RSST

2022

Peraturan Internal Rumah Sakit *(HOSPITAL BYLAWS)*

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

#Sehat Bersama SOERADJI

Rsup Soeradji Tirtonegoro rsupsoeradji.id Humas RSST @rsupsoeradji

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.02.02/D/1187/2023
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

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 Klaten 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 Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;

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 Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
6. 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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lemabran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
10. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);

MEMUTUSKAN:

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

KESATU : Menetapkan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KEDUA : Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU terdiri atas Peraturan Internal Korporasi (*Coorporate Bylaws*) dan Peraturan Internal Staff Medis (*Medical Staff Bylaws*).

KETIGA : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dilakukan oleh

Kementerian Kesehatan, Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, Dinas Kesehatan Daerah Provinsi Jawa Tengah, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten.

KEEMPAT : Pada saat keputusan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Nomor HK.02.02/I/5650/2018 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital ByLaws*) Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KELIMA : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 1 Maret 2023

a.n Menteri Kesehatan
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,



AZHAR JAYA

LEMBAR PERSETUJUAN

DEWAN PENGAWAS
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

Rancangan Peraturan Internal Rumah Sakit/ *Hospital By Laws* (HBL)
Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro
kami setujui untuk diusulkan penetapan kepada Menteri Kesehatan RI

Klaten, Agustus 2022
Mengetahui :
Dewan Pengawas RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

1.	dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes.	Ketua	.....
2.	Dr. Rr. Dian Probhoyekti, SKM, MA	Anggota	.....
3.	dr. Budi Sylvana, MARS	Anggota	.....
4.	Pardiharto, SH	Anggota	.....
5.	Sulaimansyah, SE	Anggota	.....

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 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

Paraf	:	
Paraf	:	

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 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).

Paraf	:	
Paraf	:	

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 berdasarkan 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.
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.
17. Tahun 2019 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 49 Tahun 2019 tanggal 18 Oktober 2019 menetapkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
18. Tahun 2020 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor Hk.01.07/Menkes/169/2020 tanggal 10 Maret 2020 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu.
19. Tahun 2020 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.03/ 1/ 3554/ 2016, tanggal 29 April 2020 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit Bagi RSUP Dr. Sardjito dan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.
20. Tahun 2020 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 42 Tahun 2020 tanggal 23 Oktober 2020 menetapkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Paraf	:	
Paraf	:	

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 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.

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

Paraf	:	
Paraf	:	

C. Manfaat *Hospital Bylaws*

1. Manfaat bagi pemilik
   a. Mengetahui tugas dan kewajibannya.
   b. Acuan dalam menyelesaikan konflik.
   c. Mengetahui arah dan tujuan rumah sakit.
2. Manfaat bagi rumah sakit
   a. Rumah sakit memiliki acuan hukum dalam menyusun kebijakan manajerial/ operasional.
   b. Rumah sakit memiliki kepastian hukum yang dapat digunakan sebagai perlindungan hukum bagi rumah sakit.
   c. Rumah sakit memiliki alat/ sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
   d. Memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit dan badan layanan umum.
   e. Rumah sakit memiliki kejelasan arah dan tujuan dalam pelaksanaan kegiatan.
   f. Rumah sakit memiliki acuan tentang batas kewenangan, hak, kewajiban dan tanggung jawab yang jelas.
3. Manfaat bagi pemerintah
   a. Mengetahui arah dan tujuan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
   b. Memiliki acuan dalam menyelesaikan konflik di rumah sakit.
4. Manfaat bagi Masyarakat
   a. Mengetahui visi, misi dan tujuan rumah sakit.
   b. Mengetahui hak dan kewajiban pasien.

Paraf	:	
Paraf	:	

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 RI Nomor 42 Tahun 2020 tanggal 23 Oktober 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
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

Paraf	:	
Paraf	:	

menjadi Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten oleh Menteri Kesehatan;

9. **Satuan Pemeriksaan Internal** adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal 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;
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, keperawatan dan tenaga kesehatan lain untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis *(clinical privilege)*;

Paraf	:	
Paraf	:	

