. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan rumah sakit maka Pedoman Internal Staff Medis (*Medical Staff Bylaws)*

d. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan c, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung tentang Pedoman Internal Staff Medis (*Medical Staff Bylaws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1231/Menkes/PER/XI/2007 tentang Penugasan Khusus Sumber Daya Manusia Kesehatan
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesin Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2019 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 03 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 436 / MENKES / SK / VI /1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Pelayanan Medis di Rumah Sakit;

15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) di Rumah Sakit;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
17. Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 165 Tahun 2012 Tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
18. Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 114 Tahun 2021 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum daerah;
19. Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 993 Tahun 2017 tentang tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 846 Tahun 2018;
20. Keputusan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 263 Tahun 2019 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung sebagai Unit Pelaksanaan Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta yang Menetapkan Pola Penglolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
21. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 461 Tahun 2018 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung;
22. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 166 Tahun 2023 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung;
23. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung Nomor 25 Tahun 2022 tentang Perubahan Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung;
24. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung Nomor 181 Tahun 2022 tentang Perubahan Empat atas Keputusan Direktur Nomor 227 Tahun 2021 tentan Struktur Organisasi Komite Medik Pada Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIPAYUNG TENTANG PERATURAN INTERNAL STAFF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAW*) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIPAYUNG**

Ditetapkan di Jakarta,
Pada tanggal, 30 Desember 2022
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH CIPAYUNG

dr. Ekonugroho Budhi Prasetyo
NIP. 198106012011011010

Rumah Sehat untuk Jakarta

RSUD Cipayung

PERATURAN INTERNAL STAFF MEDIS *(MEDICAL STAFF BYLAWS)*

RSUD CIPAYUNG

2022

Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung

Jl. Mini III Rt.04 Rw.03, Kel. Bambu Apus,

Kecamatan Cipayung, Email: rsudcipayung@gmail.com

Jakarta Timur

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadrat Allah Subhannahuwata'ala karena dengan berkat rahmat-Nya tersusunlah Pembaruan Peraturan Internal Staff Medis (*Medical Staff Bylaws)* Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung Tahun 2023.

Melalui peraturan Internal Staff Medis (*Medical Staff Bylaws)* profesi medis yang bertugas di Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung diharapkan dapat melakukan self governing, self controlling dan self disciplining. Tujuan pengaturan diri sendiri tidak memiliki maksud lain kecuali untuk menjaga mutu staff medis dalam memberikan layanan. Oleh karena itu perlu dibuat peraturan tersendiri (*Medical Staff Bylaws)* yang dapat mengatur staff medis secara internal

Jakarta, 30 Desember 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI ii

BAB 1. PENDAHULUAN 1

A. Ketentuan umum 2
B. Prosedur recruitment staff medis 4
C. Kredensial dan rekredensial.....5
D. Penilaian kinerja staff medis 6

BAB II. NAMA DAN TUJUAN.....6

A. Nama.....6
B. Tujuan 7

BAB III. PENGANGKATAN STAFF MEDIS DAN PENGANGKATAN KEMBALI.....7

A. Keanggotaan staff medis.....7
B. Persyaratan keanggotaan 8
C. Tatalaksana pengangkatan.....8
D. Masa kerja staff medis.....8

BAB IV. KATEGORI STAFF MEDIS.....9

BAB V. KEWENANGAN KLINIS.....10

A. Evaluasi Kewenangan klinik 10
B. Perluasan Kewenangan klinik 11
C. Kewenangan Klinik Sementara dan Emergensi 11
D. Syarat Pemberian Kewenangan Klinik.....12

BAB VI. PEMBINAAN.....12

A. Pemberian sanksi.....12

BAB VII. PENGORGANISASIAN STAFF MEDIS DAN KOMITE MEDIS... .13

A. Pengorganisasian staff medis.....13
1. Ketua kelompok.....13

2. Keanggotaan 13
3. Pengelompokan 13
4. Kewajiban kelompok 14
5. Fungsi , Tugas dan Tanggung Jawab 14
6. Monitoring dan Evaluasi 15
B. Komite Medik 15
1. Tujuan Pembentukan 15
2. Masa kerja 16
3. Struktur Organisasi Komite Medik 16
4. Ketua Komite Medik 16
5. Sekretaris Komite Medik 17
6. Anggota Komite Medik 17
7. Fungsi , Tugas dan tanggung Jawab komite medik 17
8. Kewenangan dan kewajiban komite medik 18
9. Kewajiban komite medik 19
10. Undangan , pimpinan dan peserta rapat.....20
11. Rapat Tahunan Komite medik 20
12. Kuorum.....21
13. Pemungutan Suara.....21
14. Pembatalan keputusan rapat.....21
15. Sub Komite Medik.....22
16. Pembentukan Sub Komite.....22
17. Kegiatan Sub Komite.....22
18. Tugas dan Tanggung Jawab Sub Komite.....22
19. Sub Komite Kredensial 23
20. Sub Komite Etika dan Disiplin.....23
21. Kewenangan Sub Komite 24
22. Sumber daya.....24

BAB VIII. TINDAKAN KOREKTIF.....24

BAB IX. PEMBERHENTIAN 25

BAB X. SANKSI 25

BAB XI. KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS.....26

BAB XII. KETENTUAN PERUBAHAN 27

BAB XIII. PENUTUP.....27

BAB I

PENDAHULUAN

Upaya mendekatkan pelayanan kesehatan perorangan dan rujukan dalam rangka memenuhi rasa keadalan dan pemerataan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, menyebabkan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta membangun Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Cipayung.

