KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta 12950
Telepon : (021) 5201590 *(Hunting)*

GERMAS

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR : HK.02.02/I/5650/2018

TENTANG

PEMBERLAKUAN PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka mewujudkan Tata Kelola Rumah Sakit dan Tata Kelola Klinis yang baik diperlukan suatu pedoman hukum dalam pembuatan kebijakan teknis operasional dengan memperhatikan aspek pemerataan, efisiensi, terjangkau dan perlindungan kepada masyarakat;

b. bahwa diperlukan pedoman yang mengatur hubungan antara Pemilik atau yang mewakili (Dewan Pengawas), Direktur rumah sakit, Satuan, Komite dan Staf Medis di Rumah Sakit Umum Pusat DR.Soeradji Tirtonegoro untuk mewujudkan Tata Kelola Rumah Sakit dan Tata Kelola Klinis yang baik;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) pada Rumah Sakit Umum Pusat DR.Soeradji Tirtonegoro;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
6. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95/Pmk.05/2016 Tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEMBERLAKUAN PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR.SOERADJI TIRTONEGORO.

KESATU : Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana dimaksud terlampir pada Keputusan ini;

KEDUA : Mengesahkan dan memberlakukan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai peraturan internal dalam pengelolaan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro;

KETIGA : Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana dimaksud dalam diktum Kesatu terdiri dari Peraturan Internal Korporasi (*Corporate Bylaws*) dan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*);

KEEMPAT : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan ini dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Dinas Kesehatan Kota Klaten;

KELIMA : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal : 21 November 2018

a.n. MENTERI KESEHATAN
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

BAMBANG WIBOWO

Tembusan:
1. Menteri Kesehatan
2. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
3. Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan
4. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT
(HOSPITAL BY LAWS)

RSST

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
DR. SOERADJI TIRTONEGORO
TAHUN 2018

DAFTAR ISI

Halaman

Pendahuluan

1. Latar Belakang 1
2. Maksud dan Tujuan *Hospital Bylaws* 5
3. Manfaat *Hospital Bylaws* 5

Buku Kesatu : *Corporate By Laws*

BAB I : Ketentuan Umum 7

BAB II : Identitas 12

BAB III : Dewan Pengawas 16

BAB IV : Direksi Rumah Sakit 30

BAB V : Komite-Komite dan Satuan Pemeriksaan Internal 39

Komite Etik dan Hukum 40

Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko..43

Komite Keperawatan 45

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya 47

Komite Koordinasi Pendidikan 49

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi 50

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba 53

Paraf	:	
Paraf	:	

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja 54

Satuan Pemeriksaan Internal 56

Buku Kedua : *Medical Staff By Laws*

BAB VI : Tujuan 62

BAB VII : Staf Medis 62

BAB VIII : Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) 72

BAB IX : Kewenangan Klinis (*Clinical Previlege*) 74

BAB X : Penugasan Klinis (*Clinical Appoinment*) 78

BAB XI : Komite Medik 80

BAB XII : Pengorganisasian Sub Komite..... 84

BAB XIII : Subkomite Kredensial 85

BAB XIV : Subkomite Mutu Profesi 88

BAB XV : Subkomite Etika dan Disiplin Profesi 91

BAB XVI : Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis 93

BAB XVII : Amandemen / Perubahan 94

BAB XVIII : Ketentuan Penutup 95

Paraf	:	
Paraf	:	

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Soeradji Tirtonegoro adalah rumah sakit umum pemerintah milik Kementerian Kesehatan yang berada di Kabupaten Klaten, berdiri pada tanggal 20 Desember 1927 pada masa pemerintahan Hindia Belanda, dengan nama dr. SCHEURER HOSPITAL. Perkembangan pengelolaan rumah sakit ini selanjutnya berjalan mengikuti perkembangan sejarah yang ada di pemerintahan, mulai pengelolaan di masa penjajahan Belanda dan Jepang hingga periode kemerdekaan Republik Indonesia.

Setelah Jepang menyerah dan Indonesia merdeka tanggal 17 Agustus 1945 maka rumah sakit ini menjadi milik pemerintah Republik Indonesia, namanya diganti dengan Rumah Sakit Umum Tegalyoso. Tegalyoso ialah nama desa di mana lokasi rumah sakit berada. Pemerintah Indonesia menunjuk dr. Soenoesmo sebagai Direktur Rumah Sakit Tegalyoso saat itu dan merupakan direktur pertama yang berasal dari pribumi. Pada masa peralihan pemerintahan, pengelolaan rumah sakit dari misionaris ke Pemerintah Republik Indonesia masih terdapat beberapa tenaga dokter asing, satu diantaranya adalah dr. J. Hochner.

Berikut adalah kronologi sejarah perkembangan rumah sakit :

1. Tahun 1975 keputusan Menteri Kesehatan menetapkan RSUP Tegalyoso sebagai salah satu tempat praktek mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta;
2. Tahun 1978 keputusan Menteri Kesehatan nomor 134/Menkes/SK/IV/1978 tanggal 28 April 1978 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum, dan menetapkan

Paraf	:	
Paraf	:	

RSUP Tegalyoso sebagai Rumah Sakit kelas C, yaitu melaksanakan pelayanan kesehatan paling ssedikit 4 (empat) spesialisasi, yaitu : Penyakit Dalam, Bedah, kebidanan dan Penyakit Kandungan serta Kesehatan Anak.

3. Tahun 1992 keputusan Menteri Kesehatan nomor 746/Menkes/SK/IX/1992, tanggal 2 September 1992 menetapkan RSUP Tegalyoso sebagai Rumah Sakit Umum Swadana dengan Syarat. Sebagai Rumah Sakit Unit Swadana dapat mengelola dan menggunakan secara langsung penerimaan fungsionalnya.
4. Tahun 1993 keputusan Menteri Kesehatan nomor 1168/Menkes/SK/XII/1993 Tanggal 15 Desember 1993 menetapkan RSUP Tegalyoso sebagai Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan.
5. Tahun 1994 Keputusan Menterai Keuangan Nomor S-733/MK.03/1994 tanggal 6 Oktober 1994, menetapkan RSUP Tegalyoso sebagai Rumah Sakit Unit Swadana Tanpa Syarat.
6. Tahun 1994 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1285/Menkes/SK/XII/1994 tanggal 28 Desember 1994 menetapkan RSUP tegalyoso sebagai Rumah Sakit Unit Swadana Tanpa Syarat.
7. Tahun 1997 Undang-undang Nomor 20 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) diikuti dengan Peraturan Pemrintah Nomor 22 tahun 1997 tentang Jenis dan Penyetoran PNBP maka RSUP Tegalyoso menjadi RPNBP maka RSUP Tegalyoso menjadi Rumah Sakit Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP), berarti Unit Swadana dicabut.
8. Tahun 1997 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1442A/menkes/SK/XII/1997 tanggal 20 Desember 1997

Paraf	:	
Paraf	:	

menetapkan nama RSUP Tegalyoso menjadi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

9. Tahun Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 934/Menkes/IX/2001 tanggal 5 September 2001, menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menjadi Rumah Sakit Pendidikan untuk FK-UGM dan menjadi Laboratorium Pusat Pengembangan Pelayanan Medik Dasar Essensial.
10. Tahun 2003 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1594/Menkes/SK/XII/2002, tanggal 27 Desember 2002 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tortonegoro sebagai Rumah Sakit Kelas B Pendidikan.
11. Tahun 2007 Keputusan Menteri Keuangan Nomor 273/KMK.05/2007, tanggal 21 Juni 2007 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).
12. Tahun 2007 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 756/Menkes/SK/VI/2007 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).
13. Tahun 2013 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/I/0700/2013, tanggal 18 April 2013 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
14. Tahun 2016 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/1/3554/2016, tanggal 24 Oktober 2016 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Paraf	:	
Paraf	:	

15. Tahun 2017 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mendapatkan penghargaan dan Predikat sebagai institusi yang Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK) dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi & Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK).
16. Tahun 2018 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mendapatkan Izin Operasional sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A berdasarkan Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018, tanggal 26 Januari 2018.

Perubahan Paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomi, maka rumah sakit dapat dijadikan sebagai subyek hukum. Oleh karena itu perlu diantisipasi dengan adanya kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit baik Pemilik, Pengelola dan Staf Medis di Rumah Sakit. Dalam Peraturan Internal rumah sakit (Hospital Bylaws) ini akan diatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik atau yang mewakili Pemilik dengan rumah sakit.

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang tenaganya multi disiplin sarat dengan sumber daya baik dana dan teknologi yang kompleks, sehingga tidak menutup kemungkinan adanya konflik antar pihak yang berkepentingan baik antara pelanggan (*customer*) dengan pemberi pelayanan, antara pemilik dengan pengelola maupun antara pengelola dengan stafnya.

Meningkatnya kesadaran serta kepekaan hukum masyarakat akhir-akhir ini, mendorong timbulnya tuntutan hukum terhadap rumah sakit, sehingga adanya (Hospital Bylaws) sebagai aturan tertulis

Paraf	:	
Paraf	:	

di rumah sakit akan menjadi acuan tertulis yang sangat penting. Selain itu juga sebagai aturan tertulis untuk menyelenggarakan tata kelola (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.

B. Maksud dan Tujuan *Hospital Bylaws*

Secara umum, Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah merupakan peraturan dasar yang bertujuan mengatur Pemilik (Kementerian Kesehatan) melalui perwakilannya (Dewan Pengawas), Direksi Rumah Sakit (selaku pengelola), dan seluruh staf yang bekerja di rumah sakit, sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.

Sedangkan secara khusus, dengan adanya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) tersebut, diharapkan dapat dipakai sebagai pedoman dalam penyelenggaraan kegiatan di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, baik yang berhubungan dengan kebijakan teknis operasional maupun pengaturan Staf.

C. Manfaat *Hospital Bylaws*

Adapun manfaat dari Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws)*, adalah :

1. Sebagai acuan Pemilik (melalui Dewan Pengawas) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam melakukan pengawasan.
2. Sebagai acuan bagi Direktur Utama dan para Direktur (Direksi) dalam mengelola dan menyusun kebijakan teknis operasional.
3. Sebagai acuan dalam menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola organisasi yang baik.

