



GUBERNUR JAWA TENGAH

KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TENGAH

NOMOR 100.3.3.1/495 TAHUN 2025

TENTANG

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. ADHYATMA, MPH PROVINSI JAWA TENGAH**

GUBERNUR JAWA TENGAH,

- Menimbang : a. bahwa setiap rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik;
- b. bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan kebijakan umum pelayanan rumah sakit yang mendukung tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis;
- c. bahwa untuk menjamin kepastian hukum dan memberikan landasan dalam pelaksanaan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis, perlu disusun peraturan internal rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6869);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU : Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan Gubernur ini.
- KEDUA : Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU terdiri atas :
- a. Peraturan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah; dan
 - b. Peraturan Staf Medis dan Staf Tenaga Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah.
- KETIGA : Peraturan Internal Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU digunakan sebagai pedoman dalam menjalankan tata kelola organisasi rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) untuk menjamin pelayanan yang bermutu pada pelayanan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah.
- KEEMPAT : Keputusan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang
pada tanggal 23 Desember 2025

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

AHMAD LUTHFI

SALINAN : Keputusan Gubernur ini disampaikan kepada Yth.:

1. Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia;
2. Wakil Gubernur Jawa Tengah;
3. Sekretaris Daerah Provinsi Jawa Tengah;
4. Para Asisten Sekretaris Daerah Provinsi Jawa Tengah;
5. Inspektur Provinsi Jawa Tengah;
6. Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah Provinsi Jawa Tengah.
7. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah;
8. Kepala Biro Hukum Sekretariat Daerah Provinsi Jawa Tengah.

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum ,



Haerudin, S.H., M.H.
Pembina Utama Muda
NIP. 197007291996031001

LAMPIRAN
KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TENGAH
NOMOR 100.3.3.1/495 TAHUN 2025
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH dr. ADHYATMA, MPH PROVINSI JAWA
TENGAH

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. ADHYATMA, MPH PROVINSI JAWA TENGAH

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada awalnya Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo ini merupakan bagian dari Dinas Pemberantasan Penyakit Kusta Provinsi Jawa Tengah (1952). Pada tahun 1968 berubah menjadi Rumah Sakit Khusus untuk menangani dan merehabilitasi penderita penyakit kusta dengan nama Rumah Sakit Khusus Kusta Tugurejo.

Berdasarkan Persetujuan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor B 673/1/1996 tentang Penetapan Kelas C Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang, maka pada bulan Juli tahun 1996 oleh Menteri Kesehatan diterbitkan Surat Keputusan dengan Nomor 743/MenKes/SK/VII/1996 tentang Penetapan Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang menjadi setara dengan Rumah Sakit Umum Kelas C.

Kemudian pada tanggal 26 Desember 2000 Pemerintah Daerah meresmikan Rumah Sakit Kusta ini menjadi sebuah Rumah Sakit Umum Kelas C melalui Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1810/Menkes-Kesos/SK/XII/2000 tentang Perubahan Status Rumah Sakit Khusus Menjadi Rumah Sakit Umum.

RSUD Tugurejo mengalami perkembangan yang cukup pesat sampai akhirnya pada tanggal 19 November 2003 Pemerintah Daerah menaikkan status rumah sakit tersebut menjadi kelas B melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1600/Menkes/SK/XI/2003 tentang Peningkatan Kelas B Non Pendidikan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah sesuai dengan diterbitkannya Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 95 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Tugurejo Provinsi Jawa Tengah sebagai salah satu lembaga pemerintah yang memberikan pelayanan publik, sering menjadi sorotan sehubungan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan. Oleh sebab itu terselenggaranya tata kelola yang baik merupakan syarat mutlak bagi setiap instansi rumah sakit untuk mewujudkan aspirasi masyarakat dan tuntutan masyarakat dalam rangka mencapai tujuan serta cita-cita berbangsa dan bernegara dalam meraih derajat kesehatan yang prima.

Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 059/78/2008 tanggal 21 Oktober 2008 menetapkan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Daerah (PPK-BLUD) pada Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Jawa Tengah Tugurejo Semarang.

Kemudian tepat pada tanggal 21 Desember 2012, RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah menjadi Rumah Sakit Umum Kelas B Pendidikan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.03.05/I/2949/2012 tentang Penetapan RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

Nama Rumah Sakit berubah menjadi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 75 Tahun 2021 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah Kelas B.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 46 A Tahun 2023 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan pada Badan Layanan Umum Daerah Bidang Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tanggal 4 September 2023, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) yang diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat dengan prinsip efisiensi dan produktivitas. Keterbatasan anggaran rumah sakit dari pemerintah, mendorong rumah sakit meningkatkan pendapatannya dan mengelola keuangan tersebut secara mandiri untuk meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan.

B. Tujuan

Dimilikinya suatu tatanan peraturan dasar yang mengatur pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit, staf medis dan staf tenaga kesehatan sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat efektif, efisien dan berkualitas.

Peraturan Internal Rumah Sakit merupakan Peraturan Dasar yang bertujuan mengatur Pemilik (Gubernur Jawa Tengah) melalui perwakilannya (Dewan Pengawas), Direktur Rumah Sakit (selaku Pengelola), Staf Medis dan Staf Tenaga Kesehatan sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.

C. Fungsi

1. sebagai acuan bagi pemilik rumah sakit dalam melakukan pengawasan rumah sakitnya;
2. sebagai acuan bagi direktur rumah sakit dalam mengelola rumah sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional;
3. sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu;
4. sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit;
5. sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di rumah sakit khususnya konflik antara pemilik, direktur rumah sakit, staf medis dan staf tenaga kesehatan; dan
6. untuk memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit.

D. DEFINISI

1. Daerah adalah Provinsi Jawa Tengah.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah Otonom.
3. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Provinsi Jawa Tengah.
5. Dinas adalah perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan.
6. Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
7. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah yang selanjutnya disebut RS Adhyatma adalah Rumah Sakit umum Daerah sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus yang memberikan layanan secara profesional.
8. Pemilik RSUD dr. Adhyatma, MPH yang selanjutnya disebut Pemilik adalah Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah.
9. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun untuk internal Rumah Sakit dalam rangka menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang baik dan tata kelola klinis yang baik.
10. Peraturan Organisasi Rumah Sakit adalah aturan yang mengatur hubungan pemilik atau yang mewakili dengan Direktur Rumah Sakit.
11. Peraturan internal staf medis dan staf tenaga kesehatan adalah aturan mengenai tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme tenaga medis dan tenaga kesehatan di rumah sakit.
12. Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit, yang memiliki tugas melaksanakan pengawasan penyelenggaraan Rumah Sakit secara internal.
13. Pegawai Aparatur Sipil Negara yang selanjutnya disebut Pegawai ASN adalah pegawai negeri sipil dan pegawai pemerintah dengan perjanjian kerja yang diangkat oleh pejabat pembina kepegawaian dan disertai tugas dalam suatu jabatan pemerintahan atau disertai tugas negara lainnya dan diberikan penghasilan berdasarkan peraturan perundang-undangan.
14. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan, tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.
15. Jabatan Manajerial adalah sekelompok jabatan yang memiliki fungsi memimpin unit organisasi dan memiliki pegawai yang berkedudukan langsung di bawahnya untuk mencapai tujuan organisasi.
16. Jabatan Nonmanajerial adalah sekelompok jabatan yang mengutamakan kompetensi yang bersifat teknis sesuai bidangnya dan tidak memiliki tanggung jawab langsung dalam mengelola dan mengawasi kinerja pegawai.

