



BUPATI OGAN KOMERING ILIR

PERATURAN BUPATI OGAN KOMERING ILIR
NOMOR : 90 TAHUN 2021

TENTANG

PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAYUAGUNG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI OGAN KOMERING ILIR,

- Menimbang : a. bahwa dengan adanya perubahan paradigma rumah sakit dari lembaga sosial menjadi lembaga sosial-ekonomik, berdampak pada perubahan status rumah sakit yang dapat dijadikan subyek hukum, maka 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 maka perlu dibuatkan Peraturan Internal (Hospital Bylaws) 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 (Hospital Bylaws) Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Dan Kotapraja Di Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);
2. Undang-Undang.....

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. 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 2015 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

8. Peraturan.....

8. 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);
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 4585);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5135);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 68);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
13. Peraturan.....

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1199/Menkes/Per/X/2004 tentang Pedoman Pengadaan Tenaga Kesehatan Dengan Perjanjian Kerja di Sarana Kesehatan Milik Pemerintah;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
17. Peraturan Daerah Nomor 19 Tahun 2017 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Kabupaten Ogan Komering Ilir Tahun 2017 Nomor 19);
18. Peraturan Bupati Nomor 7 Tahun 2020 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung Kabupaten Ogan Komering Ilir (Berita Daerah Kabupaten Ogan Komering Ilir Tahun 2020 Nomor 7);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAYUAGUNG.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Pengertian

Dalam.....

Dalam Peraturan Internal (Hospital By Laws) ini, yang dimaksud dengan:

1. Kabupaten adalah Kabupaten Ogan Komering Ilir.
2. Pemerintah Kabupaten adalah Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ilir.
3. Bupati adalah Bupati Ogan Komering Ilir.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
5. Peraturan Internal (Hospital By laws) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
6. Peraturan internal korporasi (Corporate By Laws) 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 Staf By Laws) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (clinical governance) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
8. Pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Ogan Komering 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 Kayuagung oleh Bupati.
11. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

12. Komite.....

12. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Etik dan Hukum adalah unsur organisasi non-struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit untuk penerapan etika rumah sakit dan hukum perumahnyasakit.
13. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
14. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah wadah non-struktural yang mengupayakan untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.
15. Komite Farmasi dan Terapi merupakan wadah non-struktural yang mengupayakan untuk selalu menggunakan obat generik yang memiliki rasio *risk-benefit*, mutu terjamin yang paling menguntungkan pasien.
16. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) adalah wadah non-struktural yang mengupayakan agar setiap pegawai dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun pegawai lainnya dan lingkungan rumah sakit.
17. Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah wadah non struktural yang bertugas melaksanakan pemeriksaan internal di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
18. Staf Medis Fungsional (SMF) adalah kelompok dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan dan telah disetujui serta diterima sesuai dengan aturan yang berlaku untuk menjalankan profesi masing-masing di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
19. Rapat Rutin Dewan Pengawas adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas, yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
20. Rapat Tahunan Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Pemilik atau Dewan Pengawas setiap tahun sekali.
21. Rapat.....

21. 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.
22. Dokter adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang melakukan pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
23. Dokter tetap atau dokter purna waktu adalah dokter dan/atau dokter spesialis yang sepenuhnya bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
24. Dokter Tamu adalah dokter yang bukan berstatus sebagai pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung, 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 Kayuagung untuk jangka waktu dan/atau kasus tertentu.
25. Dokter Kontrak dan/atau Dokter Honorar adalah dokter, baik dokter dan/atau dokter spesialis yang diangkat dengan status tenaga kontrak dan/atau tenaga honorar di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung, yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja untuk jangka waktu tertentu.
26. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) adalah dokter yang sedang mengikuti pendidikan Dokter Spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
27. 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 Kayuagung atas usul Komite Medik.
28. 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).
29. Penugasan.....

29. Penugasan klinis (clinical appointment) adalah penugasan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
30. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (clinical privilege).
31. Rekredensial adalah proses evaluasi ulang terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (clinical privilege) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
32. Audit Medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
33. Mitra bestari (peer reviewer) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
34. Pendidikan Sistem Magang adalah sistem pendidikan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung dengan penekanan pada pelaksanaan pelayanan medis dan juga tenaga administrasi, dimana Peserta Didik didampingi oleh Tenaga Klinis dan Non Klinis.

BAB II

SEJARAH PENDIRIAN, KELAS DAN ALAMAT

Pasal 2

Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung didirikan pada tahun 1935 dengan nama SECUND HEUS oleh TAIPENG, sebagai Kepala Rumah Sakit pada waktu itu adalah Bapak MANTRI RADEN MAHMUD HASAN. Rumah Sakit ini didirikan awalnya dengan maksud pemberantasan **penyakit Frambusia**.

Sarana.....

Sarana awal yang ada pada rumah sakit ini adalah Poliklinik Umum, Ruang Perawatan dengan 14 tempat tidur dan Kamar Bedah sederhana dengan perlengkapan peralatan yang sangat sederhana.

Selanjutnya perkembangan pembangunan Rumah Sakit secara bertahap dilaksanakan yaitu :

- a) Tahun 1982-1983 dibangun gedung Perawatan, Radiologi, Laboratorium dan Dapur;
- b) Tahun 1983-1984 dibangun gedung Administrasi dan Poliklinik Umum;
- c) Tahun 1984-1985 dibangun gedung Pemeliharaan Sarana, Selacar, Kamar Bedah, Rumah Dinas Dokter, dan Sumur Artesis;
- d) Tahun 1992-1993 dibangun gedung Perawatan Anak dan UGD melalui dana APBD TK.II OKI;
- e) Tahun 1996-1997 dibangun 2 (dua) unit Rumah Dinas Dokter Spesialis, dan pengaspalan jalan melalui Dana APBD TK.II OKI dan dibangun juga melalui Dana Proyek Pengembangan Kanwil Depkes Prop. Sum-Sel 1 (Satu) unit Instalasi Gawat Darurat, sementara Unit Gawat Darurat lama menjadi Instalasi Rawat Bedah;
- f) Tahun 1999 mulai direncanakan pemindahan relokasi bangunan Rumah Sakit ke lokasi yang baru dengan pertimbangan Rumah Sakit Lama memiliki lahan yang sempit, hal ini sangat sulit untuk dikembangkan secara fisik maupun program, berlokasi ditengah permukiman penduduk dan dibukanya Jalur Lintas Timur Sumatera yang merupakan jalur lintas kendaraan transportasi darat Sumatera – Jawa;
- g) Tahun 2000 perbebasan lahan tanah yang akan digunakan sebagai lokasi pembangunan gedung Rumah Sakit;
- h) Tahun 2001 mulai dilakukan pembangunan gedung baru yaitu gedung Administrasi, gedung Instalasi Rawat Jalan, gedung Perawatan I (rawat inap penyakit dalam dan rawat inap bedah) dan Gedung Instalasi Gawat Darurat;

i) Tahun.....

- i) Tahun 2002 mulai dilaksanakn pembangunan gedung Radiologi, Laboratorium, gedung Perawatan II, gedung ICU/ICCU,gedung dapur / ruang setrika / ruang cuci ,pembuatan selacar penghubung – I pembuatan peralatan pakir / jalan komplek , pos satpam, Gapura, Ruang Genset & Trafo / Mesin Genset, Papan Nama RSUD,pembuatan Taman,Pagar Keliling RSUD, Panel – panel Listrik & Jaringan, Sistem Telepon Sentral, Sumur Bor Reservoir dan Jaringannya, WC Umum dan gedung Operasi;
- j) Bulan Mei 2003 Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung yang baru mulai difungsikan dan diresmikan pada tanggal 16 juni 2003 oleh Presiden Republik Indonesia (Megawati Soekarno Putri);
- k) Tahun 2003 dilakukan pembangunan gedung Perawatan VIP, gedung Kebidanan, Instalasi Kamar Jenazah, gedung Workshop, Masjid, peralatan Parkir / jalan Komplek dan selacar penghubung – II;
- l) Tahun 2004 pembangunan Instalasi Pengelolaan Limbah Cair, Rumah Dinas Dokter Spesialis, Garasi, Renovasi Tata Ruang IGD, rehab selacar dan jalan lingkak komplek;
- m) Falsafah dan ideologi Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan berfalsafahkan pada Bakti Husada dan beridieologi pada Pancasila dan Undang – Undang Dasar 1945.
- n) Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Kelas C
- o) Alamat Rumah Sakit yaitu Jl. Yusuf Singadekane Kelurahan Jua-jua Kecamatan Kayuagung Telp. (0712) 323889 Fax (0712) 323889;

BAB III

NAMA, VISI DAN MISI, NILAI, MOTTO DAN STRATEGI

Pasal 3

- (1) Nama Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung, milik Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ilir.

(2) Visi dan Misi.....

(2) Visi Dan Misi :

- a. Visi Rumah Sakit adalah: “Menjadikan Rumah Sakit terbaik dalam Pelayanan, Manajemen Umum dengan pelayanan unggulan Emergency Traffic Accident, dijalur Lintas Timur Sumatera;
- b. Misi Rumah Sakit adalah:
 1. pelayanan yang profesional dan proaktif dengan pemberdayaan sumber daya yang ada;
 2. meningkatkan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
 3. menyusun dan menyempurnakan standar pelayanan sesuai dengan kode etik yang berlaku; dan
 4. memberikan rasa aman, nyaman dan kepuasan bagi pasien dan pengunjung Rumah Sakit.

(3) Nilai/filosofi Rumah Sakit:

a. Nilai-Nilai :

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

b. Filosofi Rumah Sakit adalah :

1. menunjang tingkat harkat dan martabat manusia yang dilandasi paham Ketuhanan Yang Maha Esa;
2. semangat persaudaraan; dan
3. senantiasa belajar, berkembang dan bermotipasi dengan menulis apa yang kita tahu dan mengerjakan apa yang kita tulis.

(4) Motto Rumah Sakit yaitu:

Pelayanan yang **STRATEGIS**

- S** : Siap, petugas yang selalu siap dalam memberikan pelayanan
Tra : Trampil, petugas yang terampil dalam memberikan tindakan
Te : Tepat, petugas selalu tepat dalam memberikan pengobatan
Gi : Gigih, petugas yang selalu gigih untuk mengembangkan diri
S : Selamat, pasien yang selamat dalam pertolongan

(5) Tujuan.....

(5) Tujuan Rumah Sakit yaitu:

Memberikan pelayanan kesehatan paripurna yang berkualitas dan memuaskan kepada pasien atau pelanggan berdasarkan keilmuan dengan landasan moral dan etika.

(6) Strategi

Untuk mencapai dan mewujudkan Visi Rumah Sakit dan menunjang Visi Kabupaten Ogan Komering Ilir dan sesuai dengan misi yang telah ditetapkan maka ditempuh strategi sebagai berikut :

- a) Mewujudkan komitmen dalam pelayanan Kesehatan agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, maka diperlukan komitmen bersama oleh penyelenggara pelayanan kesehatan di rumah sakit tanpa membedakan golongan/kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan;
- b) Membina sistem kesehatan dan sistem hukum di bidang pelayanan kesehatan untuk kesinambungan dan percepatan pelayanan kesehatan harus mendapat dukungan dan fasilitas dalam bentuk berbagai pedoman, standar-standar dan peraturan perundang-undangan di bidang pelayanan kesehatan;
- c) Mengembangkan pelayanan kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dalam merespon dan menghadapi berbagai tuntutan dan tantangan dari masyarakat, maka diperlukan pengembangan jenis pelayanan kesehatan secara berkesinambungan baik dari sisi peningkatan tenaga profesi kesehatan yang profesional maupun meningkatkan ilmu pengetahuan dari tenaga kesehatan yang ada. Dan juga meningkatkan teknologi kesehatan melalui penyediaan peralatan kesehatan.