Sebagai fasilitas kesehatan masyarakat, RSUD Cipayung dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan bermutu, professional dan berorientasi kepada kebutuhan dan keselamatan pasien. Oleh karenaitu, selain melengkapi sarana dan prasarana Rumah Sakit, strategi pelayanan dan pemasaran , Rumah Sakit harus memiliki staff medis yang handal, empati , kompeten dan patuh menjalani kedokteran sesuai ketentuan.

Staff medis merupakan tenaga yang mandiri , karena setiap dokter, dokter spesialis dan dokter gigi memiliki kebebasan profesi dalam mengambil keputusan klinis pada pasien. Keputusan utuk memberikkan tindakan medis maupun terapi pada setiap pasien harus dilakukan atas kebebasan dan kemandirian profesi yang diberikan tidaklah berarti kebebasan penuh tanpa batas namun harus tetap terikat dengan standar profesi, standar kompetensi dan standar pelayanan medis. Hal inilah yang menjadi dasar dibuatnya peraturan Internal Staff Medis (Medical Staff Bylaws) Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung.

Melalui Peraturan internal ini, profesi medis yang bertugas di Rumah Sakit Umum Daerah CIpayung diharapkan dapat melakukan self governing, self controlling dan self disciplining serta mampu menjalin kerjasama yang baik dengan managemen pengelola dan pemilik RUmah Sakit dalam mewujudkan masyarakat sehat dan sejahtera.

Pasal 1
Ketentuan Umum

Dalam peraturan ini, yang dimaksud dengan :

1) Peraturan perundang – undangan adalah segala ketentuan yang berkaitan dengan pelayanan yang berlaku di Indonesia.
2) Daerah adalah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
3) Gubernur adalah Gubernur Kepala Daerah Provinsi DKI Jakarta.
4) Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
5) Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung.
6) Statuta atau pola tata kelola atau Hospital by Laws adalah peraturan yang mengatur antara hubungan antara pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili dengan pengelola Rumah Sakit dan staff medik. Pola Tata Kelola terdiri dari Pola Tata Kelola Korporasi *(Corporate by Laws)* dan Pola Tata Kelola Staff Medis *(Medical Staff by Laws)*.
7) Pola tata kelola staf medis (Medical Staff by Laws) adalah peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari Staff medis di Rumah Sakit.
8) Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah Pemerintah Provinsi Ibukota Jakarta yang mempunyai tugas dan fungsi memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi , efektivitas dan produktivitas.
9) Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung yang menjadi Pemimpin Badan Layanan Umum Derah disingkat BLUD yang ditunjuk oleh Gubernur Kepala Daerah Provinsi DKI Jakarta.
10) Staff medis adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang menyelenggarakan praktek kedokteran di Rumah Sakit.
11) Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawatdarurat.
12) Praktek kedokteran adalah rangkaian kegiatan yanag dilakukan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi spesialis terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.
13) Pelayanan medis adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis sesuai dengan kompetensi dan

kewenangannya yang dapat berupa pelayanan promotif , preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif atau rehabilitatif.

14) Kewenangan klinis *(clinical privilege)* adalah hak khusus seorang staff medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan Rumah Sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis *(clinical appointment)*.
15) Penugasan klinis *(clinical appointment)* adalah penugasan Kepala/Direktur Rumah Sakit kepada seorang Staff medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya .
16) Kredensial adalah proses evaluasi terhadap Staff medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis *(clinical privilege)*.
17) Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap Staff medis yang telah memiliki kewenangan klinis *(clinical privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
18) Audit medis Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
19) Mitra bestari *(peer group)* adalah sekelompok Staff medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
20) Peraturan internal Staff medis *(medical staff by laws)* adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (clinical governance) untuk menjaga profesionalisme Staff medis di Rumah Sakit.
21) Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Konsil Kedokteran Indonesia kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang telah diregistrasi.
22) Pengangkatan Staff medis adalah penempatan seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis untuk menjadi Staff medis fungsional yang memiliki kewenangan menyelenggarakan praktek kedokteran.
23) Pengangkatan kembali Staff medis adalah penempatan seorang dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis kembali menjadi Staff medis fungsioanal setelah mengikuti tugas belajar atau ditempatkan pada jabatan non fungsional.
24) Komite medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tatakelola klinis *(clinic governance)* agar Staff medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial , penjagaan mutu profesi medis , dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

25) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Komite Medik yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
26) Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik setiap tahun.
27) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik diluar jadwal rapat rutin untuk mengambil putusan hal–hal yang dianggap khusus.

