

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 631/MENKES/SK/IV/2005
TENTANG
PEDOMAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*) DI RUMAH SAKIT**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan medis dirumah sakit perlu pengaturan internal yang mengatur peran dan fungsi pemilik, pengelola dan staf medis;
- b. bahwa sehubungan dengan butir a tersebut diatas serta dalam rangka rumah sakit dalam menyusun medical staff baylaws perlu ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- 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 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara 3637);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159.b /Menkes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*) DI RUMAH SAKIT.**

- Kedua : Setiap rumah sakit wajib menyusun Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu profesi medis dan mutu pelayanan medis.
- Ketiga : Rumah sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*Medical Staff Bylaws*) mengacu pada Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Lampiran I tentang Tata Cara Penyusunan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) dan Lampiran II tentang Pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medis.
- Keempat : Pedoman Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) Di Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Diktum Ketiga merupakan acuan setiap rumah sakit dalam menyusun Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) yang disesuaikan dengan situasi, kondisi dan kebutuhan masing-masing rumah sakit.
- Kelima : Dalam rangka Pembinaan dan Pengawasan Direktur Jenderal Pelayanan Medik, Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan melakukan monitoring dan evaluasi penyusunan dan pelaksanaan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit.
- Keenam : Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sepanjang mengenai Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) dinyatakan tidak berlaku lagi.
- Ketujuh : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 25 April 2005

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)

Lampiran I
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 631/MENKES/SK/IV/2005
Tanggal : 25 April 2005

I. TATA CARA PENYUSUNAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BYLAWS)

1.1. Latar Belakang

Organisasi rumah sakit sangatlah unik dan kompleks. Keberadaan pusat-pusat kekuasaan atau otoritas di rumah sakit juga unik dan sukar ditemukan persamaannya pada organisasi atau institusi lain. Di rumah sakit kepemimpinan puncak terdiri dari tiga satuan atau organ fungsional yang berbeda kewenangan, tugas dan tanggung jawab masing-masing, namun semua harus bekerja sama. Secara integratif dalam menjalankan misi rumah sakit. Ke tiga kepemimpinan puncak adalah :

- a. Pemilik atau yang mewakili pemilik,
- b. Direksi
- c. Staf medis.

Pemilik atau yang mewakili pemilik sebagai otoritas *steering*, Direksi atau Pimpinan Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai motor penggerak dan staf medis adalah pelaku utama *core business* rumah sakit. Tidak satupun dari tiga kekuasaan itu akan berfungsi, jika tidak ada dua yang lain. Mereka sesungguhnya adalah *tritunggal* yang bersama-sama secara fungsional memimpin rumah sakit dan bertanggung jawab bersama tentang layanan kepada masyarakat (*shared accountability*).

Dalam rangka menuju “*Good Governance*” rumah sakit telah dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*). Dalam pedoman tersebut diuraikan bahwa *Hospital bylaws* terdiri dari *Corporate by Laws* dan *Medical staff bylaws*. Namun Peraturan tersebut kurang rinci dan terlalu umum sehingga perlu diperbaiki dan diatur dalam peraturan tersendiri.

Kita sadari organisasi staf medis saat ini semakin berkembang, jumlah dan jenis spesialisasi di rumah sakit semakin bertambah. Karena itu rumah sakit diharapkan dapat menyusun *medical staff bylaws* dengan mengacu pada pedoman ini.

Berdasarkan hal tersebut diatas, dalam rangka peningkatan mutu pelayanan medik maka perlu ada Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical staff bylaws*) yang berisi tentang konsep dan prinsip, contoh atau model format, substansi dan langkah-langkah penyusunannya.

1.2. Tujuan Pedoman

Umum :

Memberikan informasi dan acuan bagi rumah sakit dalam menyusun peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*).

Khusus

- 1.2.1. Agar rumah sakit dapat mengetahui apa yang dimaksud dengan peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*).
- 1.2.2. Agar rumah sakit dapat mengetahui materi dan substansi yang harus ada pada peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*).
- 1.2.3. Agar masing-masing rumah sakit dapat menyusun peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*).
- 1.2.4. Agar sebagai acuan Departemen Kesehatan, Konsil Kedokteran Indonesia, Organisasi Profesi dan Pemerintah Daerah dalam melakukan pembinaan profesi medis.
- 1.2.5. Memacu profesionalisme pelayanan medis di rumah sakit.
- 1.2.6. Sebagai acuan standar akreditasi rumah sakit.

II. KONSEP DAN PRINSIP PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BY LAWS*) DI RUMAH SAKIT

2.1. Perlunya peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*)

Staf medis adalah merupakan tenaga yang mandiri, karena setiap dokter memiliki kebebasan profesi dalam mengambil keputusan klinis pada pasien. Dalam memutuskan tindakan medis maupun pemberian terapi kepada pasien harus dilakukan atas kebebasan dan kemandirian profesi dan tidak boleh atas pengaruh atau tekanan pihak lain. Kebebasan profesi bukan diartikan kebebasan yang penuh, namun masih harus tetap terikat dengan standar profesi, standar kompetensi dan standar pelayanan medis.

Di sisi lain, staf medis dalam memberikan pelayanan tidak terikat dengan jam kerja, khususnya untuk kasus gawat darurat. Tenaga kesehatan lainnya yang bekerja di rumah sakit terikat dengan jam dinas dan jam kerja, yang diatur sesuai jadwal dinas dan peraturan kepegawaian rumah sakit. Selain itu tenaga kesehatan lainnya terikat dengan unit kerja dan bertanggung jawab terhadap kepala unit kerja. Sebagai contoh tenaga perawat yang dinas di poliklinik, selama satu hari perawat tersebut akan memberikan pelayanan di poliklinik. Namun untuk staf medis dalam waktu satu hari bisa berpindah tempat kerja lebih dari satu.

Di pagi hari, staf medis tersebut bisa memberikan pelayanan di poliklinik atau unit rawat jalan, di siang hari bisa di unit rawat inap dan di malam hari bisa di unit kamar operasi. Jadi staf medis kecuali staf medis yang bekerja di penunjang medis mobilitasnya sangat tinggi. dalam memberikan pelayanan sesuai dengan standar. Sehingga peraturan kepegawaian rumah sakit tidak dapat diterapkan seluruhnya untuk staf medis. Oleh karena itu perlu ada peraturan tersendiri yang dapat mengatur staf medis secara internal.

Di lain pihak, profesi medis diharapkan dapat melakukan *self governing*, *self controlling* dan *self disciplining*. Tujuan pengaturan diri sendiri tersebut adalah untuk menjaga mutu staf medis. Sejalan hal tersebut untuk menjaga mutu staf medis maka rumah sakit memerlukan *medical staff bylaws*.

2.2. Pengertian Medical staff bylaws

Terjemahan “bylaws” sampai sekarang masih banyak pendapat. Beberapa terjemahan bylaws adalah: konstitusi, statuta, anggaran dasar dan peraturan internal. Konstitusi, statuta dan anggaran dasar sama-sama berarti produk internal tertinggi yang mengatur suatu organisasi atau institusi, Namun masing-masing istilah lazim digunakan pada jenis organisasi atau institusi yang berbeda.

Konstitusi adalah produk hukum tertinggi dalam suatu Negara, karena itu istilah konstitusi terlalu tinggi jika digunakan juga untuk rumah sakit.

Anggaran Dasar lazim digunakan untuk Perkumpulan, Yayasan atau Badan Hukum seperti Perseroan Terbatas (PT) dan lain-lain.