Paraf	:	
Paraf	:	

4. Sebagai sarana menjamin efektifitas, efisien, mutu dan keselamatan pasien.
5. Sebagai sarana dalam perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit.
6. Sebagai acuan penyelesaian konflik.
7. Sebagai persyaratan Badan Layanan Umum
8. Sebagai persyaratan dalam akreditasi.

Untuk Manfaat HBL dapat dibedakan menjadi 3 :

1. Manfaat bagi pemilik
   a. Mengetahui tujuan rumah sakit
   b. Mampu memberikan arahan dalam mencapai tujuan rumah sakit
   c. Acuan dalam menyelesaikan konflik
2. Manfaat bagi rumah sakit
   a. Merupakan acuan hukum dalam menyusun kebijakan manajerial / operasional
   b. Memiliki kepastian hukum dalam pembagian batas kewenangan, hak, kewajiban, dan tanggung jawab
   c. Memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit dan badan layanan umum
3. Manfaat bagi Masyarakat
   a. Mengetahui visi misi dan tujuan rumah sakit
   b. Mengetahui hak dan kewajiban pasien

Paraf	:	
Paraf	:	

BUKU KESATU
PERATURAN INTERNAL KORPORASI
(*CORPORATE BY LAWS*)

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital Bylaws)* Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro ini yang dimaksud dengan :

1. **Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital Bylaws)*** adalah aturan dasar penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Pusat dr Soeradji Tirtonegoro, yang terdiri dari peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
2. **Peraturan Internal Korporasi *(Corporate Bylaws)*** adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi *(corporate governance)* terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola, dan Staf Medik di rumah sakit;
3. **Peraturan Internal Staf Medis *(Medical Staff Bylaws)*** adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis *(clinical governance)* untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit;
4. **Pemilik** adalah pemilik **Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro** yaitu Kementerian Kesehatan RI, di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan;
5. **Rumah Sakit** adalah Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro yang organisasinya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 257/MENKES/PER/III/2008 tanggal 11 Maret 2008

Paraf	:	
Paraf	:	

tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 046/MENKES/PER/I/2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro;

6. **Dewan Pengawas** adalah Dewan Pengawas Rumah Sakit merupakan unit non struktural pada rumah sakit yang bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat;
7. **Direksi** adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertugas dalam pengelolaan rumah sakit, terdiri dari Direktur Utama dan Direktur sesuai dengan bidang tugasnya;
8. **Direktur Utama** adalah pimpinan tertinggi, yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten oleh Menteri Kesehatan;
9. **Satuan Pemeriksaan Internal** adalah organ di rumah sakit yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit;
10. **Komite Medik** adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis *(clinical governance)* agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
11. **Staf Medis** adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dan dokter pendidik klinis yang bekerja di bidang medis dalam jabatan fungsional, melakukan kegiatan keprofesian meliputi pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat secara purna waktu maupun paruh waktu di satuan kerja pelayanan di Rumah Sakit, serta telah disetujui dan diterima sesuai dengan aturan yang berlaku;

Paraf	:	
Paraf	:	

12. **Mitra Bestari *(peer group)*** adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;
13. **Kewenangan Klinis *(Clinical Privilege)*** adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis *(clinical appointment)*;
14. **Penugasan Klinis (C*linical Appointment*)** adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan;
15. **Tata Kelola Klinis yang Baik *(Good Clinical Governance)*** adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, resiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit.
16. **Kredensial** adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis *(clinical privilege)*;
17. **Rekredensial** adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis *(clinical privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan;
18. **Komite Keperawatan** adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola asuhan keperawatan *(clinical governance)* agar staf perawat dan bidan dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi keperawatan dan bidan, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi keperawatan dan bidan;

Paraf	:	
Paraf	:	

19. **Komite Tenaga Kesehatan Lainnya** adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola asuhan Tenaga Kesehatan Lain agar terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi;
20. **Komite Etik dan Hukum** adalah wadah non stuktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal penyusunan dan merumuskan medikoetikolegal dan etika pelayanan terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan *"hospital bylaws"* dan *"medical staff bylaws"*, gugus tugas bantuan dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit;
21. **Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen risiko** adalah perangkat rumah sakit yang mempunyai fungsi memberikan rekomendasi yang berisi upaya-upaya peningkatan mutu pelayanan klinis dan manajerial yang bermuara pada keselamatan pasien melalui langkah-langkah identifikasi masalah, menetapkan prioritas, memilih metode pengambilan data, menyusun analisis, menetapkan berbagai upaya perbaikan, melakukan monitoring dan evaluasi secara efektif dan efisien kepada Direktur Utama RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro;
22. **Komite Koordinasi Pendidikan** adalah perangkat rumah sakit yang mempunyai fungsi mengelola dan melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di Rumah Sakit;
23. **Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi** adalah perangkat rumah sakit yang mempunyai fungsi untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit.

Paraf	:	
Paraf	:	

24. **Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba** yang selanjutnya disingkat KPRA adalah komite yang dibentuk dalam rangka mengendalikan penggunaan antimikroba di rumah sakit.
25. **Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja** adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit.
26. **Dokter dan dokter gigi** adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
27. **Dokter Pendidik Klinis** adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan/medik, pengabdian masyarakat, pendidikan dokter dan dokter spesialis di Rumah Sakit Pendidikan serta melakukan penelitian guna pengembangan ilmu kedokteran yang diduduki oleh Pegawai Negeri Sipil dan Non PNS dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang;
28. **Pegawai Non PNS** adalah setiap orang yang telah memenuhi persyaratan yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan digaji berdasarkan ketentuan yang berlaku guna memenuhi kebutuhan ketenagaan UPT PPK-BLU yang tidak terpenuhi oleh PNS.
29. **Dokter Tamu** adalah dokter spesialis dan dokter subspesialis yang ditugaskan untuk memberikan pelayanan yang dibutuhkan rumah sakit sesuai dengan kompetensi dan keahliannya.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB II
IDENTITAS

Bagian Kesatu
Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

(1) Rumah sakit ini bernama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro.

(2) Alamat Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah di Jalan KRT Soeradji Tirtonegoro Nomor 1 Klaten Jawa Tengah.

Pasal 3

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK–BLU).

Pasal 4

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro merupakan Rumah Sakit kelas A yang memberikan pelayanan kesehatan, pendidikan, pelatihan dan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian Kedua

Visi, Misi, Falsafah, dan Tujuan

Pasal 5

(1) Visi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah "Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional yang Ramah Lansia pada Tahun 2019".

(2) Misi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah :

a. Menyelenggarakan dan mengembangkan pelayanan kesehatan paripurna, berkualitas dan terjangkau sesuai dengan iptekdokkes.
b. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas.
c. Mewujudkan Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan kepuasan stakeholder.
d. Meningkatkan kesejahteraan dan jenjang karier karyawan.

Pasal 6

Visi dan misi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro disusun oleh rumah sakit dan disetujui oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Pasal 7

(1) Direktur Utama bertanggung jawab untuk melakukan publikasi dan sosialisasi visi dan misi rumah sakit.

(2) Publikasi dan sosialisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui website atau media lainnya.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 8

Falsafah Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro ialah:

a. Karyawan yang berkualitas dan berkomitmen tinggi kepada rumah sakit adalah aset yang paling berharga;
b. Kepuasan dan kesetiaan pasien adalah dasar kelangsungan hidup rumah sakit;
c. Mutu pelayanan rumah sakit sebagai pengikat kesetiaan pelanggan.

Pasal 9

Tujuan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah :

1. Tercapainya produk pelayanan kesehatan yang berkualitas unggul sesuai kebutuhan masyarakat dengan berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien *(patient safety)*.
2. Terselenggaranya pendidikan, penelitian, dan pengembangan sehingga dihasilkan SDM yang profesional dan mampu melakukan penapisan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
3. Terwujudnya kepuasan seluruh pelanggan dengan pengelolaan yang efektif dan efisien.
4. Terwujudnya peningkatan kesejahteraan karyawan.

Bagian Ketiga

Nilai-nilai, Motto dan Logo Rumah Sakit

Pasal 10

(1) Nilai – nilai adalah sikap kerja karyawan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro :
    a. Integritas yang mempunyai makna bertindak konsisten sesuai dengan kebijakan organisasi serta kode etik profesi.

Paraf	:	
Paraf	:	

b. Profesionalisme yang mempunyai makna melayani dengan dasar ilmu pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan kompetensi.
c. Akuntabilitas yang mempunyai makna berfungsinya seluruh komponen penggerak jalannya kegiatan perusahaan, sesuai tugas dan kewenangannya masing-masing dan bisa dipertanggungjawabkan.
d. Keterbukaan yang mempunyai makna sikap membuka diri dengan dunia luar dan saling membangun dalam kerjasama organisasi.
e. Ikhlas yang mempunyai makna mengerjakan suatu kebaikan dengan semata-mata mengharap ridha Allah SWT.

(2) Motto Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah "Bersih, Nyaman dan Akurat"

Pasal 11

(1) Logo Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah sebagai berikut:

RSST

(2) Deskripsi logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah:
a. Simbol Manusia dengan ekspresi orang yang sedang mengangkat kedua tangan adalah ekspresi orang yang Sehat, Bahagia, Senang, dan Terbuka.

Paraf	:	
Paraf	:	

b. Simbol Bunga yang diambil dari tumbuhan habbatusauda yang mempunyai makna rumah sakit yang bergerak di bidang layanan rumah sakit umum, di dalamnya terdapat banyak tenaga ahli profesional yang dapat membantu menyembuhkan segala jenis penyakit.

c. Simbol Daun yang mempunyai makna kesehatan.

