



BUPATI OGAN KOMERING ULU

PERATURAN BUPATI OGAN KOMERING ULU NOMOR 28 TAHUN 2020

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H.IBNU SUTOWO BATURAJA (HOSPITAL BYLAWS)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI OGAN KOMERING ULU,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosio-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, untuk itu perlu adanya kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa dalam rangka pelaksanaan ketentuan dalam Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit, dengan Peraturan Bupati Ogan Komering Ulu Nomor 41 Tahun 2016 telah ditetapkan Peraturan Internal Rumah sakit yang berfungsi sebagai acuan bagi Bupati dalam melakukan pengawasan terhadap rumah sakit dan sebagai acuan bagi pimpinan rumah sakit dalam mengelola rumah sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional, serta sebagai sarana perlindungan hukum, menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan rekomendasi dari Tim Komisi Akreditasi Rumah Sakit Republik Indonesia, dipandang perlu meninjau kembali Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja sebagaimana dimaksud pada huruf b;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja (*Hospital Bylaws*).

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II dan Kota Praja di Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor

1821);

2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821);
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
9. 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);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
12. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
13. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95 Tahun 2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 913);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 131/KemKes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MenKes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
19. Peraturan Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Nomor 20 Tahun 2002 tentang Pemberian Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu (Lembaran Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Tahun 2002 Nomor 24 Seri E);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Nomor 12 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu (Lembaran Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Tahun 2008 Nomor 12);
21. Peraturan Bupati Nomor 51 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu (Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Tahun 2008 Nomor 51).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H.IBNU SUTOWO BATURAJA (*HOSPITAL BYLAWS*).

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Ogan Komering Ulu.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu.
3. Bupati adalah Bupati Ogan Komering Ulu
4. Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja yang selanjutnya disebut RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah yang merupakan lembaga teknis daerah yang menunjang fungsi Pemerintah Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Ogan Komering Ulu melalui Sekretaris Daerah.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan pada umumnya.
Peraturan internal (Hospital Bylaws) adalah acuan dalam menyelenggarakan rumah sakit, peraturan ini mengatur pemilik, pengelola dan staf medik untuk mengetahui kejelasan peran dan fungsi sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
8. 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 komite medik di rumah sakit.
9. Peraturan internal staf medis (*Medical staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*Clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
10. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja adalah Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu.
11. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahnyasakit yang melibatkan unsur masyarakat.
12. 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.

13. Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial.
14. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi selanjutnya disebut Komite PPI adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan asuhan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit.
15. Komite Peningkatan mutu dan Keselamatan Pasien selanjutnya disebut Komite PMKP adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
16. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit selanjutnya disebut Komite K3RS adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka kegiatan pengelolaan bahan limbah B3, kesehatan dan keselamatan kerja bagi karyawan, pasien, keluarga pasien/pengguna rumah sakit, dan lingkungan sekitar di rumah sakit.
17. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka kegiatan pengelolaan sarana dan prasarana pelayanan penunjang untuk peningkatan dan pengembangan pelayanan di rumah sakit.
18. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi dan dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.
19. 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.
20. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya atas usulan Komite Medis.
21. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah unit kerja fungsional/ nonstruktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur dimana tugas dan fungsi pokoknya membantu Direktur dalam menjalankan fungsi pengendalian internal, melakukan kegiatan pemeriksaan dan pengujian atas pelaksanaan program kerja operasional pelayanan dan keuangan rumah sakit.
22. Dokter adalah staf medis yang bertugas memberikan pelayanan medis di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.

BAB II IDENTITAS

Bagian Kesatu Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 2

RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja berkedudukan sebagai rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

Pasal 3

RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja beralamat di Jalan Dr. Mohammad Hatta Nomor 1 Kecamatan Baturaja Timur Kabupaten Ogan Komering Ulu Provinsi Sumatera Selatan.

Paragraf 1 Kedudukan Pemilik

Pasal 4

- (1) Bupati merupakan perwakilan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu dalam rangka pengelolaan rumah sakit.
- (2) Pemilik tidak diperbolehkan menduduki jabatan sebagai Direktur dan atau pejabat pengelola rumah sakit.
- (3) Bupati mempunyai kewajiban dan kewenangan dalam membantu pengelolaan dan pendanaan dalam rangka mengatasi pengelolaan masalah yang timbul berkaitan dengan pengelolaan dan pendanaan rumah sakit.

Paragraf 2 Pelimpahan Tugas

Pasal 5

- (1) Sebagian tugas dan kewenangan Bupati dapat didelegasikan kepada Dewan Pengawas dalam tugas untuk :
 - a. Melaksanakan pengawasan terhadap pengurusan BLUD yang dilakukan oleh pejabat pengelola BLUD;
 - b. Memberikan nasihat kepada pengelola BLUD dalam melaksanakan kegiatan pengurusan BLUD.
- (2) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi Rencana Jangka Panjang dan Anggaran, ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Dewan Pengawas wajib menyampaikan laporan hasil pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a kepada Bupati Ogan Komering Ulu.

**Bagian Kedua
Visi dan Misi
Pasal 6**

- (1) Visi RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja
Menjadi rumah sakit yang bermutu, professional, aman, nyaman dan berorientasi pada kepuasan pelanggan.
- (2) Misi RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja
 - a. memberikan pelayanan yang cepat, tepat, aman, nyaman terjangkau oleh masyarakat;
 - b. meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia;
 - c. mengupayakan tingkat kesejahteraan karyawan yang lebih baik; dan
 - d. mewujudkan rumah sakit yang asri, bersih dan peduli lingkungan.
- (3) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman dalam menyusun perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.
- (4) Perubahan visi dan misi rumah sakit dapat dilaksanakan 5 (lima) tahun 1 (satu) kali sesuai visi dan misi Bupati.
- (5) Perubahan visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diajukan oleh Direktur kepada Bupati.
- (6) Perubahan visi dan misi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

**Bagian Ketiga
Nilai, Filosofi dan Motto**

Pasal 7

- (1) Nilai-nilai :
Sikap kerja pegawai RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai kerjasama, keterbukaan dan tanggung jawab.
- (2) Filosofi :
Menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia.
- (3) Motto :
Melayani dengan sepenuh hati (Care With Heart).

**Bagian Keempat
Asas, Tujuan dan Strategi**

Pasal 8

- (1) Asas :
Pelayanan kesehatan berasaskan sosial dan kemanusiaan.
- (2) Tujuan :

- a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna, dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan, pencegahan, pertumbuhan dan pemulihan serta melaksanakan upaya rujukan dari dalam daerah dan luar daerah;
 - b. melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- (3) Strategi :
- Mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh stakeholder untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu dan berkualitas.