17. Direksi adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertugas dalam pengelolaan rumah sakit yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur sesuai dengan bidang tugasnya.
18. Direktur adalah Direktur RSUD dr. Adhyatma, MPH, pimpinan tertinggi yang bertugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit.
19. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
20. Tenaga Medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
21. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan serta memiliki sikap profesional, pengetahuan, dan keterampilan melalui pendidikan tinggi yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
22. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah pengawas BLU yang dibentuk oleh dan berkedudukan langsung di bawah pimpinan untuk pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan, dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat.
23. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah SKPD atau unit kerja pada SKPD di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas.
24. Unit Organisasi Bersifat Khusus yang selanjutnya disingkat UOBK adalah Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Tengah yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.

BAB II
PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. ADHYATMA, MPH PROVINSI JAWA TENGAH

A. IDENTITAS

1. Umum

- a. Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah.
- b. Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit umum BLUD.
- c. Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit umum Daerah Kelas B Pendidikan.
- d. Alamat Rumah Sakit adalah di Jalan Walisongo KM 8,5 Nomor 137 Kelurahan Tambak Aji Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang Kode Pos 50185.

2. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi

- a. RS Adhyatma merupakan UOBK yang dikelola berdasarkan pola pengelolaan keuangan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. RS Adhyatma dipimpin oleh Direktur yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan Kepala Dinas.
- c. Bentuk pertanggungjawaban kepada Kepala Dinas dilakukan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit.
- d. RS Adhyatma mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- e. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada huruf d, RS Adhyatma melaksanakan fungsi :
 - 1) perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan RS Adhyatma;
 - 2) penyusunan program kerja dan anggaran RS Adhyatma;
 - 3) penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan RS Adhyatma;
 - 4) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatanyang paripurna sesuai kebutuhan medis;
 - 5) penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
 - 6) penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;
 - 7) penyelenggaraan kesekretariatan RS Adhyatma;

- 8) pelaksanaan pengelolaan keuangan, aset, dan kepegawaian RS Adhyatma;
- 9) pemantauan, evaluasi dan pelaporan RS Adhyatma; dan
- 10) pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

3. Filosofi, Maksud dan Tujuan, Arah, dan Strategi

a. Filosofi RS Adhyatma meliputi :

- 1) pasien dan pelanggan lainnya adalah manusia yang mempunyai rasa menyukai dan tidak menyukai, sehingga kewajiban rumah sakit adalah memberikan pelayanan terbaik;
- 2) kehadiran pasien dan pelanggan lain adalah kepercayaan yang diberikan kepada rumah sakit;
- 3) keluhan pasien dan pelanggan lain merupakan wujud kecintaan kepada rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan yang diharapkan;
- 4) kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan merupakan bagian dari kepedulian terhadap kelestarian ekosistem; dan
- 5) karyawan dan manajemen selalu berusaha meningkatkan ilmu dan teknologi dan memandang pengalaman sebagai guru terbaik.

b. Maksud dan tujuan RS Adhyatma adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dengan sasaran :

- 1) meningkatkan kesehatan kelompok rentan; dan
- 2) meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan.

c. Arah kebijakan RS Adhyatma meliputi :

- 1) meningkatkan pelayanan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK);
- 2) percepatan implementasi digitalisasi di fasilitas pelayanan kesehatan;
- 3) penjaminan mutu pelayanan kesehatan;
- 4) peningkatan inovasi unggulan layanan di fasilitas pelayanan kesehatan;
- 5) pemenuhan sarana prasarana alat kesehatan dan farmasi alat kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan;
- 6) penguatan manajemen sistem informasi kesehatan; dan
- 7) pemetaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan.

d. Strategi RS Adhyatma meliputi :

- 1) peningkatan pelayanan kesehatan ibu, bayi dan balita;
- 2) peningkatan akses dan mutu pelayanan Kesehatan; dan
- 3) perencanaan pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan.

4. Nilai Dasar, Logo, Moto, Visi dan Misi

a. Nilai Dasar RS Adhyatma meliputi :

- 1) ramah dalam sikap;
- 2) santun berbicara;
- 3) adaptif mengikuti kompetensi;
- 4) dedikasi sesuai loyalitas;

- 5) harmonis dalam karya;
 - 6) yakin berikhtiar;
 - 7) adil melayani;
 - 8) tanggung jawab dalam tugas;
 - 9) mandiri dan kolaboratif; dan
 - 10) akuntabel berintegritas.
- b. Logo RS Adhyatma adalah :



- 1) 3 komponen utama dalam logo tersebut, yang melambangkan tiga komponen sumber daya manusia yang ada di rumah sakit yaitu unsur manajerial, unsur medis dan unsur nonmedis, yang bersatu secara serasi membentuk lambang inisial “A” yaitu Adhyatma yang berarti bersatunya seluruh komponen yang ada kerja sama, bahu membahu untuk kemajuan RS Adhyatma dan bersama dengan penuh semangat profesional melayani masyarakat menuju rumah sakit rujukan yang prima, mandiri, dan terdepan;
 - 2) warna hijau tua, menggambarkan alami, sehat, sejahtera, pembaharuan, perdamaian. Selain itu melambangkan keteduhan, yang berarti RS Adhyatma dapat menjadi harapan kesehatan bagi seluruh Masyarakat, juga lambang kesejahteraan bagi seluruh karyawan Rumah Sakit;
 - 3) warna orange atau kuning emas memiliki arti energi, keseimbangan, kehangatan, yang berarti RS Adhyatma memiliki energi untuk siap berkompetisi, energi untuk selalu berinovasi dan energi untuk terus selalu berkembang, baik dalam tenaga ahli kesehatan/kedokteran juga infra struktur sarana prasarannya;
 - 4) warna hijau terang mempunyai sifat meningkatkan rasa bangga dan kepercayaan diri. Warna ini elegan, menyembuhkan, menimbulkan perasaan empati terhadap orang lain, yang berarti RS Adhyatma siap dan mampu menjadi harapan kesembuhan pasien, dapat menjadi kebanggaan seluruh masyarakat dan siap menjadi rumah sakit rujukan di Daerah; dan
 - 5) warna putih di setiap tepi komponen logo melambangkan kesucian, kebersihan, ketepatan, ketulusan dan keikhlasan, yang berarti RS Adhyatma secara professional tulus dan ikhlas melayani pasien, ketepatan memberikan penanganan kesehatan kepada seluruh pasien.
- c. Moto RS Adhyatma adalah “tulus melayani sepenuh hati”.
- d. Visi RS Adhyatma adalah rumah sakit prima, mandiri, dan terdepan dalam pelayanan dan pendidikan profesi.