BAB IV
KEDUDUKAN RUMAH SAKIT

Pasal 4

Rumah Sakit berkedudukan sebagai Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten 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.

Pasal 6

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

1. Tugas pokok Rumah Sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan sebagai pelayanan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
2. Fungsi Rumah Sakit yaitu:
 - a) Menyelenggarakan pelayanan medis (umum, spesialis)
 - b) Menyelenggarakan penunjang medis dan non medis;
 1. pelayanan operasi;
 2. pelayanan laboratorium;
 3. pelayanan radiologi;
 4. pelayanan farmasi;
 5. pelayanan gizi dan laundry; dan
 6. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit.
 - c) Menyelenggarakan emergensi kegawatdaruratan;
 - d) Menyelenggarakan asuhan keperawatan;
 - e) Menyelenggarakan pelayanan rujukan;
 - f) Menyelenggarakan.....

- f) Menyelenggarakan pelayanan pendidikan dan pelatihan;
- g) Menyelenggarakan pelayanan penelitian dan pengembangan; dan
- h) Menyelenggarakan pelayanan administrasi umum dan keuangan.

Pasal 7

Kewenangan Pemerintah Kabupaten

- (1) Menetapkan peraturan tentang Pola Tata Kelola, Hospital By Laws 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.
- (5) Memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan yang berlaku dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi.

Pasal 8

Tanggung Jawab Pemerintah Kabupaten

- (1) Pemerintah bertanggung jawab menutup 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 V
PENGORGANISASIAN RUMAH SAKIT DAN
STRUKTUR ORGANISASI

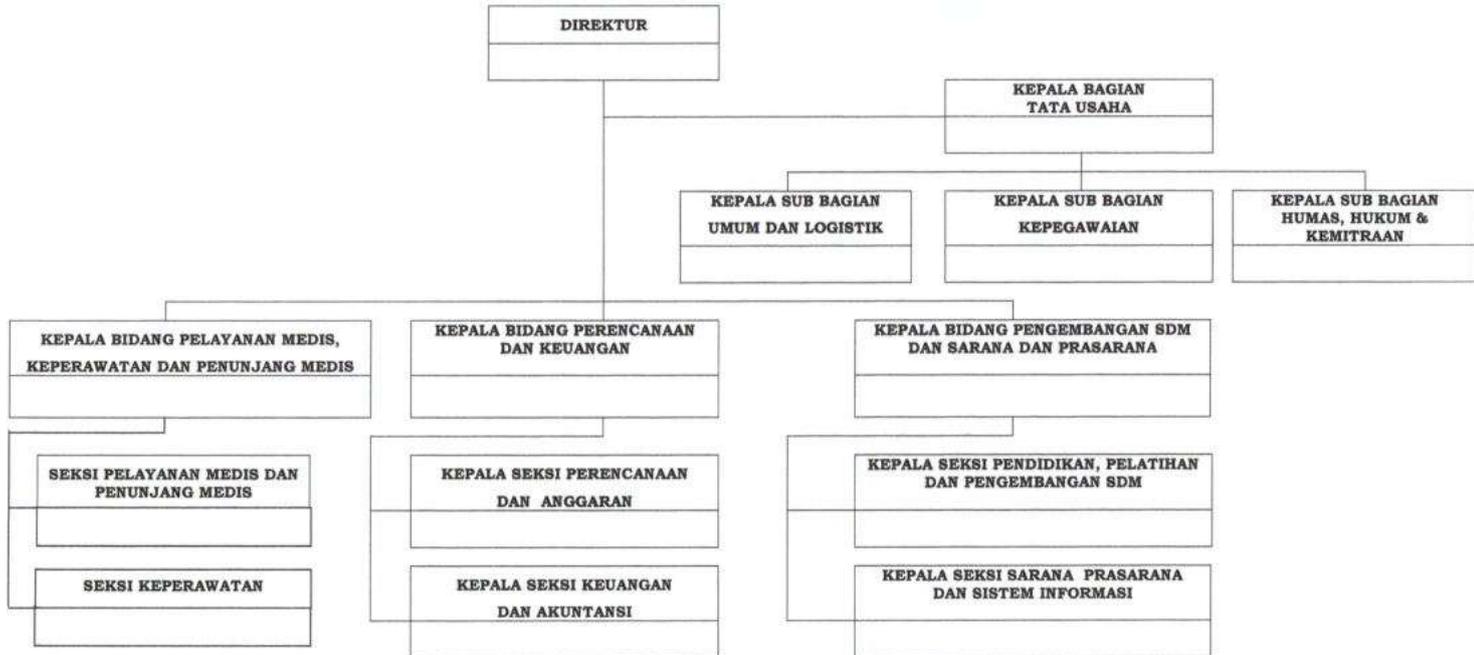
Pasal 9
Pengorganisasian

Struktur Organisasi Unit Pelaksanaan Rumah Sakit Kabupaten Ogan Komering Ilir :

1. Direktur
2. Bagian Tata Usaha, terdiri dari :
 - a. sub Bagian Umum dan Logistik.
 - b. sub Bagian Kepegawaian.
 - c. sub Bagian Humas, Hukum dan Kemitraan.
3. Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Medis, terdiri dari :
 - a. seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis.
 - b. seksi Keperawatan.
4. Bidang Perencanaan dan Keuangan terdiri dari :
 - a. seksi Perencanaan dan Anggaran; dan
 - b. seksi Keuangan dan Akuntansi.
5. Bidang Pengembangan SDM dan Sarana dan Prasarana, terdiri dari :
 - a. seksi Pendidikan, Pelatihan dan Pengembangan SDM; dan
 - b. seksi Sarana Prasarana dan Sistem Informasi Teknologi.
6. Dewan Pengawas.
7. Komite.
8. Satuan Pemeriksa Internal.
9. Instalasi.
10. Kelompok Jabatan Fungsional.

Pasal 10.....

Struktur Organisasi



BAB VI
PEJABAT PENGELOLA RUMAH SAKIT

Pasal 11

Pejabat Pengelola

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit adalah seluruh pejabat struktural baik Direktur, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian maupun Kepala Seksi pada Rumah Sakit yang sebutannya disesuaikan dengan nomenklatur yang berlaku pada Rumah Sakit.
- (2) Pejabat Pengelola Rumah Sakit diangkat dan diberhentikan oleh Bupati.
- (3) Direktur bertanggungjawab terhadap operasional rumah sakit kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (4) Komposisi Pejabat Pengelola Rumah Sakit dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah dilakukan analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan dengan mengusulkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (5) Perubahan komposisi Pejabat Pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Bupati

TUGAS POKOK PEJABAT PENGELOLA

Pasal 12

Direktur

- (1) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung mempunyai tugas memimpin, mengawasi dan mengkoordinasikan tugas – tugas Rumah Sakit secara berhasil guna dan berdaya guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, memulihkan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan, mencegah serta melaksanakan upaya rujukan.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi :
 - a. Pengelolaan urusan kepegawaian, keuangan dan umum;
 - b. Perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan;
 - c. Pemberian.....

- c. Pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang pelayanan kesehatan;
- d. Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang pelayanan kesehatan; dan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 13
Wewenang Direktorat

Direktur mempunyai wewenang untuk :

- (a) memimpin dan mengelola Rumah Sakit sesuai dengan tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung dengan senantiasa berusaha meningkatkan daya guna dan hasil guna;
- (b) menggunakan, memelihara dan mengelola aset Rumah Sakit;
- (c) mewakili Rumah Sakit baik di dalam dan di luar Pengadilan;
- (d) menetapkan kebijakan Anggaran modal dan operasional rumah sakit;
- (e) menetapkan Kebijakan dan prosedur, menyetujui pendidikan, penelitian dan pengembangan para profesional dibidang kesehatan;
- (f) pengembangan usaha dalam mengelola Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung sebagaimana yang telah digariskan oleh Pemerintah daerah Kabupaten Ogan Komering Ilir;
- (g) menyiapkan Rencana Jangka Panjang dan Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung;
- (h) mengadakan dan memelihara pembukuan serta administrasi Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung sesuai dengan kelaziman yang berlaku bagi Rumah Sakit;
- (i) mengusulkan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung lengkap dengan susunan jabatan dan rincian tugasnya untuk disetujui oleh Bupati;
- (j) menyetujui kebijakan dan prosedur serta menyetujui pendidikan para profesional kesehatan dan penelitian;
- (k) mengangkat dan memberhentikan tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

(1) menetapkan.....

- (l) menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban tenaga honorer dan/atau kontrak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
- (m) menyiapkan laporan tahunan dan laporan berkala.

Pasal 14
Persyaratan Direktur

Syarat untuk dapat diangkat menjadi Direktur adalah :

- (a) seorang Dokter yang memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang perumahsakit; dan
- (b) berkelakuan baik dan memiliki dedikasi untuk mengembangkan usaha guna kemandirian Rumah Sakit;
- (c) mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah menjadi pemimpin perusahaan yang dinyatakan pailit;
- (d) bersedia membuat Surat Pernyataan Kesanggupan untuk menjalankan praktik bisnis yang sehat di Rumah Sakit; dan
- (e) memenuhi syarat administrasi kepegawaian bagi Direktur yang berstatus Aparatur Sipil Negara.

Pasal 15
Kepala Bagian Tata Usaha

- (1) Kepala Bagian Tata Usaha mempunyai tugas Melaksanakan ketatausahaan, administrasi, kepegawaian, pengelolaan sumber daya manusia dilingkungan Rumah Sakit, kerumahtanggaan, perlengkapan sarana prasarana kantor, dan kehumasan;
- (2) Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bagian Tata Usaha menyelenggarakan fungsi :
 - a. pelaksanaan ketatausahaan dan tata kearsipan, pelaksanaan rumah tangga, perlengkapan kantor;
 - b. pelaksanaan administrasi kepegawaian;
 - c. pengelolaan Sumber Daya Manusia dilingkungan Rumah Sakit;
 - d. pengkoordinasian perumusan peraturan perundang-undangan dan penelaahan aturan perundang - undangan yang berhubungan dengan Rumah Sakit;
 - e. penyelenggaraan.....