Bagian Kelima Logo dan Deskripsi

Pasal 9

- (1) Logo RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja sebagai berikut :



- (2) Deskripsi Logo :

- a. kotak segi empat bermakna melambangkan kemampuan untuk merangkul kepentingan pelayanan bidang kesehatan di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja;
- b. warna hijau bermakna penyembuhan dan menjaga keseimbangan dengan lingkungan;
- c. warna kuning bermakna kehangatan, loyalitas dan optimisme;
- d. RSUD bermakna rumah sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu;
- e. IS bermakna Ibnu Sutowo, salah satu nama tokoh masyarakat yang dipakai namanya untuk nama rumah sakit;
- f. Baturaja bermakna alamat atau tempat kedudukan dari rumah sakit;
- g. Logo bermakna RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja memiliki kemampuan untuk :
 - 1. melayani pasien dengan sepenuh hati;
 - 2. melakukan peningkatan kualitas pelayanan didasarkan pada loyalitas dan optimisme karyawan dalam mengembangkan rumah sakit;
 - 3. menjaga keseimbangan dengan lingkungan alam sekitar.

BAB III
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu
Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk pada Rumah Sakit sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Struktur organisasi Dewan Pengawas sesuai pada ayat (1) sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 11

- (1) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati, dengan jumlah anggota Dewan Pengawas sebanyak 3 (tiga) orang dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Anggota Dewan Pengawas terdiri atas unsur :
 - a. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi kegiatan BLUD;
 - b. 1 (satu) orang pejabat SKPD yang membidangi pengelolaan keuangan daerah; dan
 - c. 1 (satu) orang tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Untuk dapat diangkat sebagai Dewan Pengawas harus memenuhi syarat :
 - a. memiliki integritas, dedikasi, dan memahami masalah yang berkaitan dengan perumahsakitan, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
 - c. tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota direksi atau komisaris atau dewan pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit;
 - d. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana;
 - e. tidak mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
 - f. persyaratan lain yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit.

Bagian Kedua
Tugas, Hak dan Kewajiban serta Wewenang

Pasal 12

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai perwakilan pemilik rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitannya secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 (satu), Dewan Pengawas mempunyai tugas :
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - 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; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas berhak mendapatkan honorarium dari anggaran BLUD sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola BLUD;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja;
 - c. memberi nasihat kepada Pejabat Pengelola BLUD RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja dalam melaksanakan pengelolaan BLUD;
 - d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja BLUD RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja kepada Pejabat Pengelola; dan
 - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun atau sewaktu-waktu apabila diperlukan.

- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e disampaikan sebagai berikut :
- a. laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir; dan
 - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun anggaran berakhir.
- (4) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) sekurang-kurangnya memuat :
- a. penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
 - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan dan keuangan;
 - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan;
 - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
 - e. saran dan rekomendasi.
- (5) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait
- a. penurunan kinerja BLUD;
 - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
 - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
 - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (6) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf e dan ayat (4) ditanda tangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

Pasal 14

Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut :

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws);

- e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital bylaws), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

Bagian Ketiga
Pengangkatan, Pemberhentian, dan Penggantian antar waktu

Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas ditetapkan oleh Bupati atas usulan Direktur;
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan 5 (lima) tahun, dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
- (3) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola Rumah Sakit.

Pasal 16

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati;
- (2) Pemberhentian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), apabila :
 - a. tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. mempunyai benturan kepentingan dengan Rumah Sakit; atau
 - e. dipidana penjara berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap.
- (3) Dalam hal anggota Dewan Pengawas menjadi tersangka tindak pidana kejahatan, yang bersangkutan diberhentikan sementara dari jabatannya oleh pemilik Rumah Sakit.

Pasal 17

- (1) Pergantian antar waktu dilakukan apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16.
- (2) Penggantian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (3).
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti antar waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama sisa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

**Bagian Keempat
Ketua dan Sekretaris**

Pasal 18

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit.

Pasal 19

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban pada BLUD dan dimuat dalam RBA.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.

**Bagian Kelima
Penilaian Kinerja**

Pasal 20

- (1) Penilaian Kinerja Ketua Dewan Pengawas meliputi antara lain :
 - a. memonitor dan mengawasi terhadap pengurusan BLUD yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis Anggaran, Rencana Strategis Bisnis jangka panjang sesuai peraturan yang berlaku;
 - b. memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pengelola BLUD;
 - c. mengikuti perkembangan BLUD dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan BLUD;
 - d. memberikan laporan ke pemilik RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja apabila terdapat gejala menurunnya kinerja BLUD;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja keuangan maupun non keuangan serta memberikan nasihat kepada pejabat pengelola BLUD dalam melaksanakan pengurusan BLUD;
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (2) Penilaian Kinerja anggota Dewan Pengawas meliputi antara lain :
 - a. membantu ketua dalam melakukan pengawasan terhadap pengurusan BLUD yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis Anggaran, Rencana Strategis Bisnis jangka panjang sesuai peraturan yang berlaku;

- b. menelaah pendapat dan saran kepada Pemilik RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pengelola BLUD;
 - c. mengikuti perkembangan BLUD dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan BLUD;
 - d. mempersiapkan laporan ke pemilik RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja apabila terdapat gejala menurunnya kinerja BLUD;
 - e. pelaksana evaluasi dan penilai kinerja keuangan maupun non keuangan kepada pejabat pengelola BLUD dalam melaksanakan kepengurusan BLUD;
 - f. menelaah tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Penilaian Kinerja Sekretaris Dewan Pengawas meliputi antara lain :
- a. membantu pengawasan terhadap pengurusan BLUD yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis Anggaran, Rencana Strategis Bisnis jangka panjang sesuai peraturan yang berlaku;
 - b. membantu memberikan pendapat dan saran kepada Pemilik RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja mengenai Rencana Bisnis Anggaran yang diusulkan oleh Pengelola BLUD;
 - c. membantu pengembangan BLUD, memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi kepengurusan BLUD;
 - d. menyusun laporan ke pemilik RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja apabila terdapat gejala menurunnya kinerja BLUD;
 - e. menyusun evaluasi dan menilai kinerja keuangan maupun non keuangan serta memberikan nasihat kepada pejabat pengelola BLUD dalam melaksanakan pengurusan BLUD;
 - f. menyusun hasil memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.

Bagian Keenam
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 21

- (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 Pejabat Pengelola BLUD.
- (3) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola BLUD, untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat dilaksanakan.

- (5) Setiap undangan rapat disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus melampirkan :
- a. 1 (satu) salinan agenda;
 - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu; dan
 - c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus yang lalu (bila ada).