- e. Misi RS Adhyatma meliputi :
 - 1) memberikan pelayanan yang bermutu dan mengembangkan pelayanan unggulan;
 - 2) menyelenggarakan dan mengembangkan pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan;
 - 3) meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia kesehatan yang berdaya saing dalam pelayanan dan pendidikan; dan
 - 4) mengembangkan sarana dan prasarana yang aman dan nyaman.

B. DEWAN PENGAWAS

1. Pembentukan

- a. Pemilik membentuk Dewan Pengawas.
- b. Dewan Pengawas merupakan suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit.

2. Fungsi, Tugas, Wewenang dan Larangan

- a. Dewan Pengawas berfungsi pengawasan dan memberikan nasihat kepada Direksi.
- b. Dewan Pengawas bertugas:
 - 1) menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
 - 2) menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit;
 - 3) menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program tersebut;
 - 4) menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - 5) melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - 6) mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - 7) melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - 8) melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis;
 - 9) memantau perkembangan kegiatan rumah sakit;

- 10) menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan rumah sakit dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh direksi;
 - 11) memonitor tindak lanjut hasil kinerja serta mutu dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - 12) memberikan nasihat kepada Direksi dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - 13) memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai:
 - a) rencana bisnis anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
 - b) permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan rumah sakit; dan
 - c) kinerja rumah sakit.
- c. Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas kepada Gubernur secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu jika diperlukan.
- d. Semua biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas dibebankan kepada anggaran RS Adhyatma.
- e. Dewan Pengawas berwenang :
- 1) menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
 - 2) mendapatkan laporan hasil pengawasan/pemeriksaan yang dilakukan oleh SPI, auditor intern Pemerintah, auditor ekstern, dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - 3) mendapatkan penjelasan dan/atau data dari direktur dan/atau Pegawai mengenai kebijakan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit;
 - 4) meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit;
 - 5) berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit untuk ditetapkan oleh Pemilik; dan
 - 6) memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan rumah sakit.
- f. Dewan Pengawas tidak dapat melaksanakan kewenangan dan tugas dari Direktur.
- g. Anggota Dewan Pengawas dilarang:
- 1) melakukan tindakan yang mempunyai benturan kepentingan dan/atau memanfaatkan posisi sebagai Dewan Pengawas, baik secara langsung maupun tidak langsung untuk kepentingan pribadi, keluarga, maupun golongan tertentu;
 - 2) mengambil dan/atau menerima keuntungan pribadi dari rumah sakit, selain honorarium dan fasilitas lain yang ditetapkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 3) menduduki jabatan lain yang berakibat pada terjadinya benturan kepentingan dalam pengawasan rumah sakit atau

munculnya halangan yang mengganggu kemampuan untuk bertindak secara bebas dalam pengawasan rumah sakit; dan

- 4) mengintervensi pelaksanaan dan/atau ikut serta dalam pengambilan keputusan kegiatan operasional rumah sakit yang dilaksanakan oleh Direksi melebihi kewenangan Dewan Pengawas kecuali diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Susunan

- a. Dewan Pengawas beranggotakan unsur Pemilik, tokoh Masyarakat, dan/atau unsur lain yang memahami tugas fungsi kegiatan dan layanan rumah sakit.
- b. Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah paling banyak 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang ketua merangkap anggota dan 4 (empat) orang anggota.
- c. Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali selama memenuhi persyaratan.
- d. Dalam hal terjadi kekosongan jabatan ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Pemilik mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan.

4. Persyaratan, Pengangkatan, Penilaian, dan Pemberhentian

- a. Syarat untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas meliputi :
 - 1) sehat jasmani dan rohani;
 - 2) memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan rumah sakit;
 - 3) memahami penyelenggaraan pemerintahan daerah;
 - 4) memiliki pengetahuan yang memadai tugas dan fungsi rumah sakit;
 - 5) menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - 6) tidak pernah menjadi anggota Direksi, Dewan Pengawas, atau Komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit; dan
 - 7) tidak sedang menjalani sanksi pidana.
- b. Kinerja ketua Dewan Pengawas dinilai oleh Pemilik yang dapat didelegasikan kepada Sekretaris Daerah.
- c. Kinerja anggota dan Sekretaris Dewan Pengawas dinilai oleh ketua Dewan Pengawas.
- d. Indikator penilaian kinerja Dewan Pengawas meliputi :
 - 1) setia dan taat kepada Pancasila dan Negara Kesatuan Republik Indonesia;
 - 2) integritas;
 - 3) kemampuan membangun sinergi dengan rumah sakit;
 - 4) kemampuan memberikan pendapat, saran dan atau rekomendasi;

- 5) prosentase kehadiran dalam rapat Dewan Pengawas; dan
- 6) partisipasi dalam kegiatan pengawasan.
- e. Anggota Dewan Pengawas diberhentikan karena:
 - 1) meninggal dunia;
 - 2) masa jabatan berakhir; atau
 - 3) diberhentikan sewaktu-waktu.
- f. Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sewaktu-waktu karena:
 - 1) tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - 2) tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 3) terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit;
 - 4) dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - 5) mengundurkan diri; dan/atau
 - 6) terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada rumah sakit, negara, dan/atau Daerah.
5. Sekretaris Dewan Pengawas
 - a. Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas dari unsur Rumah Sakit.
 - b. Sekretaris Dewan Pengawas bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
 - c. Sekretaris tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
6. Rapat Dewan Pengawas
 - a. Rapat Dewan Pengawas terdiri atas:
 - 1) rapat berkala; dan
 - 2) rapat khusus.
 - b. Dewan Pengawas mengadakan rapat secara berkala dengan Direksi beserta pejabat pengelola Rumah Sakit.
 - c. Bentuk rapat dapat dilakukan secara luring atau secara daring disesuaikan dengan kebutuhan.
 - d. Rapat Dewan Pengawas secara luring diadakan di RS Adhyatma atau di tempat lain di wilayah Negara Republik Indonesia.
 - e. Dalam hal rapat Dewan Pengawas diadakan di tempat lain, rapat harus mendapatkan persetujuan Direktur.
 - f. Rapat khusus diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat berkala.
 - g. Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - 1) terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - 2) terdapat permintaan yang ditandatangani oleh paling sedikit 3 (tiga) orang anggota Dewan Pengawas.

