



**BUPATI OGAN ILIR  
PROVINSI SUMATERA SELATAN**

**PERATURAN BUPATI OGAN ILIR  
NOMOR 58 TAHUN 2017  
TENTANG**

**PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN OGAN ILIR  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
BUPATI OGAN ILIR,**

- 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, dari itu perlu adanya antisipasi dengan kejelasan tentang peran dan fungsi dari masing-masing pihak yang berkepentingan dalam pengelolaan rumah sakit;
- b. bahwa untuk mengatur hubungan, hak dan kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dari pemilik rumah sakit atau yang mewakili, pengelola rumah sakit dan staf medis fungsional perlu dibuatkan Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai acuan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir.

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 37 Tahun 2003 tentang

- Pembentukan Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur, Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan Dan Kabupaten Ogan Ilir Di Provinsi Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4347);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang RumahSakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  5. 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 Nomor 5679);
  6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang TenagaKesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
  7. 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);
8. 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);
  9. 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 4502);
  10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159.b/1988 tentang Rumah Sakit;
  11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
  12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
  13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
  14. Peraturan Daerah Kabupaten Ogan Ilir Nomor 13 Tahun 2012 Tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir;
  15. Peraturan Bupati Ogan Ilir Nomor 27 Tahun 2015 Tentang Uraian Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir;
  16. Keputusan Bupati Kabupaten Ogan Ilir Nomor 87/KEP/DINKES/2011 Tentang Izin Mendirikan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir
  17. Keputusan Bupati Ogan Ilir Nomor 155/KEP/KES/2013 Tentang Izin Operasional Sementara Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir;
  18. Keputusan Bupati Ogan Ilir Nomor

150/KEP/DINKES/2015 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir;

19. Keputusan Bupati Ogan Ilir Nomor 414/KEP/DINKES/2015 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir.

**MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN OGAN ILIR.**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Kabupaten adalah Kabupaten Ogan Ilir ;
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta perangkat Daerah dan unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah;
3. Bupati adalah Bupati Kabupaten Ogan Ilir ;
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten yang selanjutnya disebut RumahSakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir ;
5. Peraturan Internal (Hospital Bylaws) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis ;
6. 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 ;
7. Peraturan internal staf medis (medical staff bylaws) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (clinical governance) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit ;
8. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Ogan Ilir ;
9. Dewan Pengawas adalah Dewan yang mewakili Pemilik, terdiri dari Ketua dan Anggota yang bertugas melakukan Pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola dan memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola

dalam menjalankan kegiatan pengelolaan Rumah Sakit ;

10. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir oleh Bupati;
11. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesimedis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis;
12. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi ;
13. Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah komite yang berfungsi sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
14. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah komite yang bertujuan untuk menurunkan atau mengendalikan infeksi nosocomial atau HAIS (healthcare associated infection).
15. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir;
16. Tim Pelaksana Fungsional adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pekerjaan atau kegiatan yang cocok kepada masing-masing staf medis dan menjaga agar kegiatan itu dilaksanakan dengan keselarasan yang semestinya di antara para anggota itu sendiri.
17. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
18. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali;
19. Rapat Khusus Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas di luar

jadwal rapat rutin untuk mengambil keputusan hal-hal yang dianggap khusus;

20. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir;
21. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir ;
22. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir, yaitu dokter dan/atau dokter spesialis yang diundang/ditunjuk karena kompetensinya untuk melakukan atau memberikan pelayanan medis dan tindakan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu;
23. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorer adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorer di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu;
24. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir;
25. Sub Komite adalah kelompok kerja yang dibentuk oleh Komite Medik, yang bertugas untuk mengatasi masalah khusus, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir atas usul Komite Medik;
26. 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*).
27. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.

28. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
29. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
30. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
31. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
32. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, di mana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.

## **BAB II**

### **Nama, Visi Dan Misi, Nilai, Motto, Tujuan dan Strategi**

#### **Pasal 2**

- (1) Nama  
Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir, milik Pemerintah Kabupaten Ogan Ilir.
- (2) Visi dan Misi
  - a. Visi  
Visi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir adalah: Menjadi Rumah Sakit Rujukan Regional di Sumatera Selatan.
  - b. Misi  
Misi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir adalah:
    1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang cepat, ramah dan professional
    2. Mengembangkan sumber daya manusia Rumah sakit yang professional, penuh pengabdian dan berorientasi

kepada konsumen

3. Mengembangkan sarana dan prasarana yang unggul untuk meningkatkan daya saing Rumah Sakit
4. Melaksanakan tata kelola Rumah Sakit yang efektif dan efisien, transparan dan akuntabel

#### Misi I

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna yang cepat, ramah dan professional

#### Tujuan :

1. Meningkatkan pelayanan medik umum
2. Meningkatkan pelayanan gawat darurat
3. Meningkatkan pelayanan medik spesialis dasar
4. Meningkatkan pelayanan ICU
5. Meningkatkan pelayanan medik spesialis penunjang
6. Meningkatkan pelayanan patologi klinik
7. Meningkatkan pelayanan penunjang klinik
8. Meningkatkan pelayanan penunjang non klinik

#### Misi II

Mengembangkan sumber daya manusia Rumah sakit yang professional, penuh pengabdian dan berorientasi kepada konsumen

#### Tujuan :

1. Meningkatkan intensitas pendidikan dan pelatihan
2. Meningkatkan Manajemen SDM
3. Meningkatkan efektifitas kerja pegawai

#### Misi III

Mengembangkan sarana dan prasarana yang unggul untuk meningkatkan daya saing Rumah Sakit

#### Tujuan

1. Meningkatkan ketersediaan alat kesehatan
2. Meningkatkan ketersediaan peralatan dan perlengkapan kantor
3. Pengadaan kendaraan operasional rumah sakit
4. Pembangunan gedung rumah sakit
5. Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana

#### Misi IV

Melaksanakan tata kelola Rumah Sakit yang efektif dan



efisien, transparan dan akuntabel

Tujuan

1. Melaksanakan rapat dengan dewan pengawas setiap bulan
2. Mengadakan rapat bulanan seluruh manajemen
3. Menindaklanjuti laporan SPI bersama dengan Dewan Pengawas

(3) Nilai/ Filosofi

a. Nilai - Nilai :

Sikap kerja pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas didasarkan atas nilai-nilai kerjasama, jujur, bertanggungjawab dan tulus ikhlas.

b. Filosofi :

Filosofi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir adalah menjunjung tingkat harkat dan martabat manusia.

(4) Motto

Motto Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir yaitu: Melayani dengan hati

(5) Tujuan

Tujuan Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang didasarkan kepada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme, manfaat, keadilan, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.

(6) Strategi

Strategi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir adalah : Mengoptimalkan potensi Sumber Daya Manusia (SDM) yang didukung oleh *stake holder* serta status sebagai PPK-BLUD untuk memenuhi standar pelayanan yang ditentukan sehingga terwujud pelayanan yang bermutu, prima dan unggul guna mempertahankan dan meningkatkan kepercayaan pelanggan (pasien) yang semakin sadar dan mampu dalam memelihara kesehatan.

(7) Program

- a. Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit;
- b. Mengoptimalkan standar sarana dan prasarana rumah sakit;
- c. Mengoptimalkan pemasaran rumah sakit;

- d. Meningkatkan mutu pengelolaan keuangan; dan
- e. Meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM Rumah sakit.