Pasal 22

- (1) Rapat khusus adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditanda tangani oleh paling sedikit dua orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Rapat khusus yang diminta oleh anggota Dewan Pengawas sebagaimana diatur pada ayat (2) huruf b, harus diselenggarakan paling lambat 7 (tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan.
- (4) Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat khusus diselenggarakan dengan mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 23

- (1) Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat tahunan diselenggarakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 24

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

Pasal 25

Setiap rapat rutin selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola BLUD dan pihak lain yang dianggap perlu.

Pasal 26

- (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 dimaksud pada ayat (1) berkewajiban melaporkan hasil keputusan rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.

Pasal 27

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 2/3 dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Apabila 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) Apabila 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.



Pasal 28

- (1) Penyelenggaraan setiap risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan/ditanda tangani oleh Ketua Dewan Pengawas dalam waktu maksimal 14 (empat belas) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh Pengelola BLUD.

Pasal 29

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau bila dikehendaki oleh para anggota Dewan Pengawas, pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

Pasal 30

- (1) Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, dengan syarat bahwa usul perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat.
- (2) Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

Pasal 31

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai governing body Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.
- (2) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

BAB IV ORGANISASI

Bagian Kesatu Struktur Organisasi

Pasal 32

Struktur organisasi RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja, terdiri dari :

a. Pejabat Struktural terdiri dari :

1. Direktur;
2. Bagian tata usaha terdiri dari Kepala Bagian Tata Usaha, Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian, Kepala Sub Bagian Keuangan, Kepala Sub Bagian Program dan Perencanaan;
3. Bidang Bina Pelayanan Medik terdiri dari Kepala Bidang Bina Pelayanan Medik, Kepala Sub Bidang Bina Pelayanan Asuhan dan Profesi Medik, dan Kepala Sub Bidang Bina Pelayanan Logistik Medik;
4. Bidang Bina Pelayanan Keperawatan terdiri dari Kepala Bidang Bina Pelayanan Keperawatan, Kepala Sub Bidang Bina Pelayanan Asuhan dan Profesi Keperawatan, Kepala Sub Bidang Bina Pelayanan Logistik Keperawatan;
5. Bidang Bina Pelayanan Penunjang terdiri dari Kepala Bidang Bina Pelayanan Penunjang, Kepala Sub Bidang Bina Pelayanan Asuhan dan Profesi Penunjang, Kepala Sub Bidang Bina Pelayanan Logistik Penunjang.

Bagian Kedua
Direktur

Pasal 33

RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja dipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan Pejabat Struktural, dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati.

Pasal 34

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Direktur mempunyai tugas dan wewenang sebagai berikut :
 - a. memimpin, menyusun kebijakan pelaksanaan, mengkoordinasikan, membina dan mengevaluasi pelaksanaan tugas rumah sakit agar efektif, efisien dan berkualitas sesuai tujuan Rumah Sakit;
 - b. memelihara dan mengelola sumber daya Rumah sakit;
 - c. mewakili Rumah Sakit di dalam dan luar pengadilan;
 - d. melaksanakan kebijakan bidang pelayanan kesehatan dan pengembangan Rumah Sakit sebagaimana digariskan oleh Bupati atas nama Pemerintah Kabupaten;
 - e. menyusun rencana strategis dan rencana anggaran tahunan Rumah Sakit;
 - f. menetapkan kebijakan operasional Rumah sakit;
 - g. membuat uraian tugas jabatan serta tata hubungan kerja sesuai struktur organisasi dan tata kerja Rumah sakit;
 - h. menyetujui kebijakan dan prosedur serta menyetujui pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian;
 - i. mengangkat dan memberhentikan tenaga kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - j. menyusun laporan tahunan dan berkala.

Pasal 35

- (1) Direktur adalah seorang dokter yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitan.
- (2) Telah mengikuti salah satu pelatihan perumahsakitan meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tata kelola rumah sakit, standar

pelayanan minimal, sistem akuntabilitas, sistem renumerasi rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia.

- (3) Salah satu pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama dua tahun pertama setelah menduduki jabatan struktural.
- (4) Berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit.
- (5) Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit.
- (6) Bersedia membuat surat pernyataan kesanggupan dan fakta integritas untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit.
- (7) Memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

Pasal 36

Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur, dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil) yang mulai diterapkan pada Tahun 2014.

Penilaian Kinerja Direktur meliputi antara lain :

- a. menyusun Rencana Strategis dan Rencana Anggaran Tahunan Rumah Sakit;
- b. menetapkan kebijakan operasional rumah sakit;
- c. melaksanakan kebijakan bidang pelayanan kesehatan dan pengembangan Rumah Sakit sebagaimana digariskan oleh Bupati Ogan Komering Ulu;
- d. memimpin, menyusun kebijakan pelaksanaan, mengkoordinasikan, membina dan mengevaluasi pelaksana tugas-tugas rumah sakit agar efektif, efisien dan berkualitas sesuai tujuan rumah sakit;
- e. menyusun laporan tahunan dan berkala.

Pasal 37

- (1) Direktur Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Direktur dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Ketiga
Bagian dan Bidang

Pasal 38

- (1) Bagian Tata Usaha, Bidang Bina Pelayanan Medik, Bidang Bina Pelayanan Keperawatan, Bidang Bina Pelayanan penunjang, dipimpin oleh seorang Kepala yang merupakan Pejabat Struktural Eselon III.b, dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Sub Bagian Umum dan Kepegawaian, Sub Bagian Program dan Perencanaan, Sub Bagian Keuangan, Sub Bidang Bina Pelayanan Medik dan Profesi Medik, Sub Bidang Bina Pelayanan Logistik Medik, Sub Bidang Bina Pelayanan Asuhan dan Profesi Keperawatan, Sub Bidang Bina Pelayanan Logistik Keperawatan, Sub Bidang Bina Pelayanan Asuhan dan Profesi Penunjang, Sub Bidang Bina Pelayanan Logistik Penunjang, dipimpin oleh seorang Kepala yang merupakan Pejabat Struktural Eselon IV.a, dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 39

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas mengkoordinasikan penyusunan rencana dan melaksanakan urusan ketatausahaan meliputi urusan umum, hubungan masyarakat, kepegawaian, pendidikan dan pelatihan, akreditasi, sistem informasi, keuangan, akuntansi, dan penyusunan program.
- (2) Tugas pokok Kepala Bagian Tata Usaha adalah sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Bupati Ogan Komering Ulu nomor 51 Tahun 2008, tanggal 22 september 2008 tentang Uraian Tugas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian, dan Kepala Seksi pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.

Pasal 40

- (1) Kepala Bidang Bina Pelayanan Medik mempunyai tugas melaksanakan pembinaan etika profesi, asuhan medik, standar pelayanan medik dan logistik medik.
- (2) Tugas pokok Kepala Bidang Bina Pelayanan Medik adalah sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Bupati Ogan Komering Ulu nomor 51 Tahun 2008, tanggal 22 september 2008 tentang Uraian Tugas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian, dan Kepala Seksi pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.

