



**BUPATI OGAN KOMERING ULU  
PROVINSI SUMATERA SELATAN**

PERATURAN BUPATI OGAN KOMERING ULU  
NOMOR 38 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
Dr. H. IBNU SUTOWO BATURAJA  
(*HOSPITAL BY LAWS*)

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 By Laws*).

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 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
12. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit, (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2015 Nomor 159);
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
14. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 95 Tahun 2016 tentang Dewan Pengawas Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 913);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medis di Rumah Sakit;
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);

19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 131/KemKes/SK/II/2004 tentang sistim Kesehatan Nasional;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MenKes/SK/II/2008 tentang Standart Pelayanan Minimal Rumah sakit;
21. Peraturan Daerah Ogan Komering Ulu Nomor 20 Tahun 2002 tentang Pemberian Nama Rumah Sakit Umum DaerahDaerah Ogan Komering Ulu (Lembaran DaerahDaerah Ogan Komering Ulu tahun 2002 Nomor 24 Seri E);
22. Peraturan Daerah Ogan Komering Ulu Nomor 12 tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Ogan Komering Ulu (Lembaran DaerahDaerah Ogan Komering Ulu Tahun 2008 Nomor 12);
23. Peraturan Bupati Nomor 51 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Direktur, Kepala Bagian, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi pada RSUD Daerah Ogan Komering Ulu (Berita DaerahDaerah Ogan Komering Ulu Tahun 2008 Nomor 51).

#### MEMUTUSKAN :

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

#### BAB I KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Internal Rumah sakit 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 DaerahDr. H. Ibnu Sutowo Baturaja yang selanjutnya disebut RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturajaadalah Satuan Kerja Perangkat Daerah yang merupakan lembaga teknis Daerah yang menunjang fungsi Pemerintah Daerah Ogan Komering Ulu.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja yang kedudukannya berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Ogan Komering Ulu melalui Seketaris Daerah.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau unit kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk

memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang atau jasa yang dijual dengan tidak mengutamakan keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya di dasarkan pada prinsip efisiensi dan efektifitas.

7. Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata carapenyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan *internal korporasi* dan peraturan internal staf medis.
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 - komite 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 adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan BLUD rumah sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit.
12. Komite Medis adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis, dan pemeliharaan Etika dan disiplin profesi medis.
13. Komite Etika adalah wadah non-struktural yang bertugas memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan Etika pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah Etika rumah sakit dan pelanggaran terhadap kode Etika pelayanan rumah sakit, pemeliharaan Etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakanyang terkait dengan "*hospital bylaws*" dan "*medical staf bylaws*", di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
14. Komite pencegahan dan pengendalian infeksi selanjutnya disebut Komite PPI adalah wadah non struktural yang terdiri dan 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 non struktural yang terdiri dan 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 non struktural 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 non struktural yang terdiri dan 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. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal pengelolaan BLUD di RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
19. 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.
20. Dokter adalah staf medis yang bertugas memberikan pelayanan medis di RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
21. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
22. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja 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..
23. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
24. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
25. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
26. Dokter tetap, adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter spesialis yang berstatus PNS, bekerja purna waktu dan mendapat gaji tetap dari DPA RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
27. Dokter PTT adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang diangkat untuk jangka waktu tertentu, bekerja purna waktu dan mendapat gaji tetap dari DPA RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja atau anggaran pemerintah lainnya.
28. Dokter tamu adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang bekerja paruh waktu di RSUD, dan tidak mendapat gaji tetap baik melalui DPA RSUD maupun anggaran pemerintah lainnya.
29. Dokter kontrak adalah dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis yang diangkat untuk jangka waktu tertentu, bekerja purna waktu dan mendapat gaji tetap dari anggaran BLUD 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 Baturajaberalamat di Jalan Dr. Mohamad Hatta Nomor 1 Kecamatan Baturaja Timur Kabupaten Ogan Komering Ulu Propinsi Sumatera Selatan.

### Bagian Kedua Visi dan Misi

#### Pasal 4

(1) Visi

“Menjadi rumah sakit yang bermutu, professional, aman, nyaman dan berorientasi pada kepuasan pelanggan”.

(2) Misi

- a. memberikan Pelayanan yang cepat, tepat, aman, nyaman terjangkau masyarakat;
- b. meningkatkan profesionalisma 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) Review/perubahan visi dan misi rumah sakit dapat dilaksanakan 5 (lima) tahun 1 (satu) kali sesuai visi dan misi Bupati.

(5) Review/perubahan visi dan misi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) diajukan oleh Direktur kepada Bupati.

(6) Review/perubahan Visi dan misi rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (5) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Bagian Ketiga  
Nilai, filosofi, dan Motto

Pasal 5

- (1) Nilai-Nilai:  
Sikap kerja pegawai RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturajadalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai kerjasama, tanggungjawab, dan profesionalisme.
- (2) Filosofi:  
Menjunjung tinggi nilai kehidupan manusia.
- (3) Motto  
*melayani dengan sepenuh hati (Care With Hearth).*

Bagian Keempat  
Asas, Tujuan, dan Strategi

Pasal 6

- (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 pencegahan, pengobatan dan pemulihan serta melaksanakan upaya pengembangan rujukan dari dalam dan luar daerah secara berkesinambungan;
  - b. melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan Rumah sakit;
- (3) Strategi:  
mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh seluruh komponen rumah sakit untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan, sehingga terwujud pelayanan yang bermutu dan berkualitas.