- e. penyelenggaraan hubungan dengan masyarakat;
- f. pelaksanaan koordinasi dengan instansi yang terkait;
- g. pelaksanaan pembinaan terhadap penyelenggaraan administrasi Rumah Sakit; dan
- h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

(3) Kepala Bagian Tata Usaha membawahi 3 (tiga) Sub Bagian :

- a. Kepala Sub Bagian Umum dan Logistik, mempunyai tugas :
 - 1. sub Bagian Umum dan Logistik dipimpin oleh seorang kepala sub bagian;
 - 2. kepala Sub Bagian Umum dan Logistik dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada kepala bagian Tata Usaha;
 - 3. kepala Sub Bagian Umum dan Logistik mempunyai tugas melaksanakan perencanaan operasional rumah tangga dan perlengkapan kantor, petunjuk keprotokolan dan perjalanan dinas, pemeliharaan dan pengadaan barang, peralatan kantor, kegiatan kebersihan dan ketertiban serta keamanan rumah sakit; dan
 - 4. dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), kepala Sub Bagian Umum dan Logistik mempunyai rincian tugas sebagai berikut :
 - a. melaksanakan kegiatan rumah tangga dan perlengkapan kantor;
 - b. melaksanakan keprotokoleran dan perjalanan dinas;
 - c. menghimpun, mengkaji permintaan/distribusi barang dari unit terkait dan melaksanakan kegiatan pengadaan barang;
 - d. menyusun kebutuhan, keperluan peralatan kantor dalam rangka melengkapi sarana kerja;
 - e. melaksanakan inventaris barang/aset rumah sakit;
 - f. membuat laporan LKPJ dan laporan asset;
 - g. menyiapkan bahan operasional dan pemeliharaan kendaraan operasional rumah sakit;
 - h. melaksanakan kebersihan, ketertiban dan keamanan;
 - i. mengumpulkan, menghimpun, mensistimasi, menganalisa, menyaring dan mengendalikan informasi serta mengumpulkan bahan – bahan untuk dipublikasikan; dan
 - j. melaksanakan.....

- j. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

b. Kepala Sub Bagian Kepegawaian :

1. Kepala Sub Bagian Kepegawaian dipimpin oleh seorang kepala sub bagian;
2. Kepala Sub Bagian Kepegawaian dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha;
3. Kepala Sub Bagian Kepegawaian mempunyai tugas pokok yang mempunyai tugas melaksanakan perencanaan operasional administrasi kepegawaian, peningkatan kesejahteraan kepegawaian, pembinaan karir pegawai, perencanaan dan pengelolaan sdm rumah sakit;
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), kepala Sub Bagian Kepegawaian mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
 - a. menyiapkan peraturan dalam bidang kepegawaian;
 - b. melaksanakan administrasi kepegawaian;
 - c. merencanakan dan melaksanakan kegiatan untuk peningkatan kesejahteraan pegawai;
 - d. melakukan pembinaan karier pegawai;
 - e. melakukan segala sesuatu yang menyangkut kedudukan hukum pegawai;
 - f. melakukan perencanaan dan mengelola sumber daya manusia rumah sakit; dan
 - g. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

c. Kepala Sub Bagian Humas, Hukum dan kemitraan :

1. Sub Bagian Humas, Hukum dan Kemitraan dipimpin oleh seorang kepala sub bagian.
2. Kepala Sub Bagian Humas, Hukum dan Kemitraan dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Tata Usaha.

3. Kepala.....

3. Kepala Sub Bagian Humas, Hukum dan Kemitraan mempunyai tugas menyelenggarakan urusan hukum, hubungan masyarakat dan kemitraan.
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Sub Bagian Humas, Hukum dan Kemitraan mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
 - a. menghimpun dan mempelajari peraturan perundang – undangan kebijakan teknis, pedoman dan petunjuk teknis serta bahan – bahan lainnya yang berhubungan dengan hukum, promosi humas dan kemitraan secara rutin maupun berkala untuk pengembangan dan wawasan pengetahuan dan kemampuan;
 - b. memberikan saran pertimbangan kepada Kepala Bagian Tata usaha tentang langkah – langkah atau tindakan yang perlu diambil baik secara tertulis maupun lisan sebagai alternative pilihan dalam pengambilan keputusan;
 - c. menginventarisasi permasalahan – permasalahan sebagai bahan dasar pemecahan permasalahan;
 - d. menyusun rencana kegiatan tentang perumusan kebijakan rumah sakit sesuai dengan ketentuan hukum dan peraturan yang berlaku;
 - e. menganalisa setiap ikatan kerja sama RSUD Kayuagung dengan pihak ketiga dan menganalisa saran –saran yang masuk ke kotak saran;
 - f. mengumpulkan, menghimpun, mensistimasi, menganalisa, menyaring dan mengendalikan informasi serta mengumpulkan bahan – bahan untuk dipublikasikan;
 - g. melaksanakan kegiatan pemasaran / promosi social produk – produk Rumah Sakit;
 - h. mengatur, memantau, membimbing dan mengawasi pelaksanaan dan pengolahan system informasi rumah sakit;
 - i. menyusun dan membuat profil rumah sakit; dan
 - j. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

Kepala Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Medis

a. Kepala Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Medis

1. Bidang pelayanan Medis, Keperawatan dan penunjang medis dipimpin oleh seorang kapala bidang.
2. Kepala Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Medik dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
3. Kepala Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan penunjang medik mempunyai tugas dalam merencanakan, melaksanakan, pembinaan dan koordinasi, serta pengawasan dan pengendalian semua kegiatan dibidang pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang medis.
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang Medis menyelenggarakan fungsi ;
 - a. pelaksanaan koordinasi dan penyusunan rencana kebutuhan pelayanan medis, penunjang medik dan keperawatan;
 - b. pengawasan serta pengendalian melaksanakan pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan;
 - c. pembinaan dalam rangka pengembangan tenaga medis, tenaga penunjang dan tenaga keperawatan;
 - d. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien dibidang pelayanan medis dan penunjang medis;
 - e. pemantauan dan evaluasi di bidang pelayanan medis dan penunjang medis; dan
 - f. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b. Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis

1. Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis dipimpin oleh seorang kepala seksi.
2. Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan.

3. Kepala.....

3. Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis mempunyai tugas mengkoordinir, merencanakan, mengarahkan dan membuat laporan kegiatan dengan cara penerimaan dan mencatat, mengelompokkan, menghubungi pihak terkait dan mengawasi jalannya pekerjaan yang berkaitan dengan penegakan pelayanan medik dan penunjang medik sesuai dengan prosedur
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Pelayanan Medis dan penunjang Medis mempunyai rincian tugas sebagai berikut :
 - a. menyusun program kerja pelayanan medis dan penunjang medis;
 - b. menyusun rencana kebutuhan Anggaran sumber daya dan sarana pelayanan medis dan penunjang medis;
 - c. mengumpulkan dan pengolahan data informasi dalam rangka pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
 - d. menyusun dan pengelolaan tatalaksana (protap) penyelenggaraan pelayanan medis dan penunjang medis;
 - e. menyusun dan pengelolaan tatalaksana (protap) pengadaan dan distribusi sumber daya pelayanan medis dan penunjang medis;
 - f. melaksanakan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien dibidang pelayanan medis dan penunjang medis;
 - g. pengelolaan rekam medis;
 - h. melaksanakan koordinasi dengan instansi / lembaga lain yang terkait dengan catatan medis dan pelaporan;
 - i. mengawasi pengendalian evaluasi pelayanan medis, penunjang medik, dan pelaporan kegiatan; dan
 - j. melaksanakan tugas – tugas lain yang diberikan pimpinan.

c. Kepala Seksi Keperawatan

1. Seksi Keperawatan dipimpin oleh seorang kepala seksi.
2. Kepala Seksi Keperawatan dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Pelayanan.
3. Kepala Seksi Keperawatan mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan mengkoordinir, merencanakan, mengarahkan dan membuat laporan kegiatan dengan cara penerimaan dan mencatat, mengelompokkan, menghubungi pihak terkait dan mengawasi jalannya pekerjaan yang berkaitan dengan penegakan pelayanan keperawatan sesuai dengan prosedur.

4. Dalam.....

4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), kepala Seksi Keperawatan mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
- a. mengawasi, mengendalikan dan menilai pendayagunaan tenaga keperawatan, peralatan dan mutu asuhan keperawatan di bidang keperawatan;
 - b. menyusun perencanaan jumlah dan jenis peralatan keperawatan sesuai dengan kebutuhan;
 - c. merencanakan dan menentukan jenis kegiatan / asuhan keperawatan yang akan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan pasien;
 - d. melaksanakan program orientasi kepada tenaga perawat baru atau tenaga lainnya yang akan bekerja di unit – unit pelayanan;
 - e. pengelolaan data dan informasi yang berkaitan dengan pelayanan medik dan pelayanan keperawatan;
 - f. pengkoordinasian kegiatan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
 - g. pemantauan dan pengevaluasian serta melaporkan pelaksanaan kegiatan pelayanan keperawatan;
 - h. pelaksanaan koordinasi kegiatan bidang pelayanan keperawatan, serta bidang lain baik di lingkungan internal maupun di lingkungan eksternal rumah sakit; dan
 - i. mengkoordinasikan kegiatan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien; dan
 - j. melaksanakan tugas – tugas lain yang diberikan pimpinan.

Pasal 17

Bidang Perencanaan dan Keuangan

- a. Kepala Bidang Perencanaan dan Keuangan,
 - (1) Bidang Perencanaan dan Keuangan dipimpin oleh seorang kepala bidang.
 - (2) Kepala Bidang Perencanaan dan Keuangan dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
 - (3) Kepala Bidang Perencanaan dan Keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan perencanaan dan pengendalian pelaksanaan program kerja, perbendaharaan, penyusunan Anggaran, pembiayaan rumah sakit, verifikasi dan akuntansi;
 - (4) Dalam.....

- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Bidang Perencanaan dan Keuangan menyelenggarakan fungsi:
- a. menyusun rencana dan program kerja di bidang perencanaan dan keuangan;
 - b. pelaksanaan Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit;
 - c. pengelolaan Anggaran, perbendaharaan, verifikasi, dan akuntansi keuangan Rumah Sakit;
 - d. penyajian laporan keuangan dan kegiatan mobilisasi dana;
 - e. pelaksanaan evaluasi terhadap penyelenggaraan keuangan;
 - f. pelaksanaan upaya dalam rangka pengelolaan manajemen keuangan rumah sakit;
 - g. melakukan pengawasan dan evaluasi pelaksanaan kerja dibidang perencanaan dan keuangan; dan
 - h. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

b. Kepala Seksi Perencanaan dan Anggaran

1. Seksi Perencanaan dan Anggaran dipimpin oleh seorang kepala seksi.
2. Kepala Seksi Perencanaan dan Anggaran dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Perencanaan dan Keuangan.
3. Kepala Seksi perencanaan dan Anggaran melaksanakan pengelolaan perencanaan dan pengendalian pelaksanaan program kerja, penyusunan rencana Anggaran pendapatan dan belanja rumah sakit.
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi perencanaan dan Anggaran mempunyai rincian tugas sebagai berikut;
 - a. menyusun rencana dan program kerja dibidang perencanaan dan Anggaran;
 - b. mengkoordinasikan penyusun Rencana Strategis (Renstra), Rencana Kerja (Renja);
 - c. menyusun rencana kegiatan dan Anggaran (RBA, RKA, dan DPA);
 - d. menyusun.....