### Pasal 3

#### Sejarah Pendirian, Kelas, Alamat dan Logo

- (1) Pembangunan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Ogan Ilir dimulai tahun 2008. Adapun gedung yang pertama kali didirikan adalah gedung administrasi dengan menggunakan dana APBN yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Kemudian pada tahun 2011 berdasarkan Keputusan Bupati Ogan Ilir Nomor 87 / KEP / DINKES / 2011 tentang Izin Mendirikan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir tanggal 31 Januari 2011, maka telah didirikan beberapa bangunan rumah sakit dan sampai akhir tahun 2013 telah ada 10 bangunan yang didirikan.
- (2) RSUD Kabupaten Ogan Ilir telah teregistrasi di Kementerian Kesehatan sejak tanggal 15 Mei 2013 pukul 16:58 WIB dan juga telah mendapatkan rekomendasi penetapan kelas sebagai Rumah Sakit Tipe D. Adapun rekomendasi ini didapatkan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan sesuai dengan Surat Kepala Dinas kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Nomor 445 / 2783 / KES / XI / 2014 tentang Rekomendasi Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir yang didasarkan pada Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ogan Ilir Nomor 440 / 408 / I / Kes / 2014 tentang Rekomendasi Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Ogan Ilir dan pada tanggal 13 Mei 2015 Rumah Sakit Umum Daerah kabupaten Ogan Ilir mendapatkan penetapan sebagai Rumah Sakit Tipe D berdasarkan Keputusan Bupati Ogan Ilir Nomor : 150 / KEP / DINKES / 2015 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir yang berlaku mulai 13 Mei 2015
- (3) Alamat  
Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir beralamat di Komplek Perkantoran Terpadu Tanjung Senai Desa Sejaro Sakti Kecamatan Indralaya Kabupaten Ogan Ilir Provinsi Sumatera Selatan

### **BAB III**

#### **Bagian I**

#### **KEDUDUKAN RUMAH SAKIT**

##### **Pasal 4**

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dan merupakan unsur pendukung atas tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

##### **Pasal 5**

Rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 merupakan Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara maksimal.

#### **Bagian II**

#### **TUGAS DAN FUNGSI RUMAH SAKIT**

##### **Pasal 6**

(1) **Tugas:**

Tugas pokok Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

(2) **Fungsi :**

Fungsi Rumah Sakit dalam menunaikan tugas sebagaimana dimaksud diatas yaitu:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
- b. Pelayanan penunjang dalam menyelenggarakan pemerintah daerah di bidang pelayanan kesehatan;
- c. Penyusunan rencana dan program, monitoring, evaluasi dan pelaporan dibidang pelayanan kesehatan;
- d. Pelayanan medis;
- e. Pelayanan penunjang medis dan non medis;
- f. Pelayanan keperawatan;
- g. Pelayanan rujukan;
- h. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
- i. Pengelolaan keuangan dan akuntansi; dan

- j. Pengelolaan urusan kepegawaian, hukum, hubungan masyarakat, organisasi dan tatalaksana, serta rumah tangga, perlengkapan dan umum.

### **Bagian III**

## **KEWENANGAN DAN TANGGUNG JAWAB**

### **PEMERINTAH DAERAH**

#### **Pasal 7**

##### **Kewenangan Pemerintah Daerah**

- (1) Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Hospital Bylaws dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit beserta perubahannya;
- (2) Mengangkat dan menetapkan Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku;
- (3) Memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
- (4) Mengesahkan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang disetujui oleh Dewan Pengawas; dan
- (5) Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

#### **Pasal 8**

##### **Tanggung Jawab Pemerintah Daerah**

- (1) Pemerintah bertanggung jawab menutupi defisit anggaran rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen;
- (2) Pemerintah bertanggung gugat atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan rumah sakit;

## **BAB IV**

### **STRUKTUR ORGANISASI**

#### **Pasal 9**

Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir sesuai dengan Lampiran Peraturan Daerah Kabupaten Ogan Ilir Nomor 13 Tahun 2012 Tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah

Sakit Umum Daerah Kabupaten Ogan Ilir.

1. Dewan Pengawas
2. Direktur
3. Bidang
4. Bagian
5. Seksi
6. Kasubag
7. SPI
8. Komite-komite
9. Staf Medik Fungsional
10. Instalasi-Instalasi

**BAB V**

**Bagian Pertama**

**DEWAN PENGAWAS**

Pasal 10

- (1) Dewan pengawas merupakan unit non-struktural yang bersifat independen, dibentuk dan bertanggung jawab kepada Pemilik
- (2) Dewan Pengawas Rumah Sakit dibentuk dengan Keputusan Bupati atas usulan Direktur.
- (3) Dewan Pengawas berfungsi sebagai *governing body* Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non-teknis perumahsakitian secara internal di Rumah Sakit.

Pasal 11

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :
  - 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;
  - h. mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan rumah sakit;
  - i. memberikan laporan kepada Bupati apabila terdapat gejala menurunnya kinerja rumah sakit;

- j. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola rumah sakit dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit; dan
  - k. memberikan masukan, saran atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja BLUD kepada Pejabat Pengelola BLUD.
- (2) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati.

#### Pasal 12

Dalam melaksanakan tugasnya, Dewan Pengawas mempunyai kewenangan 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 Pemeriksaan 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*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- d. meminta penjelasan dari komite atau unit non-struktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*);
- e. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*) atau Dokumen Pola Tata Kelola (*corporate governance*), untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
- f. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

## **Bagian Kedua**

### **Keanggotaan Dewan Pengawas**

#### **Pasal 13**

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas RSUD Kabupaten Ogan Ilir sebanyak 5 (lima) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua dan 4 (empat) orang anggota;
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas rumah sakit dapat terdiri dari unsur-unsur :
  - a. Unsur-unsur pejabat Perangkat Daerah;
  - b. Unsur-unsur Pejabat Pengelola Keuangan Daerah;
  - c. Tenaga ahli/ tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit;
  - d. Asosiasi perumahsakit; dan
  - e. Organisasi profesi.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya Dewan Pengawas dapat membentuk komite audit atau Tim *Ad-hoc*.

## **Bagian Ketiga**

### **Pembentukan, Pemberhentian dan Penggantian**

#### **Pasal 14**

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Pejabat Pengelola.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali dalam jabatan yang sama untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya;

#### **Pasal 15**

Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah:

- a. Berkewarganegaraan Indonesia;
- b. Memiliki dedikasi, memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan Rumah Sakit dan dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
- c. Mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota Pengelola, Komisaris atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit, atau orang yang tidak pernah dihukum karena melakukan

tindak pidana yang merugikan negara.

Pasal 16

- (1) Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum habis masa jabatannya, apabila berdasarkan kenyataan anggota tersebut:
  - a. Tidak melaksanakan tugasnya dengan baik;
  - b. Tidak melaksanakan ketentuan Perundang-Undangan dan/atau ketentuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) rumah sakit;
  - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan Pidana kejahatan dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan Rumah Sakit; atau
  - e. Berhalangan tetap.
- (2) Apabila terdapat anggota Dewan Pengawas yang diberhentikan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dapat dilakukan penggantian anggota Dewan Pengawas dengan tetap memenuhi persyaratan untuk menjadi Dewan Pengawas.
- (3) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas pengganti ditetapkan selama sisa masa jabatan anggota Dewan Pengawas yang diganti.

Pasal 17

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit dapat mengangkat dan memberhentikan seorang Sekretaris Dewan Pengawas dengan berkoordinasi dengan Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas :
  - a. Mempersiapkan jadwal pertemuan;
  - b. Bertanggung jawab terhadap pengelolaan administrasi kegiatan Dewan Pengawas;
  - c. Mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
  - d. Membuat notulen;
  - e. Menyebarkan risalah rapat; dan
  - f. Menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.



