



SALINAN

BUPATI LAMONGAN
PROVINSI JAWA TIMUR

RANCANGAN
PERATURAN BUPATI LAMONGAN
NOMOR 49 TAHUN 2025
TENTANG
PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KI AGENG
BRONDONG KABUPATEN LAMONGAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LAMONGAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien serta menyelenggarakan tata kelola rumah sakit yang baik, diperlukan tata kelola rumah sakit untuk mencapai sinergi antara manajemen rumah sakit dan profesi medis untuk kepentingan pasien agar penyelenggaraan rumah sakit dapat dilaksanakan secara efektif, efisien, dan lebih berkualitas;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, perlu disusun Peraturan Internal Rumah Sakit sebagai acuan bagi Pimpinan Rumah Sakit dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional, serta sebagai sarana perlindungan hukum, menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu layanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Ki Ageng Brondong Kabupaten Lamongan;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Dalam Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
4. 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 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik

- di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktek Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49/MENKES/PER/VIII/2013 tentang Komite Keperawatan di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
 13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 857);
 14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1389);
 18. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2018 tentang Pedoman Sistem Pengaduan Pelayanan Publik Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1726);

19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KI AGENG BRONDONG KABUPATEN LAMONGAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Lamongan.
2. Bupati adalah Bupati Lamongan.
3. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Lamongan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Ki Ageng Brondong Kabupaten Lamongan yang selanjutnya disebut RSUD Ki Ageng Brondong.
5. Direktur adalah seseorang yang ditunjuk oleh Bupati untuk menduduki jabatan sebagai pimpinan tertinggi RSUD Ki Ageng Brondong.
6. Jabatan Struktural adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang dan hak seorang pegawai sesuai susunan organisasi rumah sakit.
7. Satuan Pemeriksaan Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat organisasi rumah sakit yang bertugas melaksanakan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan dan keuangan rumah sakit.
8. Komite Medik adalah organisasi non struktural perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
9. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan

mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

10. Komite Keperawatan adalah kelompok tenaga keperawatan di Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi perawat.
11. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disebut Tim PPI merupakan organisasi nonstruktural pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang mempunyai fungsi utama menjalankan PPI serta menyusun kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi termasuk pencegahan infeksi yang bersumber dari masyarakat berupa Tuberkulosis, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), dan infeksi menular lainnya.
12. *Health Care Associated Infections* yang selanjutnya disingkat HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain yang inkubasi penyakit tidak terjadi saat pasien pertama masuk rumah sakit.
13. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, yang bekerja penuh waktu maupun paruh waktu yang mempunyai penugasan klinis di unit pelayanan Rumah Sakit.
14. Kelompok Staf Medis yang selanjutnya disingkat KSM adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis yang keanggotaannya sesuai dengan profesi dan keahliannya atau kelompok profesi yang serumpun.
15. Unsur Pelayanan Medis adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan medis.
16. Unsur Keperawatan adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan.
17. Unsur Penunjang Medis adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan penunjang medis meliputi pelayanan laboratorium, radiologi, farmasi, gizi dan kedokteran forensik dan medikolegal.
18. Unsur Penunjang Non Medis adalah unsur yang bertugas memberikan pelayanan non medis yang menunjang pelayanan kepada pasien.
19. Tenaga Administrasi adalah orang atau sekelompok pegawai yang bertugas melaksanakan administrasi guna menunjang pelaksanaan tugas pelayanan.
20. Standar Pelayanan Minimal rumah sakit yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang

jenis, mutu dan spesifikasi teknis tolok ukur pelayanan dasar yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal yang diberikan rumah sakit;

21. Standar Prosedur Operasional yang selanjutnya disingkat SPO adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah berurutan yang dibakukan untuk menyatakan suatu proses kerja tertentu.
22. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
23. Peraturan Internal Staf Medis atau *Medical Staff by Laws* yang selanjutnya disingkat MSbL adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (clinical governance) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit dan memuat pengaturan tata kerja komite medik di rumah sakit meliputi pembentukan komite medik, tugas dan fungsi serta mekanisme kerja komite medik beserta ketiga subkomitennya, mitra bestari serta menjadi acuan mekanisme pengambilan keputusan oleh komite medik, dan menjadi dasar hukum yang sah untuk setiap keputusan yang diambil sesuai dengan mekanisme yang ditentukan.
24. Mitra Bestari adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal terkait dengan profesi medis.
25. Buku Putih adalah dokumen yang berisi syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh tenaga keperawatan yang digunakan untuk menentukan Kewenangan Klinis.