- d. menyusun dan membuat serta menyampaikan laporan kegiatan akuntabilitas kinerja rumah sakit (LAKIP), LPPD dan LKjip; dan
- e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

c. Kepala Seksi Keuangan dan Akuntansi

- 1. Seksi Keuangan dan Akuntansi dipimpin oleh seorang kepala seksi.
- 2. Kepala Seksi Keuangan dan Akuntansi dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keuangan.
- 3. Kepala Seksi Keuangan dan Akuntansi mempunyai tugas memimpin, merencanakan operasional kegiatan verifikasi laporan keuangan, usulan permintaan uang, daftar perbandingan harga, pelaporan dan verifikasi dan audit.
- 4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), kepala Seksi Keuangan dan Akuntansi mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun rencana dan program kerja dibidang keuangan dan akuntansi;
 - b. mengelola dan memberikan pelayanan administrasi keuangan yang meliputi pembayaran gaji dan tunjangan pegawai, penyiapan administrasi keuangan kegiatan, penerimaan dan penyetoran PAD sesuai kewenangan rumah sakit serta pelayanan administrasi keuangan lainnya;
 - c. melaksanakan penerimaan, penyimpanan dan pembayaran uang untuk keperluan rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku;
 - d. melaksanakan verifikasi laporan keuangan, pembukuan dan pencatatan keuangan lainnya;
 - e. melakukan verifikasi terhadap pengeluaran / Anggaran rumah sakit;
 - f. menyusun dan membuat tagihan serta audit secara berkala;
 - g. melaksanakan evaluasi dan pelaporan pelaksanaan keuangan; dan
 - h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

Bidang Pengembangan SDM dan Sarana Prasarana

a. Kepala Bidang Pengembangan SDM dan Prasarana

1. Bidang Pengembangan SDM dan Sarana Prasarana Rumah Sakit , dipimpin oleh seorang kepala bidang.
2. Kepala Bidang Pengembangan SDM dan Sarana Prasarana Rumah Sakit dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur.
3. Kepala Bidang Pengembangan SDM dan Sarana Prasarana Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan koordinasi perencanaan, pelaksanaan, pengembangan, pemeliharaan dan penyediaan sarana dan prasarana rumah sakit dan pengembangan sistem informasi teknologi.
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud ayat (3), Kepala Bidang Pengembangan SDM dan Sarana Prasarana Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi dan tugas sebagai berikut :
 - a. pelaksanaan koordinasi perencanaan, pengembangan, pemeliharaan dan koordinasi penyediaan sarana fisik dan non rumah sakit;
 - b. pelaksanaan evaluasi dan pembinaan program kegiatan pengembangan SDM dan Sarana Prasarana rumah sakit;
 - c. melaksanakan pengawasan pengelolaan dan pemeliharaan perangkat keras dan perangkat lunak data elektronik atau system informasi manajemen rumah sakit; dan
 - d. pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Direktur sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Pasal 19

b. Kepala Seksi Pendidikan, Pelatihan dan Pengembangan SDM

1. Kepala Seksi Pendidikan, Pelatihan dan Pengembangan SDM dipimpin oleh seorang kepala seksi.
2. Kepala Seksi Pendidikan, Pelatihan dan Pengembangan SDM dalam menjalankan tugasnya bertanggung jawab kepada bidang pengembangan SDM dn Sarana Prasarana Rumah Sakit.
3. Kepala.....

3. Kepala Pendidikan Pelatihan dan Pengembangan SDM mempunyai tugas melaksanakan koordinasi perencanaan program – program pengembangan dibidang pendidikan dan pelatihan kepegawaian, kegiatan orientasi pegawai, serta menyusun Anggaran rencana program pendidikan dan pelatihan.
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Kepala Seksi Pendidikan, Pelatihan dan Pengembangan SDM mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
 - a. membantu program – program bagian pengembangan SDM dan sarana prasarana dalam hal pendidikan/latihan karyawan – karyawan RSUD Kayuagung;
 - b. melaksanakan pendataan pegawai RSUD yang akan mengikuti pendidikan dan latihan;
 - c. melakukan koordinasi dengan bidang – bidang lain dalam hal pelaksanaan pendidikan dan latihan untuk peningkatan kemampuan sumber daya manusia rumah sakit;
 - d. menyiapkan Anggaran bagi pelaksanaan pendidikan dan latihan; dan
 - e. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

Pasal 20

c. Kepala Seksi Sarana Prasarana dan Sistem Informasi Teknologi

1. Seksi Sarana Prasarana dan Sistem Informasi Teknologi dipimpin oleh seorang kepala seksi.
2. Kepala Seksi Sarana Prasarana dan Sistem Informasi Teknologi dalam menjalankan tugasnya bertanggungjawab kepada bidang Pengembangan dan Sarana Prasarana Rumah Sakit.
3. Kepala Sarana Prasarana dan Sistem Informasi Teknologi mempunyai tugas melaksanakan koordinasi perencanaan, pelaksanaan, pengembangan dan penyediaan sarana prasarana rumah sakit dan pengembangan system informasi teknologi
4. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), kepala Sarana Prasarana dan Sistem Informasi Teknologi mempunyai rincian tugas sebagai berikut:
 - a. merencanakan.....

- a. merencanakan kegiatan penyediaan, pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana dan peralatan di rumah sakit;
- b. melakukan koordinasi kegiatan perencanaan dan Anggaran kegiatan pemeliharaan sarana dan prasarana fisik dan non fisik rumah sakit;
- c. melaksanakan kegiatan pengawasan dalam pelaksanaan pengadaan, pemasangan, pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana peralatan di rumah sakit;
- d. melakukan kegiatan pengawasan pengoperasian peralatan dan kegiatan kalibrasi peralatan di rumah sakit;
- e. melakukan koordinasi kegiatan pengawasan dan pembinaan IPSRS, keselamatan kerja rumah sakit (K3RS), Laundry, ambulance dan pemulasaran jenazah;
- f. melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap penyediaan air bersih, pengolahan air limbah, pengolahan sampah medis, incinerator, gudang dan gedung;
- g. melaksanakan pengelolaan, pengembangan dan pemeliharaan perangkat keras dan perangkat lunak data elektronik atau system informasi manajemen rumah sakit; dan
- h. melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan sesuai dengan tugasnya.

BAB VII

DEWAN PENGAWAS

Pasal 21

Organisasi

- (1) Dewan Pengawas pada Rumah Sakit dibentuk dengan Peraturan Bupati Ogan Komering Ilir Nomor 666/ Tahun 2014 tentang Pedoman Pembentukan Dewan Pengawas dan Pengangkatan Sekretaris Dewan Pengawas Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (2) Pembentukan dan susunan keanggotaan Dewan Pengawas ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (3) Anggota Dewan Pengawas terdiri dari unsur-unsur:
 - a. pejabat SKPD yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit;
 - b. pejabat.....

- b. pejabat dilingkungan satuan kerja pengelola keuangan daerah; dan
 - c. tenaga ahli yang sesuai dengan kegiatan rumah sakit.
- (4) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi Dewan Pengawas yaitu :
- a. memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan kegiatan Rumah Sakit, serta dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - b. mampu melaksanakan perbuatan hukum dan tidak pernah dinyatakan pailit atau tidak pernah menjadi anggota pengelola rumah sakit, atau Dewan Pengawas yang dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu badan usaha pailit atau orang yang tidak pernah dihukum melakukan tindak pidana yang merugikan daerah; dan
 - c. mempunyai kompetensi dalam bidang manajemen keuangan, sumber daya manusia dan mempunyai komitmen terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik.

Pasal 22

Pengangkatan dan Pemberhentian

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun, dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (2) Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan pejabat pengelola rumah sakit, kecuali untuk pengangkatan pertama kali pada waktu pembentukan Rumah Sakit sebagai BLUD.
- (3) Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Bupati.
- (4) Pemberhentian Anggota Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), apabila :
 - a. tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan perundang - undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan rumah sakit; dan
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan tindak pidana dan/atau kesalahan yang berkaitan dengan tugasnya melaksanakan pengawasan atas Rumah Sakit.

Pasal 23.....

Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

- (1) Ketua Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (2) Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Bupati mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan atas usul Direktur Rumah Sakit.
- (3) Tugas Ketua Dewan Pengawas adalah:
 - a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
 - b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal (Hospital Bylaws) Rumah Sakit melalui Rapat Dewan Pengawas;
 - c. bekerja sama dengan Pengelola Rumah Sakit untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas. Bilamana rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu; dan
 - d. melaporkan pada rapat rutin berikutnya perihal tindakan yang diambil sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf c di atas, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.
- (4) Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial.
- (5) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas atas beban Rumah Sakit.
- (6) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas, sedangkan Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

TUGAS, KEWAJIBAN DAN WEWENANG

Pasal 24

Tugas Dewan Pengawas

Dewan Pengawas berfungsi sebagai governing body Rumah Sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan nonteknis perumahsakitian secara internal di rumah sakit. Dalam melaksanakan fungsi tersebut di atas, maka Dewan Pengawas bertugas :

- 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;
- g. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mengawasi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Rumah Sakit sesuai ketentuan perundang-undangan.

Pasal 25

Kewajiban Dewan Pengawas

- (1) Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berkewajiban :
 - a. memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai Rencana Strategi Bisnis, Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit, memberikan pendapat dan saran kepada Bupati mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit;
 - c. memberi nasehat kepada Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam melaksanakan pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
 - d. memberikan masukan, saran, atau tanggapan atas laporan keuangan dan laporan kinerja Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung kepada Pejabat Pengelola; dan
 - e. melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

(2) Laporan.....

- (2) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e disampaikan sebagai berikut :
 - a. laporan semester pertama paling lambat 30 hari setelah periode semester berakhir; dan
 - b. laporan semester kedua (tahunan) paling lambat 40 hari setelah tahun Anggaran berakhir.
- (3) Laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya memuat:
 - a. penilaian terhadap Renstra, RBA dan pelaksanaannya;
 - b. penilaian terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan lainnya;
 - c. penilaian ketaatan terhadap peraturan perundang - undangan;
 - d. permasalahan-permasalahan pengelolaan BLUD dan solusinya; dan
 - e. saran dan rekomendasi.
- (4) Selain laporan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Dewan Pengawas sewaktu-waktu menyampaikan laporan apabila terjadi hal-hal yang secara substansial berpengaruh terhadap pengelolaan BLUD, antara lain terkait dengan:
 - a. penurunan kinerja BLUD;
 - b. pemberhentian pimpinan BLUD sebelum berakhirnya masa jabatan;
 - c. pergantian lebih dari satu anggota Dewan Pengawas; dan
 - d. berakhirnya masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Laporan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dan ayat (4) ditandatangani oleh Ketua dan anggota Dewan Pengawas.

Pasal 26

Wewenang Dewan Pengawas

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan Rumah Sakit dari Direktur Rumah Sakit;
- b. menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
- c. meminta.....

- c. meminta penjelasan dari Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan/atau manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit dengan sepengetahuan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);
- d. memberikan pengawasan terhadap mutu program untuk tercapainya visi, misi, falsafah dan tujuan rumah sakit;
- e. meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di Rumah Sakit terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance);
- f. berkoordinasi dengan Direktur Rumah Sakit dalam menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) atau Dokumen Pola Tata Kelola (corporate governance) untuk ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten;
- g. memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

TATA KERJA DEWAN PENGAWAS

Pasal 27

Rapat Rutin

- (1) Rapat rutin adalah setiap rapat terjadwal yang diselenggarakan Dewan Pengawas yang bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.
- (2) Rapat rutin merupakan rapat koordinasi antara Dewan Pengawas dengan Pejabat Pengelola Rumah Sakit dan Komite Medik serta Pejabat lain yang dianggap perlu untuk mendiskusikan, mencari klarifikasi atau alternatif solusi berbagai masalah di Rumah Sakit.
- (2) Rapat rutin dilaksanakan paling sedikit sepuluh kali dalam setahun dengan interval tetap pada waktu dan tempat yang ditetapkan oleh Dewan Pengawas.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat tiga hari sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

(4) Setiap.....