Bagian Kelima  
Logo dan Deskripsi

Pasal 7

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



(2) Deskripsi Logo:

- a. kotak Segi empat bermakna melambangkan kemampuan untuk merangkul kepentingan pelayanan yang berlangsung di RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
- b. warna Hijau bermakna penyembuhan dan 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.

BAB III  
DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu  
Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 8

- (1) Dewan Pengawas merupakan unit nonstruktural yang mempunyai sifat *independent*, 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.

Pasal 9

- (1) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati, jumlah anggota berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan seorang diantara anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua Dewan Pengawas.
- (2) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
  - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan BLUD;
  - b. pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah;
  - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan BLUD.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
  - a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan BLUD, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
  - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Direksi atau Komisaris, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak

pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah;  
dan

- c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Bagian Kedua  
Tugas, Hak dan Kewajiban serta Wewenang

Pasal 10

- (1) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD secara internal di rumah sakit.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dewan Pengawas mempunyai tugas :
  - a. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
  - b. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
  - c. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
  - d. mengawasi pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah (PPK-BLUD) RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja sesuai ketentuan perundang-undangan.

Pasal 11

- (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 BLUDRSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja dan memberikan pendapat serta saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUDRSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja;
  - c. memberi nasehat 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 BLUDRSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja kepada Pejabat Pengelola; dan
  - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan 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 kepada Bupati apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
- 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) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

## Pasal 12

Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

1. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja;
2. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola BLUDRSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja mengenai pengelolaan BLUD dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*);
3. melaksanakan pengawasan terhadap mutu program BLUD untuk tercapainya visi, misi, filosofi dan tujuan rumah sakit;

## Bagian Ketiga

Pengangkatan, Pemberhentian, dan Penggantian Antar Waktu

## Pasal 13

- (1) Dewan Pengawas ditetapkan oleh Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.

- (3) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit.

#### Pasal 14

- (1) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (2) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), apabila :
  - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang-undangan;
  - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit ; dan
  - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana

#### Pasal 15

- (1) Pergantian antar waktu dilakukan apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14.
- (2) penggantian anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 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 16

- (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 17

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

Bagian Kelima  
Rapat Dewan Pengawas

Pasal 18

- (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 yang 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 19

- (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 ditandatangani 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 20

- (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 21

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

## Pasal 22

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 23

Jika 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 24

- (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 25

- (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 empat belas (empat belas) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut yang berupa rekomendasi agar dilaksanakan oleh Pengelola BLUD.

#### Pasal 26

- (1) Setiap masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan cara yang ditentukan sendiri.
- (2) Putusan rapat Dewan Pengawas didasarkan pada suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.

#### Pasal 27

- (1) Apabila terjadi perubahan atau pembatalan keputusan yang diambil dalam rapat dewan pengawas, harus meminta persetujuan dari pejabat pengelola BLUD.
- (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 28

Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif dan koligeal.

### BAB IV ORGANISASI

#### Bagian Kesatu Struktur Organisasi

#### Pasal 29

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, Kepala Urusan Umum, Kepala Urusan Kepegawaian, Kepala Urusan Hubungan Masyarakat, Kepala Urusan

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 Pelayanan Keperawatan, dan 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, dan Kepala Sub Bidang Bina Pelayanan Logistik Penunjang.
- b. Pejabat fungsional terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi, Komite Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien, Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Komite Etik, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Satuan Pemeriksa Internal dan Instalasi.

Bagian Kedua  
Direktur

Pasal 30

RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturajadipimpin oleh seorang Direktur yang merupakan Pejabat Struktural Eselon III.a, dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Bupati.

Pasal 31

- (1) Direktur diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Direktur mempunyai tugas dan wewenang sebagai berikut :
  1. memimpin, menyusun kebijakan pelaksanaan, mengkoordinasikan, membina dan mengevaluasi pelaksanaan tugas rumah sakit agar efektif, efisien dan berkualitas sesuai tujuan Rumah Sakit;
  2. memelihara dan mengelola sumber daya Rumah Sakit;
  3. mewakili Rumah Sakit di dalam dan luar pengadilan;
  4. melaksanakan kebijakan bidang pelayanan kesehatan dan pengembangan Rumah Sakit sebagaimana digariskan oleh Bupati atas nama Pemerintah Kabupaten;
  5. menyusun Rencana Strategis dan Rencana AnggaranTahunan Rumah Sakit;
  6. menetapkan kebijakan operasional Rumah Sakit;
  7. menyusun laporan tahunan dan berkala.
- (3) Direktur rumah sakit yang merupakan Aparatur SipilNegara menjadi pejabat Pengguna Anggaran/Barang Daerah.
- (4) Dalam hal Direktur sebagaimana dalam ayat (4) berasal dari non aparatur sipil negara pejabat keuangan rumah sakit wajib dari aparatur sipil negara yang merupakan pejabat Pengguna Anggaran/Barang Daerah.