BAB II

PERATURAN ORGANISASI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 2

- (1) Nama rumah sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ki Ageng Brondong Kabupaten Lamongan.

- (2) RSUD Ki Ageng Brondong berkedudukan di bawah Dinas Kesehatan sebagai unit organisasi bersifat khusus dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional yang memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan, pengelolaan Barang Milik Daerah dan pengelolaan bidang kepegawaian.
- (3) RSUD Ki Ageng Brondong sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipimpin oleh Direktur, yang dalam pengelolaan keuangan, Barang Milik Daerah dan bidang kepegawaian bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (4) RSUD Ki Ageng Brondong didirikan sebagai rumah sakit di wilayah Kabupaten Lamongan dan untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Bagian Kedua

Pasal 3

- (1) RSUD Ki Ageng Brondong merupakan Rumah Sakit Kelas D.
- (2) RSUD Ki Ageng Brondong beralamat di Jl. Raya Deandels Sedayulawas Kecamatan Brondong Kabupaten Lamongan, kode pos 62263 Telepon: 082338055071, alamat surat elektronik rsudkiagengbrondong@gmail.com. dengan laman/website www.lamongankab.go.id.
- (3) Logo RSUD Ki Ageng Brondong adalah sebagai berikut:



- (4) Keterangan dan Filosofi Logo RSUD Ki Ageng Brondong sebagaimana pada ayat (3) sebagai berikut:
 - a. segi lima melambangkan lima sila Pancasila sebagai falsafah dan pandangan hidup bangsa Indonesia;

- b. tanda plus warna hijau memberi arti bahwa pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan kesehatan yang maksimal dan berkualitas meningkatkan derajat Kesehatan;
- c. bandeng melambangkan potensi komoditi baru bagi Kabupaten Lamongan yang penuh harapan di masa depan;
- d. lele melambangkan sikap hidup yang sabar dan ulet dengan senjata patilnya yang ampuh;
- e. bintang melambangkan Kabupaten Lamongan yang bersinar;
- f. warna biru muda melambangkan kelautan sesuai dengan Lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Ki Ageng Brondong;
- g. warna kuning melambangkan kesetiaan, semangat dan optimisme menuju kejayaan Lamongan.

Bagian Ketiga

Visi, Misi, Tata Nilai, Motto, Tujuan, dan Falsafah

Pasal 4

Visi RSUD Ki Ageng Brondong adalah Menjadi Rumah Sakit Umum yang Unggul, Nyaman dan Pilihan Masyarakat di Wilayah Utara Kabupaten Lamongan.

Pasal 5

Misi RSUD Ki Ageng Brondong sebagai berikut :

- a. memberikan pelayanan paripurna yang bermutu prima kepada seluruh lapisan masyarakat;
- b. meningkatkan komitmen, profesionalisme dan produktivitas SDM RSUD Ki Ageng Brondong.

Pasal 6

Tata Nilai RSUD Ki Ageng Brondong menggambarkan setiap pegawai rumah sakit dalam melaksanakan tugas mempunyai sikap kerja sebagai berikut:

- a. kompeten, bahwa setiap pegawai harus melaksanakan tugas dengan baik dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan sesuai dengan kompetensinya;

- b. inovatif, bahwa setiap pegawai harus mendukung kreatifitas dan mempertimbangkan inisiatif untuk melakukan pembaharuan dibidang Kesehatan;
- c. akuntabel, bahwa setiap pegawai wajib memberikan pelayanan sesuai pedoman, serta dapat diukur dan dipertanggungjawabkan;
- d. giat, bahwa setiap pegawai harus bekerja dengan sungguh-sungguh dan penuh tanggung jawab;
- e. efektif dan efisien, bahwa setiap pegawai harus mengerjakan pekerjaan yang benar sesuai keilmuan dengan menggunakan sumber daya yang optimal untuk mencapai hasil yang maksimal;
- f. nyaman, bahwa setiap pegawai harus menciptakan suasana aman dan nyaman bagi pelanggan dan lingkungan kerja;
- g. guyub, bahwa setiap pegawai wajib menciptakan kebersamaan dalam melaksanakan pelayanan.