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

Pasal 28

Rapat khusus

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

Pasal 29

Rapat Tahunan

- (1) Rapat Tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap Tahun, dengan tujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional rumah sakit.
- (2) Rapat Tahunan diselenggarakan sekali dalam satu Tahun.
- (3) Dewan Pengawas menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan Rumah Sakit, termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

Pasal 30

Undangan Rapat

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

Pasal 31

Peserta Rapat

Setiap rapat rutin, selain dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dan Direktur, juga dihadiri oleh Pejabat Pengelola Rumah Sakit, Komite Medik dan pihak lain yang ada di lingkungan Rumah Sakit atau dari luar lingkungan Rumah Sakit apabila diperlukan.

Pasal 32

Pejabat Ketua

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

Pasal 33

Kuorum

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

- (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 34

Risalah Rapat

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

Pasal 35

Pemungutan Suara

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

Pasal 36

Pembatalan Putusan Rapat

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

Pasal 37.....

Peran Terhadap Staf Medis Fungsional

- (1) Dewan Pengawas berperan mendorong dan mendukung dalam bentuk kebijakan dalam upaya memberdayakan Staf Medis Fungsional (SMF) untuk mencapai tujuan Rumah Sakit sesuai dengan Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan Rumah Sakit.
- (2) Peran terhadap Staf Medis Fungsional (SMF) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dilakukan melalui integrasi dan koordinasi secara terus-menerus dan berkesinambungan.
- (2) Integrasi dan koordinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2), diselenggarakan melalui pemberdayaan fungsi - fungsi dalam Organisasi Komite Medik Rumah Sakit melalui Subkomite kredensial, Subkomite Mutu Profesi dan Subkomite Etika dan Disiplin Profesi.

BAB VIII

KOMITE-KOMITE

Pasal 38

- (1) Pejabat Pengelola Rumah Sakit dalam mengawal mutu pelayanan kesehatan berbasis keselamatan pasien maka perlu dibentuk komite-komite yang merupakan wadah professional dan memiliki otoritas dalam organisasi staf medik, keperawatan, etik dan hukum, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), farmasi dan terapi serta dalam rangka mengembangkan pelayanan, program pendidikan, pelatihan serta mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- (2) Pembentukan komite-komite yaitu:
 - a. komite Medik;
 - b. komite Etik dan Hukum;
 - c. komite Keperawatan;
 - d. komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); dan
 - e. komite Farmasi dan Terapi.
 - f. Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)
- (3) Komite-komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kesatu
KOMITE MEDIK

Pasal 39

Pengorganisasian Komite Medik

- (1) Komite Medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.

Pasal 40

Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

- (1) Komite Medik dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (2) Susunan organisasi Komite Medik terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; 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 41

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.

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 Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung;
 - 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; dan
 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; dan
 - h. rekomendasi Kewenangan Klinis dan penerbitan Surat Penugasan Klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis Komite Medik memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
 - c. rekomendasi.....

- c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik rumah sakit; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.
- (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;
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit.
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien;

Pasal 43

Wewenang Komite Medik

- (1) memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis/delineation of clinical privilege;
- (2) memberikan rekomendasi surat penugasan klinis/clinical appointment;
- (3) memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis/clinical privilege;
- (4) memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis/ delineation of clinical privilege;
- (5) memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- (6) memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- (7) memberikan rekomendasi pendampingan/proctoring; dan
- (8) memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 44

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 Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung, terdiri dari :
 - a. sub Komite Kredensial;
 - b. sub Komite Mutu Profesi; dan
 - c. sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

SUB KOMITE KREDENSIAL.....

SUB KOMITE KREDENSIAL

Pasal 45

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

Pasal 46

Pengorganisasian Sub Komite Kredensial

- (1) Pengorganisasian Sub Komite Kredensial terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - 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 Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung 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 47

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.....

- (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. efektif; dan
 - 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.....

- (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 MUTU PROFESI

Pasal 48

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 49

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi

Pengorganisasian Sub Komite Mutu Profesi terdiri dari :

1. Ketua;
2. Sekretaris; dan
3. Anggota.

Pasal 50

Tata Kerja Sub Komite Mutu Profesi

- (1) Pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting yaitu : sebagai
- a. 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; dan
 - d. sebagai.....

- 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; dan
 - g. rencana reaudit.
- (3) Sub komite 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; dan
 - i. memberikan.....

- 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; dan
 - 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 51

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

Pasal 52

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

Pengorganisasian Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi terdiri dari:

1. Ketua;
2. Sekretaris; dan
3. Anggota.

Pasal 53

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; dan
 - d. norma etika medis dan norma-norma bioetika.
- (2) Tolok 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.....

- 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; dan
- 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; dan
- b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan Komite Medik dengan persetujuan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung atau Direktur Rumah Sakit terlapor.

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

- a. sumber laporan:
 - 1. perorangan:
 - 1) manajemen rumah sakit;
 - 2) staf medis lain;
 - 3) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan; dan
 - 4) pasien atau keluarga pasien.
 - 2. non perorangan:
 - 1) hasil konferensi kematian; dan
 - 2) hasil konferensi klinis.
- 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; dan
 - 5. ketidakmampuan.....

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; dan
 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 Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung 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; dan
 - (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 Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung 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 54

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 tahun.

(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 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.....

- (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 ditolaknyanya usulan tersebut.

Pasal 55

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 mendesak untuk segera ditangani oleh komite medik; dan
 - c. rapat khusus dinyatakan sah apabila dihadiri paling sedikit 2/3 (dua per tiga) anggota Komite Medik, atau dalam hal kourum, tidak tercapai maka rapat khusus dinyatakan sah setelah dilaksanakan pada hari berikutnya.
- (2) Undangan rapat khusus harus disampaikan oleh ketua komite medik kepada seluruh anggota paling lambat 24 (dua puluh empat) jam sebelum rapat dilaksanakan;
- (3) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan spesifik dari rapat tersebut;
- (4) Rapat khusus yang diminta oleh anggota staf medis sebagaimana dimaksud ayat (2) huruf a harus dilakukan 7(tujuh) hari setelah diterimanya surat permintaan rapat tersebut.

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 diundang paling lambat 7 (tujuh) hari sebelum rapat diselenggarakan.

Bagian Kedua

KOMITE ETIK DAN HUKUM

Pasal 57

- (1) Komite Etik dan Hukum dibentuk guna membantu Direktur untuk mensosialisasikan kewajiban rumah sakit kepada semua unsur yang ada di rumah sakit meliputi kewajiban umum rumah sakit, kewajiban rumah sakit terhadap masyarakat, kewajiban rumah sakit terhadap staf, menyelesaikan masalah medikolegal dan etika rumah sakit serta melakukan koordinasi dengan Biro Hukum dan HAM Sekretariat Daerah Pemerintah Kabupaten Ogan Komering Ilir dan Tim Penasehat/Advokasi Hukum yang ditunjuk Pemerintah Kabupaten dalam menyelesaikan masalah medikolegal;
- (2) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung;
- (3) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.
- (4) Dalam melaksanakan tugas Komite Etik dan Hukum berfungsi :
 - a. menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi medikoetikolegal, baik internal maupun eksternal Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung;
 - b. menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan etika dan hukum bagi petugas di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung; dan
 - c. menyelenggarakan dan meningkatkan kemampuan resiko manajemen terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (5) Tugas.....

- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (4) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi;
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga

KOMITE KEPERAWATAN

Pasal 58

Pengorganisasian Komite Keperawatan

- (1) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan yang bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Pasal 59

Organisasi dan Keanggotaan Komite Keperawatan

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung;
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. sub Komite;
- (3) Keanggotaan Komite Keperawatan terbagi kedalam Subkomite.

Pasal 60

Pemilihan Pengurus Komite Keperawatan

- (1) Ketua Komite Organisasi Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (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 Rumah Sakit.

Pasal 61.....

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; dan
 - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

Pasal 62

Wewenang Komite Keperawatan

- (1) Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia Ad Hoc) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan.
- (2) Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses 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 konseling keperawatan.

Pasal 63

Sub Komite

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

Pasal 64

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 tahapan proses kredensial;
 - e. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan;
 - f. melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun; dan
 - 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 65

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.....

- c. melakukan audit asuhan keperawatan; dan
 - d. memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.
- (2) Dalam menjalankan tugasnya sebagaimana tersebut dalam pasal 66 ayat (1), Sub Komite Mutu Profesi dapat mengusulkan dibentuknya team ad hoc kepada Ketua Komite Keperawatan baik insidental atau permanen.

Pasal 66

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; dan
 - f. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.
- (2) Guna menindaklanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana tersebut dalam pasal 62 ayat (1), komite keperawatan membentuk team ad hoc baik insidental atau permanen.
- (3) Hasil kerja team ad hoc sebagaimana dalam pasal 67 ayat (2) dibawa dalam rapat pleno.

Pasal 67

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 :

a. rapat.....

- a. rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka; rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan;
- b. sub komite, kasi keperawatan, panitia-panitia keperawatan dan kepala ruang keperawatan; dan
- c. agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.

(4) Rapat Rutin

- 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 masalahmasalah Keperawatan; dan
- c. rapat rutin Keperawatan dipimpin oleh Kepala Bidang Keperawatan atau Ketua Komite Keperawatan.

(5) Rapat Pleno

- 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; dan
- c. agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan.

(6) Sidang Tahunan

- 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; dan
- d. keputusan yang diambil harus disetujui sekurang - kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

Pasal 68

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dibentuk guna membantu Direktur dalam pencegahan dan pengendalian infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) mempunyai tugas:
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian infeksi;
 - b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan pencegah dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit;
 - c. melaksanakan investigasi dan penaggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi Rumah Sakit;
 - d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan perinsip-perinsip pencegahan dan pengendalian infeksi dan aman bagi yang menggunakan;
 - e. membuat pedoman tata laksana pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - f. melaksanakan pemantauan terhadap upaya pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - g. memberikan penyuluhan masalah infeksi kepada tenaga medik, non medik dan tenaga lainnya serta pengguna jasa rumah sakit; dan
 - h. menerima laporan atas kegiatan tim PPI dan membuat laporan berkala kepada Direktur;
- (3) Komite PPI merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite PPI dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.

KOMITE FARMASI DAN TERAPI

Pasal 69

- (1) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas:
 - a. membuat pedoman diagnosis dan terapi, formularium rumah sakit, pedoman penggunaan antibiotika;
 - b. melaksanakan pendidikan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap pihak-pihak terkait;
 - c. melaksanakan pengkajian pengelolaan dan penggunaan obat serta memberikan umpan balik;
 - d. membina hubungan kerja dengan unit terkait didalam rumah sakit yang sarasannya berhubungan dengan obat;
 - e. mengkaji penggunaan produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh anggota staf medis;
 - f. mengelola obat yang digunakan dalam katagori khusus; dan
 - g. membantu instalasi farmasi dalam mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan mengenai penggunaan obat sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.