Pasal 2
Prosedur Rekruitment Staff Medis

1) Menerima seluruh berkas lamaran yang masuk;
2) Membuat rekapan seluruh berkas lamaran yang terdiri dari daftar riwayat hidup, Salinan sah ijazah, transkip nilai, STR dan SIP yang masih berlaku, surat keterangan berbadan sehat dari dokter, surat keterangan bebas narkoba, surat keterangan berkelakuan baik dari pihak berwajib, pas foto, pengalaman kerja, dan setifikat pelatihan atau sertifikat lainnya;
3) Menyeleksi dan mengelompokan pelamar yang memenuhi kriteria sesuai tenaga yang dibutuhkan (Seleksi Pemberkasan);
4) Memanggil pelamar yang sesuai dengan kebutuhan dan syarat minimum di RSUD Cipayung
5) Membawa hasil seleksi pemberkasan untuk di seleksi sesuai dengan penjadwalan yang ada;
6) Melakukan seleksi berupa test tulis / *computer assisted test* (CAT);
7) Melakukan tes kompetensi di RSUD Cipayung (untuk dokter umum dan dokter gigi umum);
8) Melakukan tes MMPI di RS yang sudah ditentukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta;
9) Melakukan test wawancara dengan Komite Medik RSUD Cipayung;
10) Pengumuman lulus seleksi baik tulis, wawancara maupun MMPI;
11) Bagi Staff Medis yang memenuhi persyaratan dan diterima untuk bekerja, harus menandatangani Perjanjian Kerja yang dibuat secara tertulis dan dilaksanakan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
12) Melakukan orientasi umum dan khusus bagi staff medis baru mengenai tugas dan tanggung jawab serta wewenang mereka di unit pelayanan dimana mereka bekerja;
13) Melakukan penilaian selama orientasi dan menerima hasil penilaian dari unit pelayanan dimana mereka bekerja; dan

14) Staff Medis dalam menjalankan tugasnya berpedoman dengan Surat Tugas dan Penempatan Direktur RSUD Cipayung.

Pasal 3

Kredensial

Kredensial adalah proses verifikasi dokumen dari pelamar, wawancara, dan ketentuan lain sesuai dengan kebutuhan rumah sakit terhadap seorang staf medis untuk menentukan apakah yang bersangkuran layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit tersebut untuk periode tertentu.

Pasal 4

Rekredensial

1) Rumah sakit menetapkan proses penetapan ulang staff medis dan pembaharuan kewenangan klinis paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun untuk penetapan kewenangan klinis dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi kewenangan klinis, sesuai hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf medis;
2) Penetapan ulang adalah proses tinjauan terhadap dokumentasi anggota staf medis untuk diverifikasi:
   a. Kelanjutan izin (licence);
   b. Apakah angora staf medis tidak terkena tindakan etik dan disiplin dari MKEK dan MKDI;
   c. Apakah tersedia dokumen untuk mendukung penambahan kewenangan klinis atau tanggung jawab di rumah sakit;dan
   d. Apakah staf medis mampu secara fisik dan mental memberikan asuhan dan pengobatan tanpa supervise.
3) Hasil rekredensial dapat berupa:
   a. Anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar atas pendidikan dan pelatihan lanjutan yang terverifikasi;
   b. Kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar atas:
      I. Hasil dari proses tinjauan praktik professional berkelanjutan;
      II. Pembahasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, KKI, MKEK, MKDKI, atau badan resmi lainnya;
      III. Temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain;

IV. Kesehatan staf medis; dan

V. Permintaan staf medis.

Pasal 5

Penilaian Kinerja Staf Medis

1) Penilaian kinerja yang bersifat administrative dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku
2) Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medis sesuai ketentuan yang berlaku
3) Staff Medis yang memberikan pelayanan medis dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medis, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian

BAB II
NAMA DAN TUJUAN

Pasal 6

Nama

1) Nama kelompok Dokter, Dokter Spesialis, Dokter Gigi dan Dokter Gigi Spesialis yang berhak memberikan pelayanan medis di Rumah Sakit ini adalah kelompok staff medik (KSM) Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung.
2) Pengelompokan anggota KSM berdasarkan bidang spesialisasi/keahlian yang ada di Rumah sakit.
3) Setiap Kelompok Staff Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
4) Pengelompokkan Staf Medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :
   a. Penggabungan tenaga dokter umum , dokter spesialis , dokter gigi dan dokter gigi spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda;
   b. Penggabungan dilakukan apabila jumlahnya kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk Staff Medis sendiri;
   c. Penggabungan harus memperhatikan kemiripan disiplin ilmu tersebut dan wajib diikuti dengan pembagian dan tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan di dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis Rumah Sakit .
5) Nama wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari ketua – ketua Staff medis fungsional dan atau yang mewakili disiplin ilmu tertentu adalah Komite Medik Rumah Sakit Umum Daerah Cipayung.

6) Komite Medik berkantor di RSU Daerah Cipayung , Kelas D beralamat di Jalan Mini III Rt.04/Rw.03 Kelurahan Bambu Apus, Kecamatan Cipayung, Kota Administrasi Jakarta Timur.