Pasal 7

Motto RSUD Ki Ageng Brondong adalah "Kepuasan Anda Prioritas kami.

Pasal 8

RSUD Ki Ageng Brondong bertujuan:

- a. tujuan umum :
pelayanan kesehatan secara paripurna kepada segenap lapisan masyarakat melalui pelayanan prima, pelayanan rujukan, pengembangan sumber daya manusia, serta menerapkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik;
- b. tujuan khusus :
 1. terwujudnya pelayanan kesehatan yang prima, aman, informatif, efektif, efisien dan manusiawi sebagai rumah sakit rujukan;
 2. terwujudnya pelayanan kesehatan dengan memperhatikan aspek sosial;
 3. terwujudnya sarana dan prasarana rumah sakit sesuai dengan standar;
 4. terwujudnya sumber daya manusia yang profesional, akuntabel dan berorientasi pelanggan serta mempunyai integritas tinggi dalam memberi pelayanan;
 5. terselenggaranya proses pendidikan, pelatihan dan

- penelitian di bidang kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan prima; dan
6. terwujudnya sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi, *online* dan *realtime*.

Pasal 9

Falsafah RSUD Ki Ageng Brondong adalah Melayani Dengan Sepenuh Hati Dan Ikhlas.

Pasal 10

- (1) Visi dan Misi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 dan Pasal 5, direviu secara berkala oleh Tim yang dibentuk oleh Keputusan Direktur.
- (2) Visi, misi, tata nilai, dan motto RSUD Ki Ageng Brondong diumumkan kepada masyarakat sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Keempat

Pemilik dan Status RSUD Ki Ageng Brondong

Paragraf 1

Pemilik RSUD Ki Ageng Brondong

Pasal 11

RSUD Ki Ageng Brondong adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan.

Paragraf 2

Status Rumah Sakit

Pasal 12

RSUD Ki Ageng Brondong adalah Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional.

Paragraf 3

Wewenang dan Tanggung jawab Pemerintah Daerah

Pasal 13

Pemerintah Daerah mempunyai wewenang dan tanggung jawab sebagai berikut :

- a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan RSUD Ki Ageng Brondong dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis rumah sakit;
- b. menunjuk atau menetapkan direksi RSUD Ki Ageng Brondong, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
- c. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang, dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
- d. menetapkan struktur organisasi RSUD Ki Ageng Brondong ;
- e. menetapkan kebijakan pengelolaan keuangan dan pengelolaan sumber daya manusia RSUD Ki Ageng Brondong ;
- f. memberikan arahan kebijakan RSUD Ki Ageng Brondong ;
- g. menetapkan visi, misi, nilai dasar dan motto serta memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi, misi, nilai dasar, dan motto RSUD Ki Ageng Brondong ;
- h. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- i. menyetujui rencana strategis RSUD Ki Ageng Brondong ;
- j. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- k. memberikan persetujuan dan melakukan pengawasan kualitas penyelenggaraan program pendidikan profesional kesehatan dan program penelitian;
- l. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
- m. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSUD Ki Ageng Brondong.

Paragraf 4

Tugas Pemerintah Daerah

Pasal 14

Pemerintah Daerah dalam melaksanakan wewenang dan tanggung jawab sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 mempunyai tugas sebagai berikut :

- a. menyediakan pelayanan kesehatan di RSUD Ki Ageng Brondong berdasarkan kebutuhan masyarakat;

- b. menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di RSUD Ki Ageng Brondong bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu;
- c. membina dan mengawasi penyelenggaraan RSUD Ki Ageng Brondong;
- d. bertanggung jawab atas defisit anggaran RSUD Ki Ageng Brondong yang bukan disebabkan oleh kelalaian, administrasi dan pelanggaran hukum;
- e. memberikan perlindungan kepada RSUD Ki Ageng Brondong agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan bertanggung jawab;
- f. memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan RSUD Ki Ageng Brondong sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- g. menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian RSUD Ki Ageng Brondong sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat;
- h. menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- i. menjamin pembiayaan pelayanan kegawatdaruratan di RSUD Ki Ageng Brondong akibat bencana dan kejadian luar biasa;
- j. menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; dan
- k. mengatur pendistribusian alat kesehatan, alat kedokteran berteknologi tinggi dan bernilai tinggi.