## Pasal 32

- (1) Direktur selain melaksanakan tugas dan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (2) direktur dapat mengambil kebijakan pengelolaan rumah sakit dalam hal :
  - a. Pemanfaatan ruangan di lingkungan RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja
  - b. Menerima dan mengangkat pegawai kontrak yang dianggap dibutuhkan;
  - c. Penempatan Pegawai di lingkungan RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja, kecuali Bendahara dan pejabat struktural.
  - d. Pengaturan tata tertib di lingkungan RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja
  - e. Pengambilan kebijakan dalam rangka mengatasi masalah yang ada pada saat kondisi darurat/mendesak;
  - f. menetapkan dan mengesahkan upaya – upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
  - g. menetapkan, menyetujui, program pendidikan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan di lingkungan RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja sesuai kebutuhan.
- (2) Pengambilan kebijakan direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak boleh bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## Bagian Ketiga Bagian dan Bidang

## Pasal 33

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas mengkoordinasikan penyusunan rencana dan melaksanakan urusan ketatausahaan meliputi urusan umum, hubungan masyarakat, kepegawaian, pendidikan dan pelatihan, akreditasi, sistim informasi, keuangan, akutansi, 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 34

- (1) Kepala Bidang Bina Pelayanan Medis mempunyai tugas melaksanakan pembinaan etika profesi, asuhan medis, standar pelayanan medis dan logistic medis.
- (2) Tugas pokok Kepala Bidang Bina Pelayanan Medis 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 35

- (1) Kepala Bidang Bina Pelayanan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pembinaan etika profesi, asuhan , standar dan logistik keperawatan.
- (2) Tugas pokok Kepala Bidang Bina Pelayanan Keperawatan 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 36

- (1) Kepala Bidang Bina Pelayanan Penunjang mempunyai tugas melaksanakan pembinaan etika profesi, asuhan , standar dan logistik penunjang.
- (2) Tugas pokok Kepala Bidang Bina Pelayanan Penunjang 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;

### Bagian Keempat

#### Persyaratan Direktur, Kepala Bagian, dan Kepala Bidang

### Pasal 37

- (1) Direktur adalah Seorang Dokter yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit.
- (2) Telah mengikuti salah satu pelatihan perumahsakit meliputi : kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis Bisnis, Rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola 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 structural.
- (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 untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di rumah sakit;
- (7) Memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

#### Pasal 38

- (1) Kepala bidang dan / atau kepala bagian berlatar belakang pendidikan paling sedikit sarjana kesehatan dan / atau sesuai dengan bidang kerjanya.
- (2) Kepala bidang dan / atau kepala bagian telah mengikuti salah satu pelatihan perumahsakitian meliputi : kepemimpinan, kewirausahaan, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, sistem rekrutmen pegawai dan sistem renumerasi.
- (3) Salah satu Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus dipenuhi sebelum atau paling lama 2 tahun pertama setelah menduduki jabatan structural.
- (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) Memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi kepala bidang dan / atau kepala bagian yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

#### Bagian Kelima

##### Pengangkatan dan Pemberhentian Direktur

#### Pasal 39

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

#### Bagian keenam

##### Pengangkatan, penempatan, dan pemberhentian pegawai

#### Pasal 40

- (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 41

- (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 mempertimbangkan :
  - a. pendidikan dan keterampilan;
  - b. masa kerja diunit tertentu;
  - c. kondisi fisik dan psikis pegawai;
  - d. pembinaan pegawai.
  - e. Kebutuhan pegawai di ruangan tetentu;
  - f Perhitungan beban kerja.

#### Pasal42

- (1) 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. perampingan organisasi rumah sakit;
  - f. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai;
  - g. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana;
  - h. tidak disiplin dan tidak menjaga etika dengan baik; dan
  - i. tidak masuk kerja dengan alasan tidak jelas lebih dari aturan yang ditetapkan;.

#### Bagian ketujuh Evaluasi dan Penilaian Kinerja

#### Pasal 43

- (1) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur, dilaksanakan melalui P2KP, 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.

- (2) Evaluasi dan penilaian kinerja karyawan non pegawai negeri sipil, dilaksanakan melalui P2KP yang ditentukan rumah sakit.
- (3) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan / atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (4) 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 pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.
- (5) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati. LAKIP Rumah Sakit Umum Daerah 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.

#### Pasal 44

- (1) Penilaian kinerja dan Disiplin pegawai ditunjukkan melalui nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan, dan ketertiban yang dituangkan dalam:
  - a. daftar hadir;
  - b. rekam jejak (track record);
  - c. penilaian Pekerjaan Pegawai ; dan
  - d. penilaian kinerja berdasarkan prestasi kerja.
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan hukuman sesuai tingkat dan jenis pelanggarannya.
- (3) Pelanggaran terhadap ketentuan disiplin pegawai diberikan hukuman sesuai dengan Ketentuan dan Perundang-Undangan yang berlaku

Bagian Kedelapan  
Penghargaan dan Sanksi

Pasal 45

Untuk mendorong motivasi kerja dan produktivitas, Rumah Sakit dapat melaksanakan pemberian penghargaan bagi pegawai melalui pemilihan atas usulan dari bidang masing-masing, yang biasa dilaksanakan pada hari besar dalam tahun tersebut.