17. **Rekredensial** adalah proses reevaluasi terhadap staf medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lain yang telah memiliki kewenangan klinis *(clinical privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan;
18. **Komite Keperawatan** adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
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 unsur organisasi nonstruktural yang membantu direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumasakitan.
21. **Komite Mutu** adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
22. **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.
23. **Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba** yang selanjutnya disingkat KPRA adalah komite yang dibentuk dalam rangka mengendalikan penggunaan antimikroba yang efektif di rumah sakit dan mempunyai peranan dalam pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit.
24. **Dokter dan dokter gigi** adalah dokter dan/atau dokter spesialis serta dokter gigi dan/atau dokter gigi spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit;
25. **Dokter Pendidik Klinis** adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan/medik, pengabdian masyarakat, pendidikan dokter

Paraf	:	
Paraf	:	

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;

26. **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.
27. **Dokter Tamu** adalah dokter spesialis dan dokter subspesialis yang ditugaskan untuk memberikan pelayanan yang dibutuhkan rumah sakit sesuai dengan kompetensi dan keahliannya.

BAB II
IDENTITAS

Bagian Kesatu
Kedudukan, Tugas, Dan Fungsi

Pasal 2

(1) Rumah sakit ini bernama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
(2) Alamat Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah di Jalan KRT dr. 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 Umum Pusat Kelas A yang memberikan pelayanan kesehatan, pendidikan,

Paraf	:	
Paraf	:	

pelatihan dan penelitian serta pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

Pasal 5

Dalam melaksanakan tugas, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menyelenggarakan fungsi :

a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
c. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
d. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
h. Pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;
i. Pengelolaan sumber daya manusia;
j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
k. Pelaksanaan kerja sama;
l. Pengelolaan sistem informasi;
m. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan; dan
n. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Falsafah, dan Tujuan

Pasal 6

(1) Visi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah "Unggul dalam pelayanan publik untuk mewujudkan Indonesia maju pada tahun 2024".
(2) Misi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro adalah :
    a. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bercirikan *smart and inteligent hospital* dengan mengedepankan mutu dan keselamatan pasien.

Paraf	:	
Paraf	:	

b. Meningkatkan pendidikan kedokteran, keperawatan, dan tenaga kesehatan lain serta penelitian translational.
c. Meningkatkan kepuasan pelayanan publik melalui zona integritas.
d. Meningkatkan status kesehatan masyarakat dengan mengedepankan *Academic Health System* (AHS) Universitas Gadjah Mada (UGM)

Pasal 7

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

Pasal 8

(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.

Pasal 9

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.
d. Kebersamaan adalah kunci utama dalam mencapai kesuksesan

Pasal 10

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.

Paraf	:	
Paraf	:	

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 11

(1) Nilai – nilai adalah sikap kerja karyawan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro sesuai *Core Value* ASN BerAKHLAK yaitu :

a. Berorientasi Pelayanan
   - Memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat
   - Ramah, cekatan, solutif, dan dapat diandalkan
   - Melakukan perbaikan tiada henti

b. Akuntabel
   - Melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, disiplin dan berintegritas tinggi
   - Menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif, dan efisien
   - Tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan

c. Kompeten
   - Meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah
   - Membantu orang lain belajar
   - Melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik

d. Harmonis
   - Menghargai setiap orang apapun latar belakangnya
   - Suka menolong orang lain
   - Membangun lingkungan kerja yang kondusif

e. Kolaboratif
   - Memberikan kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi
   - Terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah

Paraf	:	
Paraf	:	

- Menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama

f. Adaptif
- Cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan
- Terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas
- Bertindak proaktif

g. Loyal
- Memegang teguh ideologi Pancasila, Undang-UndangDasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, NKRI serta pemerintahan yang sah
- Menjaga nama baik sesama ASN, Pimpinan, Instansi, dan Negara
- Menjaga rahasia jabatan dan negara

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

Pasal 12

(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.

b. Simbol Bunga yang diambil dari tumbuhan habbatussauda 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.

Paraf	:	
Paraf	:	

c. Simbol Daun yang mempunyai makna kesehatan.

(3) Bentuk logo berupa garis yang lengkung vertikal mempunyai makna rahmat, keagungan, stabilitas, kekuatan, kemegahan, dan orientasi ke depan menuju lebih baik.

(4) 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.

(5) Tipografi huruf berwarna hijau tua memberikan kesan serta karakter mewah, anggun, dan tegas.