Bagian Kelima
Susunan Organisasi

Pasal 15

Ketentuan mengenai Susunan organisasi, uraian tugas dan fungsi serta tata kerja RSUD Ki Ageng Brondong di atur dalam Peraturan Bupati tersendiri.

BAB III
TUGAS DAN FUNGSI RSUD
Bagian Kesatu
Tugas

Pasal 16

RSUD Ki Ageng Brondong mempunyai tugas

menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Bagian Kedua

Fungsi

Pasal 17

Dalam menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, RSUD Ki Ageng Brondong menyelenggarakan fungsi:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Direktur

Pasal 18

- (1) Direktur mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Direktur menyelenggarakan fungsi:
 - a. pengoordinasian pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi;
 - b. penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
 - c. penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;
 - d. pelaksanaan otonomi pengelolaan keuangan, barang milik daerah dan kepegawaian;
 - e. pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi;
 - f. pelaksanaan evaluasi, pencatatan dan pelaporan tugas dan fungsi Rumah Sakit.

Bagian Ketiga

Sub Bagian Umum, Kepegawaian, dan Keuangan

Pasal 19

- (1) Sub Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan mempunyai tugas :
 - a. menyusun program kerja dan perencanaan kegiatan pelayanan administrasi umum, kepegawaian dan keuangan Rumah Sakit;
 - b. melaksanakan pembinaan dan pengawasan kegiatan pelayanan administrasi umum, kepegawaian dan keuangan Rumah Sakit;
 - c. melaksanakan evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan administrasi umum, kepegawaian dan keuangan;
 - d. melaksanakan pengelolaan sumber daya dalam lingkup umum, kepegawaian dan keuangan ;
 - e. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Direktur sesuai dengan lingkup bidang tugas.
- (2) Sub Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Sub Bagian yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Keempat

Seksi Pelayanan Medis
dan Keperawatan

Pasal 20

- (1) Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan mempunyai tugas:
 - a. melaksanakan pengelolaan kegiatan pelayanan medis dan keperawatan;
 - b. melaksanakan penyusunan rumusan kebijakan, perencanaan, pengembangan pelayanan dan produk Rumah Sakit;
 - c. melaksanakan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian kegiatan pelayanan medis dan keperawatan;
 - d. melaksanakan evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan medis dan keperawatan;
 - e. melaksanakan pengelolaan sumber daya dalam lingkup seksi pelayanan medis dan keperawatan; dan

- f. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Direktur sesuai dengan lingkup bidang tugas.
- (2) Seksi Pelayanan Medis dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada di bawahan dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kelima

Seksi Penunjang Medik dan Non Medik

Pasal 21

- (1) Seksi Penunjang Medik dan Non Medik mempunyai tugas:
 - a. melaksanakan pengelolaan kegiatan penunjang Medik dan Non Medik;
 - b. melaksanakan penyusunan rumusan kebijakan perencanaan, pengembangan pelayanan dan produk Rumah Sakit;
 - c. melaksanakan pembinaan, pengawasan dan pengendalian kegiatan penunjang Medik dan Non Medik;
 - d. melaksanakan evaluasi dan pelaporan kegiatan penunjang Medik dan Non Medik;
 - e. melaksanakan pengelolaan sumber daya dalam lingkup seksi penunjang klinik dan non klinik;
 - f. melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Direktur sesuai dengan lingkup bidang tugas.
- (2) Seksi Pelayanan Medik dan Non Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipimpin oleh seorang Kepala Seksi yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Keenam

Rapat

Pasal 22

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan antara Direktur dan Kepala Seksi atau Sub Bagian untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam pelaksanaan tugas pengelolaan Rumah Sakit.
- (2) Rapat Direksi terdiri dari :
 - a. rapat rutin;
 - b. rapat tahunan; dan
 - c. rapat khusus.