Statuta saat ini lazim digunakan untuk Perguruan Tinggi. Istilah statuta berasal dari Belanda *statutan* yang berarti anggaran dasar perkumpulan. Di samping itu, *The New Grolier Webster International Dictionary* menjelaskan arti Statuta dalam bahasa Inggris sebagai “*A Permanent rule or law enacted by the governing body of a corporation or institution*”

Untuk rumah sakit, istilah statuta sudah digunakan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 297/Menkes/SK/VI/1999 tentang Statuta RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Untuk staf medis, istilah statuta kurang tepat karena penggunaan statuta sering dikaitkan dengan badan hukum institusi sedangkan staf medis tidaklah berbentuk badan hukum, karena itu istilah statuta tidak tepat digunakan untuk medical staff bylaws.

Mengacu kepada pengertian *bylaws* rumah sakit yang merupakan produk hukum dari suatu organ yang lebih tinggi dari direktur rumah sakit, dan konsekuensi logisnya adalah *bylaws* tersebut tidak memuat hal-hal yang bersifat teknis manajerial seperti halnya “*standard operating procedure*”

suatu “*technical task*” tertentu atau “*job description*” seseorang. Maka *medical staff bylaws* rumah sakit juga dapat diartikan merupakan produk hukum tertinggi di staf medis. Karena itu *medical staff bylaws* tidak mengatur standard operating prosedur atau ketentuan teknis lainnya.

Berdasarkan uraian tersebut diatas maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. *Medical staff bylaws* adalah suatu peraturan organisasi staf medis dan komite medis di rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit atau *Governing Body*;
- b. *Medical staff bylaws* bukan merupakan kumpulan peraturan teknis administrasi medis ataupun teknis medis di rumah sakit. Oleh karena itu *standard operating procedure*, standar pelayanan medis bukan merupakan *medical staff bylaws* tetapi lebih merupakan kebijakan teknis operasional pelayanan medis;
- c. *Medical staff bylaws* mengatur pengorganisasian staf medis, komite medis, peran, tugas dan kewenangan staf medis.
- d. *Medical staff bylaws* tidak mengatur manajemen keuangan dan peralatan medis
- e. *Medical staff bylaws*, *Rules and Regulations* adalah kerangka (framework) untuk pengaturan diri sendiri (*self-governance*) oleh staf medik yang dapat diterima secara umum. Kerangka itu menetapkan tugas, kewajiban, kewenangan, tanggung jawab, kelompok staf medis dan komite medis.
- f. Yang dimaksud dengan staf medis dalam *medical staff bylaws* adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis.

2.3. Fungsi

Medical staff bylaws mempunyai fungsi sebagai berikut:

- 2.3.1. Menggambarkan pengorganisasian staf medis di rumah sakit.
- 2.3.2. Memuat prosedur persyaratan dan penerimaan tenaga medis di rumah sakit
- 2.3.3. Mengatur mekanisme *peer review*, *reapoinment*, kewenangan yang diberikan (*clinical privileges*) dan pendisiplinan.
- 2.3.4. Memuat prosedur pengajuan permohonan sebagai staff medis
- 2.3.5. Sebagai acuan pemberian pelayanan berdasarkan standar profesi dan kode etik profesi medis.

2.4. Tujuan

Medical staff bylaws mempunyai tujuan sebagai berikut :

Umum :

Sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan medis di rumah sakit.

Khusus

- 2.4.1. Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medis dengan pemilik rumah sakit atau yang mewakili dan antara staff medis dengan Direktur/ Pimpinan rumah sakit.
- 2.4.2. Tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien.
- 2.4.3. Terciptanya tanggung jawab staf medis terhadap mutu pelayanan medis di rumah sakit.

III. MATERI DAN SUBSTANSI PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAF BYLAWS*)

Medical staff bylaws adalah “*tailor made*” dan *medical staff bylaws* adalah merupakan peraturan yang mengatur staf medis. Mengacu kedua hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa walaupun *medical staff bylaws* bersifat “*tailor made*”, namun tetap diperlukan acuan hal-hal apa saja yang perlu diatur di dalam *medical staff bylaws* dengan tujuan untuk menjaga mutu profesi medis.

Mengingat staf medis adalah profesi mandiri maka dalam menyusun *medical staff bylaws* perlu pula memperhatikan ciri-ciri profesi. Selain itu, sebagaimana diuraikan diatas bahwa *medical staff bylaws*, adalah *tailor made* maka materi dan substansi tidak mungkin disamakan antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya. Namun paling tidak harus ada substansi minimal yang harus dicantumkan dalam peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) tersebut.

Substansi minimal tersebut meliputi substansi inti (*core content*) dan substansi khusus local (*local specifics*). *Core content* adalah nilai-nilai fundamental yang dianut secara universal dalam menjalankan profesi medis, seperti asas-asas etika medis, asas-asas profesionalisme (kompetensi, efikasi, aman bagi pasien), pelayanan yang bermutu (*quality, efficiency, equity*), akuntabilitas dan sebagainya. *Local spesifict* adalah hal-hal yang khusus berlaku dalam lingkungan rumah sakit tertentu.

Berdasarkan hal tersebut diatas substansi *medical staf laws* sebagai berikut :

Umum :

- ? Uraian tentang staf medis, kelompok staf medis dan komite medis yang ada di rumah sakit.
- ? Uraian tentang garis-garis besar tugas dan tanggung jawab staf medis.
- ? Pernyataan tentang kewajiban bagi semua staf medis untuk mentaati dan menjalankan ketentuan-ketentuan etika profesi medis, etika rumah sakit, *hospital staff bylaws* rumah sakit dan peraturan-peraturan pelaksana yang ditetapkan berdasar *medical staff bylaws* ini.

Kerangka Tugas dan kewajiban

Tugas dan kewajiban Komite Medis secara umum adalah :

- ? Menyusun, mengevaluasi dan jika perlu mengusulkan perubahan pada *medical staff bylaws*.
- ? Menetapkan standar pelayanan medis yang dibuat oleh kelompok staf medis.
- ? Menentukan Kebijakan umum dalam melaksanakan pelayanan medis secara profesional.
- ? Mengusulkan rencana pengembangan sumber daya manusia dan teknologi untuk profesi medis.

Persyaratan dan tata cara :

- ? Seleksi dan penapisan terhadap dokter/dokter gigi yang akan bekerja di rumah sakit
- ? Penetapan kewenangan klinis (*clinical priviledges*) bagi masing-masing dokter/dokter gigi yang bekerja di rumah sakit sesuai kebutuhan rumah sakit. Tenaga dokter/dokter gigi yang diterima bekerja di rumah sakit, harus sesuai dengan sertifikasi, registrasi, perizinan, kompetensi, pengalaman, keterampilan, kesehatan, dan perilaku etikanya.
- ? Pemantauan dan pengamatan, bahwa dokter yang diberikan kewenangan klinis (*clinical priviledges*) seperti yang ditetapkan memang benar-benar melakuakn tindakan medik dalam batas-batas izin yang diberikan kepadanya.
- ? Sanksi terhadap dokter yang di putuskan melanggar disiplin. Atau berperilaku tidak baik, yang memberikan pelayanan medis dan atau tindakan medis yang tidak sesuai dengan izin yang diberikan, yang tidak sesuai dengan standar pelayanan, yang secara profesional tidak kompeten atau tidak kompeten lagi, atau yang melanggar ketentuan-ketentuan dalam *medical staff bylaws*.