Pasal 7

Tujuan

Tujuan Pengorganisasian Staff Medis RSUD adalah sebagai berikut :

a. Memberikan keleluasaan kepada Staff Medis untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan prinsip – prinsip yang dapat diterima secara umum;
b. Menjamin penyelenggaraan praktek kedokteran sesuai dengan standar profesi yang berlaku;
c. Menjamin seluruh pasien Rumah Sakit mendapatkan layanan medis dan perhatian serta memastikan pemberian pelayanan medis tidak berdasarkan pada suku agama,Ras ,etnis , kondisi kesehatan , dll;
d. Sebagai wadah untuk berkumpul , berdiskusi , merumuskan dan membahas peraturan bagi Staff Medis yang menyelenggarakan praktek kedokteran serta mencari solusi persoalan–persoalan yang berhubungan dengan etika profesi kedokteran atau penyalahgunaan kewenangan klinis oleh Staff Medis;
e. Sebagai wadah koordinasi dengan pihak direksi, manajemen dan tenaga kesehatan lainnya di Rumah Sakit;
f. Membantu merencanakan pengembangan fasilitas, tenaga dan program kerja Rumah Sakit.

BAB III

Pengangkatan Staff Medis dan Pengangkatan Kembali

Pasal 8

Keanggotaan Staff Medis

1) Keanggotaan Staff Medis merupakan *previlege* yang dapat diberikan kepada dokter yang secara terus menerus mampu memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang ditentukan .
2) Keanggotaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan tanpa membedakan ras, agama, warna kulit, jenis kelamin, keturunan, status ekonomi dan pandangan politisnya.

Pasal 9
Persyaratan Keanggotaan

Untuk dapat bergabung dengan Rumah Sakit sebagai Staff Medis maka dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktik (SIP) , kesehatan jasmani dan rohani yang baik *(fit)* untuk melaksanakan tugas dan tanggung-jawabnya serta memiliki perilaku dan moral yang baik.

Pasal 10
Tatalaksana Pengangkatan

1) Tatalaksana pengangkatan dan pengangkatan kembali Staff Medis Rumah Sakit adalah dengan mengajukan permohonan kepada Direktur.
2) Direktur berdasarkan pertimbangan dan Komite Medis dapat mengabulkan atau menolak mengabulkan permohonan tersebut.

Pasal 11
Masa Kerja Staff Medis

Lama masa kerja sebagai Staff Medis Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

1) Untuk Staff Medis Organik adalah sampai yang bersangkutan memasuki masa pensiun sesuai peraturan perundang–perundangan yang berlaku.
2) Untuk Staff Medis Mitra adalah selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan.
3) Untuk Staff Medis Relawan *(voluntir)* adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa kerja berikutnya sepanjang yang bersangkutan masih menghendaki dan memenuhi semua persyaratan.
4) Bagi Staff Medis Organik yang sudah pensiun sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dapat diangkat kembali sebagai Staff Medis Mitra atau Staff Medis Relawan sepanjang yang bersangkutan memenuhi persyaratan.

BAB IV
KATEGORI STAFF MEDIS

Pasal 12
Kategori

Staff medis yang telah bergabung dengan Rumah Sakit dikelompokkan ke dalam kategori:

1) Staff Medis Organik , yaitu Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai pegawai tetap , berkedudukan sebagai sub ordinat yang bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit serta bertanggungjawab kepada lembaga tersebut.
2) Staff Medis Mitra, yaitu Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit sebagai mitra , berkedudukan sederajat dengan Rumah Sakit, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggunggugat secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
3) Staff Medis Relawan, yaitu Dokter yang bergabung dengan Rumah Sakit atas dasar keinginan mengabdi secara sukarela , bekerja untuk dan atas nama Rumah Sakit, dan bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggunggugat ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit.
4) Staff Medis Tamu, yaitu Dokter dari luar Rumah Sakit yang karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus–kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh Staff Medis yang ada di Rumah Sakit atau untuk mendemonstrasikan suatu keahlian tertentu atau teknologi baru.

Pasal 13
Dokter Spesialis Konsultan

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

Pasal 14
Dokter Umum UGD

Dokter Umum di Unit Gawat Darurat adalah Dokter Umum yang memberikan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat sesuai penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang – undangan.

Pasal 15
Dokter Umum Rawat Inap

Dokter umum di ruang rawat inap adalah Dokter Umum yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap sesuai dengan penempatan dan atau tugas yang diberikan oleh Rumah Sakit mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang–undangan.

Pasal 16
Dokter Spesialis Kontrak

Dokter Spesialis Kontrak adalah dokter spesialis yang bekerja di Rumah Sakit untuk sementara waktu , atas dasar perjanjian / Kontrak tertulis dengan Direktur.

BAB V
KEWENANGAN KLINIS
(CLINICAL PRIVILEGES)
Pasal 17

1) Setiap Dokter yang diterima sebagai Staff Medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinik oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medis.
2) Penentuan kewenangan klinik berdasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang dimiliki staff medis.
3) Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medis dapat meminta informasi atau pendapat dari kolegium terkait.

Pasal 18
Evaluasi Kewenangan Klinik

Kewenangan klinik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 akan dievaluasi terus menerus untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut.

Pasal 19

Perluasan Kewenangan Klinik

1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan kliniknya diperluas maka Staff 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 Medis.
3) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinik yang dikabulkan atau ditolak harus dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon.