Pasal 41

- (1) Kepala Bidang Bina Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pembinaan etika profesi, asuhan keperawatan, standar pelayanan keperawatan dan logistik keperawatan.

Pasal 45

- (1) Pegawai RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 46

- (1) Penempatan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo baturaja dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja.
- (2) Penempatan dilaksanakan dengan memperhatikan :
 - a. pendidikan dan keterampilan;
 - b. masa kerja di unit tertentu;
 - c. kondisi fisik dan psikis pegawai;
 - d. pembinaan pegawai.

Pasal 47

Pemberhentian pegawai Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. meninggal dunia;
- b. permintaan sendiri;
- c. mencapai batas usia 58 tahun;
- d. melanggar perjanjian kerja atau masa perjanjian kerja berakhir;
- e. perampangan organisasi rumah sakit;
- f. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban sebagai pegawai Non Pegawai Negeri Sipil;
- g. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya.

BAB V
PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 48

- (1) Pejabat Pengelola BLUD diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Komposisi Pejabat Pengelola BLUD terdiri dari :
 - a. pemimpin;
 - b. pejabat keuangan;
 - c. pejabat teknis.
- (3) Pemimpin Pejabat Pengelola BLUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dijabat oleh Direktur.
- (4) Pejabat keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dijabat oleh kepala bagian yang membidangi urusan keuangan.
- (5) Pejabat teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dijabat oleh kepala bidang yang membidangi urusan teknis.
- (6) Direktur bertanggung jawab terhadap operasional rumah sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (7) Pejabat keuangan dan pejabat teknis BLUD bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kedua
Evaluasi dan Penilaian Kinerja

Pasal 49

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan /atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan rumah sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA. Sesuai pula yang tercantum dalam BAB IV Laporan Akuntabilitas Kinerja Pasal 12 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, menyebutkan bahwa laporan Akuntabilitas Kinerja adalah laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggung jawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.

- (3) Hasil pengukuran kinerja RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati. LAKIP RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo baturaja berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis perjanjian kinerja, pelaporan kinerja dan tata cara review atas laporan kinerja instansi pemerintah.

Bagian Ketiga
Rapat Pejabat Pengelola

Pasal 50

- (1) Pejabat Pengelola melaksanakan rapat kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi.
- (2) Rapat koordinasi terdiri dari rapat kerja, rapat rutin, rapat pleno dan sidang tahunan.
- (3) Rapat kerja :
- a. rapat kerja dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
 - b. rapat kerja dipimpin oleh Direktur dihadiri oleh pejabat struktural dan pejabat pengelola, dokter di rumah sakit, komite-komite, dan kepala ruangan;
 - c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat rutin :
- a. rapat rutin dilaksanakan 1 (satu) bulan sekali diikuti oleh pejabat pengelola atau kepala bidang, dan atau seluruh kepala ruangan, dokter di rumah sakit serta menyesuaikan agenda rapat;
 - b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah yang memerlukan penyelesaian segera;
 - c. rapat rutin dipimpin oleh direktur atau kepala bagian / kepala bidang.
- (5) Rapat pleno :
- a. rapat pleno diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan;
 - b. rapat pleno dipimpin oleh direktur atau kepala bidang dan dihadiri oleh yang terkait dengan agenda rapat;
 - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan yang memerlukan penyelesaian segera, etika dan/atau disiplin staf.
- (6) Rapat tahunan :
- a. rapat tahunan diadakan satu kali dalam setahun;

- b. rapat tahunan dipimpin oleh direktur atau kepala bagian/kepala bidang dan dihadiri oleh pejabat struktural, pejabat pengelola, komite-komite, dokter dirumah sakit, dan kepala ruangan.
- c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu.

BAB VI

SATUAN PEMERIKSA INTERNAL, INSTALASI DAN KOMITE

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 51

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah profesional dalam memiliki otoritas dalam organisasi staf medis, etika, serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Komite adalah wadah nonstruktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategi kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan asuhan.
- (3) Komite merupakan organisasi nonstruktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (4) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf.

Bagian Kedua

Satuan Pemeriksa Internal

Pasal 52

- (1) Satuan Pemeriksa Internal merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.
- (3) Satuan Pemeriksa Internal dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Tugas Satuan Pemeriksa Internal adalah :
 - a. melakukan pemeriksaan pada unit-unit kerja di rumah sakit;

- b. melakukan monitoring dan evaluasi atas hasil-hasil temuan audit serta menyampaikan saran perbaikan terhadap penyelenggaraan kegiatan pelayanan dan sistem/kebijakan/peraturan, perundang-undangan dan regulasi yang berlaku;
- c. melakukan evaluasi dan validasi terhadap sistem yang berjalan maupun yang baru akan diimplementasikan mengenai pengelolaan, pengendalian, pemantauan efektifitas serta efisiensi sistem dan prosedur untuk setiap unit kerja;
- d. memberikan keyakinan (*assurance activities*) yang memadai atas efektifitas, efisiensi dan ketaatan kepada kebijakan serta peraturan yang berlaku;
- e. memberikan peringatan dini dan meningkatkan efektifitas manajemen risiko dalam penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi;
- f. memberikan masukan yang dapat memelihara dan meningkatkan tata kelola penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit;
- g. menyampaikan hasil audit yang telah dilaksanakan kepada direktur;

...kan tugas khusus dalam lingkup pengendalian intern yang ...n oleh direktur.

(5) Tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal adalah :

- a. menjamin terlaksananya kegiatan pemeriksaan secara teratur dan efektif;
- b. menjaga disiplin dan semangat kerja satuan pemeriksa internal;
- c. menjaga dan meningkatkan kualitas dan kuantitas pemeriksaan;
- d. mengupayakan peningkatan profesionalisme dan kompetensi auditor;
- e. mengupayakan peningkatan kesejahteraan satuan pemeriksa internal; dan
- f. memanfaatkan sumber daya yang disediakan rumah sakit kepada satuan pemeriksa internal secara efisien, efektif, dan akuntabel.

(6) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (4), Satuan Pemeriksa Internal berfungsi :

- a. menyusun program kerja dan mengajukan ke direktur untuk disetujui;
- b. menyusun pedoman kerja pemeriksaan;
- c. menyusun standar prosedur operasional (SPO)/prosedur operasional baku (POB) dan dokumen-dokumen kerja lainnya yang diperlukan;

- d. memberi masukan dan mendorong kepada asosiasi Satuan Pemeriksa Internal (SPI) untuk menyusun kode etik;
- e. memberi masukan dan mendorong kepada asosiasi Satuan Pemeriksa Internal (SPI) untuk menyusun Standar Profesi Pemeriksa Internal;
- f. mendampingi atau ikut serta dalam kegiatan pemeriksaan yang dilakukan oleh pemeriksa eksternal;
- g. melakukan reviu atas laporan keuangan dan laporan kinerja rumah sakit;
- h. melakukan reviu atas peraturan-peraturan dan kebijakan-kebijakan rumah sakit yang ada apabila dinilai sudah tidak sesuai lagi dan menyarankan/memberi masukan untuk dilakukan revisi;
- i. membuat kajian-kajian atas hal-hal tertentu apabila diminta oleh direktur rumah sakit;

j. menerima masukan, saran dan rekomendasi kepada manajemen rumah sakit, baik diminta maupun tidak diminta dalam rangka peningkatan kinerja dan citra rumah sakit.