Aturan Staf Medis

Aturan staf medis merupakan lampiran *medical staff bylaws*. Yang diatur didalam aturan staf medis adalah kewajiban staf medis yang terkait dengan pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit, antara lain sebagai berikut:

- ? Kewajiban staf medis untuk mematuhi ketentuan pelaksanaan praktik kedokteran.
- ? Kewajiban Staf Medis untuk mematuhi Standar Profesi.
- ? Kewajiban Staf Medis untuk mematuhi Standar Pelayanan dan Standar Prosedur Operasional.
- ? Kewajiban Staf medis untuk mematuhi kebijakan rumah sakit tentang rekam medis.
- ? Kewajiban Staf medis untuk mematuhi kebijakan rumah sakit tentang informed consent.
- ? Ketentuan untuk mematuhi kebijakan rumah sakit tentang rahasia kedokteran.
- ? Kewajiban staf medis untuk mematuhi kebijakan rumah sakit tentang obat dan formularium rumah sakit.

IV. FORMAT DAN SUBSTANSI PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (MEDICAL STAFF BYLAWS)

Format dan substansi untuk *medical staff bylaws* sebagai berikut :

RUMAH SAKIT XYZ

PENDAHULUAN

Mukadimah memberi gambaran mengenai RS XYZ dan organisasi staf medis di rumah sakit tersebut secara garis besar.

BAB I KETENTUAN UMUM

Bab I adalah pengertian yang memuat penjelasan tentang istilah-istilah dan konsep-konsep yang digunakan dalam *medical staff bylaws*.

BAB II NAMA, TUJUAN, TANGGUNG JAWAB

Nama :

Memuat jati diri organisasi staf medis RS XYZ yang terdiri dari nama, jenis dan kelas rumah sakit, lokasi/alamat.

Tujuan :

Yang dimaksud tujuan disini adalah tujuan dari pengorganisasian staf medis. Untuk mengisi pasal ini dapat melihat Pedoman Pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medis di Rumah sakit.

Tanggung Jawab :

Yang dimaksud dengan tanggung jawab adalah tanggung jawab organisasi staf medis kepada Direktur rumah sakit dan Pemilik/*Governing Board*. Acuan tanggung jawab bisa dilihat di pedoman pengorganisasian staf medis dan komite medis di rumah sakit.

BAB III PENGANGKATAN STAF MEDIS DAN PENGANGKATAN KEMBALI

Dalam bab ini diuraikan bahwa Kelompok Staf Medis (KSM) wajib membuat tata cara dan persyaratan (administrasi dan kompetensi) untuk pengangkatan staf medis dan pengangkatan kembali. Acuan penyusunan adalah standar profesi dan standar kompetensi yang dikembangkan oleh masing-masing perhimpunan profesi. Dalam pengangkatan dan pengangkatan kembali staf medis agar dibuat aturan apa dan bagaimana peran dan tugas sub komite kredensial, komite medis, ketua Kelompok Staf Medis dan Direktur Pelayanan Medik/Penanggung jawab bidang pelayanan medik

BAB IV KATEGORI STAF MEDIS

Kategori staf medis di rumah sakit terkait dengan status hubungan kerja, kewenangan dan tanggung jawab staf medis tersebut. Kategori staf medis antara lain : dokter tetap, organik, paruh waktu, tamu, spesialis konsultan, staf pengajar, dokter umum di unit gawat darurat, dokter umum di unit pelayanan intensif dan lain sebagainya. Masing-masing katagori agar dijelaskan pengertiannya, kualifikasi, hak dan tanggung jawabnya.

BAB V KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGES)

Bab ini mengatur mengenai pemberian kewenangan klinis untuk masing-masing dokter/dokter gigi. Pada bab ini perlu dijelaskan mengenai gambaran umum tentang kewenangan klinis (*clinical privileges*), pengaturan *temporary privileges*, *emergency privileges*, *provisional privileges*. Dalam bab ini diatur pula prosedur tentang pemberian dan pengakhiran "*previlege*" sebagai anggota staf medik.

BAB VI PEMBINAAN

Bab VI ini mengatur pembinaan melalui tindakan korektif yang terkait dengan pelaksanaan pemberian kewenangan klinis (*clinical privileges*). Hal-hal yang perlu diatur antara lain adalah bagaimana melakukan investigasi, pelaporan, penanggulangan dan lain sebagainya.

BAB VII PENGORGANISASIAN STAF MEDIS DAN KOMITE MEDIS

Bab ini mengatur mengenai pengorganisasian staf medis, organisasi, tugas dan fungsi masa jabatan Komite Medis dan Sub Komite yang ada dibawah Komite Medis. Pedoman pengorganisasian staf medis dan komite medis di rumah sakit sebagaimana terlampir pada **Lampiran II**.

BAB VIII R A P A T

Bab ini mengatur mengenai rapat yaitu jadwal rapat rutin, kapan perlu ada rapat khusus, ketentuan jumlah quorum persyaratan rapat, notulen rapat, prosedur rapat dan peserta rapat, persyaratan menghadiri rapat dan lain sebagainya.

BAB IX KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIS

Bab ini mengatur tentang kerahasiaan pasien dan pemberitahuan informasi medis. Pengaturan ini terkait dengan hak dan kewajiban rumah sakit, dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan pasien.

BAB X PENGAWASAN

Pelaksanaan pengawasan terhadap etik dan mutu diatur pada bab ini. Mulai dari siapa yang akan melaksanakan, bagaimana melaksanakan, bagaimana laporan monitoring dibuat dan ditindak lanjuti.

BAB XI KETENTUAN PERUBAHAN

Bab ini mengatur review dan perubahan *medical staff bylaws*, kapan, siapa yang mempunyai kewenangan, dan bagaimana mekanisme perubahan *medical staf by laws*.

BAB XII P E N U T U P

Yang diatur disini terkait dengan pemberlakuan Medical Staff By Laws.

Lampiran :

Aturan Staf Medis

Yang dituangkan didalam aturan staf medis antara lain adalah :

1. Kewajiban memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.
2. Kewajiban merujuk pasien ke dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan.
3. Kewajiban merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.
4. Kewajiban melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.
5. Kewajiban menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.
6. Kewajiban untuk menunjuk staf medis lain dalam keahlian yang sama sebagai pengganti apabila berhalangan, jika tidak harus diinformasikan kepada pasien yang bersangkutan.
7. Kewajiban untuk memberikan penjelasan secara lengkap kepada pasien sebelum persetujuan tindakan disetujui pasien (informed consent).
8. Kewajiban membuat rekam medis dan mematuhi petunjuk pelaksanaannya.
9. Kewajiban menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya.
10. Kewajiban untuk mematuhi kebijakan rumah sakit tentang obat dan formularium rumah sakit.

V. LANGKAH-LANGKAH PENYUSUNAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BYLAWS*).

Langkah-langkah penyusunan *medical staff bylaws* ini, diharapkan dapat sebagai acuan bagi rumah sakit dalam menyusun *medical staff bylaws*-nya masing-masing.

Ada hal-hal yang harus diperhatikan dalam menyusun *medical staff bylaws* yaitu :

- a. *Medical staff bylaws* adalah “*tailor made*”
Oleh karena itu, pada waktu menyusun *medical staff bylaws* di rumah sakit jangan atau hindari untuk mem-fotocopy *medical staff bylaws* dari rumah sakit lain. *Medical staff bylaws* dari rumah sakit lain hanya sebagai acuan atau

wacana saja tidak boleh di fotocopy oleh karena *medical staff bylaws* dari rumah sakit satu dengan lainnya tidak sama.