BAB III
DEWAN PENGAWAS

Bagian Pertama
Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 13

(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;

(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.*

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 14

(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 15

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

Pasal 16

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.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 17

(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/legislative
f. Bulan calon kepala/wakil kepala daerah atau kepala/wakil kepala daerah
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.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 18

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

Paraf	:	
Paraf	:	

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

Bagian Kedua

Tugas, Kewajiban, fungsi dan wewenang

Pasal 19

(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;
   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;

Paraf	:	
Paraf	:	

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.

Pasal 20

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 Pemeriksaan Internal rumah sakit dengan sepengetahuan Direktur Utama dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindaklanjut;
3. 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*);
4. 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*);

Paraf	:	
Paraf	:	

5. Berkoordinasi dengan Direktur Utama dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau dokumen pola tata kelola (*corporate governance*) untuk ditetapkan oleh pemilik;
6. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.

Pasal 21

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.

Pasal 22

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 23

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.

Paraf	:	
Paraf	:	

(6) Laporan Dewan Pengawas disampaikan kepada :

a. Menteri Kesehatan

b. Menteri Keuangan

Bagian Ketiga
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 24

(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 25

(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 26

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

Pasal 27

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 28

(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.

Pasal 29

(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.

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 30

(1) 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.

(2) 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).

Pasal 31

(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 32

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

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 33

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

Bagian Kelima

Pengangkatan, Pemberhentian dan Penggantian

Pasal 34

(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;

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 .

(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 35

(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 Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang;

(c) Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Barng Milik Negara.

(d) Direktur Sumber Daya Manusia, Umum, dan Pendidikan;

(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.

Paraf	:	
Paraf	:	

(5) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Direktur Utama dan para Direktur ditentukan oleh Menteri Kesehatan RI dan diperinci 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 36

(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 37

(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;

(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;

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 38

(1) Direktur Utama mempunyai tugas pokok untuk memimpin penyelenggaraan tugas Rumah Sakit dalam melaksanakan upaya kesehatan paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan 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) Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
(b) Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
(c) Pengelolaan pelayanan keperawatan;
(d) Pengelolaan pelayanan nonmedis;
(e) pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
(f) pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
(g) pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
(h) pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;

Paraf	:	
Paraf	:	

(i) pengelolaan sumber daya manusia;
(j) pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
(k) pelaksanaan kerja sama;
(l) pengelolaan sistem informasi;
(m) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
(n) pelaksanaan urusan 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.

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

Pasal 39

(1) Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang mempunyai tugas pokok melaksanakan pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis, keperawatan dan pelayanan nonmedis.

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang menyelenggarakan fungsi :
(a) Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;

Paraf	:	
Paraf	:	

(b) Pengelolaan pelayanan keperawatan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
(c) Pengelolaan pelayanan nonmedis; dan
(d) Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien.

Pasal 40

(1) Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara mempunyai tugas melaksanakan penyusunan rencana, program, dan anggaran, pengelolaan keuangan, barang milik negara, dan sistem informasi, dan pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.
(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara menyelenggarakan fungsi :
(a) Pelaksanaan penyusunan rencana, program, dan anggaran;
(b) Pelaksanaan urusan perbendaharaan;
(c) Pelaksanaan anggaran;
(d) Pelaksanaan urusan akuntansi;
(e) Pengelolaan sistem informasi;
(f) Pengelolaan Barang Milik Negara; dan
(g) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan

Pasal 41

(1) Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan, dan urusan hukum, organisasi, hubungan masyarakat, kerja sama, layanan pengadaan barang/jasa, dan umum.
(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Ayat (1), Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum menyelenggarakan fungsi :
(a) pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
(b) pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;

Paraf	:	
Paraf	:	

(c) pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
(d) pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan tata laksana;
(e) pelaksanaan urusan hubungan masyarakat, kerja sama, dan kemitraan;
(f) pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa; dan
(g) pelaksanaan urusan tata usaha, kearsipan, rumah tangga, dan perlengkapan.

Pasal 42

(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 sendiri maupun bersama-sama; atau
(c) Orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

Pasal 43

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.

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian Kedua

Persyaratan Menjadi Direksi

Pasal 44

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;
(4) Berkewarganegaraan Indonesia;
(5) Dan atau mengikuti persyaratan dan ketentuan dari Pemilik.

Bagian Ketiga

Rapat Direksi

Pasal 45

(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 46

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

Paraf	:	
Paraf	:	

(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.