(3) Warna pada logo sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai makna:

a. Bunga berwarna gradasi kuning keemasan mempunyai arti elegant, tenang dan mengayomi.

b. Gradasi warna dari bawah gelap menuju ke atas terang mempunyai arti bahwa RSST mempunyai kemampuan dan potensi untuk lebih maju dalam bidang kesehatan.

c. Warna hijau pada daun mempunyai arti Sehat, Alami, Damai dan Keberuntungan.

BAB III
DEWAN PENGAWAS

Bagian Pertama
Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 12

(1) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk oleh Pemilik Rumah Sakit;

(2) Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

(3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitan secara internal di Rumah Sakit;

(4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat *kolektif kolegial.*

Pasal 13

(1) Keanggotaan Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro sebanyak 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota;

(2) Keanggotaan Dewan pengawas Rumah Sakit dapat terdiri dari unsur-unsur:

a. Pemilik Rumah Sakit adalah Pejabat Kementerian Kesehatan RI yang secara teknis membawahi Rumah Sakit;
b. Pejabat Kementerian Keuangan RI;
c. Pejabat Kementerian/ Instansi lain yang kegiatannya berhubungan dengan Rumah Sakit;
d. Tenaga ahli/ tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit;
e. Asosiasi perumahsakitan;
f. Organisasi profesi.

Pasal 14

Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Menteri Kesehatan RI dengan Surat Keputusan setelah mendapat persetujuan Menteri Keuangan RI.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 15

Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah orang- perorangan yang :

a. Berkewarganegaraan Indonesia;
b. Memiliki integritas, dedikasi, memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Pengelola, Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit, atau orang yang tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan negara;
d. Tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit;
e. Persyaratan lain yang ditetapkan oleh Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 16

(1) Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah orang-perorangan yang memenuhi persyaratan Umum dan Khusus .
(2) Persyaratan Umum :
    a. Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.
    b. Memiliki integritas, dedikasi, itikad baik dan rasa tanggung jawab
    c. Dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya
    d. Bukan anggota atau pengurus partai politik
    e. Bukan calon anggota legislatif dan anggota dewan/legislatif
    f. Bulan calon kepala/wakil kepala daerah atau kepala/wakil kepala daerah

Paraf	:	
Paraf	:	

g. Bukan pegawai Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro atau tidak sedang menjabat sebagai pejabat pengelola Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro
h. Tidak sedang menjadi tersangka atau terdakwa pada proses peradilan
i. Tidak sedang menjadi terpidana sesuai dengan keputusan pengadilan yang mempunyai kekuatan hukum yang tetap.
j. Cakap melakukan perbuatan hukum dan tidak dinyatakan sedang pailit atau menjadi direksi/komisaris.dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga suatu badan usaha dinyatakan pailit atau dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara, dan
k. Tidak memiliki hubungan sedarah sampai dengan derajat ketiga baik menurut garis lurus maupun garis kesamping termasuk hubungan yang timbul karena perkawinan dengan pejabat pengelola Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro maupun dengan anggota Dewan Pengawas Lainnya.

(3) Persyaratan Khusus :
a. Sehat jasmani dan rohani (tidak sedang menderita suatu penyakit yang dapat menghambat pelaksanaan tugas sebagai Dewan Pengawas
b. Memiliki pengetahun dan/atau kompetensi di bidang yang berkaitan dengan kegiatan BLU.

Pasal 17

(1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Utama Rumah Sakit dapat mengangkat dan memberhentikan

Paraf	:	
Paraf	:	

seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan persetujuan Dewan Pengawas.

(2) Persyaratan Sekretaris dewan pengawas adalah :

a. berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) aktif di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro
b. tidak sedang menjabat sebagai anggota Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro
c. memiliki integritas, dedikasi, itikad baik, dan rasa tanggung jawab;
d. berpendidikan paling rendah setingkat strata 1 (satu) atau yang sederajat;
e. dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
f. memiliki tempat kerja dekat dengan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro; dan
g. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan Keuangan Negara.

(3) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun atau ditetapkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit dengan persetujuan Dewan Pengawas dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.

(4) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas :

1. Persiapan jadwal pertemuan;
2. Bertanggung jawab terhadap pengelolaan ketatausahaan dan administrsi kegiatan Dewan Pengawas;
3. Mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
4. Membuat notulen;
5. Menyebarkan risalah rapat;

Paraf	:	
Paraf	:	

6. Menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas.

(5) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

(6) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas.

Bagian Kedua
Tugas, Kewajiban, fungsi dan wewenang

Pasal 18

(1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut:

a. Menilai, menyetujui dan melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Direksi mengenai pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran, penerapan wilayah bebas dari korupsi (WBK), wilayah birokrasi bersih melayani (WBBM) dan peraturan perundang-undangan;
b. Memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit yang akan dilaksanakan oleh direksi;
c. Menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran termasuk program pendidikan dan penelitian;
d. Mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
e. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
f. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit;
g. Mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi dan peraturan perundang-undangan;

Paraf	:	
Paraf	:	

h. Memberikan persetujuan atas visi dan misi rumah sakit termasuk hasil review-nya;

i. Menyetujui pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

(2) Dewan Pengawas mempunyai kewajiban sebagai berikut :

a. Menyusun perencanaan pengawasan agar dapat melakukan pengawasan berdasarkan pedoman yang berlaku di rumah sakit;

b. Melakukan pengawasan terhadap pengelolaan rumah sakit yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

c. Memberikan pendapat dan saran kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh direktur rumah sakit;

d. Mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;

e. Memberikan laporan kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan apabila terdapat gejala menurunnya kinerja rumah sakit;

f. Memberikan nasehat kepada Direksi rumah sakit dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit;

g. Memberikan masukan, saran atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Rumah Sakit kepada Direksi.

h. Memberikan rekomendasi penilaian kinerja direksi kepada Pemilik.

(3) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan RI.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 19

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

1. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan rumah sakit yang disampaikan oleh Direktur Utama;
2. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal
3. rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur Utama dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindaklanjut;
4. Meminta penjelasan dari direksi dan atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur Utama Rumah Sakit sesuai Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*);
5. Meminta penjelsan dari komite atau unit non struktural di rumah sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*);
6. Berkoordinasi dengan Direktur Utama dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh pemilik;
7. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.

Pasal 20

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI sebagai pemilik rumah sakit dengan mempertimbangkan masukan dari Kementerian Keuangan RI dan pemangku kepentingan rumah sakit.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 21

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada dana pendapatan rumah sakit, dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit.

Pasal 22

Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit kepada Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Keuangan RI. (masukan dalam tugas Dewas)

(1) Dalam rangka pertanggungjawaban tugas , Dewan Pengawas membuat Laporan
(2) Laporan Dewan Pengawas terdiri atas :
    a. Laporan Periodik
    b. Laporan Khusus
    c. Laporan akhir Dewan Pengawas
(3) Laporan periodik merupakan laporan yang dibuat secara berkala setiap 6 (enam) bulan sekali.
(4) Laporan khusus merupakan laporan yang dibuat sewaktu-waktu dalam hal terjadi gejala penurunan kerja BLU dan/atau penyimpanagn terhadap peraturan perundang-undangan.
(5) Laporan akhir Dewan Pengawas merupakan Laporan yang dibuat pada akhir masa periode jabatan Dewan Pengawas.
(6) Laporan Dewan Pengawas disampaikan kepada :
    a. Menteri Kesehatan
    b. Menteri Keuangan

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian Ketiga

Rapat Dewan Pengawas

Pasal 23

(1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada Pengelola BLU.

(2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :

a. Rapat Rutin;

b. Rapat Tahunan;

c. Rapat Khusus.

Pasal 24

(1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk Rapat Tahunan dan Rapat Khusus.

(2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Direksi Rumah Sakit dan Komite-komite serta struktur lain **yang dianggap perlu** untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau solusi alternatif berbagai masalah di Rumah Sakit.

(3) Rapat rutin diadakan pada waktu dan tempat yang ditetapkan bersama oleh Direksi dan Dewan Pengawas.

(4) Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit;

(5) Rapat Khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun tahunan.

Paraf	:	
Paraf	:	

(6) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
   a. Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan, atau
   b. Ada permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit tiga orang anggota Dewan Pengawas.

(7) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

(8) Rapat khusus yang diminta oleh Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b diatas, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut

Pasal 25

Setiap rapat dinyatakan sah hanya bila undangan telah disampaikan sesuai aturan, kecuali seluruh anggota Dewan Pengawas yang berhak memberikan suara menolak undangan tersebut.

Pasal 26

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur Utama, juga dihadiri oleh Para Direktur, Komite-komite dan pihak lain yang dipandang perlu yang ada di dalam atau di luar lingkungan Rumah Sakit.

Pasal 27

(1) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir dalam suatu rapat, maka bila kuorum telah tercapai, anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.

(2) Pejabat Ketua sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 28

(1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.

(2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri paling sedikit 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.

(3) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari dan jam yang sama minggu berikutnya.

(4) Bila Kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

Bagian keempat

Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 29

(9) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite-komite dan pihak lain yang dianggap perlu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

(10) Setiap undangan rapat yang disampaikan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:

a. 1 (satu) salinan agenda;

b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;

c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 30

(1) Penyusunan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

(2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas yang hadir.

Pasal 31

(1) Pemungutan suara dilakukan bilamana tidak diperoleh kesepakatan tentang suatu masalah yang harus diputuskan diantara anggota Dewan Pengawas;

(2) Masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki para anggota Dewan Pengawas pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;

(3) Putusan rapat Dewan Pengawas ditentukan oleh suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Pasal 32

(1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usulan perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam peraturan internal (*Hospital Bylaws*) ini.

(2) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan

Paraf	:	
Paraf	:	

perubahan atau pembatalan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 1(satu) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Bagian Keempat

Pengangkatan, Pemberhentian dan Penggantian

Pasal 33

(1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Menteri Kesehatan setelah mendapat persetujuan Menteri Keuangan;

(2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali dalam jabatan yang sama untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya;

(3) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataan anggota tersebut :
   a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
   b. Tidak melaksanakan ketentuan Perundang-Undangan dan/atau ketentuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) rumah sakit;
   c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
   d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan Pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit;
   e. Mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit;
   f. Berhalangan tetap.