Pasal 20

Kewenangan Klinik Sementara

1) Direktur atas usulan Komite Medis dapat memberikan kewenangan klinis sementara (temporary previleges) pada Staff Medis tententu.
2) Staff Medis tertentu sebagaimana yang dimaksud ayat (1) diberikan pada staff medis

   Yang berakhir masa berlaku STR nya, dokter/dokter gigi yang ditempatkan pada kelompok Staff Medis Spesialis dan Dokter Tamu atau Dokter Pengganti.
3) Masa pemberian kewenangan klinis sementara (temporary privileges) maksimal 6 (enam) bulan untuk staff medis yang masa berlaku STR nya habis dan berakhirnya penempatan pada kelompok Staff Medis Spesialis untuk dokter dan dokter gigi.
4) Pemberian kewenangan klinis pada dokter/dokter gigi yang ditempatkan pada Kelompok Staff Medis Spesialis harus disertai dengan uraian kewenangan secara tertulis.
5) Pemberian kewenangan klinis pada dokter/dokter gigi yang ditempatkan pada Kelompok Staff Medis Spesialis harus dikonsultasikan terlebih dahulu kepada Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 21
Kewenangan Klinik Emergensi/Khusus

1) Keadaan emergensi atau bencana yang menimbulkan banyak korban maka semua Staff Medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinik yang diberikan, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
2) Pemberian kewenangan berakhir setelah keadaan darurat diturunkan statusnya dan atau dinyatakan selesai.
3) Keadaan emergensi atau bencana sebagaimana dimaksud ayat (1) dinyatakan oleh pejabat berwenang.

Pasal 22
Syarat Pemberian Kewenangan Klinik

1) Kewenangan klinik untuk melakukan pemeriksaan, penegakan diagnosa, pemberian terapi dan prosedur serta tindakan medis lainnya diberikan pada Staff Medis sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya.
2) Kewenangan klinik Staff Medis berakhir dengan sendirinya pada saat masa berlaku Surat Tanda Registrasi (STR) habis.

BAB VI
PEMBINAAN
Pasal 23

Dalam hal Staff Medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan sehingga menimbulkan kecacatan dan atau kematian maka Komite Medis dapat melakukan penelitian

Pasal 24
Pemberian Sanksi

1) Bila hasil penilaian sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 membuktikan kebenaran penilaian maka Komite Medis dapat mengusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi berupa sanksi administratif.
2) Pemberlakuan sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada Staff Medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medis.

3) Dalam hal Staff Medis tidak dapat menerima sanksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari sejak diterimanya Surat Keputusan, untuk selanjutnya Direktur memiliki 15 (lima belas) hari untuk menyelesaikan dengan cara adil dan seimbang dengan mengundang semua pihak terkait.
4) Penyelesaian sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bersifat final.

BAB VII
PENGORGANISASIAN STAFF MEDIS DAN KOMITE MEDIS

Bagian Pertama
A. Pengorganisasian Staff Medis
Pasal 25
Ketua Kelompok

Pemilihan Ketua Kelompok Staff Medis :

a) Kelompok Staff Medis dipimpin oleh seorang Ketua yang dipilih oleh anggotanya;
b) Ketua Kelompok Staff Medis dapat dijabat oleh Dokter Organik atau Dokter Mitra;
c) Pemilihan Ketua Kelompok Staff Medis diatur dengan mekasime yang disusun oleh Komite Medis dengan persetujuan Direktur;
d) Ketua Kelompok Staff Medis ditetapkan dengan keputusan Direktur;
e) Masa bakti Ketua Kelompok Staff Medis adalah minimal 3 (tiga) tahun dan dapat dipilih kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya berturut-turut.

Pasal 26
Keanggotaan

Semua Dokter yang melaksanakan pratek kedokteran di unit-unit pelayanan Rumah Sakit, termasuk unit-unit pelayanan yang melakukan kerjasama operasional dengan Rumah Sakit, wajib menjadi anggota Staff Medis.

Pasal 27
Pengelompokan

1) Dalam melaksanakan tugas maka Staff Medis dikelompokkan sesuai bidang spesialisasi/keahliannya atau menurut cara lain berdasarkan pertimbangan khusus.

2) Setiap kelompok Staff Medis minimal terdiri atas 2 (dua) orang dokter dengan bidang keahlian sama.

Pasal 28

Kewajiban Kelompok

a) Menyusun standar prosedur operasioanl pelayanan medis, meliputi bidang administrasi, manajerial dan bidang pelayanan medis;
b) Menyusun indikator mutu klinik;
c) Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

Pasal 29

Fungsi

Fungsi Staff Medis Rumah Sakit adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis

Pasal 30

Tugas

Tugas Staff Medis Rumah Sakit adalah :

a) Melaksanakan kegiatan profesi yang komprehensif meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
b) Membuat rekam medis sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
c) Meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan atau pelatihan berkelanjutan;
d) Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan medis, dan etika kedokteran;
e) Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

Pasal 31

Tanggung Jawab

Tanggung jawab Kelompok Staff Medis Rumah Sakit adalah :

a. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan Dokter baru di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan.

b. Melakukan evaluasi atas tampilan kinerja praktek Dokter berdasarkan data yang komprehensif;
c. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang Dokter di Rumah Sakit untuk mendapatkan Surat Keputusan Direktur;
d. Memberikan kesempatan kepada para Dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
e. Memberikan masukan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktek kedokteran;
f. Memberikan laporan secara teratur minimal sekali setiap tahun melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur atau Bidang Pelayanan Medik dan Penunjang tentang hasil pemantauan indikator mutu klinik, evaluasi kinerja praktek klinik, pelaksanaan program pengembangan staff, dan lain-lain yang dianggap perlu;
g. Melakukan perbaikan standar prosedur operasional serta dokumen-dokumen yang terkait.