Bagian Keenam

KOMITE KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA RUMAH SAKIT

Pasal 70

- (1) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka menjaga keselamatan tenaga kerja, pasien dan pengunjung rumah sakit dari kecelakaan kerja, kebakaran dan kewaspadaan bencana yang terjadi di rumah sakit.
- (2) Tugas Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja:
 - a. Mengembangkan.....

- a. Mengembangkan kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) K3RS untuk mengendalikan risiko.
- b. Menyusun program K3RS.
- c. Menyusun rekomendasi untuk bahan pertimbangan pimpinan Rumah Sakit yang berkaitan dengan K3RS.
- d. Memantau pelaksanaan K3RS.
- e. Mengolah data dan informasi yang berhubungan dengan K3RS.
- f. Memelihara dan mendistribusikan informasi terbaru mengenai kebijakan, prosedur, regulasi internal K3RS, pedoman, petunjuk teknis, petunjuk pelaksanaan dan (SPO) K3RS yang telah ditetapkan.
- g. Mengadakan pertemuan secara teratur dan hasilnya di sebarluaskan di seluruh unit kerja Rumah Sakit.
- h. Membantu Direktur Rumah Sakit dalam penyelenggaraan SMK3 Rumah Sakit, promosi K3RS, pelatihan dan penelitian K3RS di Rumah Sakit.
- i. Pengawasan pelaksanaan program K3RS.
- j. Berpartisipasi dalam perencanaan pembelian peralatan baru, pembangunan gedung dan proses.
- k. Koordinasi dengan wakil unit-unit kerja Rumah Sakit yang menjadi anggota organisasi/unit yang bertanggung jawab di bidang K3RS.
- l. Memberikan saran dan pertimbangan berkaitan dengan tindakan korektif.
- m. Melaporkan kegiatan yang berkaitan dengan K3RS secara teratur kepada pimpinan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan yang ada di Rumah Sakit.
- n. Menjadi investigator dalam kejadian PAK dan KAK, yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(3) Fungsi Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja:

- a. Bidang Kesehatan Kerja meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif serta rehabilitatif.
- b. Bidang Keselamatan Kerja meliputi upaya pencegahan, pemeliharaan, penanggulangan dan pengendalian.
- c. Bidang Lingkungan Kerja meliputi pengenalan bahaya, penilaian risiko, dan pengendalian risiko di tempat kerja.

(4) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

(5) Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur setelah mempertimbangkan masukan dari para Kepala Bidang.

BAB IX

SATUAN PEMERIKSA INTERNAL (SPI)

Pasal 71

- (1) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (2) Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dibentuk dan ditetapkan dengan keputusan Direktur.
- (3) Tugas dan tanggung jawab Satuan Pemeriksa Internal (SPI) adalah :
 - a. melakukan kajian dan analisa terhadap rencana investasi rumah sakit khususnya sejauh mana uraian pengkajian dan pengelolaan resiko telah dilaksanakan oleh unit-unit yang lain;
 - b. melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, pemantauan, efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur, dalam bidang keuangan, operasi dan pelayanan, pemasaran, sumber daya manusia dan pengembangan rumah sakit;
 - c. melakukan penilaian dan pemantauan mengenai sistem pengendalian informasi dan komunikasi yang meliputi
 1. informasi penting rumah sakit terjamin keamanannya;
 2. fungsi sekretariat rumah sakit dalam pengendalian informasi dapat berjalan dengan efektif; dan
 3. penyajian.....

3. penyajian laporan-laporan rumah sakit memenuhi peraturan dan perundang-undangan;
 - d. Melaksanakan tugas khusus dalam lingkup pengendalian internal yang ditugaskan Direktur.
- (4) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (3), Satuan Pemeriksa Internal (SPI) berfungsi:
- a. unit monitoring yang bersifat independen untuk :
 1. membantu Direktur agar dapat secara efektif mengamankan investasi dan aset Rumah Sakit;
 2. melakukan penilaian desain dan implementasi pengendalian internal; dan
 3. melakukan analisa dan evaluasi efektif proses sesuai dan prosedur pada semua bagian dan unit kegiatan rumah sakit.
 - b. satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam melaksanakan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (5) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (3) dan ayat (4) disampaikan dalam bentuk rekomendasi kepada Direktur;
- (6) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (5), adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

BAB X

ADMINISTRASI DAN INSTALASI

Pasal 72

- (1) Instalasi dibentuk sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan.
- (2) Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung membentuk administrasi dan Instalasi yang terdiri dari :
 - a. administrasi dan Manajemen :
 1. administrasi dan Manajemen Ketata Usahaan;
 2. administrasi dan Manajemen Pelayanan Medis, Non Medis dan Keperawatan;
 3. administrasi dan Manajemen Keuangan; dan
 4. administrasi dan Manajemen Sarana dan Prasarana.
 - b. instalasi Rawat Jalan :
 1. poli Umum dan Kir Kesehatan;
 2. poli Gigi;
 3. poli Spesialis Penyakit Dalam;
 4. poli Spesialis Bedah;
 5. poli.....

5. poli Spesialis Anak;
 6. poli Spesialis Kebidanan dan PKBRS;
 7. poli Spesialis Mata;
 8. poli Spesialis Syaraf;
 9. poli Spesialis THT;
 10. poli TB Paru;
 11. poli Akupunktur; dan
 12. poli Kulit dan Kelamin;
 - c. instalasi Hemodialisa;
 - d. instalasi Rawat Inap :
 1. rawat Inap Penyakit Dalam infeksi;
 2. rawat Inap Penyakit Dalam Non Infeksi;
 3. rawat Inap Syaraf dan HCU
 4. rawat Inap Iso Covid
 5. rawat Inap THT
 6. rawat Inap Bedah
 7. rawat Inap Anak – Anak
 8. rawat Inap Kebidanan
 9. rawat Inap Paru
 10. rawat Inap Mata
 11. rawat Inap Kelas
 12. rawat Inap VIP
 13. rawat Inap Neonatus
 - e. instalasi Perawatan Intensif (ICU);
 - f. instalasi Rawat Darurat (IGD Bedah dan Non Bedah);
 - g. unit Transfusi Darah;
 - h. instalasi Bedah Sentral :
 - (1) OK Bedah;
 - (2) OK Kebidanan;
 - (3) OK Mata;
 - (4) OK THT;
 - i. instalasi Radiologi;
 - j. instalasi Laboratorium;
 - k. instalasi Rehabilitasi Medik : (poli Physiotherapy)
 - l. instalasi Farmasi :
 - (1) apotik Rawat Jalan; dan
 - (2) apotik Rawat Inap dan IGD.
 - m. instalasi Gizi;
 - n. instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit; dan
 - o. instalasi Pemulasaran Jenazah.
- (3) Setiap penyusunan dan tata kerja instalasi rumah sakit harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan cross functional approach secara vertikal dan horizontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai dengan tugas masing - masing.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (5) Instalasi.....

- (5) Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi.
- (6) Kepala Instalasi dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (7) Kepala Instalasi mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan kegiatan pelayanan pada instalasinya masing-masing kepada Direktur melalui Kepala Bidang Pelayanan.
- (8) Pembentukan dan perubahan instalasi didasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

BAB XI

STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)

Pasal 73

- (1) Staf Medis Fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja dibidang medis dalam jabatan fungsional.
- (2) Staf Medis Fungsional mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan, pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.
- (3) Dalam melaksanakan tugasnya staf medis fungsional menggunakan pendekatan tim dengan tenaga profesi terkait.

BAB XII

KELOMPOK JABATAN FUNGSIONAL

Pasal 74

- (1) Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga fungsional yang terbagi atas berbagai kelompok jabatan fungsional sesuai bidang keahliannya.
- (2) Jumlah tenaga fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditentukan berdasarkan kebutuhan dan beban kerja yang ada.
- (3) Kelompok Jabatan Fungsional bertugas melakukan kegiatan berdasarkan jabatan fungsional masing-masing sesuai dengan keahlian dan kebutuhan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Jenis dan jenjang jabatan fungsional diatur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (5) Masing-masing tenaga fungsional dimaksud berada dilingkungan unit kerja rumah sakit sesuai kompetensinya.

BAB XIII

UNIT PENJAMIN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (UPMKP)

Pasal 75

Organisasi dan Keanggotaan

- (1) Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit.
- (2) Susunan Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) terdiri dari :
 - a. ketua UPMKP
 - b. koordinator :
 1. koordinator mutu klinik;
 2. koordinator mutu manajemen; dan
 3. koordinator keselamatan pasien.
- (3) Masa tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) pada Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Dalam pelaksanaan tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) pada Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung bertanggungjawab kepada Direktur.

Pasal 76

Tugas Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP)

- (1) Ketua Unit Penjamin Mutu dan Keselamatan Pasien (UPMKP) mempunyai tugas :
 - a. menyusun kebijakan dan strategi dan membuat program manajemen mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - c. mengevaluasi terhadap implementasi SPO Pelayanan dan administrasi, program penjamin mutu serta menjalankan peran dan melakukan motivator, edukator, konsultasi, monitoring, evaluasi implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. menyusun dan mensosialisasikan laporan hasil pencapaian program penjamin mutu dan keselamatan pasien;
 - e. Menyusun.....

- e. menyusun jadwal besar kegiatan akreditasi nasional dan internasional;
- f. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu;
- g. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/ komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus pada pasien dan manajemen;
- h. bersama-sama dengan bagian diklat rumah sakit melakukan pelatihan internal mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
- i. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik dan manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;
- j. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam RCA (Root Cause Analysis) dan FMEA (Failure Mode Effect Analysis);
- k. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI; dan
- l. mengkoordinir investigasi dan masalah terkait:
 - 1. kondisi Potensial Cedera (KPC),
 - 2. kejadian Nyaris Cedera (KNC),
 - 3. kejadian Tidak Cedera (KTC),
 - 4. kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan
 - 5. kejadian Sentinel.

(2) Koordinator Mutu Klinik mempunyai tugas :

- a. Membuat rencana strategis dan menyusun panduan Manajemen Mutu Manajemen;
- b. mengevaluasi implementasi SPO administrasi dan sumber daya;
- c. berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu manajemen;
- d. menganalisa hasil pencapaian indikator dan membuat laporan hasil pemantauan mutu manajemen;
- e. menyelenggarakan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen;
- f. menyusun dan mendistribusikan bahan rekomendasi terhadap pencapaian hasil pemantauan mutu manajemen;
- g. menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal atau eksternal rumah sakit;

h. Menyusun.....

- h. menyusun dan melaksanakan panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu manajemen;
 - i. mengkoordinasikan penyelenggaraan pengembangan, inovasi dan gugus kendali; dan
 - j. membuat laporan kegiatan pengembangan, inovasi dan gugus kendali mutu.
- (3) Koordinator Keselamatan Pasien mempunyai tugas :
- a. Membuat rencana strategis dan menyusun panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
 - b. melakukan pencatatan, pelaporan dan analisa masalah terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel;
 - c. memproses laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKKRS PERSI; mengkoordinir investigasi dan masalah terkait Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC) dan Kejadian Sentinel; dan
 - d. secara berkala membuat laporan kegiatan ke pimpinan rumah sakit.