(4) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dapat dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan tetap memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 dan Pasal 13 .

Paraf	:	
Paraf	:	

(5) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

BAB IV
DIREKSI RUMAH SAKIT

Bagian Pertama
Pengelolaan, Pengangkatan dan Pemberhentian, Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab serta Persyaratan Kompetensi

Pasal 34

(1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur Utama dan 3 (tiga) orang Direktur yang disebut Direksi.

(2) Direksi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) adalah :
   a. Direktur Utama;
   b. Direktur Medik dan Keperawatan;
   c. Direktur Umum, SDM dan Pendidikan;
   d. Direktur Keuangan.

(3) Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.

(4) Direktur Utama dan para Direktur bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan RI c.q Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

(5) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur Utama dan para Direktur ditentukan oleh Menteri Kesehatan RI dan diperinci

Paraf	:	
Paraf	:	

dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.

(6) Penilaian Kinerja Direktur Utama dan para Direktur dilakukan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Pasal 35

(1) Anggota Direksi diangkat dan diberhentikan oleh Menteri Kesehatan RI.

(2) Anggota Direksi dapat diberhentikan sebelum masa jabatannya dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 36

(1) Direksi mempunyai tugas pokok memimpin dan mengelola pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit.

(2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direksi menyelenggarakan fungsi menyusun kebijakan operasional, perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan di bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum sumber daya manusia dan pendidikan, serta keuangan.

(3) Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Direksi mempunyai wewenang dan tanggung jawab:

a. Menyusun dan menetapkan kebijakan operasional rumah sakit meliputi bidang pelayanan medik dan keperawatan, umum sumber daya manusia dan pendidikan, serta keuangan.

b. Melaksanakan kebijakan pengembangan usaha dalam mengelola rumah sakit sebagaimana yang telah digariskan oleh pemilik/menteri kesehatan;

Paraf	:	
Paraf	:	

c. Menyusun rencana strategis dan rencana bisnis anggaran rumah sakit;
d. Menyusun dan menetapkan organisasi dan tata laksana setiap unit kerja di lingkungan rumah sakit lengkap dengan susunan jabatan, rincian tugas dan tata hubungan kerja;
e. Mewakili rumah sakit, baik di dalam maupun di luar pengadilan;
f. Mengusulkan perencanaan dan penempatan pns sesuai dengan peraturan perundang-undangan;
g. Melakukan pembinaan dan mengusulkan pemberhentian pns sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
h. Mengadakan, mengangkat, menempatkan, menugaskan, atau memberhentikan pegawai non pns sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
i. Menetapkan peraturan kepegawaian bagi pegawai non pns sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
j. Mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
k. Bertanggung jawab terhadap pembukuan serta administrasi rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku;
l. Menetapkan laporan berkala dan tahunan tentang kinerja rumah sakit.

Pasal 37

(1) Direktur Utama mempunyai tugas pokok untuk memimpin penyelenggaraan tugas Rumah Sakit dalam melaksanakan upaya kesehatan paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan

Paraf	:	
Paraf	:	

pengembangan serta penapisan teknologi di bidang kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur Utama mempunyai fungsi :

a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier;
b. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan SDM dalam pemberian pelayanan kesehatan;
c. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
d. Pelaksanaan administrasi rumah sakit.

(3) Dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya Direktur Utama mempunyai wewenang dan tanggung jawab:

a. Memimpin, mengelola, dan mengkoordinasikan serta mengendalikan pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
b. Mengesahkan laporan keuangan dan laporan akuntabilitas kinerja rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
c. Mengelola seluruh kekayaan rumah sakit, berupa sarana prasarana dan peralatan serta sumber daya lainnya;
d. Membentuk dan menetapkan tim/panitia teknis untuk melaksanakan tugas-tugas tertentu;
e. Menetapkan dan mencabut kewenangan klinis *(clinical privilege)*, penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis;
f. Mewakili dan bertindak untuk dan atas nama rumah sakit dalam melakukan perbuatan hukum.

Paraf	:	
Paraf	:	

(4) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) Direktur Utama dibantu oleh para Direktur.

Pasal 38

(1) Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai tugas pokok melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan keperawatan serta fasilitas medik dan keperawatan.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur Medik dan Keperawatan menyelenggarakan fungsi :

a. Penyusunan rencana penatalaksanaan pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan keperawatan, serta fasilitas medik dan keperawatan.
b. Koordinasi pelaksanaan pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan keperawatan, serta fasilitas medik dan keperawatan.
c. Pengendalian, pengawasan dan evaluasi pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan keperawatan serta fasilitas medik dan keperawatan.
d. Perencanaan, koordinasi, monitoring dan evaluasi pengelolaan instalasi-instalasi di bawah Direktorat Medik dan Keperawatan.

Pasal 39

(1) Direktur Umum, SDM dan Pendidikan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi umum, sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Ayat (1), Direktur Umum, SDM dan Pendidikan menyelenggarakan fungsi :

a. Pelaksana pengelolaan administrasi umum;
b. Pelaksana pengelolaan sumber daya manusia;

Paraf	:	
Paraf	:	

c. Pelaksana pengelolaan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan;
d. Perencanan, koordinasi, monitoring dan evaluasi pengelolaan instalasi- instalasi dibawahnya.

Pasal 40

(1) Direktur Keuangan mempunyai tugas melakukan pengelolaan keuangan Rumah Sakit yang meliputi penyusunan rencana dan evaluasi anggaran, perbendaharaan dan mobilisasi dana, akuntansi dan verifikasi.
(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur Keuangan menyelenggarakan fungsi :
   a. Pelaksanaan penyusunan rencana dan anggaran;
   b. Pelaksanaan perbendaharaan dan mobilisasi dana;
   c. Pelaksanaan akuntansi dan verifikasi;
   d. Perencanaan, koordinasi, monitoring dan evaluasi pengelolaan instalasi-instalasi dibawah Direktorat Keuangan.

Pasal 41

(1) Direktur Utama dalam menjalankan tugasnya dapat bertindak atas nama rumah sakit berdasarkan persetujuan Direktur lainnya.
(2) Para Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama rumah sakit untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya berdasarkan persetujuan Direktur Utama.
(3) Dalam menjalankan tugas dan kewenangan Direktur Utama dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada :
   a. Seorang atau beberapa Direktur;
   b. Seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara

Paraf	:	
Paraf	:	

sendiri maupun bersama-sama; atau

c. Orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

Pasal 42

Koordinasi antar Direksi

(1) Dalam menjalankan tugas-tugas Direksi sebagaimana dimaksud dalam pasal 24 sampai dengan pasl 28, maka para Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Direktur Utama, untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya;

(2) Apabila salah satu atau beberapa anggota direksi berhalangan tetap dalam menjalankan pekerjaannya atau apabila jabatan itu terluang dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh anggota direksi lainnya berdasarkan penunjukkan dari Direktur Utama.

Bagian Kedua

Persyaratan Menjadi Direksi

Pasal 43

Persyaratan Umum Direksi

(1) Memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman di bidang perumahsakitan atau kesehatan, dengan pendidikan Pasca Sarjana;

(2) Berkelakuan baik serta memiliki dedikasi untuk mengembangkan kinerja guna kemajuan rumah sakit;

(3) Mampu melaksanakan perbuatan hukum;

Paraf	:	
Paraf	:	

(4) Berkewarganegaraan Indonesia;

(5) Dan atau mengikuti persyaratan dan ketentuan dari Pemilik.

Bagian Ketiga

Rapat Direksi

Pasal 44

(1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur Utama dan para Direktur untuk membahas hal - hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.

(2) Rapat Direksi terdiri dari :
   a. Rapat Rutin
   b. Rapat Tahunan
   c. Rapat Khusus

(3) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.

(4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat diserahkan kepada Direktur Utama.

(5) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Direktur Umum, SDM dan Pendidikan.

Pasal 45

(1) Rapat rutin diselenggarakan 1 (satu) minggu sekali.

(2) Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal- hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.

(3) Rapat rutin dihadiri oleh Direksi.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 46

(1) Rapat tahunan diselenggarakan 1 (satu) tahun sekali.

(2) Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan satu tahun.

Pasal 47

(1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan /atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.

(2) Direktur Utama mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
   a. Ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan, atau
   b. Ada permintaan yang disetujui paling sedikit 2 (dua) Direktur.

Pasal 48

Setiap rapat Direksi selain dihadiri oleh para Direktur juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro atau dari luar lingkungan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro apabila diperlukan.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB V
KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 49

(1) Komite adalah organ rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dan melaksanakan pengelolaan sesuai tugas fungsi dalam rangka peningkatan pengembangan rumah sakit.

(2) Pembentukan komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari:
   a. Komite Medik;
   b. Komite Etik dan Hukum;
   c. Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko;
   d. Komite Keperawatan;
   e. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
   f. Komite Koordinasi Pendidikan;
   g. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
   h. Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba;
   i. Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja;

(3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama rumah sakit.

(4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama rumah sakit.

(5) Rumah sakit dapat membentuk Komite Lainnya sesuai Kebutuhan.

Paraf	:	
Paraf	:	

(6) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur Utama rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Pasal 50

(1) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur Utama Rumah Sakit.

(2) Setiap komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya.

(3) Pengaturan mengenai Komite Medik akan diatur secara khusus dalam peraturan internal staf medis.

Bagian Kedua
Komite Etik dan Hukum

Pasal 51

(1) Komite Etik dan Hukum terdiri dari :
   a. Ketua;
   b. Sekretaris; dan
   c. Anggota.

(2) Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

(3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Etik dan Hukum berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.

(4) Ketua, Sekretaris dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat

Paraf	:	
Paraf	:	

diberhentikan pada masa jabatannya apabila:

a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.

(5) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Utama kepada yang bersangkutan.