Pasal 47

(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 48

(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 49

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.

BAB V
KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 50

(1) Komite adalah organ rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan

Paraf	:	
Paraf	:	

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;
   (d) Komite Keperawatan;
   (e) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya;
   (f) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
   (g) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba;

(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 setelah mendapatkan persetujuan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

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

Pasal 51

(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.

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian Kedua

Komite Etik dan Hukum

Pasal 52

(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 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 53

(1) Komite Etik dan Hukum bertugas meningkatkan dan menjaga kepatuhan penerapan etika dan hukum di rumah sakit, dengan cara:
   (a) Menyusun Panduan Etik dan Perilaku (*Code of Conduct*);
   (b) Menyusun pedoman etika pelayanan
   (c) Membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan dan hukum perumahsakitan;

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 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 sakit; dan

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 (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

Pasal 54

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

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

(3) Ketua dan Anggota Komite Mutu dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
   (a) Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
   (b) Melanggar etika;
   (c) Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
   (d) Terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit
   (e) Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan rumah sakit;
   (f) 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.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 55

(1) Komite Mutu mempunyai tugas
   (a) Sebagai motor penggerak penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
   (b) Melakukan monitoring dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien 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 program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit harus terkoordinasi dengan baik dalam 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 pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
   (h) Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
   (i) Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah – masalah mutu secara rutin kepada staf;
   (j) Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
   (k) Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi nvestigasi dan analisis penyebab insiden keselamatan pasien;
   (l) Mengkoordinasikan penyusunan manajemen risiko rumah sakit.
(2) Komite Mutu berkewajiban melaporkan kepada Direktur Utama terkait program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko termasuk insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

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

Bagian Keempat

Komite Keperawatan

Pasal 56

(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;
    (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 57

(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;

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 58

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan memiliki wewenang :

a. Memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;
b. Memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
c. Memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
d. Memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
e. Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
f. Memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
g. Memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 59

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

Bagian Kelima

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 60

(1) Susunan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya terdiri dari :
    (a) Ketua;
    (b) Sekretaris;
    (c) Sub Komite Kredensial
    (d) Sub Komite Mutu Profesi
    (e) Sub Komite Etik Disiplin Profesi

Paraf	:	
Paraf	:	

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

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

(4) 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.

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

Pasal 61

(1) Tugas Komite 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;
   (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;

Paraf	:	
Paraf	:	

(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.

Bagian Keenam

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 62

(1) Susunan organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah ketua, Sekretaris dan anggota yang terdiri dari *Infection Prevention Control Nurse* (IPCN)/Perawat PPI, *Infection Prevention Control Doctor* (IPCD)/dokter PPI dan anggota lainnya.

(2) Kriteria Ketua dan Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah sebagai berikut :

(a) Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan dokter yang mempunyai minat dalam PPI dan pernah mengikuti pelatihan PPI.

(b) Sekretaris Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan dokter / IPCN / tenaga kesehatan lain yang mempunyai minat dalam PPI, pernah mengikuti pelatihan dasar PPI dan bekerja purna waktu.

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

Paraf	:	
Paraf	:	

(d) IPCN merupakan perawat dengan pendidikan minimal D-III Keperawatan, memiliki minat PPI, mengikuti pelatihan dasar PPI dan IPCN, memiliki pengalaman sebagai kepala ruang atau setara, memiliki kemampuan leadership dan inovatif serta bekerja purna waktu.

(e) IPCLN merupakan perawat dengan pendidikan minimal Diploma 3, yang mempunyai minat dalam PPI dan mengikut pelatihan dasar PPI.

(f) Anggota lainnya merupakan tenaga di luar dokter dan perawat yang mempunyai minat dalam PPI dan mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar PPI.

(3) IPCN yang bekerja purna waktu dengan ratio 1(satu) IPCN untuk tiap 100 tempat tidur di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

(4) Dalam bekerja IPCN dapat di bantu beberapa IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse)* dari tiap unit,terutama yang berisiko terjadinya infeksi.

(5) Kedudukan IPCN secara fungsional berada di bawah komite PPI dan secara professional berada di bawah keperawatan setara dengan *Senior manajer* .