- (3) Keputusan Rapat Direksi diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan rapat diserahkan kepada Direktur.
- (5) Untuk setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Sub Bagian Umum, Kepegawaian dan Keuangan.
- (6) Rapat rutin diselenggarakan 1 (satu) minggu sekali.
- (7) Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan tugas, kewenangan dan kewajibannya.
- (8) Rapat rutin dihadiri oleh Direksi.
- (9) Rapat tahunan diselenggarakan 1 (satu) tahun sekali.
- (10) Dalam rapat sebagaimana yang dimaksud dalam ayat (1), dibicarakan hal-hal yang berhubungan dengan perencanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan 1 (satu) tahun.
- (11) Rapat khusus diselenggarakan dalam hal yang bersifat khusus dan/atau hal yang memerlukan koordinasi dan tindak lanjut segera yang tidak termasuk dalam rapat rutin dan rapat tahunan.
- (12) Direktur mengundang untuk rapat khusus dalam hal :
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan, atau
 - b. ada permintaan yang disetujui paling sedikit 2 (dua) Kepala Seksi.
- (13) Setiap rapat Direksi selain dihadiri oleh Direktur dan Kepala Seksi juga dapat dihadiri pihak lain yang ada di lingkungan RSUD Ki Ageng Brondong atau dari luar lingkungan RSUD Ki Ageng Brondong apabila diperlukan.

BAB IV DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Umum

Pasal 23

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Bupati atas usulan Direktur.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk untuk pengawasan dan pengendalian internal yang dilakukan oleh Pejabat Pengelola.
- (3) Kriteria yang dapat diusulkan menjadi anggota Dewan Pengawas, sebagai berikut :
 - a. sehat jasmani dan rohani;

- b. memiliki keahlian, integritas, kepemimpinan, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan dan mengembangkan RSUD Ki Ageng Brondong ;
 - c. memahami penyelenggaraan perumahsakitian dan pemerintahan daerah;
 - d. memiliki pengetahuan yang memadai terkait tugas dan fungsi rumah sakit;
 - e. menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya;
 - f. berijazah paling rendah sarjana;
 - g. berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun;
 - h. tidak pernah menjadi anggota direksi, dewan pengawas, atau komisaris yang dinyatakan bersalah menyebabkan badan usaha yang dipimpin dinyatakan pailit;
 - i. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - j. tidak sedang menjadi pengurus partai politik, calon kepala daerah atau calon wakil kepala daerah, dan/atau calon anggota legislatif.
- (4) Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur:
- a. pejabat perangkat daerah yang membidangi kegiatan rumah sakit;
 - b. pejabat perangkat daerah yang membidangi pengelolaan keuangan Daerah;
 - c. tenaga ahli yang memiliki kompetensi terkait penyelenggaraan perumahsakitian.
- (5) Jumlah Dewan Pengawas ditetapkan sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (6) Salah satu anggota Dewan Pengawas ditetapkan sebagai Ketua.
- (7) Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan tetap maka Bupati mengangkat salah satu anggota Dewan Pengawas untuk menjadi ketua hingga masa jabatan berakhir.
- (8) Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Bupati.

Bagian Kedua
Masa Jabatan

Pasal 24

- (1) Masa jabatan anggota Dewan Pengawas ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya apabila belum

berusia paling tinggi 60 (enam puluh) tahun.

- (2) Dalam hal batas usia anggota Dewan Pengawas sudah berusia 60 (enam puluh) tahun, Dewan Pengawas dari unsur tenaga ahli dapat diangkat kembali untuk 1 (satu) kali masa jabatan berikutnya.

Bagian Ketiga
Fungsi, Tugas dan Kewajiban

Pasal 25

- (1) Dewan Pengawas berfungsi mewakili Bupati dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non teknis perumahsakitian secara internal di RSUD Ki Ageng Brondong.
- (2) Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :
 - a. memantau perkembangan kegiatan RSUD Ki Ageng Brondong ;
 - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja non keuangan RSUD Ki Ageng Brondong dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola;
 - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
 - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan
 - e. memberikan pendapat dan saran kepada Kepala Daerah mengenai :
 1. rencana biaya dan anggaran yang diusulkan oleh pejabat pengelola;
 2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan RSUD Ki Ageng Brondong ; dan
 3. kinerja RSUD Ki Ageng Brondong.
- (3) Penilaian Kinerja Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, diukur paling sedikit meliputi:
 - a. memperoleh hasil usaha atau hasil kerja dari layanan yang diberikan (rentabilitas);
 - b. memenuhi kewajiban jangka pendeknya (likuiditas);
 - c. memenuhi seluruh kewajibannya (solvabilitas); dan
 - d. kemampuan penerimaan dari jasa layanan untuk membiayai pengeluaran.
- (4) Penilaian Kinerja Non Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b, diukur paling sedikit berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan,

pembelajaran, dan pertumbuhan.