Pasal 52

(1) Tugas secara terperinci dari Komite Etik dan Hukum adalah:

a. Menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
b. Menyusun pedoman etika pelayanan
c. Membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan dan hukum perumahsakitan;
d. Mengawasi pelaksanaan penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
e. Memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
f. Mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum; dan
g. Menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar

Paraf	:	
Paraf	:	

profesi di rumah sakit.

h. Memberikan pertimbangan kepada direktur rumah sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan

i. Memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia rumah sakit.

(2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:

a. Pengelolaan data dan informasi terkait etika rumah sakit

b. Pengkajian etika dan hukum perumahsakitan, termasuk masalah profesionalisme, interkolaborasi, pendidikan, dan penelitian serta nilai-nilai bioetika dan humaniora;

c. Sosialisasi dan promosi panduan etik dan perilaku (*Code of Conduct*) dan pedoman etika pelayanan;

d. Pencegahan penyimpangan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan;

e. Monitoring dan evaluasi terhadap penerapan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan;

f. Pembimbingan dan konsultasi dalam penerapan panduan etik dan perilaku (*code of conduct*) dan pedoman etika pelayanan;

g. Penelusuran dan penindaklanjutan kasus terkait etika pelayanan dan etika penyelenggaraan sesuai dengan peraturan internal rumah skait; dan

h. Penindaklanjutan terhadap keputusan etik profesi yang tidak dapat diselesaikan oleh komite profesi yang bersangkutan atau kasus etika antar profesi.

(3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat

Paraf	:	
Paraf	:	

(1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur Utama dalam bentuk laporan dan/atau rekomendasi;

(4) Bahan pertimbangan berupa laporan dan/atau rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur Utama.

Bagian Ketiga
Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manejemen Risiko

Pasal 53

(1) Ketua dan Anggota Komite Mutu Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Mutu Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama.

(3) Ketua dan Anggota Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:

a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit
d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
e. Adanya kebijakan dari Direktur utama Rumah Sakit.

Paraf	:	
Paraf	:	

(4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Utama kepada yang bersangkutan.

Pasal 54

(1) Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko mempunyai tugas

a. Sebagai motor penggerak penyusunan program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko rumah sakit;
b. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di unit kerja;
c. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/ indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator;
d. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalm pelaksanaannya;
e. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
f. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
g. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelakanaan program mutu dan keselamatan pasien;
h. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan

Paraf	:	
Paraf	:	

program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko;

i. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;

j. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko.

(2) Komite Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko berkewajiban melaporkan kepada Direktur Utama terkait program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko termasuk insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit;

(3) Laporan sebagaimana dimaksud ayat (2) diteruskan kepada pemilik dan representasi pemilik melalui Direktur Utama Rumah Sakit.

Bagian Keempat
Komite Keperawatan

Pasal 55

(1) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun;

(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama;

(3) Ketua dan Anggota Komite Keperawatan dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:

a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;

b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

Paraf	:	
Paraf	:	

c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
e. Adanya kebijakan dari Direktur Utama Rumah Sakit.

(4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Utama kepada yang bersangkutan.

Pasal 56

(1) Fungsi Komite Keperawatan adalah :
a. Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit;
b. Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat dan bidan.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite Keperawatan dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;

(3) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur Utama dalam bentuk laporan dan rekomendasi;

(4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur Utama.

Pasal 57

Ketentuan lebih lanjut mengenai Komite Keperawatan diatur dalam Peraturan Internal Keperawatan (*Nursing Staff ByLaws*) yang ditetapkan oleh Direktur Utama.

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian Kelima

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 58

(1) Ketua dan Anggota Komite Tenaga Kesehatan Lainnya diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun;

(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Tenaga Kesehatan Lainnya bertanggung jawab langsung kepada Direktur Utama;

(3) Ketua dan Anggota Tenaga Kesehatan Lainnya dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
   a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
   b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
   c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
   d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
   e. Adanya kebijakan dari Direktur Utama Rumah Sakit.

(4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Utama kepada yang bersangkutan.

Pasal 59

(1) Tugas Tenaga Kesehatan Lainnya adalah :
   a. Menyusun dan melakukan kompilasi daftar penugasan klinis sesuai masukan dari kelompok tenaga kesehatan lainnya yang terkait berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;

Paraf	:	
Paraf	:	

b. Menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian atas aspek kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku dan etika profesi;
c. Meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan lain melalui peningkatan pengetahuan dan ketrampilan seiring kemajuan IPTEK yang terintegrasi;
d. Bekerja sama dengan bidang tenaga kesehatan lain dalam merencanakan program untuk mengatur kewenangan profesi tenaga kesehatan lain dalam melakukan asuhan tenaga kesehatan lain sejalan dengan rencana strategi rumah sakit;
e. Memberi rekomendasi dalam rangka pemberian kewenangan profesi bagi tenaga kesehatan lain yang akan melakukan asuhan tenaga kesehatan lain;
f. Mengkoordinir kegiatan-kegiatan tenaga kesehatan lain, menyampaikan laporan kegiatan komite tenaga kesehatan lain secara berkala (setahun sekali) kepada seluruh tenaga kesehatan lain dan direktur utama / kuasa pengguna anggaran.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;

(3) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) disampaikan secara tertulis kepada Direktur Utama dalam bentuk laporan dan rekomendasi;

(4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur Utama.

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian Keenam

Komite Koordinasi Pendidikan

Pasal 60

(1) Komite Koordinasi Pendidikan terdiri atas:
   a. Ketua merangkap sebagai anggota;
   b. Wakil ketua merangkap sebagai anggota berasal dari unsur institusi pendidikan;
   c. Sekretaris merangkap sebagai anggota;
   d. Ketua, Sekretaris dan anggota Sub Komite Program : Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat peserta didik.

(2) Dalam melaksanakan tugasnya, Komite Koordinasi Pendidikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibantu oleh Sekretariat.

Pasal 61

(1) Komite Koordinasi Pendidikan mempunyai tugas :
   a. Memberikan dukungan administrasi proses pembelajaran klinik di rumah sakit;
   b. Menyusun perencanaan kegiatan dan anggaran belanja tahunan pembelajaran klinik sesuai kebutuhan;
   c. Menyusun perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana yang diperlukan mahasiswa;
   d. Membentuk sistem informasi terpadu untuk menunjang penyelenggaraan fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi dan kesehatan lain;
   e. Melakukan koordinasi dalam rangka fasilitasi kepada seluruh mahasiswa yang melaksanakan pembelajaran klinik serta dosen dan penyelia yang melakukan bimbingan dan supervisi proses

Paraf	:	
Paraf	:	

pembelajaran klinik mahasiswa di rumah sakit;

f. Melakukan supervisi dan koordinasi penilaian kinerja terhadap dosen atas seluruh rumah sakit dan / atau yang terkait dengan sistem rujukan;
g. Melakukan pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan proses pembelajaran klinik mahasiswa; dan
h. Melaporkan hasil kerja secara berkala kepada Direktur Utama rumah sakit dan pimpinan institusi pendidikan.

(2) Komite Koordinasi Pendidikan berkewajiban melaporkan kepada Direktur Utama terkait program dan kegiatan yang berhubungan dengan penyelenggaraan koordinasi pendidikan di rumah sakit;

Bagian Ketujuh

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 62

(1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terdiri dari :
   a. Ketua;
   b. Sekretaris;
   c. Anggota :
      i. IPCN/Perawat PPI;
      ii. IPCD/Dokter PPI;
      iii. Anggota lain.

(2) IPCD terdiri dari perwakilan masing-masing KSM.

(3) Anggota lain terdiri dari Laundri, Sanitasi, Gizi, Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaraan Jenazah, Tim TB DOTS, Tim HIV, Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

Paraf	:	
Paraf	:	

(4) Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro untuk masa jabatan tertentu;

(5) Lamanya masa jabatan Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah selama 3 (tiga) tahun;

(6) Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataan anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi :

a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
e. Adanya kebijakan dari Direktur Utama Rumah Sakit;

(7) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Utama kepada anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang bersangkutan.

Pasal 63

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas dan fungsi :

(1) Menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi;

(2) Melaksanakan sosialisasi kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi, agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan;

Paraf	:	
Paraf	:	

(3) Membuat dan menyusun Standar Operasional Prosedur (SPO) pencegahan dan pengendalian infeksi;

(4) Menyusun program pencegahan dan pengendalian infeksi dan mengevaluasi pelaksanaan program tersebut;

(5) Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIs (*Healhtcare Associated Infections*);

(6) Memberikan usulan untuk mengembangkan dan meningkatkan cara pencegahan dan pengendalian infeksi;

(7) Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;

(8) Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;

(9) Mengindentifikasi/temuan dilapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;

(10) Melakukan pertemuan berkala, termasuk evaluasi kebijakan;

(11) Berkoordinasi dengan unit terkait lain dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit, antara lain :

(12) Mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi apakah telah sesuai kebijakan manjemen rumah sakit;

(13) Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan alat dan linen sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi;

Paraf	:	
Paraf	:	

(14) Menentukan sikap penutupan ruangan rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;

(15) Melakukan pengawasan terhadap tindakan-tindakan yang menyimpang dari standar prosedur / monitoring surveilans proses.

(16) Melakukan investigasi, menetapkan, dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit;

(17) Melaporkan kegiatan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit kepada direktur utama rumah sakit.

Bagian Kedelapan

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba

Pasal 64

(1) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba bertugas :

a. Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam menyusun kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;

b. Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam menyusun kebijakan dan Panduan Penggunaan Antibiotik Rumah Sakit;

c. Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam melaksanakan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit;

d. Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit;

e. Menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;

f. Melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik;

Paraf	:	
Paraf	:	

g. Melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik;

h. Menyebarluaskan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi antimikroba, penggunaan antibiotik secara bijak, dan ketaatan terhadap pencegahan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan;

i. Mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba; dan

j. Melaporkan kegiatan program pengendalian resistensi antimikroba kepada direktur utama rumah sakit.