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

Pasal 63

(1) Ketua dan Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

(2) 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;

Paraf	:	
Paraf	:	

(e) Adanya kebijakan dari Direktur Utama Rumah Sakit;

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

Pasal 64

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;

(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 :

(a) Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba (KPRA) dalam penggunaanan antibiotika yang bijak di rumah sakit berdasarkan pola kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika.

Paraf	:	
Paraf	:	

(b) Tim keselamatan dan kesehatan kerja (K3) untuk menyusun kebijakan.

(c) Tim keselamatan pasien dalam menyusun kebijakan *clinical governance* and *patient safety.*

(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;

(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 Ketujuh

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba

Pasal 65

(1) Susunan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba terdiri atas:

(a) Ketua ;

(b) Wakil ketua;

(c) Sekretaris;

(d) Ketua dan anggota bidang:

1) Bidang pelatihan dan Edukasi

2) Bidang Surveilans dan Penelitian

3) Bidang Penatagunaan Antibiotik

Paraf	:	
Paraf	:	

(2) Kualifikasi ketua Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba merupakan seorang klinisi yang berminat di bidang infeksi.

(3) Keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba merupakan tenaga kesehatan yang kompeten yang terdiri dari unsur :
   (a) Klinisi perwakilan KSM / bagian;
   (b) Staf keperawatan
   (c) Staf instalasi farmasi
   (d) Staf laboratorium yang melaksanakan pelayanan mikrobiologi klinik
   (e) Panitia Farmasi dan Terapi
   (f) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

(6) Dalam hal terdapat keterbatasan tenaga kesehatan yang kompeten, keanggotaan Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba disesuaikan dengan unsur tenaga kesehatan yang tersedia.

Pasal 66

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

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

(3) Ketua dan Anggota Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba 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.

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 67

Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba bertugas :

(1) Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam menyusun kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
(2) Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam menyusun kebijakan dan Panduan Penggunaan Antibiotik Rumah Sakit;
(3) Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam melaksanakan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit;
(4) Membantu Direktur Utama rumah sakit dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit;
(5) Menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi;
(6) Melakukan surveilans pola penggunaan antibiotik;
(7) Melakukan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik;
(8) 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;
(9) Mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba; dan
(10) Melaporkan kegiatan program pengendalian resistensi antimikroba kepada direktur utama rumah sakit.

Bagian Kedelapan

Satuan Pemeriksaan Internal

Pasal 68

(1) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Utama dengan persetujuan Dewan Pengawas untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.

Paraf	:	
Paraf	:	

(2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Kepala Satuan Pemeriksaan Internal bertanggungjawab langsung kepada Direktur Utama.

(3) Auditor intern Satuan Pemeriksaan Internal bertanggung jawab secara langsung kepada kepala Satuan Pemeriksaan Internal.

(4) Auditor intern Satuan Pemeriksaan Internal harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

(a) Memiliki integritas dan perilaku yang profesional, independen, jujur, dan objektif dalam pelaksanaan tugasnya;

(b) Memiliki pengetahuan dan/ atau pengalaman mengenai teknis audit dan/ atau disiplin ilmu lain yang relevan dengan bidang tugasnya;

(c) Memiliki pengetahuan perundang-undangan di tentang bidang peraturan pengelolaan keuangan badan layanan umum dan peraturan perundang-undangan terkait lainnya;

(d) Memiliki kecakapan untuk berinteraksi dan berkomunikasi baik lisan maupun tertulis secara efektif;

(e) Bersedia mematuhi standar profesi dan kode etik yang dikeluarkan oleh asosiasi pengawasan intern;

(f) Menjaga kerahasiaan informasi dan/ atau data BLU terkait dengan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab Pengawasan Intern kecuali diwajibkan berdasarkan peraturan perundang-undangan atau penetapan/ putusan pengadilan;

(g) Memahami prinsip tata kelola BLU yang baik dan manajemen risiko; dan

(h) Bersedia meningkatkan pengetahuan, keahlian, dan kemampuan profesionalismenya secara terus menerus.

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

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

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

Paraf	:	
Paraf	:	

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

(b) Memiliki pengetahuan terkait akuntansi dan keuangan.

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

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

(10) 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;

(f) Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.

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

Pasal 69

(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

Paraf	:	
Paraf	:	

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 70

(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;

(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

Paraf	:	
Paraf	:	

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 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 71

(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 meningkatkan *good governance* didalam pengelolaan manajemen Rumah Sakit, dan mendorong terlaksananya efektifitas organ-organ

Paraf	:	
Paraf	:	

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.