Pasal 32
Monitoring dan Evaluasi

1. Penilaian kinerja yang bersifat administratif dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku.
2. Evaluasi yang menyangkut keprofesian dilakukan oleh Komite Medis sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Staff Medis yang memberikan pelayanan medik dan menetap di unit kerja tertentu secara fungsional menjadi tanggung jawab Komite Medis, khususnya dalam pembinaan masalah keprofesian.

Bagian Kedua
B. Komite Medis

Pasal 33
Tujuan Pembentukan

Guna membantu Rumah Sakit dalam mengawal mutu layanan kesehatan berbasis Keselamatan Pasien maka dibentuk Komite Medis, yang merupakan wadah profesional di Rumah Sakit yang memiliki otoritas tertinggi dalam organisasi staff Medis.

Pasal 34
Masa Kerja

Komite Medis pembentukannya ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun, berkedudukan di bawah serta bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 35
Struktur Organisasi Komite Medis



Pasal 36
Ketua Komite Medik

Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medik adalah :

a) Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
b) Menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran, dan dampak yang luas;
c) Peka terhadap perkembangan ke Rumah Sakitan;
d) Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
e) Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya; dan
f) Mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi.

Pasal 37

Sekretaris Komite Medik

a) Sekretaris Komite Medis dipilih oleh Ketua Komite Medis;
b) Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang Dokter Organik;
c) Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.

Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi/staff sekretariat purna waktu.

Pasal 38

Anggota

Anggota Komite Medis terdiri dari semua Ketua Kelompok Staff Medis dan atau yang mewakili.

Pasal 39

Fungsi Komite Medik

Fungsi Komite Medis adalah sebagai pengarah (steering) dalam pemberian pelayanan medis, yang rincianyanya adalah sebagai berikut :

a) Memberikan saran kepada direktur rumah sakit/ kepala bidang pelayanan medik;
b) Mengkoordinasikan atau mengarahkan kegiatan pelayanan medik;
c) Menangani hal-hal berkaitan dengan *ethical performance*; dan
d) Menyusun kebijakan pelayanan medik sebagai standar yang harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh semua kelompok Staff Medis di rumah sakit.

Pasal 40

Tugas Komite Medik

a) Melakukan kredensial bagi seluruh Staff Medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
b) Membantu Direktur menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya;
c) Melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
d) Mengatur kewenangan profesi antar kelompok Staff Medis;
e) Membantu Direktur menyusun Peraturan Pola Tata Kelola Staff Medis *(Medical Staff Bylaws)* serta memantau pelaksanaannya;

f) Membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan *medico legal*;
g) Membantu Direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *etika legal*;
h) Melakukan koordinasi dengan kepala bidang pelayanan medik dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staff Medis;
i) Meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
j) Melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis antara lain monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat, farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, *tissue riview*, mottaliltas dan morbiditas, *medical care review/ peer riview/* audit medis melalui pembentukan sub komite – sub komite; dan
k) Memberikan laporan kegiatan kepada Direktur.

Pasal 41
Tanggung Jawab Komite Medik

Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur meliputi hal-hal yang berkaitan dengan :

1) Mutu pelayanan medis;
2) Pembinaan etik kedokteran; dan
3) Pengembangan profesi medis.

Pasal 42
Kewenangan Komite Medik

1) Memberikan usulan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis;
2) Memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan alat medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis;
3) Monitoring dari evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas komite medik;
4) Monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
5) Melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antara kelompok staf medis;

6) Membentuk Tim Klinik yang mempunyai tugas menangani kasus – kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misalnya penanggulangan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya;dan
7) Memberikan rekomendasi tentang kerjasama antar rumah sakit dan fakultas kedokteran / kedokteran gigi / institusi pendidikan lain.

Pasal 43
Kewajiban Komite Medik

1) Menyusun rancangan Peraturan Tata Kelola Staff Medis *(Medical Staff Bylaws)*;
2) Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial dan adminstrasi serta bidang keilmuan, profesi, standar profesi dan standar kompetensi;
3) Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik;dan
4) Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

Pasal 44
Rapat Kerja

1) Komite medik melakukan rapat dengan ketentuan :
   a) Rapat rutin, dilakukan sekali setiap bulan;
   b) Rapat bersama semua Kelompok Staff Medis, dilakukan sekali setiap bulan;
   c) Rapat koordinasi bersama Direktur atau Kepala Bidang, dilakukan sekali setiap bulan;
   d) Rapat darurat, dilakukan sewaktu-weaktu guna membahas masalah yang sangat urgen.
2) Rapat dipimpin oleh Ketua atau yang mewakili berdasarkan kesepakatan para anggota, dan
3) Rapat dinyatakan sah apabila dihadiri 2/3 (dua per tiga) anggota hadir.

Setiap undangan rapat rutin yang disampaikan Ketua harus dilampiri dengan salah satu salinan risalah rapat yang lalu.