Pasal 46

Sanksi diberikan sesuai ketentuan yang berlaku pada peraturan disiplin kepegawaian.

BAB V  
PEJABAT PENGELOLA

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 47

- (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 Tata Usaha.
- (5) Pejabat teknis bina pelayanan medis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dijabat oleh kepala bidang bina pelayanan medis.
- (6) Pejabat teknis bina pelayanan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dijabat oleh kepala bidang bina pelayanan keperawatan.
- (7) Pejabat teknis bina pelayanan penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dijabat oleh kepala bidang bina pelayanan penunjang.
- (8) Pemimpin BLUD bertanggungjawab kepada Bupati Ogan komering ulu melalui sekretaris daerah.

- (9) Pejabat keuangan dan pejabat teknis BLUD bertanggungjawab kepada pemimpin BLUD/Direktur

Bagian Kedua  
Tugas Pokok, Fungsi, Wewenang, dan Tanggung Jawab  
Pejabat pengelola BLUD

Pasal 48

Pemimpin BLUD mempunyai tugas dan kewajiban :

- a. memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan BLUD
- b. menetapkan renstra bisnis BLUD
- c. menyiapkan RBA
- d. mengusulkan calon pejabat pengelola keuangan dan pejabat teknis kepada Bupati Ogan Komering Ulu sesuai ketentuan
- e. menetapkan pejabat lainnya sesuai kebutuhan selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan; dan
- f. menyampaikan dan mempertanggung jawabkan kinerja operasional serta keuangan BLUD kepada Bupati Ogan Komering Ulu

Pasal 49

- (1) Pejabat keuangan BLUD mempunyai tugas dan kewajiban :
  - a. mengkoordinasikan penyusunan Rencana Bisnis Anggaran
  - b. menyiapkan Dokumen Pelaksanaan Anggaran-BLUD
  - c. melakukan pengelolaan pendapatan dan biaya
  - d. menyelenggarakan pengelolaan kas
  - e. melakukan pengelolaan utang piutang
  - f. menyusun kebijakan pengelolaan barang, asset tetap dan investasi
  - g. menyelenggarakan sistem informasi manajemen keuangan; dan
  - h. menyelenggarakan akuntansi dan penyusunan laporan keuangan.
- (2) Pejabat keuangan BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab keuangan BLUD.

Pasal 50

- (1) Pejabat teknis BLUD mempunyai tugas dan kewajiban :
  - a. menyusun perencanaan kegiatan teknis di bidangnya;
  - b. melaksanakan kegiatan teknis sesuai RBA; dan
  - c. mempertanggungjawabkan kinerja operasional di bidangnya.
- (2) Pejabat teknis BLUD dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya mempunyai fungsi sebagai penanggung jawab teknis di bidang masing-masing.

- (3) Tanggungjawab pejabat teknis berkaitan dengan mutu, standarisasi, administrasi, peningkatan kualitas sumber daya manusia, dan peningkatan sumber daya lainnya.

Bagian Ketiga  
Rapat Pejabat Pengelola

Pasal 51

- (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 pengelola dan pejabat structural, Dokter di rumah sakit, komite - komite, dan kepala ruangan ;  
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 pejabat 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 / Bidang dan dihadiri oleh Pejabat Pengelola, pejabat struktural, Komite - komite, Kepala Ruang, dokter rumah sakit ;
  - c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yangtelah lalu.

BAB VI  
KOMITE, SATUAN PEMERIKSA INTERNAL DAN INSTALASI

Bagian Kesatu  
Umum

Pasal 52

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

Bagian Kedua  
Komite

Paragraf 1  
Komite Etika

Pasal 53

- (1) Komite Etika dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah Etika rumah sakit.
- (2) Komite Etika dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para kepala bagian dan / atau kepala bidang.
- (3) Dalam melaksanakan tugas Komite Etika berfungsi :
  - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi Etika baik internal maupun eksternal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja;

- b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan Etika bagi petugas di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja;
  - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah Etika di Rumah Sakit.
- (4) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (5) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

#### Paragraf 2

#### Komite Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI)

#### Pasal 54

- (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 / IPCN dan satu dokter PPI setiap 5 perawat PPI.

#### Pasal 55

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. bekerjasama dengan tim PPI dalam melakukan investigasi masalah atau KLB Hals (*Healthcare Associated Infections*);
- g. memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit tentang PPI;
- h. mengusulkan pengadaan alat dan bahan sesuai prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan;
- i. mengidentifikasi temuan di lapangan dan mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit dalam PPI;
- j. melakukan pertemuan berkala termasuk evaluasi kebijakan;
- k. menerima laporan dari tim PPI dan membuat laporan kepada direktur;
- l. berkoordinasi dengan unit terkait lain;

- m. 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;
- n. menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja;
- o. menyusun kebijakan patient safety;
- p. mengembangkan, mengimplementasikan dan secara periodik mengkaji kembali rencana manajemen PPI apakah sudah sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- q. memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan dan pengadaan alat dan bahan kesehatan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat, penyimpanan linen dan alat sesuai prinsip PPI;
- r. menentukan sikap penutupan ruang rawat bila diperlukan karena potensial menyebarkan infeksi;
- s. melakukan pengawasan terhadap tindakan – tindakan yang menyimpang dari standar prosedur / monitoring surveillen proses;
- t. melakukan investigasi, menetapkan dan melaksanakan penanggulangan infeksi bila ada KLB di rumah sakit.