- (7) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) dan (5) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (8) Satuan Pemeriksa Internal dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (9) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

(10) Wewenang Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah :

- a. menyusun, mengubah dan melaksanakan Piagam Pemeriksaan (*audit charter*);
- b. melakukan kegiatan pemeriksaan pada unit-unit kerja di rumah sakit;
- c. mendapatkan akses terhadap semua dokumen, data, pencatatan, personal dan fisik, informasi atas objek audit yang dilaksanakan berkaitan dengan pelaksanaan tugas;
- d. dapat meminta dan mempelajari dokumen-dokumen yang diperlukan, melihat dan menghitung uang, barang dan aset lainnya;
- e. melakukan verifikasi dan uji kehandalan terhadap informasi yang diperoleh, dalam kaitan dengan penilaian efektifitas sistem audit;

- f. menilai dan menganalisa aktivitas unit kerja, namun tidak mempunyai kewenangan dalam pelaksanaan dan tanggung jawab atas aktivitas pada unit kerja yang diperiksa;
- g. memberikan pengarahan, petunjuk dan bimbingan kepada unit kerja yang diperiksa;
- h. menyusun jadwal pemeriksaan, melakukan pertemuan-pertemuan yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi Satuan Pemeriksa Internal (SPI);
- i. mengundang personil rumah sakit yang diperlukan untuk klarifikasi, melengkapi data, konfirmasi dan diskusi satu sama lain mengenai hal yang berkaitan dengan pemeriksaan yang sedang dilakukan;
- j. menilai kinerja SDM dilingkungan unit yang diperiksa dan memberikan teguran lisan maupun tertulis bila ada pelanggaran;
- k. menyetujui dan menandatangani laporan hasil pemeriksaan;
- l. menyampaikan laporan dan melakukan konsultasi dengan direktur;
- m. mendatangkan tenaga ahli yang dibutuhkan dalam rangka membantu kegiatan Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dengan persetujuan direktur.

Bagian Ketiga Instalasi

Pasal 53

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja membentuk instalasi yang terdiri dari :
 - a. Instalasi Rawat Jalan;
 - b. Instalasi Rawat Inap;
 - c. Instalasi Bedah Central;
 - d. Instalasi Gawat Darurat;
 - e. Instalasi Farmasi;
 - f. Instalasi Laboratorium;
 - g. Instalasi Radiologi;
 - h. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;

i. Instalasi Gizi;

j. Instalasi Laundry.

- (3) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (5) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga nonfungsional.
- (6) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi serta melaporkan kegiatan pelayanan pada Instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang Penunjang.
- (7) Pembentukan dan perubahan Instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

Bagian Keempat Komite

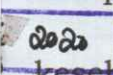
Paragraf 1 Komite Medik

Pasal 54

- (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 berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari ketua, sekretaris dan beberapa sub komite.
- (4) Untuk membantu pelaksanaan tugasnya Komite Medik dapat membentuk sub komite sesuai dengan kebutuhan.
- (5) Sub komite ditetapkan oleh Direktur atas usul dari Ketua Komite Medik.
- (6) Ketua Komite Medik diangkat dan ditetapkan oleh Direktur dari dokter RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo baturaja.
- (7) Sekretaris Komite Medik dipilih dan ditetapkan oleh Ketua Komite Medik dari dokter RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo baturaja.

- (8) Ketua dan Sekretaris Komite Medik merangkap sebagai anggota Komite Medik dan dapat menjadi ketua salah satu sub komite.

Pasal 55

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
- a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan prilaku 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 Komite Medik;
 - 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;

- 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 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 nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

(5) Wewenang Komite Medik adalah :

- 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;

- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

- i. memberikan rekomendasi kepada direktur tentang kerjasama antara RSUD dengan rumah sakit lain dan antara RSUD Dr.H.Ibnu sutowo baturaja dengan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain;

- j. menetapkan tugas dan kewajiban sub komite termasuk pertanggung jawabannya terhadap pelaksanaan suatu program.

(6) Pembinaan dan pengawasan Komite Medik antara lain :

- a. pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik, dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit;
- b. pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada huruf a dilaksanakan melalui :
 - 1) advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - 2) pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - 3) monitoring dan evaluasi.
- c. Direktur rumah sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien, dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak;
- d. atas permintaan direktur, komite medik memerintahkan sub komite etika untuk menyelidiki dugaan terjadinya pelanggaran etika profesi, malpraktek atau penyalahgunaan kewenangan klinis lainnya;
- e. Sub Komite Etika menyampaikan laporan hasil penyelidikan kepada Komite Medik secara tertulis dengan tembusan kepada direktur;
- f. jika terdapat bukti-bukti pendahuluan yang cukup, maka komite Medik memerintahkan sub komite etika mengadakan rapat untuk memanggil staf medis untuk diminta keterangan;
- g. untuk menjaga prinsip penyelesaian yang adil maka setiap rapat sub komite etika yang dilaksanakan karena terjadi pelanggaran etika profesi, malpraktek atau penyalahgunaan kewenangan klinis lainnya harus dihadiri oleh Direktur atau Kepala Bidang Bina Pelayanan Medik;
- h. berdasarkan rekomendasi sub komite etika, komite medik mengadakan rapat untuk merumuskan bentuk/jenis pembinaan atau hukuman yang akan diberikan kepada staf medis yang terbukti melakukan pelanggaran etika profesi, malpraktek atau penyalahgunaan kewenangan klinis;
- i. komite medik menyampaikan secara tertulis bentuk/jenis pembinaan atau hukuman yang akan diberikan pada staf medis sebagaimana yang dimaksud pada huruf h untuk selanjutnya ditetapkan dalam surat keputusan direktur;
- j. pengawasan terhadap pelanggaran etika profesi menjadi tanggung jawab komite medik sedang pengawasan terhadap pelanggaran etika non profesi diawasi oleh komite etika rumah sakit;
- k. pengawasan mutu pelayanan medik menjadi tanggung jawab bersama Komite Medik dan Kepala Bidang Bina Pelayanan Medik;
- l. komite medik wajib membuat laporan pengawasan etika dan mutu pelayanan secara berkala kepada direktur;

- m. direktur dan/atau Kepala Bidang Bina Pelayanan Medik bertanggung jawab menindaklanjuti laporan yang terkait fasilitas dan tenaga yang bukan staf medis;
- n. direktur memerintahkan Komite Medik untuk menindaklanjuti laporan yang terkait dengan profesi.