BAB VI

AMANDEMEN/ PERUBAHAN

Pasal 71

(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 VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 72

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.

Paraf	:	
Paraf	:	

BUKU KEDUA

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

MUKADIMAH / PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah merupakan institusi yang sangat kompleks dan beresiko tinggi (*high risk*), terlebih dalam kondisi lingkungan regional dan global yang sangat dinamis perubahannya. Salah satu pilar pelayanan medis adalah *clinicalgovernance*, dengan unsur staf medis yang dominan.

Keberadaan staf medis di dalam RS merupakan suatu keniscayaaan karena kualitas pelayanan RS sangat ditentukan oleh kinerja para staf medis di RS. Yang lebih penting lagi kinerja staf medis akan sangat mempengaruhi keselamatan pasien d RS.

Staf medis di dalam organisasi rumah sakit memiliki tanggung jawab profesi dengan ciri-ciri khusus. Staf medis dalam menjalankantanggung jawab profesionalnya tidak boleh atas pengaruh dan atau tekanan pihak lain dan tidak terikat jam kerja pada umumnya. Dikarenakan kekhususan tanggung jawab profesionalnya tersebut, maka jam kerja kepegawaian RS tidak dapat ditetapkan seleuruhnya untuk staf medis tersebut. Namun demikian staf medis tetap terikat dengan kode etik, standar profesi, standar kompetensi dan standar pelayanan sehingga pelayanan yang diberikan profesional, *evidencebase* dan sesuai kompetensi yang dimilikinya.

Sejalan dengan hal tersebut diatas, rumah sakit memerlukan pedoman *Medical Staff Bylaw* (MSBL) sebagai dasar normatif bagi setiap staf medis agar tercipta budaya profesi yang baik dan akuntabel.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

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

Paraf	:	
Paraf	:	

1. **Peraturan Internal Staf Medis *(Medical Staff Bylaws)*** adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis *(clinical governance)* untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit;
2. **Pemilik** adalah pemilik **Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro** yaitu Kementerian Kesehatan RI, dibawah Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan;
3. **Rumah Sakit Pendidikan** adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan dan pendidikan kesehatan lainnya secara multi profesi;
4. **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;
5. **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;
6. **Kelompok Staf Medis** adalah dokter (dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis dan dokter pendidik klinis) yang bergabung dalam salah satu kelompok sesuai dengan profesi dan keahliannya.
7. **Mitra Bestari *(peer group)*** adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis;
8. **Kewenangan Klinis *(Clinical Privilege)*** adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis *(clinical appointment)*;
9. **Penugasan Klinis (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;

Paraf	:	
Paraf	:	

10. **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.
11. **Kredensial** adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis *(clinical privilege)*;
12. **Rekredensial** adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis *(clinical privilege)* untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan;
13. **Sub Komite** adalah Kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus yang ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama atas usul Komite Medik;
14. **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 dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang;

BAB II
TUJUAN

Pasal 2

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.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB III
STAF MEDIS

Bagian Kesatu

Pasal 3

(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).

(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 Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang melalui Ketua KSM.

Pasal 4

(1) Usia tenaga medis dari Calon Pegawai Negeri Sipil maksimal 40 tahun dan bagi tenaga medis spesialis dari non Pegawai Negeri Sipil dimungkinkan usia lebih dari 65 tahun dengan berbagai pertimbangan dari Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial,

(2) Staf Medis dinyatakan sehat jasmani dan rohani.

Pasal 5

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.

Paraf	:	
Paraf	:	

d. Memiliki Surat Keputusan Penugasan sebagai anggota KSM, berupa kewenangan klinis *(Clinical privilege)* dari Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
e. Mengikuti program pengenalan tugas (pra tugas) di lingkungan Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Pasal 6