7. Laporan dan Evaluasi Kinerja

- a. Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas kepada Pemilik paling sedikit 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan dan sewaktu-waktu atas permintaan Pemilik.
- b. Dalam rangka menilai kinerja Dewan Pengawas, Pemilik melakukan evaluasi terhadap Dewan Pengawas.
- c. Evaluasi terhadap Dewan Pengawas dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun menggunakan instrumen penilaian kinerja Dewan Pengawas.
- d. Hasil evaluasi terhadap Dewan Pengawas dapat menjadi pertimbangan bagi pemilik rumah sakit untuk melakukan pengangkatan kembali, penggantian atau pemberhentian anggota Dewan Pengawas.

C. DIREKSI

1. Umum

- a. Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah Pimpinan RS Adhyatma yang bertanggung jawab terhadap kinerja operasional RS Adhyatma, terdiri atas:
 - 1) Direktur, merupakan pejabat pengguna anggaran/barang Rumah Sakit yang bertindak selaku pemimpin rumah sakit;
 - 2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab bidang umum, perencanaan dan keuangan yang bertindak selaku Pejabat Keuangan rumah sakit; dan
 - 3) Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab bidang pelayanan medis, penunjang dan keperawatan yang bertindak selaku Pejabat Teknis rumah sakit.
- b. Direktur bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan Kepala Dinas terhadap operasional dan keuangan RS Adhyatma secara umum dan keseluruhan.
- c. Bentuk pertanggungjawaban kepada Kepala Dinas dilakukan melalui penyampaian laporan pelaksanaan pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian Rumah Sakit.
- d. Semua Pejabat Pengelola dibawah Direktur bertanggungjawab kepada Direktur sesuai bidang tanggungjawab masing-masing.
- e. Komposisi Pejabat Pengelola RS Adhyatma dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- f. Perubahan komposisi Pejabat Pengelola ditetapkan oleh Gubernur.
- g. Direktur bertugas:
 - 1) memimpin penyelenggaraan rumah sakit;
 - 2) mengetahui dan memahami semua peraturan perundang-undangan terkait rumah sakit;
 - 3) menjalankan operasional rumah sakit dengan berpedoman peraturan perundang-undangan; dan

- 4) menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan audit eksternal.
- h. Direktur menyelenggarakan fungsi:
- 1) melaksanakan perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan rumah sakit;
 - 2) penyusunan program kerja dan anggaran rumah sakit;
 - 3) penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit;
 - 4) pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan
 - 5) evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.
- i. Direktur bertanggung jawab:
- 1) menjamin kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan;
 - 2) menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan;
 - 3) menetapkan kebijakan rumah sakit;
 - 4) mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya;
 - 5) menjamin kepatuhan staf rumah sakit terhadap implementasi regulasi rumah sakit yang telah ditetapkan;
 - 6) menjamin kelancaran, efektifitas dan efisiensi kegiatan rumah sakit;
 - 7) menjamin peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan;
 - 8) menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit;
 - 9) melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada dewan pengawas; dan
 - 10) melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan.
- j. Direktur berwenang:
- 1) menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
 - 2) memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di rumah sakit;
 - 3) Merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis dan anggaran kepada dewan pengawas untuk mendapatkan persetujuan.
 - 4) menetapkan peraturan, pedoman, panduan dan standar prosedur operasional rumah sakit;
 - 5) menetapkan tata naskah rumah sakit;
 - 6) mengusulkan, mengangkat dan memberhentikan pegawai rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan;
 - 7) menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai rumah sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 8) memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi sesuai ketentuan;

- 9) memberikan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 10) menetapkan organisasi pelaksana dengan uraian tugas masing-masing;
 - 11) melakukan kontrak klinis dan kontrak manajemen dengan pihak lain untuk mendukung operasional rumah sakit;
 - 12) menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
 - 13) menyetujui penyelenggaraan pendidikan profesional kesehatan dan penelitian dan membentuk Komite Koordinasi Pendidikan (KOMKORDIK) untuk mengawasi kualitas program dimaksud;
 - 14) mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya; dan
 - 15) meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat dibawahnya.
- k. Wakil Direktur Umum dan Keuangan merupakan unsur pembantu pimpinan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur.
- l. Wakil Direktur Umum dan Keuangan bertugas mengkoordinasikan penyiapan pelaksanaan teknis, perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan dan pelayanan administrasi dan teknis, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di Bagian Perencanaan, Bagian Keuangan dan Bagian Umum.
- m. Wakil Direktur Umum dan Keuangan menjalankan fungsi:
- 1) pengkoordinasian perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan teknis dan administrasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di Bagian Perencanaan;
 - 2) pengkoordinasian perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan teknis dan administrasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di Bagian Keuangan;
 - 3) pengkoordinasian perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan teknis dan administrasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di Bagian Umum; dan
 - 4) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- n. Wakil Direktur Pelayanan merupakan unsur pembantu pimpinan berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur
- o. Wakil Direktur Pelayanan bertugas mengkoordinasikan penyiapan perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan teknis dan administrasi, pemantauan, evaluasi serta pelaporan di Bidang Pelayanan Medis, Bidang Penunjang dan Bidang Keperawatan.
- p. Wakil Direktur Pelayanan menjalankan fungsi:
- 1) pengkoordinasian perumusan kebijakan teknis, pelaksanaan teknis dan administrasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di Bidang Pelayanan Medis;
 - 2) pengkoordinasian perumusan kebijakan dan pelaksanaan teknis dan administrasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di Bidang Penunjang;
 - 3) pengkoordinasian perumusan kebijakan dan pelaksanaan teknis dan administrasi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan di Bidang Keperawatan; dan

- 4) pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

2. Pengangkatan, Penetapan, dan Pemberhentian

- a. Pengangkatan dalam jabatan dan penempatan Direksi ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktik bisnis yang sehat.
- b. Kompetensi merupakan keahlian berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perilaku yang diperlukan dalam tugas jabatan.
- c. Kebutuhan praktik bisnis yang sehat merupakan kesesuaian antara kebutuhan jabatan, kualitas dan kualifikasi sesuai kemampuan keuangan rumah sakit.
- d. Direksi dalam melaksanakan tugasnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang ditetapkan oleh Gubernur.
- e. Direksi dapat diberhentikan dari jabatannya berdasarkan ketentuan peraturan perundang undangan.

3. Persyaratan

- a. Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :
 - 1) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 2) Direktur Rumah Sakit dapat dijabat oleh:
 - a) tenaga medis;
 - b) tenaga kesehatan; atau
 - c) tenaga profesional, yang memiliki kompetensi manajemen Rumah Sakit.
 - 3) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
 - 4) berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
 - 5) memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- b. Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Umum dan Keuangan adalah :
 - 1) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 2) memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum/ keuangan dan/ atau perencanaan;
 - 3) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan Pelayanan dan usaha guna kemandirian keuangan;
 - 4) berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
 - 5) memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- c. Syarat untuk dapat diangkat menjadi Wakil Direktur Pelayanan adalah:
 - 1) berkewarganegaraan Indonesia;
 - 2) seorang Tenaga Kesehatan yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan kesehatan;
 - 3) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;

- 4) berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
- 5) memenuhi syarat administrasi kepegawaian.