Pasal 56

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia adhoc.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur rumah sakit berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) 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.



Paragraf 2 Komite Keperawatan

Pasal 57

- (1) Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial.
- (2) Penyelenggaraan Komite Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.

Pasal 58

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. ketua Komite Keperawatan;
 - b. sekretaris Komite Keperawatan; dan

c. subkomite.

- (3) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri dari ketua dan sekretaris merangkap subkomite.
- (4) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi, dan perilaku.
- (5) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di rumah sakit.
- (6) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (7) Sekretaris Komite Keperawatan dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 59

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - 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 perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
 - c. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
 - d. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
 - e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan;
 - f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur rumah sakit.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :

- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.
- (5) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang :
- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis;
 - b. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis tertentu;
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis;
 - 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 60

Peraturan Internal Staf Keperawatan meliputi antara lain :

- (1) Setiap Rumah Sakit wajib menyusun peraturan internal staf keperawatan dengan mengacu pada peraturan internal korporasi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (2) Peraturan internal staf keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mencakup tenaga perawat dan tenaga bidan.
- (3) Peraturan internal staf keperawatan disusun oleh Komite Keperawatan dan disahkan oleh Direktur rumah sakit.
- (4) Peraturan internal staf keperawatan berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Keperawatan dan staf keperawatan dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik di Rumah Sakit.
- (5) Tata cara penyusunan Peraturan Internal Staf Keperawatan dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri Kesehatan.

Paragraf 3

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pasal 61

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang dan Kepala Bagian.
- (3) Tim PPI terdiri dari perawat PPI/IPC� dan satu dokter PPI setiap 5 perawat PPI.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas :
 - a. menyusun dan menetapkan serta mengevaluasi kebijakan PPI;
 - b. melaksanakan sosialisasi kebijakan PPI agar kebijakan dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan di rumah sakit;
 - c. membuat protap PPI;
 - d. menyusun program PPI dan mengevaluasi pelaksanaan program PPI;
 - e. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit dalam PPI;
 - g. memberikan usulan ke Direktur untuk pemakaian antibiotika yang rasional di rumah sakit berdasarkan hasil pemantauan kuman dan resistensinya terhadap antibiotika dan menyebarluaskan data resistensi antibiotika;

- h. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja;
- i. menyusun kebijakan patient safety;
- j. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit.

Paragraf 4

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Pasal 62

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Masa tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien selama 3 (tiga)

la Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas antara lain :

- a. Memastikan keandalan perencanaan mutu, pengendalian mutu dan keselamatan pasien berikut teknik dan alat dalam melaksanakan kegiatan tersebut;
- b. memastikan terlaksananya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui kegiatan sosialisasi, fasilitasi, dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuai akuntabilitas masing-masing;
- c. memastikan terlaksananya efektifitas manajemen resiko khususnya kegiatan pelayanan dan manajemen sehingga terwujud penurunan angka resiko dan berdampak kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- d. memastikan terciptanya komunikasi dan hubungan yang baik dengan yang terkait dengan akreditasi mutu dan keselamatan pasien;
- e. melakukan validasi data untuk memastikan keandalan informasi pencapaian indikator mutu keselamatan pasien;
- f. melaksanakan pendampingan dan koordinasi dengan pembimbing akreditasi dan pelaksana surveillance dalam mewujudkan pemenuhan standar mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan;
- g. menyusun kebijakan, strategi dan prosedur dibidang manajemen mutu;
- h. menyusun indikator mutu dan keselamatan pasien;
- i. menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

- j. memantau dan mengevaluasi seluruh program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- k. mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- l. mengkoordinasikan pelaksanaan audit mutu internal;
- m. mengkoordinasikan penyusunan rencana dan jadwal kegiatan terkait dengan akreditasi mutu;
- n. memfasilitasi pembimbingan internal dan eksternal terkait dengan pelaksanaan akreditasi mutu;
- o. memfasilitasi kegiatan yang terkait dengan inovasi mutu baik dari internal maupun eksternal;
- p. melaksanakan pengumpulan dan analisis data terkait dengan pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien; dan
- q. melaksanakan kegiatan konsultasi terhadap seluruh unit kerja terkait dengan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan.

- (+) Sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas antara lain :
- a. melaksanakan kegiatan administrasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. mengumpulkan dan menyimpan dengan baik laporan data, indikator mutu dan keselamatan pasien diseluruh unit;
 - c. membuat jadwal pertemuan/rapat, baik yang rutin maupun yang insidental;
 - d. menyusun jadwal validasi data mutu klinik;
 - e. menyusun laporan insiden eksternal dan internal serta laporan berkala kegiatan unit KPRS;
 - f. menyusun laporan triwulan dan tahunan sesuai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - g. mengkoordinasikan kegiatan seluruh koordinator di unit keselamatan pasien dan unit penjaminan mutu;
 - h. mengkoordinir kegiatan komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - i. melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Paragraf 5
Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit

Pasal 63

- (1) Pembentukan Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja melakukan kegiatan merencanakan, melaksanakan dan pengawasan internal di bidang praktik peningkatan kesehatan dan keselamatan kerja dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kepada karyawan, pasien dan keluarga, serta masyarakat sekitar agar sesuai dengan standar kesehatan dan keselamatan kerja sesuai peraturan yang berlaku.

Paragraf 6
Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Pasal 64

- (1) Pembentukan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya melakukan kegiatan merencanakan, melaksanakan dan pengawasan internal di bidang praktik peningkatan upaya kesehatan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan penunjang perumahsakitannya sesuai peraturan yang berlaku.