(1) Kategori keanggotaan KSM adalah :
   (a) Anggota tetap KSM yaitu dokter atau dokter spesialis atau dokter gigi atau dokter gigi spesialis yang bekerja secara tetap di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
   (b) Anggota tidak tetap KSM yaitu dokter atau dokter spesialis atau dokter gigi atau dokter gigi spesialis yang bekerja secara tidak tetap atau paruh waktu di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
   (c) Anggota KSM inaktif yaitu dokter atau dokter spesialis atau dokter gigi atau dokter gigi spesialis yang sudah pernah ditetapkan sebagai anggota tetap atau tidak tetap KSM, yang tidak bisa menjalankan tugas KSM karena tugas pendidikan atau tugas lain atau sakit atau alasan lain yang dapat diterima untuk jangka waktu lebih dari 3 bulan.
   (d) Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) bukan merupakan anggota KSM, namun bertanggung jawab kepada anggota KSM sesuai dengan spesialisasi yang sedang diikutinya
(2) Masa berlaku keanggotaan adalah selama 3 (tiga) tahun sejak Keputusan Direktur Utama dikeluarkan dan dapat diperpanjang kembali dengan mengikuti rekredensial.

Pasal 7

(1) Prosedur penerimaan calon anggota KSM dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional penerimaan staf medis yang disusun oleh Direktur SDM, Pendidikan dan Umum dan Komite Medik.
(2) Prosedur sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) adalah sebagai berikut :
   (a) Secara administratif, disusun oleh Direktur SDM, Pendidikan dan Umum .

Paraf	:	
Paraf	:	

(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.

Pasal 8

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

(2) Seorang anggota KSM dengan keperluan tugas pendidikan atau tugas lain atau sakit atau cuti di luar tanggungan negara atau alasan lain yang dapat diterima, sehingga tidak bisa menjalankan tugas sebagai anggota KSM untuk jangka waktu lebih dari tiga bulan, apabila masa waktu keperluannya sudah selesai, yang bersangkutan dapat diaktifkan kembali sebagai anggota KSM.

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

(4) Bagi anggota KSM yang pensiun bila ingin kembali bekerja 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 pengaktifan kembali 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.

Pasal 9

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

Paraf	:	
Paraf	:	

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 10

(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.
   (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.

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang.

(h) Melakukan perbaikan (*updating*) Standar Prosedur Operasional dan dokumen terkait lainnya.

Pasal 11

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

(2) 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.

(3) 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 Saraf

(e) KSM Gigi dan Mulut

(f) KSM kedokteran Fisik dan Rehabilitasi

(g) KSM Jantung dan Pembuluh Darah

(h) KSM Kesehatan Jiwa

Paraf	:	
Paraf	:	

(i) KSM Kulit dan Kelamin
(j) KSM Radiologi
(k) KSM Mata
(l) KSM Obgyn
(m) KSM Orthopaedi dan Traumatologi
(n) KSM Paru
(o) KSM Patologi
(p) KSM Penyakit Dalam
(q) KSM Saraf
(r) KSM THT
(s) KSM Urologi
(t) KSM Mikrobiologi
(u) KSM Forensik
(v) KSM Umum
(w) KSM Lainnya, sesuai perkembangan

(4) Susunan kepengurusan KSM terdiri dari: ketua, sekretaris, koordinator pelayanan, dan koordinator penelitian dan pengembangan

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

Pasal 12

(1) Ketua KSM ditetapkan oleh Direktur Utama melalui Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang dengan mempertimbangkan usulan dari rapat anggota KSM tersebut.

(2) Ketua KSM adalah dokter tetap di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

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

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

(5) 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 Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang dan bidang keilmuannya (Standar Pelayanan Medik) di bawah koordinasi Komite Medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

(b) Menyusun indikator mutu klinis

(c) Menyusun uraian tugas dan kewenangan untuk masing-masing anggotanya.

(6) 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 13

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

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

Pasal 14

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

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

Pasal 15

(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.

BAB IV

KEWENANGAN KLINIS *(Clinical Previlege)*

Pasal 16

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

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 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 17

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 18

(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.

Paraf	:	
Paraf	:	

(2) Sesuai dengan yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur Utama akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.

(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 19

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

Paraf	:	
Paraf	:	

Pasal 20

(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.

BAB V
PENUGASAN KLINIS
(CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 21

(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

Paraf	:	
Paraf	:	

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 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

Paraf	:	
Paraf	:	

(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

(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 VI
KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 22

(1) 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.

(2) Komite medik merupakan organisasi non structural, *steering committee* yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur Utama.