Pasal 45

Rapat Khusus

1) Adanya permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) anggota Staff Medis dalam waktu 48 (empat puluh delapan) jam sebelumnya; atau
2) Adanya keadaan/situasi tertentu yang mendesak untuk segera dilaksanakan rapat Komite Medis.
3) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh Ketua Kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum dilaksanakan.
4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan spesifik.
5) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Staff Medis sebagaimana diatur pada ayat (1) harus dilakukan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surta permintaan tersebut.

Pasal 46

Rapat Tahunan

1) Rapat Tahunan Kelompok Staff Medis dan atau Komite Medis diselenggarakan sekali dalam setahun.
2) Ketua menyampaikan undangan tertulis kepada anggota dan laporan lain paling lambat 14 (empat belas hari) sebelum rapat diselenggarakan.

Pasal 47

Undangan Rapat

Setiap Rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan secara pantas, kecuali seluruh anggota yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 48

Peserta Rapat

Setiap rapat khusus , rapat tahunan wajib dihadiri oleh Direktur, Kepala Bidang dan pihak lain yang ditentukan oleh Komite Medis.

Pasal 49

Pimpinan Rapat

Dalam hal Ketua dan Wakil Ketua berhalangan hadir dalam suatu rapat dan kuorum telah tercapai maka anggota yang hadir dapat memilih Penjabat Ketua untuk memimpin rapat.

Pasal 50
Kuorum

1) Rapat Kelompok Staff Medis dan atau Komite Medis dapat dilaksanakan apabila kuorum tercapai.
2) Kuorum dianggap tercapai apabila dihadiri oleh dua per tiga dari jumlah anggota Kelompok Staff Medis.
3) Dalam hal kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat , waktu dan hari yang sama minggu berikutnya.
4) Dalam hal koarum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu yang telah ditentukan pada minggu berikutnya maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat pada risalah rapat disahkan dalam rapat anggota Kelompok Staff Medis dan atau Komite Medis berikutnya.

Pasal 51
Pemungutan Suara

1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Kelompok Staff Medis dan atau Komite Medis, ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Kelompok Staff Medis dan Komite Medis, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup / menggunakan aplikasi polling.
2) Keputusan rapat Kelompok Staff Medis dan Komite Medis didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara .
3) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua atau Wakil Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ke dua kalinya.
4) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Kelompok Staff Medis dan atau Komite Medis yang hadir pada rapat tersebut.

Pasal 52
Pembatalan Keputusan Rapat

1) Direktur dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya , dengan syarat usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana yang ditentukan dalam peraturan ini.

2) Dalam hal khusus perubahan atau pembatalan keputusan Direktur tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu tiga bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

Pasal 53

Sub Komite Medik

1. Komite Medis dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Sub Komite, yang terdiri dari :
   a. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis ;
   b. Sub Komite Kredensial ;
   c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi ;
2. Sub Komite lainnya dibentuk sesuai kebutuhan pelayanan.
3. Penggabungan sub Komite dimungkinkan menyesuaikan jumlah Staff Medis.

Pasal 54

Pembentukan Sub Komite

Pembentukan Sub Komite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan Ketua Komite Media setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medis.

Pasal 55

Kegiatan Sub Komite

Sub Komite mempunyai kegiatan sebagai berikut :

a) Menyusun kebijakan dan prosedur kerja ;
b) Membuat laporan berkala dan laporan tahunan yang berisi evaluasi kerja selama setahun yang baru saja dilalui disertai rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.

Pasal 56

Tugas dan Tanggung Jawab Sub Komite

Tugas dan tanggung–jawab Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis adalah:

a) Membuat rencana atau program kerja;
b) Melaksanakan rencana atau jadwal kegiatan;
c) Membuat paduan mutu pelayanan medis;

d) Melakukan pantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis;
e) Menyusun indikator mutu klinik , meliputi indikator input , output proses , dan outcome;
f) Melakukan koordinasi dengan Sub Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit;
g) Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.

Pasal 57

Sub Komite Kredensial

Tugas dan tanggungjawab Sub Komite Kredensial adalah :

a) Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota Staff Medis;
b) Membuat rekomendasi hasil review;
c) Membuat rekomendasi hasil review;
d) Melakukan review kompentensi Staff Medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kep Komite Medis dalam rangka pemberian *clinical privileges*, *reapointments* dan penugasan medis pada unit kerja;
e) Membuat rencana kerja;
f) Melaksanakan rencana kerja;
g) Menyusun tata laksana dari instrument kredensial;
h) Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan; dan
i) Membuat laporan berkala kepada Ketua Komite Medis.

Pasal 58

Sub Komite Etika dan Disiplin

Tugas dan tanggungjawab Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi adalah :

a) Membuat rencana kerja;
b) Melaksanakan rencana kerja;
c) Menyusun tata laksana pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
d) Melakukan sosialisasi yang terkait dengan etika profesi dan disiplin profesi;
e) Mengusulkan kebijakan yang terkait dengan bioetika;
f) Melakukan koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit ; dan
g) Melakukan pencatatan dan laporan berkala.

Pasal 59

Kewenangan Sub Komite

Kewenangan Sub Komite adalah sebagai berikut :

a) Untuk Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis; melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi;
b) Untuk Sub Komite Kredensial; melaksanakan kegiatan kredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi
c) Untuk Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi ; melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektoral dan lintas fungsi.