4. Tata Hubungan Kerja Direksi

- a. Dalam menjalankan tugas Direksi :
 - 1) Direktur bertindak atas nama Direksi, dan
 - 2) Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Direksi untuk masing-masing bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.
- b. Dalam menjalankan tugas Direksi maka para Wakil Direktur berhak dan berwenang bertindak atas nama Direktur, untuk setiap bidang yang menjadi tugas dan wewenangnya.
- c. Apabila salah satu atau beberapa anggota Direksi belum terisi dan belum ditetapkan, maka pelimpahan wewenang diberikan kepada Direksi lainnya sebagai Pelaksana Tugas (Plt) sampai dengan pejabat definitif ditetapkan.
- d. Apabila salah satu atau beberapa anggota Direksi tidak berada ditempat, maka pelimpahan wewenang diberikan kepada pejabat yang setingkat atau satu tingkat di bawahnya dan berada dalam satu unit sebagai Pelaksana Harian (Plh) sampai dengan pejabat yang definitif kembali bertugas.
- e. Ketentuan tentang Pelaksana Tugas (Plt) dan Pelaksana Harian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- f. Dalam menjalankan tugas dan kewenangannya, Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada seorang atau beberapa orang Direksi.

5. Rapat Direksi

- a. Rapat Direksi diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) bulan sekali.
- b. Dalam rapat dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan rumah sakit sesuai dengan tugas kewenangan dan kewajiban.
- c. Keputusan rapat Direksi diambil berdasarkan musyawarah untuk mufakat.
- d. Dalam hal tidak tercapai kata sepakat maka keputusan diserahkan kepada Direktur.
- e. Dalam rapat rapat tertentu yang bersifat khusus, Direksi dapat mengundang Dewan Pengawas yang disampaikan secara tertulis.
- f. Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat.

D. TATA KERJA

1. RS Adhyatma bersifat otonom dalam penyelenggaraan Tata Kelola Rumah Sakit dan Tata Kelola Klinis.
2. Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, Kepala Seksi, Sub Koordinator dan Jabatan Fungsional dalam melaksanakan tugasnya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebijakan yang ditetapkan oleh Gubernur.

3. Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, Kepala Seksi dan Sub Koordinator pada Rumah Sakit dalam melaksanakan tugasnya memperhatikan prinsip-prinsip manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring, evaluasi dan pelaporan sesuai dengan bidang tugasnya masing-masing.
4. Dalam melaksanakan tugasnya, Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, Kepala Seksi dan Sub Koordinator dan Pejabat Fungsional wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi secara vertikal maupun horizontal baik ke dalam maupun antar satuan organisasi dalam lingkungan Pemerintahan Daerah serta instansi lain sesuai dengan tugas pokoknya masing-masing.
5. Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, Kepala Seksi dan Sub Koordinator pada Rumah Sakit bertanggung jawab dalam memimpin, mengkoordinasikan dan memberikan bimbingan serta petunjuk-petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya masing-masing.
6. Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Sub Bagian, Kepala Seksi dan Sub Koordinator wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk-petunjuk dan bertanggung jawab pada atasan masing-masing serta menyampaikan laporan tepat pada waktunya.
7. Dalam menyampaikan laporan masing-masing kepada atasan, tembusan laporan dapat disampaikan kepada satuan organisasi lain di lingkungan rumah sakit yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
8. Setiap laporan yang diterima oleh Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, Kepala Seksi dan Sub Koordinator dari bawahan diolah dan dipergunakan sebagai bahan penyusunan laporan lebih lanjut dan dijadikan bahan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.
9. Wakil Direktur menyampaikan laporan kepada Direktur dan Direktur menyusun laporan berkala kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan Kepala Dinas.

E. SATUAN PENGAWAS INTERNAL

1. Satuan Pengawas Internal diangkat dan diberhentikan melalui Keputusan Direktur.
2. Satuan Pengawas Internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
3. Pengangkatan dan pengorganisasian Satuan Pengawas Internal diatur dalam Peraturan Direktur.
4. Satuan Pengawas Internal bertugas memastikan efektivitas Sistem Pengendalian Intern rumah sakit.

F. KOMITE

1. Umum

- a. Komite adalah perangkat Rumah Sakit yang terdiri dari para tenaga ahli atau profesi yang dibentuk untuk memberikan dukungan dan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka penyelenggaraan tata kelola organisasi rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien.
- b. Pembentukan Komite di rumah sakit disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien serta mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- c. Masa Jabatan Ketua Komite adalah 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) periode berikutnya selama memenuhi persyaratan.
- d. Struktur organisasi komite minimal terdiri Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- e. Pembentukan, perubahan jumlah serta jenis komite ditetapkan oleh Direktur.
- f. Komite membuat laporan kinerja kepada Direktur paling sedikit 2 (dua) kali dalam setahun atau sesuai kebutuhan.

2. Persyaratan Keanggotaan Komite

Keanggotaan Komite dapat berasal dari pegawai rumah sakit dengan persyaratan sebagai berikut:

- a. memiliki integritas dan perilaku yang profesional, independen, jujur, dan objektif dalam pelaksanaan tugasnya;
- b. memiliki kecakapan untuk berinteraksi dan berkomunikasi baik lisan maupun tertulis secara efektif; dan
- c. memiliki kompetensi khusus disesuaikan dengan kebutuhan setiap Komite.

3. Pemberhentian Keanggotaan Komite

Keanggotaan Komite dapat dihentikan dalam hal :

- a. masa kerja habis;
- b. pengunduran diri yang disetujui Direktur;
- c. melanggar etika dan atau hukum rumah sakit; atau
- d. memiliki evaluasi kinerja tidak baik.

4. Tata Hubungan Kerja Komite

- a. Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- b. Dalam menjalankan tugasnya komite berkoordinasi dengan bidang, bagian dan unit kerja atau komite lain terkait.
- c. Tugas, wewenang dan tanggung jawab komite diatur dan ditetapkan oleh Direktur.

5. Rapat Komite

- a. Rapat komite terdiri atas:
 - 1) Rapat berkala :
 - a) Rapat komite dengan manajemen;
 - b) Rapat internal komite.
 - 2) Rapat khusus.
- b. Rapat komite dengan manajemen diselenggarakan paling sedikit 3 (tiga) bulan sekali.
- c. Rapat internal komite diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) bulan sekali.
- d. Rapat khusus diselenggarakan dalam hal terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan.
- e. Setiap rapat dibuat undangan, daftar hadir dan notulen oleh sekretaris komite.