(2) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba terdiri dari unsur :

a. Ketua

b. Wakil ketua

c. Sekretaris

d. Anggota

Bagian Kesembilan

Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Pasal 65

(1) Susunan Organisasi Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) terdiri dari :

a. Ketua Komite

b. Sekretaris

c. Subkomite

Paraf	:	
Paraf	:	

(2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) poin c di atas, terdiri dari :

a. Subkomite Keselamatan Kerja;
b. Subkomite Kewaspadaan Kebakaran;
c. Subkomite Kesiagaan Bencana;
d. Subkomite Penanganan Bahan Berbahaya & Beracun (B3).

(3) Tugas komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja :

a. Mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit untuk mengendalikan resiko;
b. Menyusun program Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
c. Menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan Rumah Sakit yang berkaitan dengan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
d. Memantau Pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
e. Mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
f. Memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan (SPO) Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit yang telah ditetapkan;
g. Mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya di sebarluaskan di seluruh unit kerja rumah sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

h. Membantu Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan SMK3 Rumah Sakit, promosi K3RS, pelatihan dan penelitian K3RS di Rumah Sakit;
i. Pengawasan pelaksanaan program K3RS;
j. Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses;
k. Koordinasi dengan wakil unit-unit kerja rumah sakit yang menjadi anggota organisasi/ unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS;
l. Memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif;
m. Melaporkan kegiatan yang berkaitan dengan K3RS secara teratur kepada pimpinan rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang ada di rumah sakit;
n. Menjadi investigator dalam kejadian PAK dan KAK yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Bagian Kesepuluh

Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 66

(1) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama dengan persetujuan Dewan Pengawas untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Satuan Pemeriksaan Internal bertanggungjawab langsung kepada Direktur Utama.
(3) Auditor intern SPI bertanggung jawab secara langsung kepada kepala SPI.

Paraf	:	
Paraf	:	

(4) Khusus untuk kepala SPI harus memiliki keahlian yang memadai mengenai audit

(5) Keahlian sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan keahlian yang diakui dalam profesi auditor intern dengan mendapatkan sertifikasi profesi yang sesuai

(6) Dalam hal sertifikasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) belum dapat dipenuhi, dapat diganti dengan persyaratan sementara sebagai berikut:

a. Memiliki pengalaman sebagai auditor paling singkat 3 (tiga) tahun; dan/ atau

b. Memiliki pengetahuan terkait akuntansi dan keuangan.

(7) Kepala SPI yang diangkat dengan persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (6) harus memperoleh sertifikasi profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dalam waktu 2 (dua) tahun sejak diangkat.

(8) Apabila jangka waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (7) terlampaui dan persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tidak terpenuhi, kepala SPI diberhentikan dari jabatannya

(9) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:

a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;

b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;

d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;

e. Mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

f. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.

(10) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (9) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur Utama kepada yang bersangkutan.

Pasal 67

(1) Untuk dapat diangkat sebagai Pemeriksa Internal Rumah Sakit, harus memenuhi kualifikasi sebagai berikut:
   a. Memiliki sekurang-kurangnya Ijazah formal setingkat S-1 dengan pengalaman kerja di Rumah Sakit minimal 3 tahun.
   b. Memiliki sekurang-kurangnya sertifikasi profesi pemeriksa internal.

(2) Kompetensi Satuan Pemeriksaan Internal adalah sebagai berikut:
   a. Persyaratan jabatan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal harus memenuhi kualifikasi serendah-rendahnya S-1 dengan pengalaman manajerial di Rumah Sakit minimal 5 tahun.
   b. Persyaratan Pemeriksa Internal Rumah Sakit harus memenuhi kualifikasi memiliki Ijazah formal setingkat S-1 dengan pengalaman kerja di Rumah Sakit minimal 3 tahun.

Pasal 68

(1) Satuan Pemeriksaan Internal berkedudukan sebagai aparat pemeriksaan internal dilingkungan Rumah Sakit.

(2) Tugas Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit meliputi :
   a. Menyusun dan melaksanakan rencana Pengawasan Intern;
   b. Menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian intern dan sistem manajemen risiko;

Paraf	:	
Paraf	:	

c. Melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya;
d. Memberikan saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
e. Membuat laporan hasil Pengawasan Intern dan menyampaikan laporan tersebut kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas;
f. Memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/ peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis rumah sakit;
g. Memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh SPI, aparat pengawasan intern pemerintah, aparat pemeriksaan ekstern pemerintah, dan pembina BLU;
h. Melakukan reviu laporan keuangan;
i. Melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan; dan
j. Melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

(3) Fungsi Satuan Pemeriksaan Internal di Rumah Sakit :
a. Memastikan resiko-resiko operasional kegiatan Rumah Sakit telah diminimalkan.
b. Memastikan proses operasional manajemen telah dilaksanakan secara efektif dan efisien, semua sumber daya organisasi telah dimanfaatkan secara optimal sesuai dengan fungsinya.
c. Memastikan rumah sakit telah menyampaikan pertanggungjawaban kepada pemerintah sesuai ketentuan yang berlaku.
d. Memastikan praktik *good corporates governance* telah diimplementasikan secara bertanggung jawab.
e. Memastikan pengendalian internal telah dirancang dan di

Paraf	:	
Paraf	:	

implementasikan secara efektif untuk menjamin reliabilitas laporan keuangan.

f. Memastikan pengelola dan staf Rumah Sakit telah mematuhi semua ketentuan peraturan perundang-undangan.

(4) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dan (3) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur Utama.

Pasal 69

(1) Wewenang Satuan Pemeriksaan Internal, meliputi antara lain:

a. Mendapatkan akses terhadap seluruh dokumen, pencatatan, sumber daya manusia, dan fisik aset rumah sakit pada seluruh bagian dan unit kerja lainnya;

b. Melakukan komunikasi secara langsung dengan direksi dan / atau dewan pengawas;

c. Mengadakan rapat secara berkala dan insidentil dengan direksi dan / atau dewan pengawas;

d. Melakukan koordinasi dengan aparat pengawasan intern pemerintah dan / atau aparat pemeriksaan ekstern pemerintah; dan

e. Mendampingi aparat pengawasan intern pemerintah dan / atau aparat pemeriksaan ekstern pemerintah dalam melakukan pengawasan.

(2) Tanggung jawab SPI adalah melakukan kegiatan:

a. Memonitor kecukupan dan efektifitas sistem kontrol manajemen organisasi dalam bidang-bidang keuangan, operasional dan sistem informatika;

b. Mengevaluasi kehandalan sistem komunikasi dan informasi dengan

Paraf	:	
Paraf	:	

meningkatkan *good governance* didalam pengelolaan manajemen Rumah Sakit, dan mendorong terlaksananya efektifitas organ-organ *good governance*, serta efektifitas proses kontrol manajemen, manajemen resiko, implementasi etika kerja/bisnis, dan pengukuran kinerja organisasi;

c. Memberikan penilaian dan rekomendasi secara efektif atas kegiatan operasional Rumah Sakit dalam pencapaian tujuan dan sasarannya secara efektif, efisien dan ekonomis dalam bentuk penyampaian laporan bulanan dan tahunan secara periodik.
d. Memberikan masukan terhadap timbulnya resiko operasional yang diakibatkan oleh perubahan lingkungan operasional/bisnis yang muncul, dan hal-hal lain yang mempengaruhi hasil dan kinerja Rumah Sakit;
e. Memastikan bahwa pengelola kegiatan operasional telah melakukan kewajibannya dalam mengembangkan sistem kontrol manajemen untuk mencapai tujuan dan sasaran organisasi;
f. Memberikan informasi mengenai perkembangan dan hasil-hasil pelaksanaan rencana audit tahunan dan kecukupan sumber daya audit.

Paraf	:	
Paraf	:	

BUKU KEDUA
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(MEDICAL STAFF BYLAWS)

BAB VI
TUJUAN

Pasal 70

Tujuan dari peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) diantaranya adalah:

1. Memberikan landasan hukum bagi komite medik guna melaksanakan tugas dan fungsinya dalam menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit.
2. Memberikan landasan hukum bagi Staf Medis agar dapat memberikan pelayanan secara professional.
3. Memberikan landasan hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik.

BAB VII
STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Pasal 71

(1) Staf Medis adalah dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter pendidik klinis) yang bergabung dalam salah satu kelompok staf medis yang dinamakan Kelompok Staf Medis (KSM).

Paraf	:	
Paraf	:	

(2) Staf Medis dalam melaksanakan keprofesiannya wajib mengikuti Tata Kelola Klinis (*Clinical Governance*) di tingkat KSM dan tingkat Rumah Sakit.

(3) Staf Medis bertanggung jawab kepada Direktur Medik dan Keperawatan melalui Ketua KSM.

Pasal 72

(1) Usia tenaga medis dari Calon Pegawai Negeri Sipil maksimal 35 tahun dan bagi tenaga medis spesialis dari non Pegawa Negeri Sipil dimungkinkan usia lebih dari 35 tahun dengan berbagai pertimbangan dari Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial.

(2) Staf Medis dinyatakan sehat jasmani dan rohani.

Pasal 73

(1) Prosedur penerimaan calon anggota KSM dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional penerimaan staf medis yang ditetapkan oleh Direktur Utama.

(2) Prosedur sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) adalah sebagai berikut:
   a. Secara administratif, disusun oleh Direktur Umum, SDM dan Pendidikan.
   b. Secara profesi, disusun oleh Komite Medik.

(3) Penerimaan dan penempatan staf medis Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan terlebih dahulu melalui Surat Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian kedua

Keanggotaan Staf Medis

Pasal 74

(1) Prosedur penerimaan kembali anggota KSM, dilakukan sesuai dengan Stanfar Operasional Penerimaan Kembali anggota KSM yang disusun oleh Komite Medik.

(2) Apabila seorang anggota KSM dengan alasan tertentu pindah/cuti di luar tanggungan Negara sehingga tidak bisa menjalankan tugas sebagai anggota KSM, dapat diterima kembali sebagai anggota KSM.

(3) Apabila yang bersangkutan akan kembali menjadi anggota KSM, maka yang bersangkutan diharuskan mengikuti prosedur yang berlaku.