#### Pasal 56

- (1) IPCN (*Infection Prevention Control nurse*) adalah seorang perawat yang senior, disegani, berminat, mampu memimpin dan aktif.
- (2) Rumah sakit memiliki IPCN yang bekerja penuh waktu, dengan ratio 1 IPCN untuk setiap 100 – 150 tempat tidur di rumah sakit.
- (3) Dalam bekerja IPCN dibantu IPCLN dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadinya infeksi.
- (4) Kriteria petugas IPCN:
  - a. perawat dengan pendidikan minimal D3 dan memiliki sertifikat pelatihan PPI dan pelatihan IPCN;
  - b. memiliki komitmen di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - c. memiliki pengalaman sebagai kepala ruangan atau setara;
  - d. memiliki kemampuan leadership, inovatif dan *confident*;
  - e. bekerja penuh waktu.
- (5) Tugas dan tanggung jawab IPCN :
  - a. mengunjungi ruangan setiap hari untuk memonitor kejadian infeksi yang terjadi di lingkungan rumah sakit;
  - b. memonitor pelaksanaan PPI, penerapan protap, kepatuhan petugas dalam menjalankan kewaspadaan isolasi;
  - c. melaksanakan surveillen infeksi dan melaporkan kepada komite PPI;
  - d. bersama komite PPI melakukan pelatihan petugas kesehatan tentang PPI di rumah sakit; dan
  - e. melakukan investigasi terhadap KLB dan bersama-sama komite PPI memperbaiki kesalahan yang terjadi

## Pasal 57

### (1) Kriteria petugas IPCLN :

- a. perawat dengan pendidikan minimal D3 dan memiliki sertifikat PPI;
- b. memiliki komitmen di bidang pencegahan dan pengendalian infeksi; dan
- c. memiliki kemampuan leadership.

### (2) Tugas IPCLN :

- a. mengisi dan mengumpulkan formulir surveilen setiap pasien di unit rawat inap masing-masing, kemudian menyerahkannya kepada IPCN ketika pasien pulang;
- b. memberikan motivasi dan teguran tentang pelaksanaan kepatuhan pencegahan dan pengendalian infeksi pada setiap personil ruangan di unit rawatnya masing-masing;
- c. memberitaukan kepada IPCN apabila ada kecurigaan adanya Hals pada pasien;
- d. berkoordinasi dengan IPCN saat terjadi potensial KLB, penyuluhan bagi pengunjung di ruang rawat masing-masing, konsultasi prosedur yang harus dijalankan bila belum paham;
- e. memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam melaksanakan standar isolasi.

## Paragraf 3

Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KOMITE PMKP)

## Pasal 58

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KOMITE PMKP) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Masa tugas Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KOMITE PMKP) pada Rumah Sakit Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja selama 3 (tiga) tahun.

## Pasal 59

- (1) Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (KOMITE PMKP) mempunyai tugas :
  - 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-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 partner-partner mutu, 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 surveilen 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 pelaksanaan akreditasi;
- n. memfasilitasi kegiatan yang terkait dengan inovasi mutu baik dari internal maupun eksternal;
- o. pelaksanaan pengumpulan dan analisis data terkait dengan pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien; dan
- p. melaksanakan kegiatan konsultasi terhadap seluruh unit kerja terkait dengan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

#### Paragraf 4

✓ Komite Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

#### Pasal 60

- (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 5

Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

#### Pasal 61

- (1) Pembentukan Komite tenaga Kesehatan lainnya ditetapkan oleh Direktur

- (2) Komite tenaga Kesehatan lainnya kerja melakukan kegiatan merencanakan, melaksanakan dan pengawasan internal di bidang praktik peningkatan upaya Kesehatan dalam rangka penyelenggaraan kegiatan penunjang perumahsakitannya sesuai peraturan yang berlaku.

Bagian Ketiga  
Satuan Pemeriksa Internal (SPI)

Pasal 62

- (1) Satuan Pemeriksa Internal merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal BLUD rumah sakit.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
- (3) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (4) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah :
  - a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
  - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
  - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi :
    - 1) Informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya;
    - 2) Fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif;
    - 3) Penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
  - d. melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (4), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi:
  - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen resiko di unit kerja rumah sakit
  - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
  - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh Direktur;
  - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut

- e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.
- (6) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (4) dan (5) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur.
- (7) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (8) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (6), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keempat  
Instalasi

Pasal 63

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit Umum Daerah 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 non fungsional.
- (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.

## BAB VII PENGORGANISASIAN STAF MEDIS

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 64

- (1) Organisasi staf medis RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja bernama komite yang selanjutnya disebut KOMITE MEDIS.
- (2) Penempatan staf medis ditetapkan dengan surat keputusan direktur atas usulan komite medis.