Pasal 60

Tiap–tiap Sub Komite bertanggungjawab kepada Komite Medis mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

Pasal 61

Sumber Daya

Guna memperlancar tugas sehari-hari perlu tersedia anggaran, ruangan pertemuan dan komunikasi bagi kelompok Staff Medis, Komite Medis dan Sub Komite serta tenaga administrasi purna waktu yang dapat membantu Kelompok Staff Medis , Komite Medis dan Sub Komite.

BAB VIII

TINDAKAN KOREKTIF

Pasal 62

Dalam hal Staff Medis diduga melakukan layanan klinik di bawah standar maka terhadap yang bersangkutan dapat diusulkan oleh Komite Medis untuk dilakukan pemeriksaan dan penelitian.

Pasal 63

Bilamana hasil penelitian menunjukkan kebenaran dugaan pelanggaran , maka yang bersangkutan dapat diusulkan kepada Direktur untuk diberlakukan sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB IX
PEMBERHENTIAN
Pasal 64

Staff Medis Organik diberhentikan dengan hormat karena :

a) Telah memasuki masa pensiun;
b) Permintaan sendiri / mengundurkan diri;
c) Tidak lagi memenuhi kualifikasi sebagai Staff Medis ; dan
d) Berhalangan tetap selama 3 (tiga) bulan berturut- turut.

Pasal 65

Staff Medis Organik dapat diberhentikan dengan tidak hormat apabila ia melakukan perbuatan melawan hukum yang ancamannya pidananya lebih dari 5 (lima) tahun.

Pasal 66

Staff Medis Mitra berhenti secara otomatis sebagai Staff Medis Rumah Sakit apabila telah menyelesaikan masa kontraknya atau berhenti atas persetujuan bersama.

Pasal 67

Staff Medis Mitra yang telah menyelesaikan masa kontraknya dapat bekerja kembali setelah menandatangani kesepakatan baru dengan pihak Rumah Sakit.

BAB X
SANKSI
Pasal 68

Staff Medis Rumah Sakit, baik yang berstatus sebagai organik ataupun mitra, yang melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan , peraturan Rumah Sakit , klausula-klausula dalam perjanjian kerja atau etika dapat diberikan sanksi yang beratnya tergantung dari jenis dan berat ringannya pelanggaran.

Pasal 69

Pemberian sanksi dilakukan oleh Direktur Rumah Sakit setelah mendengar pendapat dari Komite Medis serta Komite Etik dan Hukum dengan mempertimbangkan kadar kesalahannya , yang bentuknya dapat berupa :

a) Teguran lisan atau tertulis ;
b) Penghentian praktik untuk sementara waktu;
c) Pemberhentian dengan tidak hormat bagi Staff Medis Organik ; dan
d) Pemutusan perjanjian kerja bagi Staff Medis Mitra yang masih berada dalam masa kontrak.

BAB XI
KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS
Pasal 70

1) Rumah Sakit :
   a) Berhak membuat peraturan ysng berlaku di Rumah Sakit sesuai dengan kondisi / keadaan yang ada di Rumah Sakit;
   b) Wajib menyimpan rekam medik sesuai dengan peraturan yang berlaku ;
   c) Isi dokumen rekam medik dapat diberikan kepada pasien ataupun pihak lain atas ijin pasien secara tertulis ;
   d) Isi dokumen rekam medik dapat diberikan untuk kepentingan peradilan dan asuransi sesuai dengan peraturan perundang- undangan .

2) Dokter :
   a) Berhak mendapatkan informasi yang lengkap dan jujur dari pasien yang dirawat atau keluarganya ;
   b) Wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien , bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
   c) Wajib menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan peraturan perundang- undangan , profesi dan etika hukum dan kedokteran.
3) Pasien :
   a) Berhak mengetahui peraturan dan ketentuan Rumah Sakit yang mengatur sikap tindakan sebagai pasien ;
   b) Wajib memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya;
   c) Berhak mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis antara lain:

1. Alasan atau diagnosis yang mendasari dan tata cara tindakan medis;
2. Tujuan tindakan medis yang dilakukan ;
3. Alternatif tindakan lain dan resikonya;
4. Resiko dan komunikasi yang mungkin terjadi; dan
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan .

d) Berhak meminta konsultasi kepada dokter lain *(second opinion)* terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawatnya;
e) Berhak mengakses dari atau mendapatkan isi rekam medis;
f) Berhak memanfaatkan isi rekam medik untuk kepentingan peradilan.

BAB XII
KENTENTUAN PERUBAHAN
Pasal 71

1) Perubahan Pola Tata Kelola Rumah Sakit dilakukan melalui rapat khusus.
2) Perubahan Pola Tata Kelola Rumah Sakit sebagaimana tersebut pada ayat (1) akan diatur lebih lanjut.

BAB XIII
PENUTUP
Pasal 72

Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan agar setiap staff medis megetahui dan menyebarluaskan.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada Tanggal : 30 Desember 2022

Ketua Komite Medis

dr. Marlina Dewi Sp.PD
NIP : 102019321983101820180906 8

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH CIPAYUNG

dr. Ekonugroho Budhi Prasetyo
NIP. 198106012011011010