- (5) Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya mempunyai wewenang :
 - a. menyetujui dan mengkaji visi dan misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit;
 - b. menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari;
 - c. menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit;
 - d. melakukan evaluasi tahunan kinerja direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan;
 - e. mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - f. melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis; dan
 - g. melakukan pengkajian laporan manajemen risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya dievaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (6) Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Bupati paling sedikit 1 (satu) kali dalam 6 (enam) bulan dan sewaktu-waktu atas permintaan Bupati.

Bagian Keempat Pemberhentian Dewan Pengawas

Pasal 26

- (1) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan oleh Bupati karena:
 - a. meninggal dunia;
 - b. masa jabatan berakhir; atau
 - c. diberhentikan sewaktu-waktu.
- (2) Anggota Dewan Pengawas diberhentikan sebagaimana

dimaksud pada ayat (1) huruf c, karena:

- a. tidak dapat melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan RSUD Ki Ageng Brondong;
 - d. dinyatakan bersalah dalam putusan pengadilan yang telah mempunyai kekuatan hukum tetap;
 - e. mengundurkan diri; dan/atau
 - f. terlibat dalam tindakan kecurangan yang mengakibatkan kerugian pada RSUD Ki Ageng Brondong, negara, dan/atau daerah.
- (3) Sebelum melakukan pemberhentian sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bupati secara tertulis memberitahukan kepada anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan tentang rencana pemberhentian yang disertai alasan pemberhentian dan jenis kesalahan yang dilakukan.
- (4) Anggota Dewan Pengawas yang akan diberhentikan diberi kesempatan untuk melakukan pembelaan diri secara tertulis sebelum keputusan tentang pemberhentian diterbitkan.
- (5) Pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (4) disampaikan secara tertulis kepada Bupati dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sejak anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan menerima pemberitahuan tertulis.
- (6) Apabila dalam jangka waktu 1 (satu) bulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), yang bersangkutan tidak memberikan pembelaan diri, maka Bupati dapat langsung menerbitkan Keputusan tentang Pemberhentian Dewan Pengawas.
- (7) Sebelum Keputusan tentang Pemberhentian Dewan Pengawas ditetapkan, anggota Dewan Pengawas yang bersangkutan tetap dapat melaksanakan tugas sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (8) Apabila dalam jangka waktu 2 (dua) bulan terhitung sejak tanggal penyampaian surat pembelaan diri sebagaimana dimaksud pada ayat (4) Bupati tidak menerbitkan Keputusan tentang Pemberhentian Dewan Pengawas, maka rencana pemberhentian Dewan Pengawas dianggap batal.

Bagian Kelima
Sekretaris Dewan Pengawas

Pasal 27

- (1) Bupati dapat mengangkat sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas bukan merupakan anggota Dewan Pengawas.

Bagian Keenam
Pembiayaan Dewan Pengawas

Pasal 28

Biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan pada anggaran RSUD Ki Ageng Brondong dan dimuat dalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran.

BAB V
REMUNERASI

Pasal 29

- (1) Direktur, pejabat struktural, dewan pengawas, sekretaris dewan pengawas dan pegawai RSUD Ki Ageng Brondong diberikan remunerasi sesuai dengan tingkat tanggung jawab, tuntutan profesionalisme, dan kinerja.
- (2) Remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), merupakan imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, jasa pelayanan, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun.
- (3) Ketentuan mengenai remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dalam Peraturan Bupati secara tersendiri.

BAB VI
SATUAN PEMERIKSA INTERNAL

Bagian Kesatu
Tugas, Fungsi, dan Wewenang

Pasal 30

- (1) SPI bertugas melakukan pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
- (2) Pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian kinerja pelayanan internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap kinerja unit pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan gawat darurat, pelayanan penunjang, dan pengelolaan sarana prasarana, sumber daya manusia, pendidikan, penelitian dan pengembangan serta pelayanan umum lainnya.
- (3) Pemeriksaan, pengawasan dan pengendalian internal kinerja keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap kinerja pengelolaan administrasi keuangan dan sistem pengamanan aset RSUD Ki Ageng Brondong .
- (4) SPI mempunyai fungsi melaksanakan:
 - a. pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja RSUD Ki Ageng Brondong ;
 - b. penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan;
 - c. pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan internal yang ditugaskan oleh Direktur;
 - d. pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksaan internal; dan
 - e. pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional RSUD Ki Ageng Brondong .
- (5) Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) SPI mempunyai tugas:
 - a. menyusun dan melaksanakan rencana Pengawasan Internal;