#### Pasal 65

Tujuan pengorganisasian staf medis RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja adalah:

- 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 selalau 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.

### Bagian Kedua

Penerimaan, Pemberhentian dan Pengangkatan Kembali Staf Medis

#### Pasal 66

- (1) Penerimaan staf medis dan pengangkatan kembali wajib memperhatikan kebutuhan masyarakat dan kesinambungan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.

- (2) Komite medis wajib membuat tata cara dan persyaratan administrasi untuk Penerimaan staf medis dan pengangkatan kembali.
- (3) Dalam membuat tata cara dan persyaratan administrasi sebagaimana yang dimaksud pada ayat 1 harus mengacu pada standar profesi dan standar kompetensi yang dikembangkan oleh perhimpunan profesi.

#### 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 ijin praktek setelah diterima resmi sebagai staf medis;
  - d. tidak pernah melakukan pelanggaran Etika yang diberikan sanksi oleh organisasi profesi;  
tidak pernah melakukan pelanggaran hubungan kerja dengan rumah sakit tempat bekerja sebelumnya.
- (2) Staf medis dapat diberhentikan baik secara tetap atau sementara apabila :
  - a. meninggal dunia;
  - b. menyatakan mengundurkan diri;
  - c. pindah tempat tugas ke rumah sakit lain;
  - d. mendapat hukuman disiplin karena pelanggaran peraturan kepegawaian, kode Etika profesi dan kode Etika Rumah sakit;
  - e. mendapat hukuman karena melakukan tindakan pidana yang telah memiliki kekuatan hukum tetap;
  - f. 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 medis atas usul komite medis.

#### Pasal 68

- (1) Dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter spesialis yang akan diangkat menjadi staf medis atau akan diangkat kembali mengajukan surat permohonan ke direktur.
- (2) Direktur meneruskan lamaran ke komite medis.
- (3) Komite medis memerintahkan panitia kredensial untuk menilai persyaratan administrasi.

- (4) Panitia kredensial menyerahkan hasil penilaian ke komite medis untuk selanjutnya diserahkan ke direktur dalam amplop tertutup.
- (5) Hasil penilaian panitia kredensial bersifat rahasia.
- (6) Direktur menerbitkan surat keputusan menerima atau menolak permohonan untuk diangkat menjadi staf medis atau diangkat kembali sesuai hasil penilaian panitia kredensial.
- (7) Dalam hal hasil penilaian panitia kredensial memenuhi syarat untuk diangkat atau diangkat kembali, direktur selanjutnya menerbitkan surat keputusan penempatan sesuai kompetensi staf medis.

Bagian Ketiga  
Tugas, Fungsi, Wewenang dan Tanggung Jawab

Pasal 69

- (1) Staf medis bertugas sebagai berikut :
  - a. melaksanakan 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 fungsi sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.
- (3) Kewenangan masing-masing staf medis disusun oleh komite medis, untuk ditetapkan dengan surat keputusan direktur.

Pasal 70

- (1) Staf Medis RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja bertanggung jawab :
  - 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-pertemuan baik pertemuan untuk membahas masalah medis, perencanaan atau pertemuan lain untuk meningkatkan kinerja pelayanan medis.

- (2) Komite medis RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja bertanggung jawab :
- a. memberikan rekomendasi dan saran kepada direktur baik diminta ataupun tidak diminta terkait dengan penyelenggaraan praktik kedokteran, pengembangan dan pembukaan layanan medis ;
  - b. melakukan evaluasi dan pembinaan kinerja praktik dokter berdasarkan data yang komprehensif;
  - c. menyusun jadwal pendidikan dokter berkelanjutan / *continuing professional development* (CPD) untuk seluruh staf medis;
  - d. memberikan laporan berkala penyelenggaraan praktik kedokteran di RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja;
  - e. menyusun indikator mutu klinis; dan
  - f. menyusun uraian tugas alat kelengkapan komite medis untuk ditetapkan oleh direktur dengan surat keputusan.

Bagian Keempat  
Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis

Pasal 71

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medis dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, kepala Dinas Kesehatan Kabupaten OKU, dan perhimpunan/asosiasi perumahsakitannya dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medis, dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
  - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
  - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
  - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien, dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (5) Bila Kerjasama / kontrak dinegoisiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.
- (6) Atas permintaan direktur, komite medis memerintahkan sub komite Etika untuk menyelidiki dugaan terjadinya pelanggaran Etika profesi, malpraktek atau penyalahgunaan kewenangan klinis lainnya.
- (7) Sub komite Etika menyampaikan laporan hasil penyelidikan kepada

- (3) Penunjukan mitra bestari ditetapkan dengan surat keputusan direktur atas rekomendasi dari Komite medis.

Bagian Keenam  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

Pasal 73

- (1) DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) 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) DPJP ditetapkan dengan surat keputusan Direktur RSUD dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
- (3) Penunjukan DPJP dapat berdasarkan :
- a. permintaan pasien;
  - b. jadwal jaga di IGD;
  - c. jadwal jaga di ruangan untuk penentuan DPJP bagi pasien baru di ruang rawat inap tersebut;
  - d. konsul/rujukan langsung; dan
  - e. jadwal kerja di poliklinik.
- (4) Penentuan 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 DPJP, guna memberikan pedoman pelaksanaan DPJP di RSUD dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja atas pertimbangan dan rekomendasi dari Komite medis.