- b. Laksanakan legal audit.
Langkah penting sebelum menyusun *medical staff bylaws* adalah melakukan legal audit sehingga dapat diketahui semua peraturan dan perundangan sebagai dasar pemberian pelayanan medis di rumah sakit. Legal audit ini bukan hanya sekedar melakukan inventarisasi peraturan yang sudah ada dan yang belum dimiliki tetapi juga mengkaji, menelaah dan mengevaluasi semua peraturan dan perundangan tersebut apakah sudah kadaluwarsa, apakah ada duplikasi apakah saling bertentangan dan lain-lain.
- c. *Bylaws* untuk dilaksanakan bukan merupakan filosofis
Medical staf bylaws disusun bukan hanya sekedar dokumen, tetapi harus dilaksanakan karena merupakan konstitusi staf medis. Dalam menyelesaikan permasalahan staf medis, *medical staff bylaws* merupakan acuan untuk menyelesaikannya.

Langkah-langkah penyusunan sebagai berikut :

- 5.1 Pembentukan Tim Penyusun
Tim penyusun *medical staff bylaws* ini terdiri dari wakil-wakil dari kelompok staf medis.
- 5.2 Pertemuan tim penyusun
Tujuan pertemuan tim penyusun ini adalah :
 - a. Mengetahui dan memahami *medical staff bylaws* .
 - b. Terbentuknya komitmen tim penyusun.
 - c. Agar tersusun rencana kerja dan prosedur kerja.
 - d. Penyusunan *medical staff bylaws* sesuai pedoman.
- 5.3 Melakukan legal audit.
Legal audit sebaiknya dilakukan oleh tim penyusun. Dalam melakukan legal audit bisa meminta bantuan dari luar (konsultan) namun bisa dilakukan oleh rumah sakit sendiri terutama bagi rumah sakit yang telah mempunyai bagian hukum dalam struktur organisasinya.
- 5.4 Penyusunan draft medical staff bylaws
Draft *hospital bylaws* disusun dengan mengacu badan hukum pemilik rumah sakit, perundangan-undangan tentang kesehatan dan perumahsakitatan serta hasil dari legal audit.
- 5.5 Pembahasan draft
Pembahasan draft dilakukan oleh staff medis dan komite medis.
- 5.6 Penyempurnaan draft *medical staff bylaws*

- 5.7 Finalisasi *medical staff bylaws*
Finalisasi dilakukan berupa adanya penetapan *medical staff bylaws* dari pemilik
- 5.8 Sosialisasi *medical staff bylaws*
Sosialisasi ini dilakukan kepada seluruh staf medis di rumah sakit, *stake holder* dan *costumer* (internal dan eksternal)
- 5.9 Monitoring dan evaluasi
Monitoring dan evaluasi pelaksanaan *medical staff bylaws* dilakukan sesuai dengan pengawasan yang diatur pada *medical staff bylaws*.

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)

Lampiran II
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 631/MENKES/SK/IV/2005
Tanggal : 25 April 2005

PENGORGANISASIAN STAF MEDIS DAN KOMITE MEDIS

I. PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Dalam rangka penyusunan peraturan internal staf medis (*Medical Staff*) di rumah sakit perlu diatur pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medis. Pengorganisasian ini ditujukan untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Staf medis adalah merupakan tenaga mandiri, karena setiap dokter memiliki kebebasan profesi dalam mengambil setiap keputusan klinis pada pasien. Dalam memutuskan tindakan medis maupun pemberian obat-obatan kepada pasien harus dilakukan atas kebebasan atau kemandiriannya sendiri dan tidak boleh atas pengaruh atau tekanan pihak lain. Namun tetap terikat dengan kode etik, standar profesi, standar kompetensi dan standar pelayanan medis sehingga pelayanan yang diberikan *professional, evidence based* dan sesuai dengan kompetensi. Oleh karena itu diperlukan "*self governing*" staf medis yaitu pengorganisasian staf medis secara professional dan dapat dipertanggungjawabkan. Pengorganisasian staf medis tersebut telah diatur dengan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.2.3.730 tanggal 14 Juli 1995 tentang Pembentukan dan Tata Kerja Komite Medik di RS dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.3.5.3018 tanggal 5 Juli 1999 tentang Pedoman Pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medik di Rumah Sakit Swasta, namun harus diakui di era globalisasi dan otonomi ini berbagai peraturan baru telah dilahirkan, sehingga Keputusan Direktur Jenderal tersebut sudah tidak sesuai lagi sehingga perlu diperbaharui. Di lain pihak, Undang-undang tentang Praktik Kedokteran akan mulai diberlakukan, karena itu rumah sakit wajib melakukan pengaturan praktik kedokteran yang baik. Melalui pengorganisasian staf medis diharapkan staf medis di rumah sakit dapat lebih menata diri dengan fokus terhadap kebutuhan pasien sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

1.2. TUJUAN

Tujuan ditetapkannya Pedoman Pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medis di Rumah Sakit adalah sebagai acuan bagi rumah sakit dalam mengorganisasi staf medis dan membentuk Komite Medis.

II. PENGERTIAN

Yang dimaksud dengan :

- 2.1. **Staf Medis** adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu di unit pelayanan rumah sakit
- 2.2. **Unit pelayanan** antara lain adalah rawat jalan, rawat inap, gawat darurat/ rawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, laboratorium, rehabilitasi medis.
- 2.3. **Pelayanan medis spesialistik dasar** adalah pelayanan medis spesialistik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
- 2.4. **Pelayanan medis spesialistik luas** adalah pelayanan medis spesialis dasar ditambah dengan pelayanan spesialistik telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, patologi anatomi dan pelayanan spesialis lain sesuai dengan kebutuhan.
- 2.5. **Pelayanan medis subspecialistik luas** adalah pelayanan sub spesialisasi yang ada.
- 2.6. **Unit kerja** adalah tempat staf medis menjalankan profesinya. Unit kerja dapat berbentuk instalasi, bagian, bidang, divisi atau departemen, disesuaikan dengan kondisi dan situasi masing-masing rumah sakit.
- 2.7. **Komite Medis** adalah wadah profesional medis yang keanggotaannya berasal dari Ketua Kelompok Staf Medis dan atau yang mewakili.
- 2.8. **Sub Komite** adalah kelompok kerja di bawah Komite Medis yang dibentuk untuk mengatasi masalah khusus. Anggota Sub Komite terdiri dari staf medis dan tenaga profesi lainnya secara ex-officio.
- 2.9. **Tenaga administrasi** adalah orang atau sekumpulan orang yang bertugas melaksanakan administrasi perkantoran guna menunjang pelaksanaan tugas-tugas staf medis, komite medik, dan sub komite khususnya yang terkait dengan etik dan mutu medis.