BAB III
PERATURAN STAF MEDIS DAN STAF TENAGA KESEHATAN RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr. ADHYATMA, MPH PROVINSI JAWA TENGAH

A. KELOMPOK STAF MEDIS

1. Umum

- a. Kelompok Staf Medis merupakan wadah nonstruktural yang terdiri atas sejumlah pejabat fungsional dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi subspesialis dan bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis
- b. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi subspesialis yang bekerja purna waktu maupun paruh waktu di unit-unit pelayanan rumah sakit yang memiliki sikap profesional, pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan profesi kedokteran atau kedokteran gigi yang memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- c. Dokter pendidik klinis adalah dokter yang berstatus sebagai tenaga pengajar, ditugaskan menjadi pendidik bagi peserta didik di bidang kesehatan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- d. Dokter peserta pendidikan dokter spesialis adalah dokter peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis, yang diizinkan untuk memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka program pendidikan dan sesuai level kompetensinya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- e. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter yang bertanggung jawab mengelola pasien sesuai dengan kewenangan klinisnya serta melakukan koordinasi dan kesinambungan asuhan.
- f. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tatakelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medik, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medik.
- g. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis yang diberikan oleh Direktur untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu di lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
- h. Penugasan klinik (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
- i. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikannya kewenangan klinis (*clinical privilege*).

- j. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
 - k. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
 - l. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
2. Pengorganisasian Kelompok Staf Medis
- a. Kelompok Staf Medis dan organisasinya dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur sesuai kebutuhan rumah sakit.
 - b. Kelompok Staf Medis terdiri atas paling sedikit 2 (dua) dokter dengan Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktek yang sama.
 - c. Dokter spesialis kurang dari 2 (dua) dokter dalam satu keahlian, maka bergabung dengan kelompok staf medis fungsional yang serumpun.
 - d. Susunan Kepengurusan Kelompok Staf Medis terdiri atas:
 - 1) Ketua merangkap anggota; dan
 - 2) Anggota.
 - e. Pengangkatan dan pemberhentian Ketua Kelompok Staf Medis dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Kelompok Staf Medis dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali periode berikutnya.
 - f. Ketua Kelompok Staf Medis bertanggung jawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis.
3. Keanggotaan Kelompok Staf Medis
- a. Semua staf medis yang menjalankan asuhan medis mengikuti proses penerimaan, kredensial, kontrak kerja, penilaian kinerja dan rekredensial sesuai ketentuan yang berlaku.
 - b. Seluruh anggota staf medis wajib mengurus Surat Izin Praktik di RS Adhyatma.
 - c. Seluruh anggota staf medis mengikuti ketentuan jam kerja di rumah sakit yang ditetapkan oleh Direktur.
 - d. Seluruh staf medis organik mendapatkan asuransi profesi dari rumah sakit.
4. Dokter Tamu
- a. Direktur dapat mengundang Dokter Tamu sesuai kompetensi dan keahlian yang dimilikinya apabila dipandang perlu dalam rangka transfer ilmu pengetahuan dan atau alih teknologi atau untuk memberikan pelayanan medis apabila terjadi kekurangan staf medis dalam kondisi tertentu.
 - b. Dokter Tamu yang melakukan praktik pelayanan harus mengikuti prosedur perijinan praktik kedokteran.

5. Mitra Bestari (*Peer Group*)

- a. Staf medis dalam mitra bestari tidak terbatas dari staf medis yang berada di Rumah Sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau fakultas kedokteran.
- b. Penunjukan mitra bestari dari luar rumah sakit ditetapkan oleh Direktur.
- c. Direktur dapat membentuk panitia *ad hoc* yang terdiri dari mitra bestari untuk menjalankan fungsi kredensial, penjaminan mutu profesi maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit berdasarkan usulan Komite Medik.

6. Tugas, Kewajiban dan Kewenangan Kelompok Staf Medis

- a. Kelompok Staf Medis memiliki tugas melaksanakan pelayanan medis, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan di bidang pelayanan medis.
- b. Kelompok Staf Medis berkewajiban:
 - 1) menyusun Panduan Praktek Klinis dan *Clinical Pathways*;
 - 2) menyusun Standar Prosedur Operasional pelayanan klinis;
 - 3) membuat rekam medis dalam bentuk dokumen dan elektronik sesuai fakta, tepat waktu dan akurat;
 - 4) meningkatkan kemampuan profesi melalui program pendidikan dan atau pelatihan berkelanjutan; dan
 - 5) menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinik.
- c. Kelompok Staf Medis berwenang:
 - 1) memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan dokter baru di rumah sakit untuk mendapatkan penetapan Direktur;
 - 2) memberikan rekomendasi melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur terhadap permohonan penempatan ulang dokter di rumah sakit untuk mendapatkan penetapan Direktur;
 - 3) memberikan kesempatan kepada para dokter untuk mengikuti pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - 4) memberikan masukan melalui Ketua Komite Medik kepada Direktur mengenai hal-hal yang berkaitan dengan praktik kedokteran; dan
 - 5) melakukan penilaian kinerja anggota Kelompok Staf Medis.

7. Kategori Keanggotaan Kelompok Staf Medis

Staf Medis yang telah bergabung dengan rumah sakit dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. Staf medis organik yaitu dokter yang bergabung di rumah sakit sebagai pegawai tetap (ASN dan BLUD) bekerja untuk dan atas nama rumah sakit serta bertanggungjawab kepada rumah sakit;
- b. Staf medis mitra yaitu dokter yang bergabung di rumah sakit sebagai mitra, berkedudukan setara dengan staf medis organik, bertanggungjawab secara mandiri serta bertanggungjawab secara proporsional sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit; dijelaskan dalam perjanjian kontrak; dan

- c. Staf medis tamu, yaitu dokter yang tidak tercatat sebagai staf medik Rumah Sakit tetapi karena reputasi dan atau keahliannya diundang secara khusus untuk membantu menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri oleh staf medis rumah sakit atau untuk mendemonstrasikan sesuatu keahlian tertentu atau teknologi baru.
8. Penerimaan, Pemberhentian dan Penerimaan Kembali Anggota Kelompok Staf Medis
 - a. Penerimaan Anggota Kelompok Staf Medis
 - 1) Untuk dapat diterima sebagai Kelompok Staf Medis Rumah Sakit maka dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspesialis dan dokter gigi subspesialis harus memiliki kompetensi yang dibutuhkan, Surat Tanda Registrasi, Surat Izin Praktik dan kesehatan jasmani dan rohani yang layak untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab, memiliki sikap dan perilaku serta moral dan etika yang baik.
 - 2) Keanggotaan staf medis merupakan hak istimewa (*privelege*) yang diberikan kepada dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspesialis dan dokter gigi subspesialis secara terus menerus memenuhi kualifikasi, standar dan persyaratan yang berlaku.
 - 3) Masa kerja sebagai staf medis rumah sakit adalah:
 - a) untuk staf medis organik adalah sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
 - b) untuk staf medis mitra adalah selama 1 (satu) tahun dan dapat diangkat kembali untuk beberapa kali masa bakti berikutnya sepanjang dibutuhkan rumah sakit dan yang bersangkutan masih memenuhi persyaratan.
 - b. Pemberhentian Anggota Kelompok Staf Medis