#### Pasal 18

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

#### **Bagian Keempat**

#### **Rapat Dewan Pengawas**

#### Pasal 19

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pengawasan dan memberikan nasehat kepada pengelola rumah sakit.
- (2) Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :
  - a. Rapat Rutin;
  - b. Rapat Tahunan;
  - c. Rapat Khusus.

#### Pasal 20

- (1) Rapat rutin sebagaimana dimaksud Pasal 19 ayat (2) huruf 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 Rumah Sakit dan Komite-komite serta struktur lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau solusi alternatif berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (3) Rapat rutin diadakan pada waktu dan tempat yang ditetapkan bersama oleh Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas.
- (4) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola, Komite-komite dan pihak lain yang dianggap perlu untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 3 (tiga) hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.
- (5) Setiap undangan rapat yang disampaikan Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (4) harus melampirkan:
  - a. 1 (satu) salinan agenda;
  - b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin yang lalu;

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

#### Pasal 21

- (1) Rapat tahunan sebagaimana dimaksud Pasal-Pasal 19 ayat (2) huruf b adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk membahas kebijakan tahunan operasional rumah sakit;
- (2) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit termasuk laporan keuangan yang telah diaudit kepada Bupati.

#### Pasal 22

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud Pasal 19 ayat (2) huruf c adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun 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 satu orang anggota Dewan Pengawas.
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh Dewan Pengawas sebagaimana diatur dalam ayat (2) butir b diatas, harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

#### Pasal 23

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

#### Pasal 24

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

#### Pasal 25

- (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 26

- (1) Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri paling sedikit  $\frac{2}{3}$  dari seluruh anggota Dewan Pengawas.
- (3) Bila Kuorum tidak tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan untuk dilanjutkan pada suatu tempat, hari dan jam yang sama minggu berikutnya.
- (4) Bila Kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.

#### Pasal 27

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

#### Pasal 28

- (1) Pemungutan suara dilakukan bilamana tidak diperoleh kesepakatan tentang suatumasalah yang harus diputuskan diantara anggota Dewan Pengawas;
- (2) Masalah yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan, atau bila dikehendaki para anggota Dewan Pengawas pemungutan suara dapat dilakukan dengan amplop tertutup;
- (3) Putusan rapat Dewan Pengawas ditentukan oleh suara terbanyak setelah dilakukan pemungutan suara.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.

## **BAB VI**

### **PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT**

#### **Bagian Pertama**

#### **Pengelolaan, Pengangkatan dan Pemberhentian**

##### **Pasal 29**

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilakukan oleh 1 (satu) orang Direktur dan 1 (satu) orang Kepala Bagian Tata Usaha serta 3 (tiga) orang Kepala Bidang yaitu Kepala Bidang Perencanaan, Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Perawatan, Kepala Bidang Penunjang Medik dan non Medik.
- (2) Pengelola Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan rumah sakit.
- (3) Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab Pengelola Rumah Sakit ditentukan oleh Bupati dan diperinci dalam suatu uraian tugas secara tertulis dalam Struktur Organisasi dan TataLaksana Rumah Sakit.

##### **Pasal 30**

- (1) Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Evaluasi kinerja pengelola rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.

#### **Bagian Kedua**

#### **Persyaratan Direktur, Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang**

##### **Pasal 31**

- (1) Untuk dapat diangkat menjadi Direktur wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
  - a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakitian;
  - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
  - c. mampu melaksanakan perbuatan hukum;

- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
  - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (2) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bagian Tata Usaha wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian umum, keuangan dan/atau akuntansi;
  - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan umum dan usaha guna kemandirian keuangan;
  - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan umum dan administrasi dan Keuangan;
  - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
  - e. berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil; dan
  - g. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (3) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Perencanaan, memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. seorang tenaga yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian pendidikan dan latihan serta perencanaan;
  - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pendidikan dan pengembangan yang profesional serta perencanaan rumah sakit;
  - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pendidikan dan pelatihan serta perencanaan;
  - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
  - e. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
  - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian
- (4) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut :
- a. seorang tenaga medis yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan medis dan keperawatan;
  - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan yang profesional;
  - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan medis dan keperawatan;
  - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;

- d. berstatus Pegawai Negeri Sipil;
  - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian.
- (5) Untuk dapat diangkat menjadi Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, memenuhi persyaratan sebagai berikut:
- a. seorang tenaga yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bagian penunjang medis dan non medis;
  - b. berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - c. mampu melaksanakan koordinasi di lingkup pelayanan penunjang medis dan non medis;
  - d. mampu melaksanakan perbuatan hukum;
  - e. berstatus Pegawai Negeri Sipil; dan
  - f. memenuhi syarat administrasi kepegawaian

### **Bagian Ketiga**

#### **Rapat Pengelola Rumah Sakit**

##### **Pasal 32**

- (1) Rapat Pengelola Rumah Sakit adalah rapat yang diselenggarakan antara Direksi dan jajaran manajemen untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Pengelola Rumah Sakit terdiri dari :
  - a. Rapat Rutin; dan
  - b. Rapat Khusus.
- (3) Keputusan Rapat Pengelola Rumah Sakit diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat diserahkan kepada Direktur.
- (5) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Bagian Tata Usaha.

##### **Pasal 33**

- (1) Rapat rutin diselenggarakan 1 (satu) minggu sekali.
- (2) Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.

#### Pasal 34

- (1) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan /atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera.
- (2) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan.

#### Pasal 35

Setiap rapat pengelola rumah sakit selain dihadiri oleh Direksi juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan RSUD Kabupaten Ogan Ilir atau dari luar lingkungan RSUD Kabupaten Ogan Ilir apabila diperlukan.

### **BAB VII**

#### **KOMITE-KOMITE**

#### Pasal 36

- (1) Komite adalah organisasi rumah sakit yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada pimpinan rumah sakit dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.
- (2) Pembentukan komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta Komite PPI
- (3) Komite berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur rumah sakit.
- (4) Komite dipimpin oleh seorang ketua yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur rumah sakit.
- (5) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis komite ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Bupati.
- (6) Tiap-tiap Komite yang terdapat di rumah sakit mempunyai fungsi yang berbeda sesuai dengan fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur rumah sakit.
- (7) Setiap komite akan dijabarkan dalam bagian tersendiri sesuai dengan fungsi dan kewenangannya pada Buku Kesatu Peraturan Internal Korporasi.
- (8) Pengaturan mengenai Komite Medik dan Komite Keperawatan akan diatur secara khusus dalam Bab dan Buku tersendiri.

## **Bagian Kesatu**

### **Komite Medik**

#### Pasal 37

##### Organisasi Komite Medik

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur RSUD;
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekertaris; dan
  - c. Subkomite;
- (3) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku;
- (4) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) disesuaikan dengan jumlah staf medik di rumah sakit;
- (5) Anggota Komite Medik terbagi kedalam Subkomite.

#### Pasal 38

##### Pemilihan Komite Medik

- (1) Ketua Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit;
- (2) Sekretaris Komite Medik dan Ketua-ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf yang bekerja di rumah sakit.

#### Pasal 39

##### Tugas dan Fungsi Komite Medik

- (1) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
  - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSUD Kabupaten Ogan Ilir;
  - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
  - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (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 berkelanjutan;
  - d. wawancara terhadap permohonan 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;
  - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai pelaksanaan audit medis
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran.
  - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin.
  - d. pemberian nasihat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan

#### Pasal 40

Komite Medik berwenang :

- (1) Memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/*delineation clinical privilege*.
- (2) Memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/*clinical appointment*.
- (3) Memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/*clinical privilege*.
- (4) Memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rinci kewenangan klinis/*delineation of clinical privilege*.
- (5) Memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis.
- (6) Memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan.