III. STAF MEDIS

3.1. Pengorganisasian

Prinsip-prinsip pengorganisasian :

- 3.1.1. Dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis (purna waktu dan paruh waktu) yang bekerja di unit pelayanan rumah sakit wajib menjadi anggota Staf Medis, termasuk unit pelayanan yang dilakukan kerja sama operasional (*outsourcing*) dengan rumah sakit. Sebagai contoh dokter gigi yang bekerja di poliklinik gigi, dimana poliklinik gigi tersebut merupakan fasilitas yang di *outsourcing* oleh rumah sakit maka dokter gigi tersebut tetap wajib menjadi anggota Staf Medis.
- 3.1.2. Dalam melaksanakan tugas Staf Medis dikelompokkan sesuai spesialisasi atau keahliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus.
- 3.1.3. Setiap Kelompok Staf Medis minimal terdiri dari 2 (dua) orang dokter.
- 3.1.4. Pengelompokan Staf Medis berdasarkan spesialisasi/keahlian adalah tenaga dokter dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) Kelompok Staf Medis.
- 3.1.5. Pengelompokan Staf Medis dengan cara lain dengan pertimbangan khusus dapat dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :
 - a. Penggabungan tenaga dokter spesialis dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis tersebut kurang dari 2 (dua) orang sehingga tidak memungkinkan untuk membentuk Staf Medis sendiri. 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. Sebagai contoh dokter spesialis paru digabung dengan spesialis jantung menjadi Staf Medis Jantung-Paru.
 - b. Penggabungan tenaga dokter spesialis dengan memperhatikan tugas dan kewenangan dokter spesialis tersebut. Penggabungan ini dilakukan karena jumlah dokter spesialis yang sangat terbatas sehingga tidak memungkinkan masing-masing jenis spesialisasi keahlian membentuk kelompok staf medis sendiri. Karena itu rumah sakit hanya membentuk 2 (dua) kelompok staf medis yaitu kelompok staf medis bedah dan kelompok staf Medis non bedah Dokter spesialis yang melaksanakan tindakan medis operatif (misalnya dokter bedah, dokter obsgyn, dokter mata, dokter THT,

dan lain sebagainya) dikelompokkan kedalam kelompok staf medis bedah, sedangkan tenaga dokter yang hanya melaksanakan tindakan medis non operatif dikelompokkan kedalam kelompok staf medis non bedah.

- c. Pembentukan kelompok staf medis untuk dokter umum dapat dilakukan dengan membentuk kelompok staf medis dokter umum sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis dimana dokter umum tersebut memberikan pelayanan. Sebagai contoh dokter umum yang sehari-hari memberikan pelayanan di poli mata maka bisa bergabung dengan kelompok staf medis mata. Penggabungan dokter umum dengan dokter spesialis dapat dilakukan apabila jumlah dokter spesialis masih kurang sehingga tidak memungkinkan membentuk kelompok staf medis sendiri. Penggabungan dokter umum dan dokter spesialis harus diikuti dengan pembagian tugas dan kewenangan yang jelas yang dituangkan dalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit.
- d. Dokter gigi dapat menjadi kelompok staf medis sendiri atau bergabung dengan kelompok staf medis bedah atau kelompok staf medis dokter umum-gigi. Penggabungan dilakukan apabila jumlah dokter gigi masih kurang dari 2 (dua) orang. Yang perlu diperhatikan, penggabungan dokter gigi dengan bidang spesialis lainnya wajib diikuti dengan pembagian tugas dan wewenang yang jelas yang dituangkan didalam kebijakan dan prosedur pelayanan medis rumah sakit.

3.1.6. Berdasarkan hal tersebut diatas dan mengingat keadaan rumah sakit di Indonesia yang sangat bervariasi, dan kadang-kadang menimbulkan kesulitan dalam pembentukan kelompok staf medis maka dibawah ini kami uraikan beberapa cara yang bisa dilakukan dalam pembentukan kelompok staf medis sebagai berikut :

1. RSUD Pemerintah kelas D dan RSUD Swasta kelas Pratama

RSUD Pemerintah kelas D dan RSUD Swasta kelas pratama, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar. Karena itu jumlah dan jenis dokter spesialis sangat terbatas. Mengingat ketentuan kelompok staf medis minimal harus terdiri dari 2 (dua) orang dokter maka RSUD Pemerintah kelas D dan RSUD Swasta kelas pratama minimal harus mempunyai 2 (dua) kelompok staf medis yaitu kelompok staf medis bedah dan kelompok staf medis non bedah.

2. RSUD Pemerintah kelas C dan RSUD Swasta kelas Madya.

RSUD Pemerintah Kelas C dan RSUD Swasta kelas madya adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar yang meliputi spesialis penyakit

dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan dan bedah. Dengan adanya kemampuan pelayanan medis spesialistik dasar tersebut maka kelompok staf medis yang harus dipunyai adalah 4 (empat) yaitu kelompok staf medis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, dan bedah.

Pembentukan kelompok staf medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

3. RSUD Pemerintah kelas B dan RSUD Swasta kelas Utama.

RSUD Pemerintah kelas B dan RSUD Swasta kelas Utama adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialistik dan sub spesialistik terbatas. Berdasarkan hal tersebut maka RSUD Pemerintah kelas B atau RSUD Swasta kelas Utama minimal harus mempunyai 11 (sebelas) kelompok staf medis yaitu kelompok staf medis penyakit dalam, kesehatan anak, kebidanan dan kandungan, bedah, anesthesi, tenggorokan dan kulit, radiologi, pathologi klinik, psikiatri/neurologi, kulit dan kelamin, mata, telinga hidung dan tenggorokan. Pembentukan kelompok medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

4. RSUD Pemerintah kelas A .

RSUD kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik luas dan sub spesialistik luas. Berdasarkan hal tersebut maka RSUD Pemerintah kelas A minimal harus mempunyai kelompok staf medis sebagai berikut: kelompok staf medis penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah, kesehatan anak, telinga, hidung dan tenggorokan, mata, syaraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anesthesi, rehabilitasi medis, patologi klinis, patologi anatomi. Pembentukan kelompok staf medis dapat dilakukan berdasarkan spesialisasi/keahlian atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

5. Rumah Sakit Pendidikan.

RS Pendidikan adalah rumah sakit umum pemerintah kelas A dan kelas B, rumah sakit khusus pemerintah dan rumah sakit umum swasta kelas Utama yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis oleh fakultas Kedokteran. Tenaga dokter di RS Pendidikan pada umumnya cukup banyak dari segi jumlah maupun jenis spesialisasi dan sub spesialisasi. Karena itu kelompok staf medis di RS Pendidikan dapat terdiri dari kelompok staf medis dokter spesialis dan kelompok staf medis dokter sub spesialis sesuai kebutuhan.

Yang perlu diperhatikan dalam pengorganisasian kelompok staf medis sebagai berikut :

- ? Staf pengajar dengan status kepegawaian dari Fakultas Kedokteran wajib dimasukkan kedalam kelompok staf medis apabila staf pengajar tersebut memberikan pelayanan medis kepada pasien baik secara langsung maupun sebagai konsultan.
- ? Residen/calon dokter spesialis sebaiknya membentuk kelompok staff medis. Dengan adanya Pendidikan Dokter Spesialis Berbasis Kompetensi dimana calon dokter spesialis tersebut tidak terus menerus bekerja di RS Pendidikan tersebut maka perlu diatur dalam Peraturan Internal Staff Medis (*Medical Staf Bylaws*) di Rumah Sakit.
- ? Co- Ass/Calon dokter tidak dimasukkan ke dalam kelompok staf medis.

6. Rumah Sakit Khusus

RS Khusus adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu. Mengacu hal tersebut, rumah sakit khusus berdasarkan disiplin ilmu wajib mempunyai kelompok staf medis minimal 2 (dua) yaitu kelompok staf medis sesuai dengan disiplin ilmu yang menjadi kekhususan rumah sakit dan kelompok staf medis lainnya yang merupakan penggabungan dari disiplin-disiplin ilmu. Sebagai contoh RS Bersalin maka minimal harus membentuk staf medis kebidanan dan kandungan dan kelompok staf medis lainnya. RS Bersalin yang cukup besar dan mempunyai dokter sub spesialis maka pembentukan kelompok staf medis dapat terdiri dari kelompok staf medis kebidanan dan kandungan dan kelompok staf medis dokter sub spesialis. Sedangkan kelompok staf medis Khusus berdasarkan jenis penyakit tertentu misalnya RS Kanker, RS Kusta maka pembentukan kelompok staf medis sesuai dengan jenis dan jumlah dokter spesialis yang ada di rumah sakit tersebut. Pembentukan kelompok sttaf medis dapat dengan mengelompokkan sesuai spesialisasi/kehaliannya atau dengan cara lain dengan pertimbangan khusus sebagaimana diuraikan diatas.