(4) Bagi anggota KSM yang pensiun bila ingin kembali di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, maka 1 (satu) bulan sebelum masa pensiun yang bersangkutan diharuskan untuk mengajukan permohonan untuk bekerja di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai dokter tidak tetap.

(5) Permohonan penempatan kembali/ulang dokter Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah melalui Surat Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, dengan terlebih dahulu meminta rekomendasi dari Komite Medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 75

Tenaga medis anggota KSM di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dapat diberhentikan keanggotaannya oleh Direktur Utama bila:

a. Meninggal dunia.
b. Memasuki masa pensiun.
c. Pindah bertugas dari lingkungan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
d. Tidak mematuhi ketentuan dalam peraturan perundang-undangan dan peraturan kebijaksanaan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Pasal 76

Syarat untuk menjadi anggota KSM :

a. Mempunyai ijazah dari Fakultas Kedokteran / Kedokteran Gigi Pemerintah / Swasta yang diakui Pemerintah dan memiliki Surat Penugasan dan/atau Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dari pejabat yang berwenang.
b. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
c. Telah melalui proses penerimaan calon anggota KSM Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yang dilaksanakan oleh Komite Medik dan Direksi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
d. Memiliki Surat Keputusan Penugasan sebagai anggota KSM, berupa kewenangan klinis (Clinical privilege) dari Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Paraf	:	
Paraf	:	

e. Mengikuti program pengenalan tugas (pra tugas) di lingkungan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

f. Mengikuti ketentuan disiplin jam kerja yang berlaku di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Pasal 77

(1) Kategori keanggotaan KSM adalah :

a. Anggota tetap KSM yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja secara tetap di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

b. Anggota tidak tetap KSM yaitu dokter dan dokter spesialis serta dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja secara tidak tetap atau paruh waktu di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

c. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) masuk kedalam KSM sesuai dengan spesialisasi yang sedang diikuti, sebagai anggota tidak tetap.

(2) Masa berlaku keanggotaan adalah selama 3 (tiga) tahun sejak Keputusan Direktur Utama dikeluarkan dan dapat diperpanjang kembali dengan mengikuti rekredensial.

(3) Anggota KSM dikelompokkan ke dalam masing-masing KSM sesuai dengan profesi dan keahliannya.

(4) KSM beranggotakan minimal 2 (dua) orang dokter. Apabila dalam KSM hanya beranggotakan 1 (satu) orang, maka KSM tersebut harus menggabungkan diri dengan KSM yang mempunyai kemiripan disiplin ilmu.

Paraf	:	
Paraf	:	

(5) KSM yang ada di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, adalah :

a. KSM Anak;
b. KSM Anestesi
c. KSM Bedah;
d. KSM Bedah Orthopedi;
e. KSM Dokter Umum;
f. KSM Forensik;
g. KSM Gigi dan Mulut;
h. KSM Jantung dan Pembuluh Darah;
i. KSM Kesehatan Jiwa;
j. KSM Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
k. KSM Kulit dan Kelamin;
l. KSM Mata;
m. KSM Obsgin;
n. KSM Patologi;
o. KSM Mikrobiologi Klinik;
p. KSM Paru;
q. KSM Penyakit Dalam;
r. KSM Radiologi;
s. KSM Saraf;
t. KSM Telinga Hidung Tenggorok-Kepala Leher (THT-KL);
u. KSM Urologi;

(6) Selain KSM sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Direktur Utama dapat membentuk KSM lainnya sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan di rumah sakit.

(7) Susunan kepengurusan KSM terdiri dari: Ketua merangkap anggota, Sekretaris merangkap anggota, dan anggota.

Paraf	:	
Paraf	:	

(8) Masa jabatan kepengurusan KSM adalah 3 (tiga) tahun.

Bagian ketiga

Tugas, fungsi dan tanggung jawab

Pasal 78

(1) Tugas KSM :

a. Memberikan pelayanan medis yang bermutu kepada pasien sesuai dengan Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
b. Meningkatkan kemampuan profesi, melalui program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan;
c. Memberikan pendidikan dan pelatihan kepada peserta didik yang ada dalam program KSM dan rumah sakit.
d. Menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika kedokteran yang sudah ditetapkan.

(2) Fungsi KSM adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

(3) Wewenang masing-masing anggota KSM disusun oleh Ketua KSM dan kemudian disetujui dan dibuatkan rekomendasi oleh Komite Medik untuk dibuatkan Surat Keputusan oleh Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

(4) Tanggung jawab KSM :

a. Bertanggungjawab atas pelayanan medis yang dilaksanakan oleh PPDS yang sedang menjalani pendidikan di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Paraf	:	
Paraf	:	

b. Memberikan rekomendasi melalui ketua Komite Medik Sub Komite Kredensial kepada Direktur Utama terhadap permohonan penempatan dokter baru di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
c. Melakukan evaluasi penampilan kinerja praktek dokter berdasarkan data yang komprehensif, melalui *peer review*, audit medis atau *program quality improvement.*
d. Memberikan rekomendasi melalu ketua Komite Medik Sub Komite Kredensial kepada Direktur Utama terhadap permohonan, penempatan ulang dokter di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
e. Memberikan kesempatan bagi para dokter untuk mengikuti "*continuing professional development*".
f. Memberikan masukan kepada Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten melalui ketua Komite Medik hal-hal yang terkait dengan praktek kedokteran.
g. Memberikan laporan melalui ketua Komite Medik kepada Direktur Medik dan Keperawatan.
h. Melakukan perbaikan (*updating*) Standar Prosedur Operasional dan dokumen terkait lainnya.

Pasal 79

(1) Ketua KSM dipilih secara langsung oleh anggotanya dalam rapat KSM dan dituangkan dalam Berita Acara Pemilihan.
(2) Ketua KSM ditetapkan oleh Direktur Utama.
(3) Ketua KSM adalah dokter tetap di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Paraf	:	
Paraf	:	

(4) Masa jabatan ketua KSM adalah 3 (tiga) tahun dan maksimal dua kali masa jabatan berturut-turut.

(5) Ketua KSM terpilih dapat menjadi anggota Komite Medik.

(6) Tugas ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan anggota KSM, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja serta jasa pelayanan anggota KSM dengan rincian sebagai berikut :

a. Menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan medik bidang administrasi/manajerial di bawah koordinasi Direktur Medik dan Keperawatan dan bidang keilmuannya (Standar Pelayanan Medik) di bawah koordinasi Komite Medik.
b. Menyusun indikator mutu klinis.
c. Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

(7) Ketua KSM mempunyai wewenang mengatur anggota KSM yang mempunyai jabatan rangkap di struktural dan bila dianggap perlu, maka ketua KSM dapat membebastugaskan yang bersangkutan dari kegiatan rutin di KSM dan menerima kembali setelah yang bersangkutan selesai dengan tugas/jabawan strukturalnya.

Pasal 80

(1) Sekretaris dipilih oleh Ketua KSM dari anggota tetap KSM.

(2) Sekretaris KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam bidang administrasi dan manajerial.

Pasal 81

(1) Koordinator Pelayanan dipilih oleh Ketua KSM dari anggota tetap KSM.

(2) Koordinator Pelayanan KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam mengkoordinasikan kegiatan pelayanan medis.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 82

(1) Koordinator Penelitian dan Pengembangan dipilih oleh Ketua KSM dari anggota tetap KSM.

(2) Koordinator Penelitian dan Pengembangan KSM bertugas membantu Ketua KSM dalam mengkoordinasikan kegiatan penelitian, pengembangan dan pelatihan anggota KSM.

Bagian keempat

Pengangkatan dan pemberhentian KSM

(1) Pengangkatan dan pemberhentian anggota KSM ditetapkan oleh Direktur Utama dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.

(2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian anggota KSM ditetapkan oleh Direktur Utama.

Bagian kelima

Pembinaan dan pengawasan staf medis

(1) Pembinaan dan pengawasan terkait kewenangan klinis dilakukan dengan Evaluasi Praktik Profesional Terfokus/*Focused Professional Practice Evaluation* (FPPE).

(2) Rekomendasi hasil investigasi sebagaimana ayat (1),berupa:

a. penjatuhan teguran tertulis atau/dan pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 3 bulan untuk pelanggaran ringan;

b. pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 6 bulan untuk pelanggaran sedang;

Paraf	:	
Paraf	:	

c. pembatasan kewenangan klinis selama-lamanya 1(satu) tahun untuk pelanggaran berat.

(3) Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit medis, yang diarahkan untuk:

a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis;

b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf medis;

c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf medis.

Pasal 83

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur Utama.

BAB VIII
DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN (DPJP)

Pasal 84

(1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.

(2) Staf medis yang dapat menjadi DPJP adalah staf medis dengan kriteria yang ditetapkan oleh Direktur Utama.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 85

(1) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.

(2) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.

(3) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.

(4) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.

(5) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.

(6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur Utama.

Pasal 86

(1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan mempunyai tugas:

a. Melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi, evaluasi keberhasilan terapi dan mendokumentasikannya ke dalam rekam medik;

b. Memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepadapasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;

Paraf	:	
Paraf	:	

c. Memberikan edukasi kepada pasien;

d. Bila diperlukan DPJP melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan Komite Medik;

e. Membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di rumah sakit.

(2) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien pada saat pasien masuk rawat inap, dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.

BAB IX
KEWENANGAN KLINIS *(Clinical Previlege)*

Pasal 87

(1) Kewenangan Klinis *(Clinical Previlege)* adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.

(2) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.

(3) Penetapan kewenangan klinis *(clinical privilege)* oleh Direktur Utama sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).

(4) Tanpa penugasan klinis (*clinical appointment*) maka seorang dokter / dokter gigi tidak dapat melakukan tindakan medis.

(5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur Utama berdasarkan pertimbangan *Clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses

Paraf	:	
Paraf	:	

kredensial dan atau rekredensial) berupa surat rekomendasi dari Komite Medik, dengan mengacu pada:

a. Standar Profesi dari organisasi profesi
b. Standar Pendidikan
c. Standar Kompetensi dari Kolegium
d. Kesehatan fisik, kesehatan mental dan perilaku *(behaviour)* staf medis.