- (7) Memberikan rekomendasi pendampingan/*proctoring*.
- (8) Memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin,

#### Pasal 41

##### Sub Komite

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Medik dengan memperhatikan masukan dari staf medik yang bekerja di rumah sakit;
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD terdiri dari:
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu;
  - c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

#### SUB KOMITE KREDENSIAL

##### Pasal 42

Untuk memproteksi masyarakat, Komite Medik memiliki peran melakukan penapisan (kredensial/rekredensial) bagi seluruh staf medik di rumah sakit melalui Sub Komite Kredensial.

##### Pasal 43

##### Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
  - a. Ketua;
  - b. Sekertaris;
  - c. Anggota
- (2) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif sesuai prosedur dan terdokumentasi;
- (3) Sub Komite Kredensial melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis dan menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan Direktur Rumah Sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan Kewenangan Klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan;
- (4) Pada akhir proses kredensial, Komite Medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur RSUD Kabupaten Ogan Ilir tentang lingkup Kewenangan Klinis seorang staf medis;
- (5) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya

masa berlaku Surat Penugasan Klinis.

Pasal 44

Tata Kerja Sub Komite Kredensial

- (1) Staf medis mengajukan permohonan Kewenangan Klinis kepada Direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung;
- (2) Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur Rumah Sakit kepada Komite Medik;
- (3) Kajian terhadap formulir daftar rincian Kewenangan Klinis yang telah diisi oleh pemohon;
- (4) Pengkajian oleh Subkomite Kredensial meliputi elemen:
  - a. Kompetensi;
    1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
    2. kognitif;
    3. afektif;
    4. psikomotor;
  - b. kompetensi fisik;
  - c. kompetensi mental/perilaku; dan
  - d. perilaku etis;
- (5) Kewenangan Klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik;
- (6) Daftar rincian Kewenangan Klinis diperoleh dengan cara :
  - a. menyusun daftar Kewenangan Klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis;
  - b. mengkaji Kewenangan Klinis bagi pemohon dengan menggunakan daftar rincian Kewenangan Klinis; dan
  - c. mengkaji ulang daftar rincian Kewenangan Klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik;
- (7) Rekomendasi pemberian Kewenangan Klinis dilakukan oleh Komite Medik berdasarkan masukan dari Sub Komite Kredensial;
- (8) Sub Komite Kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan rekomendasi berupa :

- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
  - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
  - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
  - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
  - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/ dimodifikasi; dan
  - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri;
- (9) Bagi staf medis yang ingin memulihkan Kewenangan Klinis yang dikurangi atau menambah Kewenangan Klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada Komite Medik melalui Direktur Rumah Sakit.
- Selanjutnya, Komite Medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

#### SUB KOMITE PROFESI

##### Pasal 45

Untuk menjaga mutu profesi para staf medis, Komite Medik mempunyai peran melakukan audit medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan staf medis melalui Sub Komite Mutu Profesi.

##### Pasal 46

#### Organisasi Sub Komite Mutu Profesi

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekertaris; dan
- c. Anggota.

##### Pasal 47

#### Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu :
  - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
  - b. sebagai dasar untuk pemberian Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege* sesuai kompetensi yang dimiliki;
  - c. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan

pencabutan atau penangguhan Kewenangan Klinis/*Clinical Privilege*;

d. sebagai dasar bagi Komite Medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis seorang staf medis.

(2) Langkah-langkah pelaksanaan audit medis :

- a. pemilihan topik yang akan dilakukan audit;
- b. penetapan standar dan kriteria;
- c. penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit;
- d. membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan;
- e. melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria;
- f. menerapkan perbaikan;
- g. rencana reaudit.

(3) Subkomite Mutu Profesi dapat merekomendasikan pendidikan berkelanjutan bagi staf medis :

- a. menentukan pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan waktu yang disesuaikan;
- b. pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit maupun kasus langka;
- c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi;
- d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip Sub Komite Mutu Profesi;
- e. sub Komite Mutu Profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh Sub Komite Mutu Profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif;
- f. setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan Sub Komite Mutu Profesi pertahun;
- g. sub Komite Mutu Profesi bersama dengan bagian pendidikan dan penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut

- dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi;
- h. menentukan kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya;
  - i. memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada Manajemen.
- (4) Sub Komite Mutu Profesi dapat memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan :
- a. menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan Kewenangan Klinis;
  - b. komite medik berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

#### SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

##### Pasal 48

Peran Komite Medik dalam upaya pendisiplinan staf medis dilakukan oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

##### Pasal 49

#### Organisasi Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

- a. Ketua;
- b. Sekertaris; dan
- c. Anggota

##### Pasal 50

#### Tata Kerja Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya, Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi memiliki semangat yang berlandaskan :
- a. peraturan internal rumah sakit;
  - b. peraturan internal staf medis;
  - c. etika rumah sakit;
  - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika;
- (2) Tolak ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis yaitu:
- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;

- b. prosedur kinerja pelayanan di rumah sakit;
- c. daftar Kewenangan Klinis di rumah sakit;
- d. kode etik kedokteran Indonesia;
- e. pedoman perilaku profesional kedokteran/buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik;
- f. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- g. pedoman pelayanan medik/klinik;
- h. standar prosedur operasional asuhan medis.

(3) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh Ketua Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi. Panel terdiri dari 3 orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut :

- a. 1 (satu) orang dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
- b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur RSUD Kabupaten Ogan Ilir atau Direktur Rumah Sakit terlapor.

(4) Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional, adalah sebagai berikut:

- a. Sumber laporan:
  - 1. Manajemen rumah sakit;
  - 2. Staf medis lain
  - 3. Tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
  - 4. Pasien atau keluarga pasien.
- b. dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi menyangkut hal-hal antara lain:
  - 1. kompetensi klinis;
  - 2. penatalaksanaan kasus medis;
  - 3. pelanggaran disiplin profesi;
  - 4. penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
  - 5. ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien;

c. pemeriksaan:

1. dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
2. melalui proses pembuktian;
3. dicatat oleh petugas sekretariat Komite Medik;
4. terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
5. panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
6. seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia;

d. Keputusan:

keputusan panel yang dibentuk oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit. Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel,

maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada Direktur RSUD Kabupaten Ogan Ilir melalui Komite Medik.

e. rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi di rumah sakit berupa:

1. peringatan tertulis;
2. limitasi (reduksi) Kewenangan Klinis;
3. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
4. pencabutan Kewenangan Klinis sementara atau selamanya.

f. pelaksanaan keputusan:

keputusan Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada Direktur RSUD Kabupaten Ogan Ilir oleh Ketua Komite Medik sebagai rekomendasi, selanjutnya Direktur Rumah Sakit melakukan eksekusi.