- b. menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian internal dan sistem manajemen risiko;
 - c. melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya;
 - d. memberikan saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
 - e. membuat laporan hasil pengawasan internal dan menyampaikan laporan tersebut kepada Direktur dan Dewan Pengawas;
 - f. memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis;
 - g. memantau, menganalisis, dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh Aparat Pengawas intern pemerintah, dan Aparat Pemeriksa ekstern pemerintah;
 - h. melakukan reviu laporan keuangan;
 - i. melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan;
 - j. menyusun dan memutakhirkan pedoman kerja serta sistem dan prosedur pelaksanaan tugas SPI; dan
 - k. melaksanakan tugas-tugas lain berdasarkan penugasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (6) Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) SPI berwenang :
- a. menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja pelayanan/operasional dan kinerja keuangan dari Direktur;
 - b. menyusun, mengusulkan perubahan dan melaksanakan kebijakan pemeriksaan internal;
 - c. mendapatkan akses terhadap dokumen, informasi atas obyek pemeriksaan dari unit struktural dan non struktural pada organisasi RSUD Ki Ageng Brondong dalam rangka pelaksanaan tugasnya; dan
 - d. melakukan komunikasi secara langsung dengan Direktur dan/atau Dewan Pengawas.
 - e. mengadakan rapat secara berkala dan insidental dengan Direktur dan/atau Dewan Pengawas;
 - f. melakukan koordinasi dan atau mendampingi aparat pengawasan internal Pemerintah dan/atau aparat pemeriksaan eksternal Pemerintah dalam melakukan pengawasan.

Pasal 31

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 ayat (1), dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Organisasi SPI paling sedikit terdiri atas :
 - a. Kepala SPI;
 - b. 1 (satu) orang sekretaris merangkap anggota; dan
 - c. 5 (lima) orang anggota.
- (3) Kepala dan anggota SPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur dengan Keputusan Direktur.
- (4) Kepala SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus memiliki kualifikasi:
 - a. sehat jasmani dan rohani;
 - b. berpendidikan paling rendah Sarjana;
 - c. memiliki pengetahuan dan atau pengalaman dalam manajemen perumahsakitian;
 - d. tidak merangkap jabatan struktural di lingkungan RSUD Ki Ageng Brondong ;
 - e. memiliki keahlian, integritas, pengalaman, jujur, perilaku yang baik, dan dedikasi yang tinggi untuk memajukan RSUD Ki Ageng Brondong ;
 - f. pengalaman kerja di RSUD Ki Ageng Brondong paling sedikit 3 (tiga) tahun;
 - g. berusia paling rendah 30 (tiga puluh) tahun tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan keuangan negara atau keuangan daerah;
 - h. tidak sedang menjalani sanksi pidana; dan
 - i. mempunyai sikap independen dan objektif.
- (5) Kepala SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a harus mengikuti pelatihan pemeriksa internal yang diselenggarakan oleh organisasi profesi pemeriksaan internal dalam rangka meningkatkan kompetensinya.

BAB VII KOMITE

Bagian Kesatu Umum

Pasal 32

- (1) Komite merupakan unsur organisasi profesional dan memiliki otoritas dalam organisasi dalam rangka mengembangkan pelayanan, pendidikan, penelitian serta

mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik

- (2) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas:
 - a. komite medik;
 - b. komite keperawatan;
 - c. komite mutu;
 - d. komite farmasi dan terapi; dan
 - e. tim pencegahan dan pengendalian infeksi
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan perangkat non struktural RSUD Ki Ageng Brondong yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

Bagian Kedua
Komite Medik

Pasal 33

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf a merupakan perangkat rumah sakit yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan Staf Medis.
- (3) Pembentukan Komite Medik ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Komite Medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara :
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (5) Dalam melaksanakan tugas, fungsi dan tanggung jawabnya, Komite Medik mempunyai wewenang:
 - a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
 - c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
 - d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
 - e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;

- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
 - g. memberikan rekomendasi pendampingan; dan
 - h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.
- (6) Komite medik wajib menyusun *MSbL* yang berisi aturan yang mengatur tata kelola klinis untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit dan memuat pengaturan tata kerja komite medik di rumah sakit.