7. Rumah sakit yang mempunyai kerja sama operasional pelayanan (*outsourcing*pelayanan)

Kerja sama operasional (*outsourcing*) adalah pendelegasian operasi dan manajemen harian dari suatu proses bisnis kepada pihak luar (perusahaan jasa *outsourcing*). Hal-hal yang didelegasikan dalam *out sourcing* adalah suatu fungsi dan proses bisnis tertentu untuk disisipkan. Pada saat ini pelayanan yang sering di dilakukan kerja sama operasional (*outsourcing*) adalah

poliklinik gigi, laboratorium, radiologi dan pelayanan medik lainnya, misalnya pelayanan jantung, pelayanan pasien orang asing dan lain sebagainya. Dokter dan dokter gigi yang bekerja pada pelayanan yang di lakukan kerja sama operasional harus tetap sebagai staf medis rumah sakit dan dimasukkan ke dalam kelompok staf medis sesuai dengan jenis spesialisasi/keahliannya dan sesuai dengan kelompok staf medis yang ada di rumah sakit tersebut. Dokter yang bekerja di pelayanan yang di lakukan kerja sama operasional (*outsourcing*) tersebut secara administrasi dibawah manajemen kerja sama operasional (*outsourcing*) namun secara profesi tetap dibawah komite medik.

- 3.1.7. Penempatan para dokter ke dalam kelompok staf medis sebagaimana tersebut diatas ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit atas usulan Komite Medis. Dalam surat keputusan tersebut hendaknya dilengkapi dengan perjanjian kerja masing-masing dokter sehingga ada kejelasan tugas, fungsi dan kewewenangnya. Kelompok staf medis dipimpin oleh seorang ketua yang dipilih oleh anggotanya.
- 3.1.8. Ketua kelompok staf medis dapat dokter purna waktu atau dokter paruh waktu. Pemilihan ketua kelompok staf medis diatur dengan mekanisme/SOP yang disusun oleh Komite Medis. Proses pemilihan ini wajib melibatkan Komite Medis dan pimpinan rumah sakit. Setelah proses pemilihan ketua kelompok staf medis selesai maka penetapan sebagai Ketua kelompok staf medis di sahkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.
- 3.1.9. Lama masa bakti Ketua kelompok staf medis minimal adalah 3 (tiga) tahun. Ketentuan tersebut agar ditetapkan dalam *Medical Staff Bylaws* yang disusun oleh Komite Medis dan ditetapkan dengan surat keputusan oleh Direktur rumah sakit atau oleh Pemilik Rumah Sakit.
- 3.1.10. Tugas Ketua kelompok staf medis adalah menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja staf medis yang dipimpinannya. Uraian tugas dan wewenang ditetapkan secara individual untuk masing-masing dokter.
- 3.1.11. Pengorganisasian kelompok staf medis bukan berarti "*self-governing*" dengan merasa mempunyai otonomi, tetapi yang diharapkan adalah "*self governing*" dalam melakukan "*self control*" dan "*self discipline*". Perlu diatur hubungan kerja Ketua kelompok staf medis dengan Direktur RS dan Direktur Medis/Penanggung Jawab Pelayanan Medis sehingga terjadi transparansi dalam melaksanakan kegiatan. Pada prinsipnya secara administrasi staf medis dibawah Direktur rumah sakit. Namun secara fungsional sebagai profesi bertanggung jawab kepada Komite Medis melalui Ketua kelompok staf medis.

Penilaian kinerja yang bersifat administratif, misalnya mengenai disiplin kepegawaian, motivasi kerja dan lain sebagainya dilakukan oleh Direktur rumah sakit. Sedangkan evaluasi yang menyangkut keprofesian, misalnya audit medis, *peer review*, disiplin profesi, etika profesi dan lain sebagainya dilakukan oleh Komite Medis. Berdasarkan hal tersebut staf medis yang memberikan pelayanan medik menetap di unit kerja tertentu (misalnya unit laboratorium, unit radiologi) secara fungsional profesi tetap menjadi tanggung jawab Komite Medik khususnya dalam pembinaan masalah etik, mutu dan pengembangan ilmu dan secara administrasi dibawah kepala instalasi/bagian/departemen/divisi.

3.2. Fungsi Staf Medis.

Staf medis mempunyai fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis

3.3. Tugas Staf Medis .

1. Melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan, pencegahan akibat penyakit peningkatan dan pemulihan
2. Meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan/pelatihan berkelanjutan
3. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan
4. Menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.

3.4. Kewenangan

Kewenangan masing-masing anggota kelompok staf medis disusun oleh Ketua kelompok staf medis dan kemudian diusulkan oleh Ketua Komite Medis kepada Direktur RS untuk dibuatkan surat keputusannya.

3.5. Tanggung jawab.

Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab yang terkait dengan mutu, etik dan pengembangan pendidikan staf medis. Tanggung jawab tersebut sebagai berikut :

- 3.5.1 Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur RS terhadap permohonan penempatan dokter baru di rumah sakit yang diatur dalam *Medical Staf Bylaws* rumah sakit.

Penempatan dokter di RS berdasarkan Surat Keputusan Direktur RS atau Pemilik RS. Untuk membuat surat keputusan tersebut Direktur RS/Pemilik perlu meminta masukan dari organisasi staf medis/sub komite kredensial.

- 3.5.2. Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif.
Evaluasi penampilan kinerja praktek dokter dilakukan melalui *peer review*, audit medis atau program *quality improvement*.
- 3.5.3. Memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik/Sub Komite Kredensial kepada Direktur RS atau pemilik rumah sakit terhadap permohonan penempatan ulang dokter di rumah sakit yang diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit.
Penempatan ulang dokter di RS berdasarkan Surat Keputusan Direktur RS atau Pemilik RS. Untuk membuat surat keputusan tersebut Direktur RS/Pemilik perlu meminta masukan dari organisasi staf medis/sub komite kredensial.
- 3.5.4. Memberi kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti "*continuing professional development*" (CPD).
Masing-masing kelompok staf medis wajib mempunyai program CPD bagi semua anggotanya .
- 3.5.5. Memberikan masukan kepada Direktur RS melalui Ketua Komite Medis, hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran.
Kelompok staf medis mempunyai tanggung jawab memberikan masukan kepada Direktur medis/Direktur RS mengenai hal-hal yang terkait dengan praktik kedokteran. Misalnya mengenai perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, temuan terapi yang baru, dan lain-lain.
- 3.5.6. Memberikan laporan melalui Ketua Komite Medis kepada Direktur Medis/Direktur RS
Kelompok staf medis diharapkan dapat memberikan laporan secara teratur minimal satu tahun sekali kepada Direktur RS/Direktur Medis melalui Komite Medis. Laporan tersebut antara lain meliputi hasil pemantauan indikator mutu klinik, hasil evaluasi kinerja praktek klinis, pelaksanaan program pengembangan staf dan lain-lain.
- 3.5.7. Melakukan perbaikan (*up-dating*) standar prosedur operasional dan dokumen terkaitnya.
Standar prosedur operasional dan dokumen terkait lainnya perlu disempurnakan secara berkala sehingga sesuai dengan situasi dan kondisi.