BAB VII
ORGANISASI STAF MEDIS

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 65

- (1) Organisasi staf Medis mempunyai tujuan meliputi antara lain :
 - a. memberikan keleluasaan kepada staf medis untuk mengatur dirinya sendiri berdasarkan prinsip-prinsip yang dapat diterima secara umum;
 - b. menjamin penyelenggaraan praktik kedokteran sesuai dengan standar profesi yang berlaku;
 - c. menjamin seluruh pasien RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja mendapatkan layanan medis serta memastikan pemberian pelayanan medis tidak didasarkan pada suku, agama, ras, etnik, warna kulit, kebangsaan, jenis kelamin, cacat mental atau fisik, umur, kondisi kesehatan, status perkawinan, asal usul dan orientasi seksual;

- d. menyediakan wadah untuk membahas dan mencari jalan keluar persoalan-persoalan yang berhubungan dengan etika profesi kedokteran atau penyalahgunaan kewenangan klinis oleh staf medis;
 - e. menyediakan wadah koordinasi dengan pihak direksi, manajemen dan tenaga kesehatan lainnya;
 - f. merumuskan dan memelihara tata tertib, ketentuan dan peraturan untuk pengaturan sendiri staf medis yang menyelenggarakan praktik kedokteran di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja;
 - g. memastikan seluruh staf medis selalu berusaha mempertahankan kualitas profesionalnya dalam bekerja sebagai wujud konsekuensi kewenangan klinis yang diberikan dalam melaksanakan pemeriksaan, penegakan diagnosis, pemberian tindakan medis dan pemberian terapi yang tepat; dan
 - h. membantu merencanakan pengembangan fasilitas, tenaga dan program RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.
- (2) Penerimaan staf medis dan pengangkatan kembali wajib memperhatikan kebutuhan masyarakat dan kesinambungan pelayanan kesehatan di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.
 - (3) Komite medik wajib membuat tata cara dan persyaratan administrasi untuk penerimaan staf medis dan pengangkatan kembali.
 - (4) Dalam membuat tata cara dan persyaratan administrasi sebagaimana dimaksud ayat (2) harus mengacu pada standar profesi dan standar kompetensi yang dikembangkan oleh perhimpunan profesi.

Bagian Kedua

Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 66

- (1) Setiap rumah sakit wajib menyusun peraturan internal staf medis dengan mengacu pada peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Peraturan internal staf medis disusun oleh Komite Medik dan disahkan oleh Direktur rumah sakit.
- (3) Peraturan internal staf medis berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh Komite Medik dan staf medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit.
- (4) Tata cara penyusunan peraturan internal staf medis dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan.

Bagian Ketiga
Penerimaan dan Pemberhentian Staf Medis

Pasal 67

- (1) Untuk dapat diterima sebagai staf medis RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja, seorang dokter harus memenuhi ketentuan sebagai berikut :
- a. telah dinyatakan lulus oleh fakultas kedokteran yang terakreditasi di Indonesia atau lulusan fakultas kedokteran luar negeri yang telah menyelesaikan masa adaptasi, dibuktikan dengan ijazah atau keterangan yang sejenis oleh lembaga yang berwenang;
 - b. telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dari konsil kedokteran Indonesia yang masih berlaku;
 - c. membuat surat pernyataan bersedia mengurus izin praktek setelah diterima resmi sebagai staf medis;
 - d. tidak pernah melakukan pelanggaran etika yang diberikan sanksi oleh organisasi profesi;
 - e. tidak pernah melakukan pelanggaran hubungan kerja dengan rumah sakit bekerja sebelumnya.
- (2) Staf medis dapat diberhentikan baik secara tetap atau sementara apabila :
- a. meninggal dunia;
 - b. pindah tempat tugas ke rumah sakit lain;
 - c. mendapat hukuman disiplin karena pelanggaran peraturan kepegawaian, kode etika profesi dan kode etika rumah sakit;
 - d. mendapat hukuman karena melakukan tindakan pidana yang telah memiliki kekuatan hukum tetap;
 - e. dinyatakan oleh dokter penguji kesehatan mengalami cacat fisik atau cacat mental baik yang bersifat permanen atau sementara sehingga tidak memungkinkan untuk menyelenggarakan praktik kedokteran.
- (3) Permintaan untuk melakukan pengujian kesehatan dilakukan Direktur atau Kepala Bidang pelayanan Medik atas usul komite medik.

Bagian Keempat
Tugas dan Tanggung Jawab Staf Medis

Pasal 68

- (1) Staf Medis mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. melakukan kegiatan profesi meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan dan pemulihan;
- b. meningkatkan kemampuan profesinya melalui pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis dan etika profesi yang berlaku;
- d. menyusun, mengumpulkan, menganalisa dan membuat laporan pemantauan indikator klinik.

(2) Staf medis mempunyai tanggung jawab sebagai berikut :

- a. mematuhi seluruh ketentuan kepegawaian yang berlaku pada Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ulu;
- b. menunjukkan komitmen untuk mewujudkan visi dan misi RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja;
- c. mematuhi standar pelayanan medis dan standar lain yang diterapkan RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo baturaja;
- d. berpartisipasi dalam pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan medis.

Bagian Kelima Kewenangan Klinis

Pasal 69

- (1) Kewenangan klinis untuk melakukan pemeriksaan, penegakan diagnosa, pemberian terapi dan prosedur serta tindakan medis lainnya diberikan pada staf medis sesuai kompetensi yang dimilikinya.
- (2) Kewenangan klinis staf medis berakhir dengan sendirinya pada saat masa berlaku STR nya habis.
- (3) Pendelegasian kewenangan klinis dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Direktur atas usulan komite medik dapat memberikan kewenangan klinis sementara pada staf medis tertentu.
- (5) Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diberikan pada staf medis yang berakhir masa berlaku STR nya.

- (6) Masa pemberian kewenangan klinis sementara maksimal 6 bulan untuk staf medis yang masa berlaku STR nya habis.
- (7) Pemberian kewenangan klinis pada dokter, dokter gigi harus disertai dengan uraian kewenangan secara tertulis.
- (8) Dalam situasi tertentu Direktur dapat memberikan kewenangan klinis darurat (*emergency privileges*) pada staf medis RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja atau dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bukan staf medis RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja untuk menjaga kelangsungan pelayanan medis di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.
- (9) Pemberian kewenangan klinis darurat pada staf medis berakhir dengan sendirinya setelah staf medis yang memiliki kompetensi telah berada dan bertugas kembali di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja.
- (10) Pemberian kewenangan klinis dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis yang bukan staf medis RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo baturaja sebagaimana yang dimaksud pada ayat (8), berakhir setelah situasi memungkinkan panitia kredensial melakukan rapat penilaian.

Bagian Keenam
Mitra Bestari

Pasal 70

- (1) Mitra bestari adalah staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait profesi medis, termasuk evaluasi kewenangan klinis (*clinical privilege*).
- (2) Staf medis dalam mitra bestari tidak terbatas dari staf medis yang telah ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit, misal perhimpunan spesialis, kolegium, atau fakultas kedokteran.
- (3) Penunjukan mitra bestari ditetapkan dengan surat keputusan direktur atas rekomendasi dari Komite Medis.

Bagian Ketujuh
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Pasal 71

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap kepada satu pasien dengan satu patologi/penyakit, dari awal sampai akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Asuhan medis lengkap artinya melakukan asesmen medis sampai dengan implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien.

- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) ditetapkan dengan surat Keputusan Direktur RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo baturaja.
- (3) Penunjukan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dapat berdasarkan :
 - a. permintaan pasien;
 - b. jadwal jaga di Instalasi Gawat Darurat;
 - c. jadwal jaga di ruangan untuk penentuan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) bagi pasien baru diruang rawat inap tersebut;
 - d. konsul/rujukan langsung;
 - e. jadwal kerja di poliklinik.
- (4) Penentuan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) harus dilakukan sejak pertama pasien masuk rumah sakit (baik rawat jalan, IGD maupun rawat inap) dengan mempergunakan cap stempel pada berkas rekam medis.
- (5) Direktur menerbitkan surat keputusan tentang panduan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) , guna memberikan pedoman pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) di RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja atas pertimbangan dan rekomendasi dari Komite Medik.

BAB VIII

KETENTUAN PERUBAHAN

Bagian Kesatu

Peraturan Internal Rumah Sakit

Pasal 72

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) dapat dilakukan perubahan.
- (2) Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

Pasal 73

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Rumah Sakit dapat dilakukan berdasarkan pertimbangan perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit ini dilakukan paling lama 3 (tiga) tahun satu kali.
- (3) Hasil penyusunan perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) diusulkan oleh direktur untuk ditetapkan menjadi Peraturan Bupati.

**Bagian Kedua
Ketentuan Lain-Lain**

Pasal 74

Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Hospital Bylaws ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**BAB IX
KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 75

Pada saat Peraturan Bupati ini berlaku, maka Peraturan Bupati Ogan Komering Ulu Nomor 38 Tahun 2017 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dr.H.Ibnu Sutowo Baturaja (*Hospital Bylaws*), (Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu Tahun 2017 Nomor 38) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

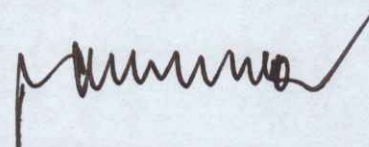
Pasal 76

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ulu.

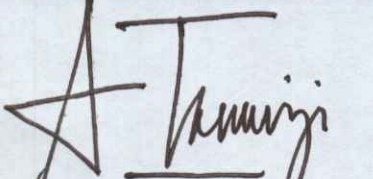
Ditetapkan di Baturaja
Pada Tanggal, 20 Mei 2020

BUPATI OGAN KOMERING ULU, B


KURYANA AZIS

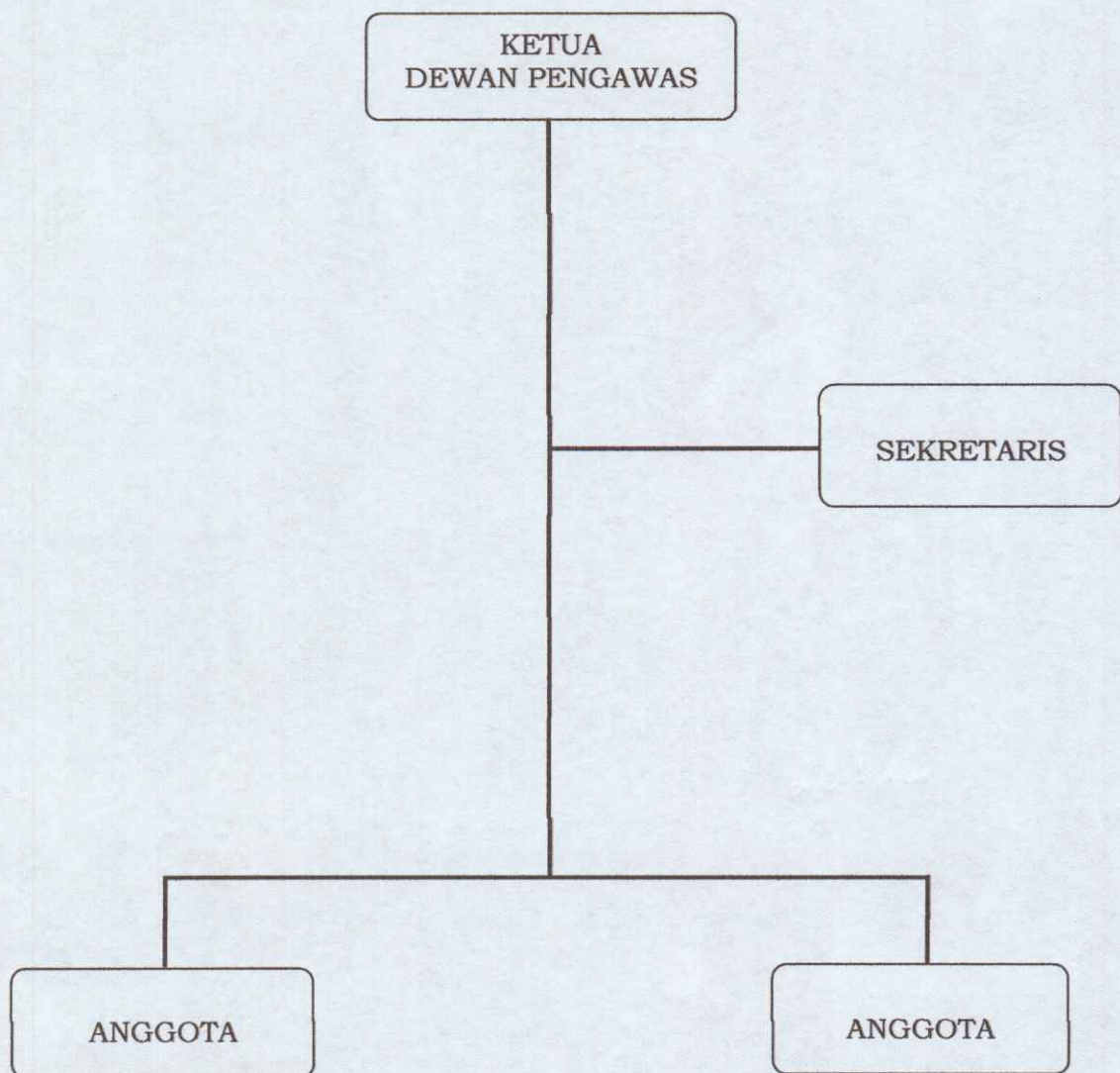
Diundangkan di Baturaja
pada tanggal, 20 Mei 2020.

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN
OGAN KOMERING ULU,**

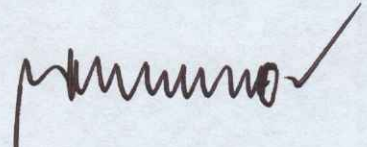

ACHMAD TARMIZI

LAMPIRAN
KEPUTUSAN BUPATI OGAN KOMERING ULU
NOMOR ..20..TAHUN 2020
TENTANG
PERATURAN INTERNAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H.IBNU
SUTOWO BATURAJA (HOSPITAL BYLAWS)

STRUKTUR ORGANISASI DEWAN PENGAWAS
RSUD Dr.H. IBNU SUTOWO BATURAJA



BUPATI OGAN KOMERING ULU,


KURYANA AZIS