- (5) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit seperti unit pendidikan dan penelitian atau Komite Medik.
- (6) Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

#### Pasal 51

##### Rapat Komite Medik

- (1) Rapat Komite Medik terdiri dari :
  - a. rapat rutin bulanan dilakukan bersama dengan staf medis yang diselenggarakan setiap 1(satu) bulan sekali;
  - b. rapat koordinasi dengan pejabat pengelola Rumah Sakit yang diselenggarakan minimal dalam 3 (tiga) bulan sekali;
  - c. rapat khusus, dilakukan sewaktu-waktu guna membahas yang sifatnya *urgent*; dan
  - d. Rapat tahunan, diselenggarakan sekali setiap tahunan.
- (2) Rapat Rutin dipimpin oleh Ketua Komite Medik atau Sekretaris apabila ketua tidak dapat hadir;
- (3) Rapat Rutin dinyatakan sah apabila dihadiri oleh paling sedikit  $\frac{2}{3}$  (dua per tiga) anggota Komite Medik atau dalam hal kuorum tersebut tidak tercapai maka Rapat dinyatakan sah setelah ditunda dalam batas waktu 15 menit, selanjutnya rapat dianggap kuorum;
- (4) Setiap Rapat khusus dan rapat tahunan wajib dihadiri oleh pejabat pengelola Rumah Sakit dan pihak-pihak lain yang ditentukan oleh Ketua Komite Medik;
- (5) Keputusan rapat komite medik didasarkan atas suara terbanyak;
- (6) Dalam hal jumlah suara yang diperoleh adalah sama maka Ketua berwenang untuk menyelenggarakan pemungutan suara ulang;
- (7) Perhitungan suara hanyalah berasal dari anggota Komite Medik yang hadir;
- (8) Direktur Rumah Sakit dapat mengusulkan perubahan atau pembatalan setiap keputusan yang diambil pada Rapat Rutin,

Rapat Khusus sebelumnya dengan syarat usul tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat;

- (9) Dalam hal usulan perubahan atau pembatalan keputusan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak diterima dalam rapat maka usulan tersebut tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 3 (tiga) bulan terhitung sejak saat ditolaknya usulan tersebut.

#### Pasal 52

##### Rapat Khusus

- (1) Rapat khusus diadakan apabila :
  - a. ada permintaan dan tanda tangan paling sedikit 3 (tiga) anggota staf medis;
  - b. ada keadaan atau situasi tertentu yang sifatnya mendesa untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
  - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/ (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourun tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setela dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komit medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empa jam sebelum rapat dilaksanakan;
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik da rapat tersebut;
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a harus dilakukan 7(tujuh) hari setela diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

#### Pasal 53

##### Rapat Tahunan

- (1) Rapat Tahunan Komite Medik diselenggarakan sekali dalam setahun;
- (2) Rapat Komite Medik wajib menyampaikan undangan tertulis kepada seluruh anggota serta pihak-pihak lain yang perlu diundan paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

**Bagian Kedua**  
**Komite Keperawatan**

Pasal 54

Organisasi Komite Keperawatan

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan;

Pasal 55

Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur RSUD
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
  - a. Ketua;
  - b. Sekertaris; dan
  - c. Sub Komite;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

Pasal 56

Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Kabupaten Ogan Ilir Provinsi Sumatera Selatan;
- (2) Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSUD Kabupaten Ogan Ilir.

Pasal 57

Tugas dan Fungsi Komite Keperawatan

- (1) Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur Rumah Sakit dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembangan profesi berkelanjutan;
- (2) Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
  - a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan;
  - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;

- c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi keperawatan melalui pembelajaran;
- d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan;
- e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
- f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

#### Pasal 58

##### Wewenang Komite Keperawatan

- (1) Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidan Keperawatan;
- (2) Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan prose penempatan tenaga keperawatan berdasarkan tinjauan profesi;
- (3) Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan;
- (4) Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir;
- (5) Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konselin keperawatan.

#### Pasal 59

##### Sub Komite

- (1) Ketua Sub Komite ditetapkan oleh Direktur RSUD berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sub Komite yang ada di RSUD terdiri atas :
  - a. Sub Komite Kredensial;
  - b. Sub Komite Mutu Profesi;
  - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

#### Pasal 60

##### Sub Komite Kredensial

- (1) Sub Komite Kredensial mempunyai tugas ;
  - a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis;
  - b. menyusun buku putih;

- c. menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial;
  - d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
  - e. Sub Komite Mutu Profesi;
  - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun;
  - g. membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc, kepada semua komite keperawatan.

#### Pasal 61

##### Sub Komite Mutu Profesi

- (1) Sub Komite Mutu Profesi mempunyai tugas :
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek;
  - b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
  - c. melakukan audit asuhan keperawatan;
  - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya *team add hoc* kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

#### Pasal 62

##### Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

- (1) Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi mempunyai tugas :
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
  - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
  - c. melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan;
  - d. merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
  - e. merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau

surat penugasan klinis;

- f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam ayat (1), komite keperawatan membentuk *team ad hoc* baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja *team ad hoc* sebagaimana dalam ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

### Pasal 63

#### Rapat

- (1) Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan melalui rapat koordinasi keperawatan.
- (2) Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari: Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang tahunan.
- (3) Rapat Kerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2).
  - a. rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka;
  - b. rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
  - c. sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan;
  - d. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.
- (4) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud pada ayat (2)
  - a. rapat rutin keperawatan dilaksanakan 3 (tiga) bulan sekali diikuti oleh Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Kepala Ruang Keperawatan dan seluruh anggota Komite Keperawatan;
  - b. agenda rapat rutin adalah membahas masalah-masalah Keperawatan;
  - c. rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.
- (5) Rapat Pleno sebagaimana dimaksud pada ayat (2)
  - a. rapat pleno keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila

- dibutuhkan;
- b. rapat pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasi Keperawatan;
  - c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.
- (6) Sidang Tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2)
- a. Sidang tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun;
  - b. sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasi Keperawatan, Panitia-Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan;
  - c. agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu;
  - d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

### **Bagian ketiga**

#### **Komite mutu dan keselamatan pasien**

##### **Pasal 64**

- (1) PMKPRS adalah organisasi non struktural dan independen dibawah direktur serta bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit, yang bertugas agar tujuan pengawasan mutu di Rumah Sakit berjalan dengan baik.
- (2) Tim Pengendalian Mutu & Keselamatan Pasien Rumah Sakit (PMKPRS) dibentuk berdasarkan kaidah organisasi yang miskin struktur dan kaya fungsi dan dapat menyelenggarakan tugas, wewenang dan tanggung jawab secara efektif dan efisien.

##### **Pasal 65**

#### **Keanggotaan**

- (1) PMKPRS terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (2) Anggota dapat terdiri dari:
  - a. Penanggung jawab unit kerja

- b. Dokter
- c. Perawat
- d. Tenaga non medis lain

#### Pasal 66

#### Ketua PMKPRS

Seorang tenaga profesional yang diberi tugas tanggung jawab dan wewenang dalam manajemen mutu, pengelolaan resiko dan keselamatan pasien di rumah sakit.

#### (1) Persyaratan dan Kualifikasi Ketua PMKPRS

- a. Pendidikan Formal: Minimal D3.
- b. Pendidikan Non Formal:  
Memiliki sertifikat Pelatihan Manajemen Mutu dan pelatihan keselamatan pasien Rumah Sakit
- c. Pengalaman Kerja:  
Mempunyai pengalaman kerja sebagai penanggung jawab unit kerja.
- d. Ketrampilan:  
Memiliki kemampuan kepemimpinan, inovatif, komunikasi yang baik dan percaya diri  
Usia:  
Usia antara 35 – 58 tahun
- f. Berbadan sehat jasmani dan rohani

#### (2) Tanggung Jawab:

Bertanggung jawab langsung kepada Direktur

#### (3) Uraian Tugas:

- a. Menyusun, mengevaluasi dan mensosialisasikan kebijakan mutu dan manajemen keselamatan pasien Rumah Sakit.
- b. Menyusun program mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit.
- c. Memimpin, mengkoordinir dan mengevaluasi pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit secara efektif, efisien.
- d. Mengusulkan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit dalam hal mutu Rumah Sakit.