BAB VIII  
KEWENANGAN KLINIS

Pasal 74

- (1) Kewenangan klinis untuk melakukan pemeriksaan, penegakan diagnose, 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.

#### Pasal 75

- (1) Direktur atas usulan komite medis dapat memberikan kewenangan klinis sementara (*Temporary privileges*) pada staf medis tertentu.
- (2) Staf medis sebagaimana dimaksud pada ayat 1 diberikan pada staf medis yang berakhir masa berlaku STR nya.
- (3) Masa pemberian kewenangan klinis sementara (*Temporary Privileges*) maksimal 6 bulan untuk staf medis yang masa berlaku STR nya habis.
- (4) Pemberian kewenangan klinis pada dokter/dokter gigi harus disertai dengan uraian kewenangan secara tertulis.

#### Pasal 76

- (1) 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.
- (2) Pemberian kewenangan klinis darurat (*Emergency privileges*) pada staf medis berakhir dengan sendirinya setelah staf medis yang memiliki kompetensi telah berada dan bertugas kembali di RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
- (3) 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 (1), berakhir setelah situasi memungkinkan panitia kredensial melakukan rapat penilaian.

### BAB IX KOMITE MEDIS

#### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 77

- (1) Komite medis adalah kelompok jabatan fungsional yang diangkat serta diberhentikan oleh direktur untuk masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite medis beradadi bawah dan bertanggungjawab kepada direktur.
- (3) Susunan organisasi komite medis terdiri dari : Ketua, sekretaris, dan beberapa sub komite.
- (4) Untuk membantu pelaksanaan tugasnya komite medis dapat membentuk

- (5) Sub komite ditetapkan oleh direktur atas usul dari ketua komite medis.
- (6) Struktur organisasi sub komite
  - a. Susunan sub komite minimal terdiri dari ketua merangkap anggota, dan anggota.
  - b. Ketua sub komite dapat salah seorang ketua, dan anggota komite medis.

#### Pasal 78

- (1) Ketua komite medis diangkat dan ditetapkan oleh direktur dari dokter di RSUD dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
- (2) Sekretaris komite medis dipilih dan ditetapkan oleh ketua komite medis dari dokter di RSUD dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
- (3) Ketua dan sekretaris komite medis merangkap sebagai anggota komite medis dan dapat menjadi ketua salah satu sub komite.

#### Bagian Kedua Tugas, Fungsi dan Kewenangan

#### Pasal 79

- (1) Komite medis mempunyai tugas :
  - a. membantu direktur menyusun standar pelayanan medis dan memantau pelaksanaannya;
  - b. melaksanakan pembinaan Etika profesi, disiplin profesi dan mutu profesi;
  - c. mengatur kewenangan profesi;
  - d. membantu direktur menyusun medical staf by laws dan memantau pelaksanaannya;
  - e. membantu direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait dengan medis legal;
  - f. membantu direktur menyusun kebijakan dan prosedur yang terkait Etika legal;
  - g. melakukan koordinasi dengan kepala bidang pelayanan medis memantau dan membina pelaksanaan tugas staf medis;
  - h. meningkatkan program pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan dalam bidang medis;
  - i. melakukan monitoring dan evaluasi kasus bedah, penggunaan obat farmasi dan terapi, ketepatan/kelengkapan/keakuratan rekam medis, tissue review, mortalitas dan morbiditas, medical carereview/peer review/audit medis melalui pembentukan subkomite;
  - j. membuat dan memberikan laporan berkala kepada direktur.
- (2) Fungsi komite medis adalah :
  - a. memberikan saran dalam bidang medis kepada direktur atau kepala bidang pelayanan medis;

- c. menangani hal-hal yang berkaitan dengan Etika kedokteran;
- d. menyusun kebijakan pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua staf medis.

(3) Wewenang Komite medis adalah :

- a. mengusulkan rencana kebutuhan dan peningkatan kualitas tenaga medis kepada direktur;
- b. memberikan pertimbangan rencana pemeliharaan, pengadaan peralatan dan penggunaan alat kesehatan serta pengembangan pelayanan medis kepada direktur;
- c. monitoring dan evaluasi mutu pelayanan medis;
- d. monitoring dan evaluasi efisiensi dan efektifitas penggunaan alat kedokteran;
- e. memantau dan mengevaluasi penggunaan obat;
- f. melaksanakan pembinaan Etika profesi serta mengatur kewenangan profesi;
- g. membentuk tim klinis yang bertugas menangani kasus pelayanan medis yang memerlukan koordinasi lintas profesi seperti penanggulangan kanker terpadu, pelayanan jantung terpadu dan pelayanan terpadu lainnya;
- h. memberikan rekomendasi kepada direktur tentang kerjasama antara RSUD dengan rumah sakit lain dan anatara RSUD Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja dengan fakultas kedokteran/kedokteran gigi/institusi pendidikan lain;
- i. menetapkan tugas dan kewajiban sub komite termasuk pertanggungjawabannya terhadap pelaksanaan suatu program.