BAB XIV

TATA KERJA

Pasal 77

- (1) Dalam rangka melaksanakan tugas setiap pimpinan satuan organisasi dilingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (cross function approach) secara vertikal dan horisontal baik dilingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.
- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai ketentuan peraturan perundangundangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahan.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.

(5) Setiap.....

- (5) Setiap laporan yang diterima oleh pimpinan satuan organisasi dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahan.
- (6) Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Seksi, Kepala Sub Bagian dan Kepala Instalasi wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.

BAB XV

PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA

Pasal 78

Tujuan Pengelolaan

Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

Pasal 79

Pengangkatan Pegawai

- (1) Pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung dapat berasal dari Pegawai Negeri Sipil atau Non Pegawai Negeri Sipil sesuai dengan kebutuhan.
- (2) Pengangkatan pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan berdasarkan pada prinsip efisiensi, ekonomis dan produktif dalam rangka peningkatan pelayanan.
- (3) Mekanisme pengangkatan pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung yang berasal dari Non Pegawai Negeri Sipil sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 80

Perpindahan Pegawai

- (1) Perpindahan Pegawai Negeri Sipil dan Non Pegawai Negeri Sipil di lingkungan rumah sakit dilaksanakan dengan tujuan untuk peningkatan kinerja dan pengembangan karir.

(2) Perpindahan dilaksanakan dengan mempertimbangkan :

- a. penempatan seseorang pada pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan dan keterampilannya;
- b. masa kerja diunit tertentu;
- c. pengalaman pada bidang tugas tertentu;
- d. kegunaannya dalam menunjang karir;
- e. kondisi fisik dan psikis pegawai; dan
- f. berdasarkan rekomendasi tim kredensial.

Pasal 81

Pemberhentian Pegawai

(1) Pemberhentian pegawai berstatus Pegawai Negeri Sipil dilakukan sesuai dengan peraturan perundang - undangan.

(2) Pemberhentian pegawai berstatus Non Pegawai Negeri Sipil dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. meninggal dunia;
- b. atas permintaan sendiri;
- c. mencapai batas usia 58 tahun; dan
- d. perampangan organisasi Rumah Sakit.
- e. tidak cakap jasmani atau rohani sehingga tidak dapat menjalankan kewajiban pegawai Non PNS;
- f. tidak tersedia anggaran untuk memberi gaji kepada pegawai Non PNS; dan
- g. Apabila melakukan kesalahan yang bersifat sengaja yang bertentangan dengan peraturan yang berlaku, sehingga merusak nama baik Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.

BAB XVI

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIK (MEDICAL STAFF BY LAWS)

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 82

(1) Maksud disusunnya Peraturan Internal Staf Medis adalah agar Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (Good Clinical Governance) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi.

(2) Tujuan.....

- (2) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medik meliputi:
- a. tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili diantara staf medis dengan Direktur Rumah Sakit;
 - b. tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
 - c. terciptanya tanggung jawab staf medik terhadap mutu pelayanan medis di Rumah Sakit; dan
 - d. untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (peer group) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat bahwa hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Ruma Sakit.

BAB XVII
KEWENANGAN KLINIS (CLINICAL PRIVILEGE)
Pasal 83

Kewenangan Klinis Medis (Clinical Privilege)

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (2) Kewenangan Klinis seperti dimaksud pada ayat (1) adalah berupa Surat Penugasan Klinis (SPK).
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung atas rekomendasi Komite Medik melalui Subkomite Kredensial sesuai dengan Prosedur Penerimaan Anggota SMF.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota SMF untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara (KKS) adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit. asal dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Subkomite Kredensial Komite Medik.

71
Pasal 84

Proses Penilaian Kewenangan Klinis

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis :

a. pendidikan :

1. lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi;
2. menyelesaikan program pendidikan kedokteran;

b. perizinan (lisensi) :

1. memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
2. memiliki ijin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.

c. kegiatan penjagaan mutu profesi :

1. menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
2. berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.

d. kualifikasi personal :

1. riwayat disiplin dan etik profesi;
2. keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
3. keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
4. riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan; dan
5. memiliki asuransi proteksi profesi.

e. pengalaman di bidang keprofesian:

1. riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
2. riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Pasal 85

Pembatasan Kewenangan Klinis

- (1) Komite Medik bila memandang perlu dapat memberi rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit agar Kewenangan Klinis anggota SMF dibatasi berdasarkan atas keputusan dari Subkomite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila anggota SMF tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung dianggap tidak sesuai dengan standar

Penugasan Klinis (Clinical Appointment)

Setiap staf keperawatan yang melakukan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan harus memiliki surat penugasan klinis. Dari pimpinan rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf keperawatan yang direkomendasikan komite keperawatan.

Pasal 92

Delegasi Tindakan Medik Dan Komite Keperawatan

Kewenangan tenaga keperawatan untuk melakukan tindakan medik merupakan tindakan yang bersifat delegasi yang memerlukan kewenangan klinik tertentu dan perlu dikredensial. Dengan demikian, tindakan medik yang bersifat delegasi tetap menjadi tanggung jawab tenaga medis yang memberikan delegasi.

BAB XIX

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Pasal 93

Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis secara tersendiri diluar Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf By Laws). Aturan profesi tersebut antara lain:

- a. Pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. Kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis dengan disiplin yang sesuai; dan
- c. Kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

BAB XX

TATA CARA REVIEW DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 94

- (1) Perubahan terhadap Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf By Laws) dapat dilakukan berdasarkan adanya perubahan peraturan perundang-undangan yang mendasarinya.
- (2) Waktu perubahan peraturan internal staf medis ini dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Komite Medik Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis dilakukan dengan melibatkan seluruh staf medis dan staf manajemen terkait melalui lokakarya dan terakhir disahkan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.

BAB XXI

KERAHASIAN INFORMASI MEDIS

Pasal 95

Kerahasiaan Pasien

- (1) Setiap pegawai rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi tentang pasien.
- (2) Pemberian informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan direktur/kepala bidang pelayanan medis.

Pasal 96

Informasi Medis

- (1) Hak-hak pasien yang dimaksud adalah hak-hak pasien sebagaimana yang terdapat didalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- (2) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar adalah mengenai :
 - a. keadaan kesehatan pasien;
 - b. rencana terapi dan alternatifnya;
 - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
 - d. prognosis; dan
 - e. kemungkinan Komplikasi.

Pasal 97.....

Hak dan Kewajiban Pasien

(1) Hak pasien meliputi :

- a. memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung;
- b. memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
- c. memperoleh layanan kesehatan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- d. memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- e. memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- f. mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapat;
- g. memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- h. meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- i. mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
- j. mendapat informasi yang meliputi diagnosa dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- k. memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- l. didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- m. menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
- n. memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- o. mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- p. menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
- q. menggugat.....

- q. menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana, dan
 - r. mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Kewajiban Pasien meliputi :
- a. mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit ;
 - b. memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan riwayat medis yang lalu, hospitalisme medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien;
 - c. mengikuti rencana pengobatan yang diadviskan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai dokter;
 - d. memberlakukan staf rumah sakit dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang mengganggu pekerjaan rumah sakit;
 - e. menghormati privasi orang lain dan barang milik rumah sakit;
 - f. tidak membawa alkohol dan obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata kedalam Rumah Sakit;
 - g. menghormati bahwa Rumah Sakit adalah area bebas rokok;
 - h. mematuhi jam kunjungan dari Rumah sakit;
 - i. meninggalkan barang berharga di Rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Rumah Sakit;
 - j. memastikan bahwa kewajiban financial atas asuhan pasien sebagaimana kebijakan Rumah Sakit dan melunasi/memberikan imbalan jasa atas pelayanan rumah sakit/dokter;
 - k. bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya; dan
 - l. memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuat.

Hak dan Kewajiban Dokter

(1) Hak dokter meliputi :

- a. hak memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- b. hak memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional;
- c. hak memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien; dan
- d. hak menerima imbalan jasa sesuai dengan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.

(2) Kewajiban Dokter meliputi :

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan Standar Profesi dan Standar Prosedur Operasional serta kebutuhan medis;
- b. merujuk ke dokter lain, bila tidak mampu;
- c. merahasiakan informasi pasien, meskipun pasien sudah meninggal;
- d. melakukan pertolongan darurat, kecuali bila yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu; dan
- e. menambah IPTEK dan mengikuti perkembangan.

Pasal 99

Hak dan Kewajiban Rumah Sakit

(1) Hak Rumah Sakit meliputi :

- a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
- b. menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi/jasa pelayanan, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan;
- d. menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- e. menggugat pihak yang mengakibatkan kerugian;
- f. mendapatkan.....

- f. mendapatkan perlindungan hukum dalam melaksanakan pelayanan kesehatan;
- g. mempromosikan layanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. mendapatkan insentif pajak bagi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

(2) Kewajiban Rumah Sakit meliputi :

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan dengan kemampuan pelayanannya;
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin;
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung sebagai acuan dalam melayani pasien menyelenggarakan rekam medis;
- h. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia;
- i. melaksanakan sistem rujukan;
- j. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
- k. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;

l. menghormati.....

- l. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- m. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- n. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- o. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- p. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- q. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
- r. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- s. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB XXII

KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 100

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

(6) Pengendalian.....

- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hierarki struktural.
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal.
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha.

BAB XXIII

KERJASAMA / KONTRAK

Pasal 101

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat :
 - a. subjek kerja sama/kontrak;
 - b. objek kerja sama/kontrak;
 - c. ruang.....

- c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
 - d. hak dan kewajiban para pihak;
 - e. jangka waktu kerja sama/kontrak;
 - f. pengakhiran kerja sama/kontrak;
 - g. keadaan memaksa; dan
 - h. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
- a. b. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hierarki pelayanan. Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis; dan
 - b. c. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hierarki administrasi sumber daya, Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau non material berupa keuntungan.
- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi.....

- l. menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- m. melaksanakan etika Rumah Sakit;
- n. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- o. melaksanakan program pemerintah dibidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- p. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran dan tenaga kesehatan lainnya;
- q. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (Hospital By Laws);
- r. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- s. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

BAB XXII

KEBIJAKAN, PEDOMAN DAN PROSEDUR

Pasal 100

- (1) Kebijakan, Pedoman/Panduan, dan Prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi Rumah Sakit sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan Pedoman/Panduan dan selanjutnya Prosedur/Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Administrasi dan Sumber Daya yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (4) Review dan persetujuan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan yang berwenang sebelum diterbitkan adalah Kepala Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (5) Proses dan frekuensi review serta persetujuan berkelanjutan atas kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur dilakukan minimal setiap 3 (tiga) tahun sekali dan atau bila terdapat perubahan atas Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

(6) Pengendalian.....