- e. Memberikan konsultasi pada petugas kesehatan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam hal mutu dan keselamatan pasien RS.
  - f. Memimpin pertemuan rutin setiap bulan dengan anggota PMKPRS untuk membahas dan menginformasikan hal-hal penting yang berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit.
  - g. Menghadiri pertemuan manajemen, bila dibutuhkan.
  - h. Membuat laporan kinerja setiap triwulan dan akhir tahun kepada Direktur
- (4) Wewenang:
- a. Membuat usulan-usulan yang diperlukan kepada Direktur.
  - b. Membuat prosedur yang berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit.
- (5) Hasil Kerja
- a. Usulan perencanaan ketenagaan & fasilitas yang berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit.
  - b. Usulan yang berkaitan dengan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit

#### Pasal 67

#### Sekretaris PMKPRS

- (1) Tujuan
- a. Untuk membantu ketua menyiapkan dan mengatur tugas Tim agar dapat diselenggarakan dengan baik.
  - b. Untuk menunjang kelancaran administrasi Tim.
- (2) Persyaratan dan Kualifikasi
- a. Ketrampilan:  
Memiliki kemampuan operasional komputer, administrasi dan komunikasi yang baik.
  - b. Pendidikan formal Minimal SMA
  - c. Usia:  
Usia antara 25 – 58 tahun
  - d. Berbadan sehat jasmani dan rohani
- (3) Tanggung Jawab:
- Membantu Ketua Tim dalam menyusun laporan secara berkala dan surat menyurat.

(4) Uraian Tugas:

- a. Menyelenggarakan kegiatan kesekretariatan Tim agar proses berjalan lancar.
- b. Mengelola kearsipan dan surat menyurat Tim
- c. Membuat laporan kegiatan Tim.
- d. Membuat notulen setiap rapat Tim.
- e. Memproduksi surat, undangan, konsep-konsep standar, Protap, pedoman dan lain-lain sehubungan dengan kegiatan Tim.
- f. Menginformasikan hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Tim sepengetahuan Ketua kepada seluruh anggota dan berkolaborasi dengan Tim lainnya.
- g. Mengkompilasi dan mengolah data yang berhubungan dengan mutu untuk menjadi bahan pelaporan.

Pasal 68

Anggota Bidang Peningkatan Mutu

(1) Pengertian :

Seorang tenaga profesional yang diberi tugas tanggung jawab dan wewenang dalam manajemen mutu di rumah sakit.

(2) Persyaratan dan Kualifikasi

- a. Pendidikan Formal: Minimal D3.
- b. Pendidikan Non Formal: Memiliki sertifikat Pelatihan Manajemen Mutu Rumah Sakit
- c. Pengalaman Kerja: Mempunyai pengalaman kerja minimal 1 tahun di rumah sakit
- d. Ketrampilan: Memiliki kemampuan profesional, inovatif, komunikasi yang baik dan percaya diri
- e. Usia: Usia antara 20 – 58 tahun
- f. Berbadan sehat jasmani dan rohani

(3) Tanggung Jawab:

Bertanggung jawab langsung kepada Kepala PMKPRS

(4) Uraian Tugas:

- a. Berpartisipasi pada program mutu
- b. Menyusun prosedur terkait dengan program mutu rumah sakit;
- c. Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi)

- tentang terapan (implementasi) program mutu Rumah Sakit;
- d. Bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal mutu rumah sakit;
  - e. Memberikan masukan kepada Ketua PMKPRS dalam rangka pengambilan kebijakan mutu Rumah Sakit;
  - f. Menghadiri pertemuan PMKPRS.
  - g. Membantu membuat laporan mengenai mutu
  - h. Membuat usulan-usulan yang diperlukan kepada manajemen yang berkaitan dengan peningkatan mutu.

#### **Bagian Keempat**

#### **Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

##### **Pasal 69**

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disebut Komite PPI adalah wadah non-struktural pada RSUD Kabupaten Ogan Ilir yang berperanan dalam pencegahan penyebaran mikroba resisten.
- (2) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengurangi risiko penularan atau transmisi infeksi di antara pasien, staf, profesional kesehatan, pekerja kontrak, relawan, mahasiswa, dan pengunjung.
- (3) Komite PPI bertugas:
  - a. membuat dan mengevaluasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - b. melaksanakan sosialisasi kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi agar dapat dipahami dan dilaksanakan oleh petugas kesehatan rumah sakit;
  - c. menyusun program pendidikan dan/atau pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi rumah sakit;
  - d. melakukan surveilans kasus infeksi di rumah sakit;
  - e. melakukan pertemuan berkala untuk melakukan evaluasi terhadap kebijakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
  - f. bekerjasama dengan tim Kesehatan dan keselamatan kerja dalam menyusun kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3);
  - g. berpartisipasi dalam penyusunan kebijakan tata kelola klinis

- (clinical governance) dan keselamatan pasien;
- h. melakukan cohorting/isolasi bagi pasien infeksi;
  - i. menyusun pedoman penanganan kejadian luar untuk kasus infeksi;
  - j. melaporkan hasil kerja Komite PPI kepada Direktur.
- (4) Masa jabatan Ketua dan anggota komite PPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.

#### Pasal 70

- (1) Ketua dan Anggota komite PPI dapat diberhentikan sebelum berakhir masa jabatannya apabila berdasarkan kenyataannya ketua dan anggota komite PPI:
- a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
  - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
  - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
  - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; atau
  - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (2) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada Bupati dan anggota yang diberhentikan.

### **BAB VIII**

#### **PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS ( *MEDICAL STAFF BYLAWS* )**

#### Pasal 71

Peraturan Internal Staf Medis (*medical staff bylaws*) bertujuan: agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi; dan untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik. Putusan itu dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis dirumah sakit.

**BAB IX**  
**STAF MEDIK**  
**Bagian Pertama**

**Umum**

Pasal 72

- (1) Staf Medik dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran dilingkungan rumah sakit bertanggung jawab profesi secara mandiri dan bertanggung gugat secara proporsional.
- (2) Untuk menjadi Staf Medik harus memenuhi persyaratan: Mempunyai Ijasah dari fakultas kedokteran/kedokteran gigi yang diakui pemerintah;
  - a. Mempunyai surat tanda registrasi (STR);
  - b. Mempunyai surat penugasan bagi pegawai negeri sipil;
  - c. Memiliki Surat Ijin Praktek (SIP) di RSUD Kabupaten Ogan Ilir;
  - d. Telah melalui proses kredensial yang dilakukan oleh komite medik;
  - e. Memiliki surat penugasan klinis dari Direktur rumah sakit;
  - f. Mengikuti program pengenalan tugas/program orientasi bagi staf medik fungsional baru;
  - g. Mengikuti ketentuan kepegawaian di rumah sakit.

**Bagian Kedua**

**Pembinaan dan Pengawasan Staf Medis**

Pasal 73

- (1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap staf medis yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Bidang Pelayanan dan dan/atau Komite Medik.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap staf medis meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan dilakukan oleh Bidang Pelayanan dan Asuhan Keperawatan.

Pasal 74

Tata cara pembinaan, pengawasan, pemeriksaan dan penjatuhan sanksi

terhadap staf medis ditetapkan oleh Direktur.