Bagian Ketiga  
Panitia Adhoc

Pasal 80

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medis dapat dibantu oleh Panitia adhoc.
- (2) Komite medis bersama direktur rumah sakit membentuk panitia *adhoc* yang terdiri dari Mitra bestari untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan ketua komite medis.
- (4) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.

Bagian Keempat  
Rapat Komite

Pasal 81

- (1) Rapat komite medis terdiri dari :
  - a. rapat antar pengurus komite medis dilaksanakan minimal sekali sebulan;
  - b. rapat komite dengan semua dokter dilaksanakan minimal sekali sebulan;
  - c. rapat komite dengan direktur dan / atau kepala bidang pelayanan medis dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali;
  - d. rapat darurat diselenggarakan untuk membahas masalah mendesak sesuai kebutuhan.
- (2) Quorum rapat adalah setengah ditambah satu dari jumlah anggota komite medis.
- (3) Setiap rapat wajib dibuatkan notulen oleh sekretaris komite medis atau peserta rapat yang ditunjuk menjadi sekretaris.
- (4) Notulen rapat ditandatangani oleh pimpinan rapat dan sekretaris.

BAB X  
PENGORGANISAAAN SUB KOMITE

Bagian Kesatu  
Sub Komite Kredensial

Pasal 82

- (1) Struktur organisasi Sub komite kredensial ditetapkan oleh direktur rumah sakit atas usul ketua komite medis setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno komite medic.
- (2) Sub komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam melaksanakan kegiatannya sub komite menyusun kebijakan program dan prosedur.

Pasal 83

Tugas pokok dan fungsi sub komite kredensial adalah :

1. membantu direktur rumah sakit dalam melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.
2. melaksanakan kegiatan khusus yang diberikan direktur melalui ketua, dalam pelaksanaannya dapat membentuk suatu tim kerja

3. mempertanggungjawabkan hasil pekerjaannya kepada direktur melalui ketua komite medis
4. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh ketua.

Bagian Kedua  
Sub Komite Mutu Profesi

Pasal 84

- (1) Struktur organisasi Sub komite mutu profesi ditetapkan oleh direktur rumah sakit atas usul ketua komite medis setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno komite medic.
- (2) Sub komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam melaksanakan kegiatannya sub komite menyusun kebijakan program dan prosedur.

Pasal 85

Tugas pokok dan fungsi sub komite Mutu profesi adalah :

1. membantui direktur rumah sakit dalam menjaga mutu profesi medis, dalam rangka memberikan perlindungan kepada pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, professional.
2. melaksanakan kegiatan khusus yang diberikan direktur melalui ketua, dalam pelaksanaannya dapat membentuk suatu tim kerja
3. mempertanggungjawabkan hasil pekerjaannya kepada direktur melalui ketua komite medis; dan
4. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh ketua.

Bagian Ketiga  
Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 86

- (1) Struktur organisasi Sub komite etika dan disiplin profesi ditetapkan oleh direktur rumah sakit atas usul ketua komite medis setelah mendapat kesepakatan dalam rapat pleno komite medic.
- (2) Sub komite mempunyai masa kerja 3 (tiga) tahun.
- (3) Dalam melaksanakan kegiatannya sub komite menyusun kebijakan program dan prosedur.

Pasal 87

Tugas pokok dan fungsi sub komite Etika dan Disiplin Profesi adalah :

1. membantui direktur rumah sakit dalam memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis rumah sakit, dalam rangka melindungi

pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan asuhan klinik;

2. melaksanakan kegiatan khusus yang diberikan direktur melalui ketua, dalam pelaksanaannya dapat membentuk suatu tim kerja;
3. mempertanggungjawabkan hasil pekerjaannya kepada direktur melalui ketua komite medis; dan
4. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh ketua.

## BAB XI KETENTUAN PERUBAHAN

### Bagian Kesatu Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital. By Laws*)

#### Pasal 88

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital by laws*) dapat dilakukan perubahan.
- (2) Perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan dengan peraturan Bupati.

### Bagian Kedua Tata Cara perubahan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*)

#### Pasal 89

- (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) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun oleh panitia yang ditetapkan dengan keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja.
- (4) Perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya; atau
- (5) Hasil penyusunan perubahan peraturan internal rumah sakit (*Hospital by laws*) diusulkan oleh direktur untuk ditetapkan menjadi peraturan Bupati.

BAB XII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 90

Dengan berlakunya Peraturan Bupati ini, maka Peraturan Bupati Ogan Komering Ulu Nomor 41 tahun 2016 tentang Peraturan Internal Rumah sakit Umum Daerah Dr. H. Ibnu Sutowo Baturaja (*Hospital by laws*), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 91

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Baturaja  
pada tanggal 7 November 2017

BUPATI OGAN KOMERING ULU,

  
KURYANA AZIS

Diundangkan di Baturaja  
pada tanggal, 7 November 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN  
OGAN KOMERING ULU,

  
MARWAN SOBRIE

BERITA DAERAH KABUPATEN OGAN KOMERING ULU  
TAHUN 2017 NOMOR 38 .