3.6. Kewajiban

- 3.6.1. Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik yang terdiri dari :
1. Standar Prosedur Operasional bidang administrasi/manajerial antara lain meliputi pengaturan tugas rawat jalan, pengaturan tugas rawat inap, pengaturan tugas jaga, pengaturan tugas rawat intensif, pengaturan tugas di akamr operasi, kamar bersalin dan lain sebagainya, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinik, presentasi kasus (kasus kematian, kasus sulit, kasus langka, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi, dan lain-lain. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini dibawah koordinasi Direktur Rumah Sakit/Direktur Medis.
 2. Standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang keilmuan/keprofesian adalah standar pelayanan medis. Masing-masing kelompok menyusun standar pelayanan medis minimal untuk 10 jenis penyakit. Penyusunan Standar Prosedur Operasional ini dibawah koordinasi Komite Medis
- 3.6.2. Menyusun indikator mutu klinis.
Masing-masing kelompok staf medis menyusun minimal 3 (tiga) jenis Indikator mutu *output* atau *outcome*.
- 3.6.3. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

IV. KOMITE MEDIS

4.1 Struktur Organisasi

Komite Medis adalah wadah profesional medis yang keanggotaanya berasal dari ketua kelompok staf medis atau yang mewakili.

Komite medis mempunyai otoritas tertinggi didalam pengorganisasi staf medis. Didalam struktur organisasi rumah sakit pemerintah, Komite Medis berada dibawah Direktur rumah sakit, sedangkan didalam struktur organisasi rumah sakit swasta, Komite Medis bisa berada di bawah Direktur rumah sakit atau dibawah Pemilik dan sejajar dengan Direktur rumah sakit.

Susunan Komite Medis terdiri dari :

- a. Ketua,
- b. Wakil Ketua,
- c. Sekretaris
- d. Anggota

a. Ketua Komite Medis :

- ? Bisa dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf medis.
- ? Surat Keputusan Pengangkatan Ketua Komite Medis tergantung posisi Komite Medis di dalam struktur organisasi rumah sakit. Komite Medis dibawah Direktur RS maka Surat Keputusan pengangkatan Ketua Komite Medis oleh Direktur RS, Komite Medis sejajar dengan Direktur RS maka surat keputusan pengangkatan Ketua Komite Medis oleh Pemilik RS.
- ? Ketua Komite Medis memilih Sekretaris Komite Medis.
- ? Ketua Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Ketua Sub Komite.
- ? Persyaratan untuk menjadi Ketua Komite Medis sebagai berikut :
 - Mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - Mengusai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - Peka terhadap perkembangan perumahsakitannya;
 - Bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - Mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - Mempunyai integritas kelimuan dan etika profesi yang tinggi.

b. Wakil Ketua Komite Medis :

- ? Bisa dijabat oleh dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang dipilih secara demokratis oleh Ketua-ketua kelompok staf medis.
- ? Surat Keputusan Pengangkatan Wakil Ketua Komite Medis tergantung posisi Komite Medis di dalam struktur organisasi rumah sakit. Komite Medis dibawah Direktur RS maka SK pengangkatan oleh Direktur RS, Komite Medis sejajar dengan Direktur RS maka surat keputusan pengangkatan Wakil Ketua Komite Medis oleh Pemilik RS.
- ? Wakil Ketua Komite Medis dapat menjadi Ketua Sub Komite.

c. Sekretaris :

- ? Sekretaris Komite medis dipilih oleh Ketua Komite Medis
- ? Sekretaris Komite Medis dijabat oleh seorang dokter purna waktu.
- ? Rumah sakit dengan jumlah dokter terbatas maka sekretaris komite medis dapat dipilih dari salah satu anggota Komite Medis.
- ? Sekretaris Komite Medis dapat menjadi Ketua dari salah satu Sub Komite.
- ? Dalam menjalankan tugasnya, sekretaris Komite Medis dibantu oleh tenaga administrasi (staf sekretariat) purna waktu.

d. Anggota Komite Medis

Anggota Komite Medis terdiri dari semua Ketua kelompok staf medis dan atau yang mewakili.

4.2 Pembentukan Komite Medis

- 4.2.1 Pembentukan Komite Medis rumah sakit Pemerintah ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit.
- 4.2.2 Pembentukan Komite Medis di RS Swasta ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur rumah sakit apabila Komite Medis dibawah Direktur rumah sakit dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Pemilik rumah sakit/*Governing Board* apabila Komite Medis dibawah Pemilik rumah sakit dan sejajar dengan Direktur rumah sakit.
- 4.2.3 Pembentukan Komite Medis untuk pertama kali. Ketua Komite Medisnya ditunjuk oleh Direktur RS. Setelah masa kerjanya selesai, dibentuk susunan baru yang Ketuanya dan Wakil ketua dipilih secara demokratis dalam rapat pleno Ketua kelompok staf medis. Untuk rumah sakit yang hanya mempunyai 2 (dua) kelompok staf medis pemilihan Ketua dan wakil Ketua Komite Medis dapat melibatkan semua anggota kelompok staf medis sesuai dengan situasi dan kebutuhan. Ketua Komite Medis memilih Sekretaris. Hasil rapat pleno beserta susunan Komite Medis disampaikan kepada Direktur RS/Pemilik RS untuk dibuatkan Surat Keputusan tentang Komite Medis.
- 4.2.4 Mekanisme pengangkatan dan pemberhentian Ketua dan Wakil Ketua Komite Medis diatur dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di rumah Sakit.

4.3 Fungsi.

Fungsi Komite Medis adalah sebagai pengarah (*stering*) dalam pemberian pelayanan medis sedangkan staf medis adalah pelaksana pelayanan medis.

Fungsi komite medis secara rinci sebagai berikut :

- a. Memberikan saran kepada Direktur RS/Direktur Medis.
- b. Mengkoordinasikan dan mengarahkan kegiatan pelayanan medis.
- c. Menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran, karena itu dibawah Komite Medik perlu dibentuk Sub Komite Etik. (Untuk menangani masalah etik dalam bidang lain sebaiknya rumah sakit membentuk Komite Etik tersendiri di luar Komite Medis).
- d. Menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua kelompok staf medis di rumah sakit.

4.4 Tugas

- a. Membantu Direktur rumah sakit menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya.
- b. Melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi.
- c. Mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis.
- d. Membantu Direktur rumah sakit menyusun *medical staff bylaws* dan memantau pelaksanaannya.
- e. Membantu Direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *mediko-legal*.
- f. Membantu Direktur rumah sakit menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan *etiko-legal*.
- g. Melakukan koordinasi dengan Direktur Medis dalam melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas kelompok staf medis.
- h. Meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis.
- i. Melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis antara lain melalui monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat (*drug usage*), farmasi dan terapi, ketepatan, kelengkapan dan keakuratan rekam medis, *tissue review*, *mortalitas* dan *morbiditas*, *medical care review/peer review/audit* medis melalui pembentukan sub komite-sub komite
- j. Memberikan laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit dan atau pemilik rumah sakit.

4.5 Wewenang

- a. Memberikan usul rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis.
- b. Memberikan pertimbangan tentang rencana pengadaan, penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis dan penunjang medis serta pengembangan pelayanan medis.
- c. Monitoring dan evaluasi yang terkait dengan mutu pelayanan medis sesuai yang tercantum di dalam tugas Komite Medis.
- d. Monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran di rumah sakit.
- e. Melaksanakan pembinaan etika profesi serta mengatur kewenangan profesi antar kelompok staf medis.
- f. Membentuk Tim Klinis yang mempunyai tugas menangani kasus-kasus pelayanan medik yang memerlukan koordinasi lintas profesi, misalnya penggulungan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan lain sebagainya.
- g. Memberikan rekomendasi tentang kerjasama antara rumah sakit dan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain.