**Bagian Ketiga**  
**Kelompok Staf Medik**

Pasal 75

- (1) Staf Medik adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
- (2) Setiap Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikelompokkan ke dalam Kelompok Staf Medik sesuai dengan profesi dan keahliannya.
- (3) Kelompok Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) beranggotakan paling sedikit 2 (dua) orang Staf Medis.
- (4) Dalam hal tidak terdapat Staf Medik dengan profesi dan keahlian yang sama, dapat dilakukan penggabungan Staf Medik dengan profesi dan keahlian yang berbeda dalam satu Kelompok Staf Medik.
- (5) Kelompok Staf Medik terdiri dari:
  - a. KSM Penyakit Dalam
  - b. KSM Anak
  - c. KSM Obstetri dan Ginekologi
  - d. KSM Bedah
  - e. KSM Patologi Klinik
  - f. KSM Anastesi
  - g. KSM Neurologi
  - h. KSM Penunjang (Mata, Radiologi, THT, Kulit dan kelamin, Jiwa, Gizi Klinik)
  - i. KSM Dokter Umum
  - j. KSM Dokter Gigi

Pasal 76

- (1) Kelompok Staf Medis dipimpin oleh Ketua KSM.
- (2) Pengangkatan dan pemberhentian Ketua KSM dilakukan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun dengan mempertimbangkan masukan atau usulan dari anggota Kelompok Staf Medis.
- (3) Ketua KSM bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan.
- (4) Tugas Ketua KSM adalah mengkoordinasikan semua kegiatan

anggota kelompok staf medik, menyusun uraian tugas, wewenang dan tata kerja anggota kelompok staf medik.

**Bagian Empat**  
**Kewajiban dan Kewenangan**

Pasal 77

Kelompok Staf Medik mempunyai kewajiban:

- (1) menyusun Standar Prosedur Operasional Pelayanan Medik bidang keilmuan yang terdiri dari Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional di bawah koordinasi Komite Medik;
- (2) menyusun pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, rawat intensif, tugas di kamar operasi, pengaturan visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus (kasus kematian, kasus langka, kasus sulit, kasus penyakit tertentu), prosedur konsultasi dan lain-lain di bawah koordinasi Direktur Pelayanan;
- (3) menyusun indikator kinerja mutu klinis/mutu pelayanan medik yang meliputi indikator output atau outcome;
- (4) memberikan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan program pelayanan.

Pasal 78

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Kelompok Staf Medik berwenang untuk:

- a. memberikan rekomendasi tentang penempatan anggota Staf Medik baru dan penempatan ulang anggota Staf Medik kepada Direktur setelah anggota Staf Medik tersebut melalui proses kredensial/rekredensial oleh Komite Medik;
- b. melakukan evaluasi kinerja anggota Staf Medik di dalam kelompoknya;
- c. melakukan evaluasi dan mengusulkan revisi terhadap Standar Pelayanan Medik dan Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Medik.

**Bagian Kelima**

**Mitra Bestari**

Pasal 79

- (1) Mitra Bestari (*Peer Group*) merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk

menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis;

- (2) Staf medis dalam mitra bestari sebagaimana dimaksud ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau fakultas kedokteran;
- (3) Direktur dapat membentuk panitia *Ad hoc* yang terdiri dari Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit berdasarkan permohonan Komite Medik.

### **Bagian Keenam**

#### **Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)**

##### **Pasal 80**

- (1) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan merupakan staf medis yang diberikan tugas khusus sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit.
- (2) Syarat DPJP adalah dokter purna waktu atau dokter paruh waktu yang di usulkan oleh KSM terkait dan ditetapkan oleh Direktur.

##### **Pasal 81**

- (1) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (2) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah staf medis yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (3) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah staf medis yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.

##### **Pasal 82**

- (1) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien paling lambat 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dengan memperhatikan kendali mutu dan kendali biaya.
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan bertugas:
  - a. Melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien



- pemeriksaan fisik, diagnosa penyakit dan pemberian terapi dan melakukan evaluasi keberhasilan terapi;
- b. Memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada tim pelayanan;
  - c. Melakukan presentasi kasus medis dihadapan Komite Medis apabila diperlukan;
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan oleh Direktur.

## **BAB X**

### **KEWENANGAN KLINIS**

#### **(*Clinical Privilege*)**

##### Pasal 83

- (1) Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Kewenangan Klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik.
- (3) Penetapan kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan melalui penerbitan penugasan klinis (*clinical appointment*).
- (4) Tanpa penugasan klinis (*clinical appointment*) maka seorang dokter/ dokter gigi tidak dapat melakukan tindakan medis.
- (5) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan *Clinical Appraisal* (Tinjauan atau Telaah hasil proses kredensial dan atau rekredensial) berupa surat rekomendasi dari Komite Medik, dengan mengacu pada:
  - a. Standar Profesi dari organisasi profesi
  - b. Standar Pendidikan
  - c. Standar Kompetensi dari Kolegium
  - d. Kesehatan fisik, kesehatan mental dan perilaku (*behaviour*) staf medis.

##### Pasal 84

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

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

Pasal 85

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa ijazah/sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Surat Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (6) Dalam keadaan tertentu Direktur dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*) untuk Dokter konsultan/ Dokter tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit.
- (7) Direktur dapat memperluas, mempersempit, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan Komite Medik atau alasan tertentu.
- (8) Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

## Pasal 86

Dalam keadaan bencana alam, kegawat daruratan akibat bencana massal, kerusuhan yang menimbulkan banyak korban maka semua staf medis rumah sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

## **BAB XI**

### **PENUGASAN KLINIS** **(Clinical Appointment)**

## Pasal 87

- (1) Setelah melalui proses Kredensial, Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis.
- (2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.
- (3) Surat Penugasan Klinis hanya dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia.
- (4) Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan menyetujui syarat-syarat sebagai berikut :
  - a. Memenuhi syarat sebagai Staf Medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
  - b. Menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas Rumah Sakit;
  - c. Mencatat seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, untuk menjamin agar rekam medis tiap pasien yang ditanganinya di Rumah Sakit diisi dengan lengkap, benar dan tuntas dalam jangka waktu sesuai dengan

ketentuan yang berlaku;

- d. Memperhatikan segala permintaan Rumah Sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis di Rumah Sakit dengan mengacu pada Panduan Praktik Klinik (PPK), Clinical Pathway dan prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku di Rumah Sakit;
  - e. Mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri;
  - f. Memperhatikan syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit.
- (5) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (6) dapat berakhir sebelum jangka waktu 3 (tiga) tahun dalam hal:
- a. Ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku; atau
  - b. Kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap; atau
  - c. Staf Medis telah berusia 60 tahun atau dokter pendidik klinis telah berusia 65 tahun. Namun yang bersangkutan masih dapat diangkat berdasarkan kebijakan/ pertimbangan Direktur Utama; atau
  - d. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak; atau
  - e. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelalaian, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
  - f. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku; atau
  - g. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena yang bersangkutan mengakhiri kontrak dengan Rumah Sakit setelah mengajukan pemberitahuan satu bulan sebelumnya.

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

## **BAB XII**

### **PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS**

#### **(Clinical Governance)**

##### **Pasal 88**

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

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

## **BAB XIII**

### **SATUAN PEMERIKSA INTERNAL**

##### **Pasal 89**

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal adalah wadah non-struktural pada RSUD Kabupaten yang bertugas melakukan audit kinerja internal rumah sakit.
- (2) Satuan Pemeriksaan Intern berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Audit kinerja internal rumah sakit dilakukan untuk menilai efisiensi, efektifitas, dan kepatutan serta kepatuhan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan, dalam penyelenggaraan rumah sakit.
- (4) Audit kinerja internal rumah sakit meliputi:
  - a. audit kinerja pelayanan/operasional; dan
  - b. audit kinerja keuangan.