Pasal 88

Setiap dokter yang diterima sebagai staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinis *(Clinical privilege)* setelah memperhatikan rekomendasi dari komite medik, terkait dengan:

a. Penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;
b. Berdasarkan hasil kredensial subkomite kredensial di rumah sakit;
c. Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinis maka komite medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.

Pasal 89

(1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur Utama dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa ijazah/sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
(2) Sesuai dengan yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur Utama akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.

Paraf	:	
Paraf	:	

(3) Direktur Utama berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.

(4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Utama dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.

(5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditanda tangani oleh Direktur Utama dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.

(6) Dalam keadaan tertentu Direktur Utama dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara *(Temporary Clinical Appointment)* untuk Dokter konsultan/ Dokter tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.

(7) Direktur Utama dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis *(Clinical Appointment)* seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.

(8) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis *(Clinical Appointment)* seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Pasal 90

Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan

Paraf	:	
Paraf	:	

tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

Pasal 91

(1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberikan rekomendasi kepada Direktur Utama agar kewenangan klinis anggota KSM dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Sub Komite Kredensial.

(2) Pembatasan kewenangan klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota KSM tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.

(3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan kewenangan klinis anggota KSM setelah terlebih dahulu :

a. Ketua KSM mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan kewenangan klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik.

b. Komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis anggota KSM yang bersangkutan.

c. Sub Komite Kredensial berhak memanggil anggota KSM yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/ penyimpangan yang telah dilakukan.

d. Sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB X
PENUGASAN KLINIS
(CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 92

(1) Setelah melalui proses Kredensial Direktur Utama menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis Fungsional.

(2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur Utama dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.

(3) Surat Penugasan Klinis hanya dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia.

(4) Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :

a. Memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
b. Menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur Utama setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit;
c. Mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang

Paraf	:	
Paraf	:	

ditanganinya di Rumah Sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

d. Memperhatikan segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di Rumah Sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), *Clinical Pathway dan* prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku di Rumah Sakit;

e. Mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri;

f. Memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit.

(5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.

(6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:

a. Ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau

b. Kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau

c. Staf Medis telah berusia 60 tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 tahun. Namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur Utama; atau

d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak; atau

Paraf	:	
Paraf	:	

e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau

f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur Utama karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau

g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur Utama karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

(7) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan ketetapan dan/atau kontrak kerja yang berlaku (bagi tenaga kontrak, tenaga honorer, tamu dan konsultan).

BAB XI
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Umum
Pasal 93

(1) Komite Medik adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur Utama.

(2) Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:

a. Melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;

b. Memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat;

c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.

Paraf	:	
Paraf	:	

(3) Komite Medik dipimpin oleh seorang ketua dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:

a. Ketua Komite Medik
b. Wakil Ketua Komite Medik
c. Sekretaris Komite Medik
d. Anggota terdiri dari:
    1. Sub Komite Kredensial
    2. Sub Komite Mutu Profesi Medis
    3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

(4) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik oleh Direktur Utama.

(5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (2) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur Utama.

Bagian Kedua

Rapat

Pasal 94

(1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti *(evidence-based)*.

(2) Keputusan sebagaimana pada ayat (1) diputuskan melalui Rapat Komite Medik dan Sub Komite.

(3) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 95

(1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
   a. Melakukan kredensial dan rekredensial bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
   b. Memelihara mutu profesi staf medis; dan
   c. Menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

(2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
   a. Penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
   b. Penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
      1. Kompetensi;
      2. Kesehatan fisik dan mental;
      3. Perilaku;
      4. Etika profesi.
         a) Evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
         b) Wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
         c) Penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
         d) Pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur Utama;
         e) Melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
         f) Rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Paraf	:	
Paraf	:	

(3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

a. Pelaksanaan audit medis;
b. Rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
c. Rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
d. Rekomendasi proses pendampingan *(proctoring)* bagi staf medis yang membutuhkan.

(4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:

a. Pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
b. Pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
c. Rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
d. Pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 96

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

a. Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
b. Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
c. Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
d. Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;

Paraf	:	
Paraf	:	

f. Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
g. Memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
h. Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin profesi.

Pasal 97

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *ad hoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur Utama.

BAB XII
PENGORGANISASIAN SUB KOMITE

Pasal 98

Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh sub komite, yang terdiri dari:

a. Sub komite Kredensial;
b. Sub komite Mutu Profesi;
c. Sub komite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 99

Pembentukan sub komite ditetapkan oleh Direktur Utama dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.

Pasal 100

Susunan organisasi sub komite terdiri dari :

a. Ketua;
b. Sekretaris;
c. Anggota.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB XIII
SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 101

(1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis *(clinical appointment)* di rumah sakit.

(2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 102

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:

a. Menyusun garis besar kebijakan dibidang kredensiasi profesi medik.
b. Melakukan review permohonan untuk menjadi anggota staf medik rumah sakit secara total obyektif, adil, jujur dan terbuka.
c. Membuat rekomendasi hasil review berdasarkan kriteria yang ditetapkan dan sesuai dengan kebutuhan staf medik di rumah sakit.
d. Melakukan review kompetensi staf medik dan memberikan laporan dan rekomendasi kepada Komite Medik dalam rangka pemberian *clinical privileges, reappoinments,* dan penugasan staf medis pada unit kerja.
e. Membuat dan melaksanakan rencana kerja sub komite kredensial.
f. Menyusun tatalaksana dan instrumen kredensial.
g. Membuat laporan berkala kepada Komite Medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 103

Proses kredensial yang dilakukan oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:

a. Kompetensi:
   1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh pemerintah dan lembaga yang berwenang;
   2) kognitif/keilmuan;
   3) afektif/attitude;
   4) psikomotor/ keterampilan.
b. Kompetensi fisik;
c. Kompetensi mental/perilaku;
d. Perilaku etis (*ethical standing*).

Pasal 104

(1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.
(2) Proses kredensial dapat dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan permintaan dari Komite Medik melalui rekomendasi dari subkomite kredensial.
(3) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada Direktur Utama tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
(4) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) diatas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 105

(1) Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal:
   a. Rekredensial dilakukan setiap 3 tahun sekali atau bila diperlukan;
   b. 2 (dua) bulan sebelum habis masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis;
   c. Staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalaian terkait tugas dan kewenangannya;
   d. Staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
   e. Staf medis yang bersangkutan telah menyelesaikan pendidikan profesi lanjutan.

(2) Dalam proses rekredensial subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
   a. Kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
   b. Kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
   c. Kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
   d. Kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
   e. Kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
   f. Kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.

(3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB XIV
SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 106

(1) Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis *(clinical appointment)* di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

(2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 107

Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah :

a. Berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*);
b. Melakukan audit medis;
c. Mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
d. Mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 108

(1) Audit medis yang dilakukan oleh sub komite mutu profesi adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group)* yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.

(2) Hasil dari Audit medis sebagaimana pada ayat (1) berfungsi :
   a. Sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
   b. Sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
   c. Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
   d. Sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 109

(1) Subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.

(2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada ayat (1), subkomite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.

(3) Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.

Paraf	:	
Paraf	:	

(4) Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.

(5) Subkomite mutu profesi merekomendasikan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.

(6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian mutu profesi.

Pasal 110

(1) Pelaksanaan pendampingan (*proctoring*) dilakukan dalam upaya pembinaan profesi bagi staf medis yang dijatuhi sanksi disiplin, pembatasan kewenangan klinis, penambahan kewenangan klinis dan/atau permohonan pendampingan dari staf medis yang bersangkutan dalam rangka peningkatan kewenangan klinis (*clinical privilege).*

(2) Komite medik berkoordinasi dengan Direktur Medik dan Keperawatan rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan *(proctoring)* tersebut.

(3) Staf medis yang akan memberikan pendampingan (*proctoring*) ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama.

(4) Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin / mendapatkan pengurangan kewenangan klinis *(clinical privilege).*

(5) Semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan *(proctoring)* difasilitasi dan dikoordinasikan bersama direktur terkait.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB XV

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 111

(1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis *(clinical appointment)* di Rumah Sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

(2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi sekurang kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang direkomendasikan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Pasal 112

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

a. Melakukan pemantauan dan penanganan masalah etika dan disiplin profesi;
b. Melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
c. Memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 113

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:

a. Pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
b. Prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
c. Daftar kewenangan klinis di rumah sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

d. Pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
e. Kode etik kedokteran indonesia;
f. Pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
g. Pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di indonesia;
h. Pedoman pelayanan medik/klinik;
i. Standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 114

(1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
    a. 1 (satu) Orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
    b. 2 (dua) Orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
(2) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
(3) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 115

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan sebagainya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti bagian pendidikan dan penelitian, komite medik, dan unit terkait lainnya.

Pasal 116

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

BAB XVI
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS
(CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 117

Guna melaksanakan tata kelola klinis *(clinical governance)* di rumah sakit maka setiap Staf Medis berkewajiban untuk :

1. Melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan Kewenangan Klinis dan Penugasan Klinis yang diberikan.

Paraf	:	
Paraf	:	

2. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional yang sesuai dengan kebutuhan medis pasien.
3. Melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dan dokter spesialis lain dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan indikasi medis.
4. Merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

BAB XVII
AMANDEMEN/ PERUBAHAN

Pasal 118

(1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws)* secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.

(2) Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru *(Addendum)* dan/atau merubah pasal yang telah ada *(amandemen)* dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.

(3) *Addendum dan/atau Amandemen* sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB XVIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 119

(1) Semua peraturan rumah sakit yang dilaksanakan sebelum berlakunya Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws)* ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws)* ini.

Menyetujui,

Ketua Dewan Pengawas
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

dr. Kuwat Sri Hudoyo, M.S

Direktur Utama
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

dr. Endang Widyaswati, M.Kes

Paraf	:	
Paraf	:	