4.6 Tanggung Jawab

Tanggung jawab komite medis adalah terkait dengan mutu pelayanan medis, pembinaan etik kedokteran dan pengembangan profesi medis.

Tanggung jawab komite medis kepada :

? **RS Pemerintah** : Ketua Komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit.

? **RS Swasta** : Ketua komite Medis bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit dan/atau Pemilik Rumah Sakit sesuai posisi Komite Medis di dalam struktur organisasi Rumah Sakit.

4.7 Kewajiban

Komite medis mempunyai kewajiban sebagai berikut :

- a. Menyusun peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*).
- b. Membuat standarisasi format untuk standar pelayanan medis, standar prosedur operasional dibidang manajerial/adminitrasi dan bidang kelimuan/profesi, standar profesi dan standar kompetensi.
- c. Membuat standarisasi format pengumpulan, pemantauan dan pelaporan indikator mutu klinik.
- d. Melakukan pemantauan mutu klinik, etika kedokteran dan pelaksanaan pengembangan profesi medis.

4.8 Masa Kerja

Masa kerja Komite Medis adalah 3 (tiga) tahun.

4.9. Tata Kerja

Tata kerja Komite Medis secara Administratif :

- a. Rapat rutin Komite Medis dilakukan minimal 1 kali 1 bulan
- b. Rapat Komite Medis dengan semua kelompok staf medis dan atau dengan semua tenaga dokter dilakukan minimal 1(satu) kali 1 (satu) bulan
- c. Rapat Komite medis dengan Direktur RS/Direktur Medis dilakukan minimal 1 (satu) kali satu bulan
- d. Rapat darurat, diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak dilakukan sesuai kebutuhan.
- e. Menetapkan tugas dan kewajiban sub komite, termasuk pertanggung jawabannya terhadap suatu program

Tata kerja secara teknis :

- a. Mengkaitkan perjanjian kerja dokter di rumah sakit dengan kewenangan Komite Medis sebagai peer profesi medik di rumah sakit.

- b. Menjabarkan hubungan antara Komite Medis sebagai penilai kompetensi dan etika profesi dengan manajemen rumah sakit sebagai pemegang kewenangan pengelolaan rumah sakit.
- c. Koordinasi antara Komite Medis dengan pengelola 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.

4.10.Sumber Daya

Untuk memperlancar tugas sehari-hari perlu tersedia ruangan pertemuan dan komunikasi bagi Komite Medis dan kelompok staf medis dan ada tenaga administrasi penuh waktu yang dapat membantu Komite Medis dan kelompok staf medis. Biaya operasional komite medis dibebankan pada anggaran rumah sakit.

V. SUB KOMITE

Dalam melaksanakan tugasnya Komite Medis dibantu oleh sub komite. Sub Komite dibentuk disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit.

Sub komite tersebut dapat terdiri dari :

- 5.1. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis
- 5.2. Sub Komite Kredensial
- 5.3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
- 5.4. Sub Komite lainnya yang dianggap perlu, antara lain Sub Komite/Komite farmasi dan terapi, Sub Komite/Komite rekam medis dan Sub Komite/Komite pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit, Sub Komite Transfusi Darah, dan lain-lain.

Posisi sub komite/komite tersebut diserahkan kepada masing-masing rumah sakit.

Struktur Organisasi:

- 1. Susunan Sub Komite terdiri dari Ketua merangkap anggota, Sekretaris merangkap anggota dan Anggota.
- 2. Ketua Sub Komite dapat salah seorang Ketua, Wakil Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Medis.

Tata Kerja

1. Sub Komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit atas usul Ketua Komite Medis setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medis.
2. Dalam melaksanakan kegiatannya sub komite agar menyusun kebijakan, program dan prosedur kerja.
3. Sub Komite membuat laporan berkala dan laporan akhir tahun kepada Komite Medis. Laporan akhir tahun antara lain berisi evaluasi kerja selama setahun dan rekomendasi untuk tahun anggaran berikutnya.
4. Sub Komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
5. Biaya operasional dibebankan kepada anggaran rumah sakit.

Rincian komposisi, fungsi, tugas, wewenang dan tanggungjawab masing-masing sub komite sebagai berikut :

a. Sub Komite Peningkatan Mutu Profesi Medis

- **Komposisi :** Terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris dan anggota. Apabila RS mempunyai Komite Peningkatan Mutu RS maka Ketua Sub Komite Mutu Pelayanan Medis wajib menjadi anggota dalam Komite Peningkatan Mutu Rumah Sakit.
- **Fungsi :** Melaksanakan kebijakan Komite Medik Di Bidang Mutu Profesi Medis
- **Tugas :**
 - ? Membuat rencana kerja/program kerja
 - ? Melaksanakan rencana kerja/jadwal kegiatan
 - ? Membuat panduan mutu pelayanan medis
 - ? Melakukan pemantauan dan pengawasan mutu pelayanan medis
 - ? Menyusun indikator mutu klinik dengan melakukan koordinasi dengan kelompok staf medis dan unit kerja. Indikator yang disusun adalah indikator output atau outcome.
 - ? Melakukan koordinasi dengan Komite Peningkatan Mutu RS.
 - ? Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala.
- **Wewenang :** Melaksanakan kegiatan upaya peningkatan mutu pelayanan medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- **Tanggung Jawab :** Bertanggung jawab kepada komite medis.

b. Sub Komite Kredensial

- **Komposisi:** Terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota. Anggota Sub Komite Kredensial adalah wakil dari kelompok staf medis dan/atau yang mewakili
- **Fungsi** : melaksanakan kebijakan komite medis di bidang kredensial profesi medis
- **Tugas :**
 1. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medis rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur dan terbuka.
 2. Membuat Rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medis di rumah sakit.
 3. Membuat laporan kepada Komite Medis apabila permohonan sesuai dengan ketentuan yang diatur di dalam Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit.
 4. Melakukan review kompetensi staf medis dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medis dalam rangka pemberian *clinical privileges, reappointments* dan penugasan staf medis pada unit kerja.
 5. Membuat rencana kerja Sub Komite Kredensial.
 6. Melaksanakan rencana kerja Sub Komite Kredensial.
 7. Menyusun tata laksana dan instrumen kredensial,
 8. Melaksanakan kredensial dengan melibatkan lintas fungsi sesuai kebutuhan,
 9. Membuat laporan berkala kepada Komite Medis.
- **Wewenang :**

Melaksanakan kegiatan keredensial secara adil, jujur dan terbuka secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan
- **Tanggung Jawab :**

Bertanggung jawab kepada Komite Medis

c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Etika profesi terkait dengan masalah moral yang baik dan moral yang buruk, karena itu etika profesi merupakan dilema norma internal, sedangkan disiplin profesi terkait dengan perilaku pelayanan dan pelanggaran standar profesi

- **Komposisi :** Sub Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari Ketua, Wakil Ketua dan Anggota yang dipilih dari anggota Kelompok Staf Medis.

- **Fungsi** : Melaksanakan kebijakan komite medis dibidang etika dan disiplin profesi medis
- **Tugas** :
 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 komite etik rumah sakit
 7. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala
- **Wewenang** :
Melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika profesi kedokteran dan disiplin profesi dengan melibatkan lintas sektor dan lintas fungsi sesuai kebutuhan.
- **Tanggung Jawab** :
Bertanggung jawab kepada Komite Medis.

VI. PENUTUP

Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff by laws*) ini disusun agar menjadi acuan bagi semua rumah sakit dalam menyusun *medical staff bylaws*-nya masing-masing dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan medis.

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)