- (6) Pengendalian untuk menjamin bahwa hanya kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur terkini, dengan versi yang relevan tersedia pada unit pelaksana dilakukan melalui dokumen terkendali yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.
- (7) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman/ panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hierarki struktural.
- (8) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (9) Pengelolaan kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang berasal dari luar rumah sakit yang dijadikan acuan dikendalikan dengan mempergunakan Dokumen melalui catatan formulir Master List Dokumen Eksternal.
- (10) Retensi dari kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Retensi Dan Penyusutan Arsip Non Rekam Medis.
- (11) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan master list yang dikelola oleh Sub Bagian Umum Bagian Tata Usaha.

BAB XXIII

KERJASAMA / KONTRAK

Pasal 101

- (1) Direktur Rumah Sakit menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama/kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama/kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Apabila para pihak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menerima rencana kerja sama/kontrak tersebut dapat ditingkatkan dengan membuat kesepakatan bersama dan menyiapkan rancangan perjanjian kerja sama/kontrak yang paling sedikit memuat :
 - a. subjek kerja sama/kontrak;
 - b. objek kerja sama/kontrak;
 - c. ruang.....

- c. ruang lingkup kerja sama/kontrak;
 - d. hak dan kewajiban para pihak;
 - e. jangka waktu kerja sama/kontrak;
 - f. pengakhiran kerja sama/kontrak;
 - g. keadaan memaksa; dan
 - h. penyelesaian perselisihan.
- (4) Isi materi perjanjian kerja sama/kontrak dikoreksi dan disepakati melalui pembubuhan paraf/fiat para pejabat yang berwenang yaitu :
- a. b. Kontrak klinis diajukan oleh unit pelayanan secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hierarki pelayanan. Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab atas kontrak klinis; dan
 - b. c. Kontrak manajemen diajukan oleh unit yang mengelola administrasi sumber daya secara berjenjang kepada pejabat berwenang sesuai hierarki administrasi sumber daya, Kepala Bagian Tata Usaha Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (5) Setelah dibubuhi paraf/fiat pada kedua belah pihak dan lanjut diberi nomor oleh para pihak.
- (6) Penandatanganan dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
- (7) Hasil kerja sama/kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau non material berupa keuntungan.
- (8) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa uang harus menjadi pendapatan rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (9) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa barang harus dicatat sebagai aset rumah sakit secara proporsional sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (10) Hasil kerja sama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang didalam perjanjian kerja sama/kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil addendum.
- (11) Evaluasi.....

- (11) Evaluasi kerja sama/kontrak dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hierarki pejabat yang berwenang.
- (12) Bila hasil evaluasi kerja sama/kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.
- (13) Hasil kerjasama/kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (7) yang berhubungan dengan pelayanan pasien harus disosialisasikan kepada pegawai Rumah Sakit.

BAB XXIV

PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

Bagian kesatu

Pasal 102

Perencanaan

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Strategis (Renstra) Bisnis rumah sakit.
- (2) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1), mencakup pernyataan visi misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja, rencana pencapaian lima tahunan dan proyeksi keuangan lima tahunan rumah sakit.
- (3) Visi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita-cita yang ingin diwujudkan.
- (4) Misi sebagaimana dimaksud ayat (2), memuat sesuatu yang harus diemban atau dilaksanakan sesuai visi yang ditetapkan, agar tujuan rumah sakit dapat terlaksana sesuai dengan bidangnya dan berhasil dengan baik.
- (5) Program strategis sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat program yang berisi proses kegiatan yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai sampai dengan kurun waktu 1 (satu) sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, dan kendala yang ada atau mungkin timbul.
- (6) Pengukuran pencapaian kinerja sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat pengukuran yang dilakukan dengan menggambarkan pencapaian hasil kegiatan dengan disertai analisa dan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi tercapainya kinerja.

(7) Rencana.....

- (7) Rencana pencapaian lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat rencana capaian kinerja pelayanan tahunan selama 5 (lima) tahun; (8) Proyeksi keuangan lima tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), memuat perkiraan capaian kinerja keuangan tahunan selama 5 (lima) tahun.

Bagian Kedua

Pasal 103

Penganggaran

- (1) Rumah sakit menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan yang berpedoman kepada renstra bisnis rumah sakit.
- (2) Penyusunan Renstra Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun berdasarkan prinsip anggaran berbasis kinerja, perhitungan akuntansi biaya menurut jenis layanan, kebutuhan pendanaan dan kemampuan pendapatan yang diperkirakan akan diterima dari masyarakat, badan lain, Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan sumber-sumber pendapatan rumah sakit lainnya.
- (3) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 94, memuat:
- a. kinerja tahunan berjalan;
 - b. asumsi makro dan mikro;
 - c. Target kinerja;
 - d. analisis dan perkiraan biaya satuan
 - e. perkiraan harga;
 - f. anggaran pendapatan dan biaya;
 - g. besaran persentase ambang batas;
 - h. prognosa laporan keuangan;
 - i. perkiraan maju (forward estimate);
 - j. rencana pengeluaran investasi/modal; dan
 - k. ringkasan pendapatan dan biaya untuk konsolidasi dengan Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah/Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.
- (4) Rencana Bisnis dan Anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat 1, disertai dengan usulan program, kegiatan, standar pelayanan minimal dan biaya dari keluaran yang akan dihasilkan.

86
Pasal 104
Persetujuan

- (1) Renstra bisnis rumah sakit sebagaimana dimaksud Pasal 95 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan dipergunakan sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran serta evaluasi kinerja.
- (2) Rencana Bisnis dan Anggaran Pasal 95 ayat (1) mendapat persetujuan Dewan Pengawas dan merupakan penjabaran lebih lanjut dari program dan kegiatan rumah sakit dengan berpedoman pada pengelolaan keuangan rumah sakit.

BAB XXV
Bagian kesatu
AKUNTANSI, PELAPORAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN
Pasal 105
Akuntansi

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan kebutuhan dan praktek bisnis yang sehat.
- (2) Setiap transaksi keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung harus dicatat dalam dokumen pendukungnya dikelola secara tertib.
- (3) Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung menyelenggarakan akuntansi dan laporan keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat.
- (4) Penyelenggaraan akuntansi dan laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban dan ekuitas dana.
- (5) Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung mengembangkan dan menerapkan sistem akuntansi yang berlaku untuk Rumah Sakit.
- (6) Dalam rangka penyelenggaraan akuntansi dan pelaporan keuangan berbasis akrual, Direktur menyusun kebijakan akuntansi yang berpedoman pada standar akuntansi sesuai jenis layanannya.
- (7) Kebijakan.....

- (7) Kebijakan akuntansi Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung digunakan sebagai dasar dalam pengakuan, pengukuran, penyajian dan pengungkapan aset, kewajiban, ekuitas dana, pendapatan dan biaya.

Bagian Kedua

Pasal 106

Pelaporan dan Pertanggungjawaban

- (1) Laporan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung terdiri dari :
- a. laporan neraca;
 - b. laporan operasional;
 - c. laporan arus kas;
 - d. laporan realisasi anggaran; dan
 - e. catatan atas laporan keuangan.
- (2) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disertai dengan laporan kinerja yang berisikan informasi pencapaian hasil/keluaran rumah sakit.
- (3) Laporan keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diaudit oleh pemeriksa eksternal sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (4) Setiap tri wulan Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung menyusun dan menyampaikan laporan operasional dan laporan arus kas kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah, paling lambat 15 (lima belas) hari setelah periode pelaporan berakhir.
- (5) Setiap semesteran dan tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung wajib menyusun dan menyampaikan laporan keuangan lengkap yang terdiri dari laporan operasional, neraca, laporan arus kas dan catatan atas laporan keuangan disertai laporan kinerja kepada Pejabat Pengelola Keuangan Daerah melalui Direktur untuk dikonsolidasikan ke dalam laporan keuangan pemerintah daerah, paling lama 2 (dua) bulan setelah periode pelaporan selesai.

BAB XXVI

PEMBINAAN , PENGAWASAN, EVALUASI DAN PENILAIAN KINERJA

Pasal 107

Pembinaan dan Pengawasan

- (1) Pembinaan.....

- (1) Pembinaan teknis rumah sakit dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah dan pembinaan keuangan rumah sakit dilakukan oleh Pejabat Pengelola Keuangan Daerah (PPKD).
- (2) Pengawasan Operasional rumah sakit dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal sebagai internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (3) Pembinaan dan pengawasan terhadap rumah sakit selain dilakukan oleh Bupati, PPKD, Internal Auditor juga dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Pasal 108

Evaluasi dan Penilaian Kinerja

- (1) Visi dan Misi dipergunakan sebagai pedoman untuk membuat perencanaan pelaksanaan, pengendalian, evaluasi dan penilaian kinerja bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kayuagung.
- (2) Review/perubahan Visi dan Misi dilakukan akibat terjadinya perubahan kebijakan oleh Pemilik Rumah Sakit.
- (3) Review/perubahan Visi dan Misi Rumah Sakit diajukan oleh Direktur kepada Bupati sesuai hasil rapat Tim Evaluasi Visi dan Misi Rumah.
- (4) Visi dan Misi rumah sakit disahkan melalui Keputusan Bupati dan dipublikasikan oleh Kepala Sub Bagian Umum Rumah Sakit.
- (5) Evaluasi dan penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit dilaksanakan melalui DP3 (Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan), dan selanjutnya berdasarkan Petunjuk Teknis Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan melalui SKP (Sasaran Kerja Pegawai Negeri Sipil) yang mulai diterapkan pada tahun 2014.
- (6) Evaluasi dan penilaian kinerja rumah sakit dilakukan setiap tahun oleh Bupati dan/atau Dewan Pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan.
- (7) Evaluasi dan penilaian kinerja dilakukan bertujuan untuk mengukur tingkat pencapaian hasil pengelolaan Rumah Sakit sebagaimana ditetapkan dalam renstra bisnis dan RBA.

Sesuai pula yang tercantum dalam BAB IV Laporan Akuntabilitas Kinerja Pasal 12 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, menyebutkan bahwa laporan Akuntabilitas Kinerja adalah laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi.

- (8) Hasil pengukuran kinerja Rumah Sakit dilaporkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) setiap tahun disampaikan kepada Bupati.
- (9) LAKIP Rumah Sakit Umum berpedoman kepada Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

BAB XXVII

TUNTUTAN UMUM

Pasal 109

- (1) Dalam hal pegawai Rumah Sakit dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya.
- (2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka Rumah Sakit bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau Standar Prosedur Operasional (SPO).
- (3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan individu, maka Rumah Sakit tidak bertanggung jawab selama kesalahan yang dilakukan tidak mengikuti aturan atau SPO yang diberlakukan.

BAB XXVIII

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 110

- (1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum di dalam Hospital Bylaws ini ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(2) Perubahan.....

- (2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan Rumah Sakit ditetapkan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (3) Peraturan Bupati Ogan Komering Ilir Nomor : 5 Tahun 2018 tentang Peraturan Internal (HOSPITAL BYLAWS) Rumah Sakit dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

BAB XXIX
KETENTUAN
PENUTUP
Pasal 111

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kayuagung
pada tanggal 31 Desember 2021
BUPATI OGAN KOMERING ILIR,

d.t.o

ISKANDAR

Diundangkan di Kayuagung
pada tanggal 31 Desember 2021

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN OGAN KOMERING ILIR,

d.t.o

HUSIN