Pemberhentian staf medis apabila purna tugas, mengundurkan diri, tidak memiliki kompetensi yang dibutuhkan, tidak layak kesehatan jasmani dan rohani untuk melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya.
 - c. Penerimaan kembali Anggota Kelompok Staf Medis
 - 1) Tata laksana penerimaan dan penerimaan kembali anggota Kelompok Staf Medis adalah dengan mengajukan kepada permohonan Direktur.
 - 2) Direktur dapat mengabulkan atau menolak permohonan melalui mekanisme yang berlaku di rumah sakit.
9. Tugas dan Wewenang Ketua Kelompok Staf Medis
 - a. Ketua Kelompok Staf Medis bertugas:
 - 1) mengkoordinasikan semua kegiatan anggota Kelompok Staf Medis dalam upaya pelayanan kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif di semua area pelayanan;
 - 2) mengkoordinasikan pemilihan indikator mutu klinis;
 - 3) mengkoordinasikan penyusunan Panduan Praktek Klinik dan *Clinical Pathway*; dan
 - 4) mengkoordinasikan penyusunan Standar Prosedur Operasional klinis.

- b. Ketua Kelompok Staf Medis berwenang:
 - 1) mengatur penugasan staf medis; dan
 - 2) memberi rekomendasi kepada Komite Medik perihal kinerja anggota Kelompok Staf Medis.

B. KOMITE MEDIK

- 1. Umum
 - a. Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur.
 - b. Komite Medik bukan merupakan wadah perwakilan staf medis.
- 2. Pengorganisasian Komite Medik
 - a. Susunan organisasi Komite Medik terdiri atas:
 - 1) Ketua;
 - 2) Sekretaris; dan
 - 3) Subkomite.
 - b. Subkomite terdiri atas:
 - 1) subkomite kredensial;
 - 2) subkomite mutu profesi; dan
 - 3) subkomite etika dan disiplin profesi.
- 3. Persyaratan menjadi Ketua Komite Medik adalah :
 - a. mempunyai kredibilitas yang tinggi dalam profesinya;
 - b. menguasai segi ilmu profesinya dalam jangkauan, ruang lingkup, sasaran dan dampak yang luas;
 - c. peka terhadap perkembangan perumahan-sakitan;
 - d. bersifat terbuka, bijaksana dan jujur;
 - e. mempunyai kepribadian yang dapat diterima dan disegani di lingkungan profesinya;
 - f. mempunyai integritas keilmuan dan etika profesi yang tinggi; dan
 - g. pernah menjadi Ketua Kelompok staf medis.
- 4. Tugas, Fungsi dan Kewenangan Komite medik
 - a. Komite Medik bertugas :
 - 1) membantu Direktur menyusun Peraturan Internal Staf Medik dan memantau pelaksanaannya;
 - 2) membantu Direktur melakukan evaluasi kepatuhan Panduan Praktik Klinik dan *Clinical Pathway* dan turunannya
 - 3) membantu Direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait medikolegal dan etikolegal;
 - 4) membantu Direktur melaksanakan pemantauan dan pembinaan pelaksanaan tugas Kelompok Staf Medis (KSM), dengan cara:
 - a) melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis;
 - b) memelihara mutu profesi staf medis; dan

- c) menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis. mengatur kewenangan profesi dan Kelompok Staf Medis.
 - 5) melaksanakan pembinaan etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi.
5. Komite Medik memiliki fungsi :
- a. pelaksana kredensial dan rekredensial;
 - b. pelaksana audit medis;
 - c. pemberi rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan bagi staf medis; dan
 - d. pembina etika dan disiplin profesi kedokteran.
6. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik berwenang memberikan rekomendasi :
- a. rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - b. surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
 - c. penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
 - d. perubahan atau modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - e. tindak lanjut audit medis;
 - f. pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - g. pendampingan (*proctoring*); dan
 - h. rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
7. Sub Komite
- a. Sub Komite adalah kelompok kerja khusus yang bertugas membantu pelaksanaan tugas-tugas Komite Medik.
 - b. Susunan kepengurusan Sub Komite terdiri :
 - 1) ketua merangkap anggota;
 - 2) sekretaris merangkap anggota; dan
 - 3) anggota.
 - c. Tata Kerja Sub Komite
 - 1) Sub Komite melaksanakan tugasnya sesuai dengan bidang tugasnya; dan
 - 2) Sub Komite bertanggung jawab kepada Ketua Komite.
8. Sub Komite Kredensial
- a. Sub Komite Kredensial bertugas:
 - 1) menyusun daftar kewenangan klinik sesuai dengan masukan dari kelompok staf medik berdasarkan norma keprofesian;
 - 2) menyelenggarakan pemeriksaan dan pengkajian:
 - a) kompetensi;
 - b) kesehatan fisik dan mental;
 - c) perilaku; dan
 - d) etika profesi.
 - 3) melaksanakan evaluasi data pendidikan profesional kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan;

- 4) melakukan penilaian dan pemutusan kewenangan klinis;
 - 5) melaporkan hasil penilaian kredensial kepada Komite Medik sebagai bahan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur;
 - 6) melaksanakan proses rekredensial sebelum berakhirnya masa berlakunya surat penugasan klinis atau apabila ada permintaan dari Komite Medik; dan
 - 7) memberikan rekomendasi kewenangan klinis.
 - b. Mekanisme kredensial dan rekredensial diatur dalam peraturan tersendiri
9. Sub Komite Mutu Profesi
Sub Komite Mutu Profesi bertugas:
 - a. melaksanakan audit medis;
 - b. memberikan rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. memberikan rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; dan
 - d. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang perlu pendampingan.
10. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi
 - a. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi bertugas:
 - 1) melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - 2) melakukan pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - 3) memberikan rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit;
 - 4) memberikan nasehat atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien; dan
 - 5) memberikan rekomendasi peninjauan kembali kewenangan klinis.
 - b. Mekanisme penanganan etika dan disiplin profesi diatur dalam peraturan tersendiri.
11. Panitia *Adhoc*
 - a. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
 - b. Panitia *Adhoc* ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
 - c. Panitia *Adhoc* berasal dari staf medis termasuk mitra bestari.
12. Rapat Komite Medik
Rapat Komite Medik terdiri atas :
 - a. Rapat berkala:
 - 1) Rapat internal Komite Medik dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan;

- 2) Rapat bersama semua Kelompok Staf Medik dan atau dengan semua staf medis dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) bulan;
 - 3) Rapat bersama komite lain dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan; dan
 - 4) Rapat bersama Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan.
- b. Rapat khusus dilakukan apabila terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan.

C. KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGES*)

1. Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses kredensial.
2. Setiap Dokter yang diterima sebagai staf medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial.
3. Penentuan kewenangan klinis didasarkan atas jenis ijasah atau sertifikat kompetensi yang dimiliki staf medis
4. Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinis maka Komite Medik dapat meminta informasi dan atau pendapat dari kolegium terkait.
5. Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada Dokter Tamu dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.
6. Staf medis yang mempunyai kompetensi klinis baru dapat meminta kewenangan klinis tambahan.
7. Kewenangan klinis wajib dievaluasi untuk menentukan kewenangan tersebut dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.
8. Apabila ada pencabutan atau pengurangan kewenangan klinis, staf medis tersebut akan mendapatkan supervisi sampai mendapatkan kewenangan klinis penuh atau mandiri.

D. PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

1. Setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis harus memiliki penugasan klinis dari Direktur berdasarkan kewenangan klinis yang direkomendasikan Komite Medik.
2. Penugasan klinis diterbitkan dengan Keputusan Direktur.
3. Perubahan Penugasan Klinis staf medis dapat dilakukan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik.
4. Mekanisme pelaksanaan penugasan klinis diatur dalam regulasi tentang kredensial dan rekredensial dari Komite Medik.

E. PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS (*CLINICAL GOVERNANCE*)

1. Guna melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) di rumah sakit maka setiap staf medis berkewajiban untuk:
 - a. melaksanakan keprofesian medis sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis yang diberikan;

- b. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Panduan Praktek Klinis beserta turunannya sesuai dengan kebutuhan medis pasien;
 - c. melakukan konsultasi kepada dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspesialis, dokter gigi subspesialis dengan disiplin yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan indikasi medis; dan
 - d. merujuk pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain apabila ditemukan keterbatasan kemampuan, sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.
2. Dalam melaksanakan tata kelola organisasi rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) maka rumah sakit wajib menyusun regulasi sesuai dengan setiap bidang tugas.
 3. Seluruh regulasi tentang tata kelola organisasi rumah sakit yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) ditetapkan oleh Direktur.

F. DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN (DPJP)

1. Setiap pasien yang mendapat asuhan medis di rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap harus memiliki DPJP.
2. Apabila pasien mendapat asuhan medis lebih dari satu DPJP, maka harus ditunjuk DPJP Utama yang berasal dari para DPJP pasien terkait. Semua DPJP tersebut bekerja secara tim dalam tugas mandiri maupun kolaboratif, berinteraksi dan berkoordinasi.
3. Peran DPJP Utama adalah sebagai koordinator proses pengelolaan asuhan medis bagi pasien.

G. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

1. Dalam hal staf medis dinilai kurang mampu atau melakukan tindakan klinis yang tidak sesuai dengan Standar Prosedur Operasional sehingga menimbulkan kecacatan, kematian atau kerugian pada pasien, maka Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etik dan Disiplin Profesi wajib melakukan evaluasi.
2. Dalam hal hasil evaluasi terbukti kebenarannya, maka Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etik dan Disiplin Profesi melaporkan kepada Komite Medik dan selanjutnya Komite Medik mengusulkan kepada Direktur upaya pembinaan atau penerapan sanksi administratif.
3. Pemberlakuan sanksi harus dituangkan dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
4. Dalam hal staf medis keberatan menerima sanksi, maka yang bersangkutan dapat mengajukan sanggahan secara tertulis dalam waktu 15 (lima belas) hari kalender sejak diterimanya Keputusan Direktur, untuk selanjutnya Direktur memiliki waktu 15 (lima belas) hari kalender untuk menyelesaikan dengan cara yang adil dan bijaksana dengan menghadirkan pihak-pihak terkait.
5. Penyelesaian bersifat final dan mengikat.

H. KELOMPOK STAF TENAGA KESEHATAN

1. Umum

- a. Kelompok staf tenaga kesehatan merupakan wadah non struktural yang terdiri atas sejumlah pejabat fungsional tenaga kesehatan yang bertanggungjawab kepada Direktur melalui Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Subbagian, Kepala Seksi yang memiliki keterkaitan dengan pelaksanaan tugas jabatan fungsional.
- b. Staf Tenaga Kesehatan terdiri atas:
 - 1) tenaga psikologi klinis;
 - 2) tenaga keperawatan;
 - 3) tenaga kebidanan;
 - 4) tenaga kefarmasian;
 - 5) tenaga kesehatan masyarakat;
 - 6) tenaga kesehatan lingkungan;
 - 7) tenaga gizi;
 - 8) tenaga keterampilan fisik;
 - 9) tenaga keteknisian medis;
 - 10) tenaga teknik biomedika; dan
 - 11) tenaga Kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri.
- c. Tenaga Kesehatan tertentu wajib memiliki STR dan SIP sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Pengorganisasian Staf Tenaga Kesehatan

- a. Direktur dapat membentuk dan menetapkan Kelompok Staf Tenaga Kesehatan.
- b. Susunan kepengurusan dan keanggotaan kelompok staf tenaga Kesehatan diatur dengan peraturan tersendiri.

3. Keanggotaan Kelompok Staf Tenaga Kesehatan

- a. Semua Staf Tenaga Kesehatan yang menjalankan asuhan klinis mengikuti proses penerimaan, kredensial, kontrak kerja, penilaian kinerja, dan rekredensial sesuai ketentuan yang berlaku.
- b. Seluruh staf tenaga Kesehatan wajib mengikuti ketentuan jam kerja di RS Adhyatma yang berlaku.

4. Mitra Bestari (*Peer Group*)

- a. Mitra Bestari merupakan Kelompok Staf Tenaga Kesehatan dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi Tenaga Kesehatan termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- b. Staf Tenaga Kesehatan dalam mitra bestari tidak terbatas dari staf tenaga kesehatan yang berada di Rumah Sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu Organisasi Profesi atau Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan.
- c. Direktur bersama Komite dapat membentuk Panitia Adhoc yang terdiri dari mitra bestari untuk menjalankan fungsi kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

BAB IV PENUTUP

1. Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dievaluasi dan ditinjau kembali secara berkala paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.
2. Peraturan Direktur atau Keputusan Direktur serta peraturan pelaksanaan dibawahnya yang telah ditetapkan, dinyatakan masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
3. Peraturan Direktur atau Keputusan Direktur serta peraturan pelaksanaan dibawahnya yang tidak sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit ini agar dilakukan penyesuaian paling lambat 1 (satu) tahun sejak Peraturan Internal Rumah Sakit ini ditetapkan.

GUBERNUR JAWA TENGAH,

ttd

AHMAD LUTHFI

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum ,



Haerudin, S.H., M.H.
Pembina Utama Muda
NIP. 197007291996031001