- (5) Audit kinerja pelayanan/operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a, meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, pelayanan penunjang, dan pengelolaan sarana prasarana, sumber daya manusia, penelitian dan pengembangan serta pelayanan umum lainnya.
- (6) Audit kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) meliputi audit atas kinerja pengelolaan administrasi keuangan dan sistem pengamanan aset rumah sakit.
- (7) Selain bertugas melaksanakan audit kinerja internal rumah sakit, Satuan Pemeriksaan Internal dapat melakukan Audit Dengan Tujuan Tertentu atas permintaan Direktur.
- (8) Audit Dengan Tujuan Tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (7) dilakukan untuk menindaklanjuti hasil audit oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit, Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi, instansi pemeriksa eksternal lainnya; dan pendalaman hasil audit sebelumnya, serta menindaklanjuti pengaduan masyarakat.

#### Pasal 90

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal menyelenggarakan fungsi:

- a. pemantau dan mengevaluasi pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit;
- b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
- c. pelaksana tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan Direktur Rumah Sakit;
- d. memantau pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan
- e. memberikan konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

#### Pasal 91

Dalam melaksanakan tugas, Satuan Pemeriksaan Internal berwenang:

- a. Menyusun, mengubah dan melaksanakan kebijakan pemeriksaan

- internal;
- b. Mendapatkan akses terhadap semua dokumen, sarana dan prasarana, informasi atas obyek audit yang dilaksanakan berkaitan dengan pelaksanaan tugas;
  - c. Mendapatkan keterangan atau informasi dari semua pihak yang terkait dengan obyek audit yang dilaksanakan;
  - d. Melakukan verifikasi dan uji kehandalan terhadap informasi yang diperoleh; dan
  - e. Melibatkan ahli atau auditor lain dalam melaksanakan audit.

#### Pasal 92

Direktur dapat memberikan tugas, fungsi, dan wewenang sepanjang dimaknai dalam lingkup tugas pengawasan internal rumah sakit.

#### Pasal 93

- (1) Kepala Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Masa jabatan Satuan Pemeriksaan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 3 (tiga) tahun.
- (3) Susunan organisasi Satuan Pemeriksaan Internal terdiri dari :
  - a. Kepala SPI;
  - b. Kepala Sub Satuan merangkap anggota/auditor; dan
  - c. Anggota/auditor.
- (4) Struktur organisasi dan jumlah keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal disesuaikan kebutuhan rumah sakit.
- (5) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal tidak dapat merangkap dalam jabatan lain di rumah sakit.
- (6) Keanggotaan Satuan Pemeriksaan Internal pada RSUD Kabupaten merupakan jabatan fungsional auditor yang dijabat oleh Pegawai Negeri Sipil (PNS) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### Pasal 94

- (1) Persyaratan Kepala Satuan Pemeriksaan Internal:
  - a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1);
  - b. lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal.
  - c. berpengalaman di bidang manajemen rumah sakit dan/atau pemeriksaan internal minimal 3 tahun.

- d. dapat bekerja purna waktu.
- (2) Persyaratan anggota/auditor Satuan Pemeriksaan Internal:
  - a. berpendidikan paling rendah Sarjana (S1).
  - b. lulus sertifikasi pendidikan dan pelatihan profesi auditor internal.
  - c. dapat bekerja purna waktu.

#### Pasal 95

- (1) Setiap auditor Satuan Pemeriksaan Internal berkewajiban memelihara dan meningkatkan kompetensinya melalui pendidikan dan pelatihan professional yang berkelanjutan.
- (2) Direksi Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memfasilitasi peningkatan kompetensi auditor sebagaimana dimaksud pada ayat (1).

#### Pasal 96

- (1) Satuan Pemeriksaan Internal wajib menyusun laporan hasil audit dan disampaikan kepada Direktur.
- (2) Laporan hasil audit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat disampaikan kepada Pemilik, Dewan Pengawas Rumah Sakit, Badan Pengawas Rumah Sakit atau instansi yang berwenang atas persetujuan Direktur.

#### Pasal 97

- (1) Direktur, wajib menindaklanjuti rekomendasi sesuai laporan hasil audit yang disampaikan oleh Satuan Pemeriksaan Internal.
- (2) Satuan Pemeriksaan Internal harus memantau pelaksanaan tindak lanjut sesuai rekomendasi oleh unit kerja terkait di rumah sakit.

#### Pasal 98

- (1) Guna penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan dibentuk instalasi yang merupakan unit pelayanan non-struktural.
- (2) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh seorang Kepala dalam jabatan fungsional yang diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.
- (4) Instalasi mempunyai tugas membantu Direktur dalam penyelenggaraan pelayanan fungsional sesuai dengan fungsinya.
- (5) Kepala Instalasi bertanggung jawab kepada Direktur melalui



Wakil Direktur yang membidangi.

- (6) Dalam melaksanakan kegiatan operasional pelayanan instalasi wajib berkoordinasi dengan bidang/bagian dan/atau seksi/subbag terkait.
- (7) Kepala Instalasi dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan/atau tenaga non fungsional.

Pasal 99

- (1) Jumlah dan jenis Instalasi disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit.
- (2) Perubahan jumlah dan jenis Instalasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Pembentukan dan perubahan jumlah dan jenis instalasi dilaporkan secara tertulis kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Pasal 100

Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan di instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang yang membidangi

**BAB XIV**

**AMANDEMEN/ PERUBAHAN**

Pasal 101

- (1) Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) secara berkala sekurang-kurangnya setiap 3 tahun dievaluasi, ditinjau kembali, disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.
- (2) Perubahan dilakukan dengan menambah pasal baru (*Addendum*) dan/atau merubah pasal yang telah ada (*amandemen*) dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini.
- (3) Addendum dan/atau Amandemen sebagaimana dimaksud pada ayat (2), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Rumah Sakit ini.


**BAB XV**

**KETENTUAN PENUTUP**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Indralaya  
Pada tanggal 4 Desember 2017  
**BUPATI OGAN ILIR**

 **M. ILYAS PANJI ALAM**

Diundangkan di Indralaya  
Pada tanggal 4 Desember 2017  
**SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN OGAN ILIR,**

  
**HERMAN**

BERITA DAERAH KAB. OGAN ILIR TAHUN 2017 NO. - 58

**BAB XV**  
**KETENTUAN PENUTUP**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Indralaya  
Pada tanggal 4 Desember 2017  
**BUPATI OGAN ILIR**

dto

**M. ILYAS PANJI ALAM**

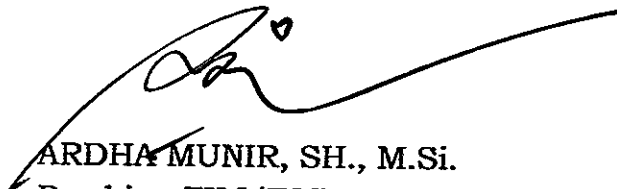
Diundangkan di Indralaya  
Pada tanggal 4 Desember 2017  
**SEKRETARIS DAERAH**  
**KABUPATEN OGAN ILIR,**

dto

**HERMAN**

BERITA DAERAH KAB. OGAN ILIR TAHUN 2017 NO. 7-58

Salinan sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM  
SETDA KABUPATEN OGAN ILIR

  
ARDHA MUNIR, SH., M.Si.  
Pembina TK.I/IV.B  
NIP. 19631111 198503 1 007