Paraf	:	
Paraf	:	

(3) Susunan organisasi komite medik terdiri dari:

(a) Ketua;

(b) Wakil ketua

(c) Sekretaris; dan

(d) Subkomite Kredensial (Ketua, Sekretaris dan Anggota)

(e) Subkomite Mutu Profesi (Ketua, Sekretaris dan Anggota)

(f) Subkomite Etik dan Disiplin Profesi (Ketua, Sekretaris dan Anggota)

(4) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur Utama dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

(5) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

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

(7) Ketua komite medik ditetapkan oleh kepala/ direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

(8) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh kepala/ direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

(9) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.

(10) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (9) terdiri dari:

(a) subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;

(b) subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan

(c) subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

(11) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata kerja subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan ini.

Paraf	:	
Paraf	:	

Bagian Kedua

Tugas dan Fungsi

Pasal 24

(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.
   (c) evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/ kedokteran gigi berkelanjutan;
   (d) wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
   (e) penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat;
   (f) pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur Utama;
   (g) melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
   (h) rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

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

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 25

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

Pasal 26

(1) Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc* dari mitra bestari yang ditetapkan oleh Direktur Utama.

Paraf	:	
Paraf	:	

(2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana ayat (1) di atas Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur Utama.

Bagian Ketiga

Hubungan Komite Medik dengan Direktur Utama

Pasal 27

(1) Direktur Utama rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.

(2) Komite medik bertanggung jawab kepada Direktur Utama

BAB VII
RAPAT

Pasal 28

(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.

Pasal 29

Panitia *Adhoc*

(1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc.*

(2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.

(3) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, kolegium dokter/ dokter gigi, kolegium dokter spesialis/ dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/ kedokteran gigi.

Paraf	:	
Paraf	:	

BAB VIII
SUBKOMITE KREDENSIAL

Pasal 30

(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 tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

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

Pasal 31

Tujuan

(1) Tujuan Umum; Untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis dirumah sakit kredibel.

(2) Tujuan Khusus;
   (a) mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
   (b) tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (clinical privilege) bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;
   (c) dasar bagi kepala/direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (clinical appointment) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
   (d) terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

Pasal 32

Tugas dan wewenang sub komite kredensial adalah:

a. Menyusun garis besar kebijakan dibidang kredensiasi profesi medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

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

Pasal 33

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 34

(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 35

(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.

BAB IX
SUBKOMITE MUTU PROFESI

Pasal 36

(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.

Paraf	:	
Paraf	:	

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

Pasal 37

Tujuan

Subkomite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan:

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

Pasal 38

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 atas permintaan KSM/ unit kerja/ DPJP melalui Direktur Utama
c. Mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis;
d. Memfasilitasi kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB/ P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;

Paraf	:	
Paraf	:	

e. Memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan;

Pasal 39

(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 40

(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 atas permintaan unit terkait dengan persetujuan direktur.

(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.

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

Paraf	:	
Paraf	:	

(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.

(7) Notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi.

Pasal 41

(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 Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang 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.

BAB X
SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Pasal 42

(1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 43

Tujuan

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

(1) melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*).

(2) memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Pasal 44

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

(1) Melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;

(2) menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran

(3) Memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

Pasal 45

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

(1) pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;

(2) prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;

(3) daftar kewenangan klinis di rumah sakit;

(4) pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;

(5) kode etik kedokteran Indonesia;

Paraf	:	
Paraf	:	

(6) pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
(7) pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
(8) pedoman pelayanan medik/klinik;
(9) standar operasional prosedur asuhan medis.

Pasal 46

(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.

Pasal 47

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 48

(1) Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.

Paraf	:	
Paraf	:	

(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 XI
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS
(CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 49

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.
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 XII
TATA CARA REVIU DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 50

(1) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws)* secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.

Paraf	:	
Paraf	:	

(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.

BAB XIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 51

(1) Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

(2) Pada saat Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws)* ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor **HK.02.02/I/5650/2018**, tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

(3) 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	**Direktur Utama**
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	**RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro**
dr. Wiendra Woworuntu, M.Kes	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes**

Paraf	:	
Paraf	:	

(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.

BAB XIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 51

(1) Peraturan Internal Staf Medis ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

(2) Pada saat Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws)* ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor **HK.02.02/I/5650/2018**, tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

(3) 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	**Direktur Utama**
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	**RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro**
dr. Wiendra Woworuntu, M.Kes	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes**

Paraf	:	
Paraf	:	