Bagian Ketiga
Komite Keperawatan

Pasal 34

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf b merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan tenaga keperawatan.
- (3) Pembentukan Komite Keperawatan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.
- (4) Komite keperawatan mempunyai tugas pokok untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di rumah sakit yaitu melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, pengembangan profesional berkelanjutan/*Continuing Profesional Development*, dan memastikan mutu pelayanan keperawatan.
- (5) Komite keperawatan wajib menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan yang berisi aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme tenaga keperawatan di rumah sakit dan memuat pengaturan tata kerja komite keperawatan di rumah sakit.
- (6) Susunan, fungsi, tugas dan kewajiban, serta tanggungjawab dan kewenangan Komite Keperawatan diatur lebih lanjut dalam Peraturan Internal Staf Keperawatan diatur dalam Peraturan Direktur.

Bagian Keempat
Komite Mutu

Pasal 35

- (1) Setiap Rumah Sakit menyelenggarakan tata kelola mutu untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.
- (2) Penyelenggaraan tata kelola mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan melalui pembentukan Komite Mutu sesuai dengan kebutuhan, ketersediaan sumber daya, dan beban kerja Rumah Sakit.
- (3) Komite Mutu RSUD Ki Ageng Brondong merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh Direktur Rumah Sakit dan berkedudukan di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Pembentukan Komite Mutu RSUD Ki Ageng Brondong diangkat dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan masa kerja selama 3 (tiga) tahun.
- (5) Susunan organisasi Komite Mutu paling sedikit terdiri atas:
 - a. Ketua merangkap sebagai anggota;
 - b. Sekretaris merangkap sebagai anggota; dan
 - c. Anggota.
- (6) Ketua sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dilarang merangkap sebagai pejabat struktural di Rumah Sakit.
- (7) Keanggotaan Komite Mutu harus memenuhi persyaratan paling sedikit terdiri atas:
 - a. Tenaga medis;
 - b. Tenaga keperawatan;
 - c. Tenaga kesehatan lain; dan
 - d. Tenaga non kesehatan.
- (8) Direktur dapat memberhentikan anggota Komite Mutu sebelum habis masa kerjanya yang disertai dengan alasan pemberhentian sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (9) Dalam rangka efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan tata kelola mutu RSUD Ki Ageng Brondong, komite lainnya yang melaksanakan fungsi manajemen risiko dan keselamatan pasien diintegrasikan dengan Komite Mutu dengan membentuk subkomite.

Pasal 36

Komite Mutu bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu,

keselamatan pasien, manajemen risiko, dan persiapan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit.

Pasal 37

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35, Komite Mutu mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
- c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator;
- d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
- e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
- f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
- g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
- h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
- i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, SPI, dan unit kerja lainnya yang terkait;
- j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
- k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
- l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan
- m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

Pasal 38

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35, Komite Mutu memiliki fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja

- terkait keselamatan pasien RSUD Ki Ageng Brondong ;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RSUD Ki Ageng Brondong dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
 - c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
 - d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
 - e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA),
 - f. pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 - g. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - h. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
 - i. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.

Pasal 39

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 35, Komite Mutu mempunyai fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
- c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
- d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
- e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
- f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
- g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
- h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
- i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

Pasal 40

- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur, dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Mutu.
- (2) Komite Mutu dapat dibantu oleh tim yang bersifat *Ad Hoc*

yang terdiri atas komite atau unit kerja lain, dan pakar/ahli yang terkait.

- (3) Tim *Adhoc* ditetapkan dalam Keputusan Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Mutu.

Pasal 41

Ketentuan lebih lanjut mengenai keanggotaan dan persyaratan menjadi anggota Komite Mutu RSUD Ki Ageng Brondong, penjabaran tugas dan fungsi Komite Mutu RSUD Ki Ageng Brondong dan tata hubungan kerja penyelenggaraan mutu diatur dalam Peraturan Direktur RSUD Ki Ageng Brondong.

Bagian Kelima

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 42

- (1) Ketua dan Anggota Komite Farmasi dan Terapi diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 3 (tiga) tahun.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas :
 - a. menyusun kebijakan-kebijakan mengenai pemilihan obat, penggunaan obat serta evaluasinya;
 - b. memantau penggunaan obat secara rasional, meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat regimen, tepat obat, tepat dosis dan waspada efek samping obat;
 - c. memantau pengelolaan obat di rumah sakit agar dilakukan secara transparan;
 - d. melakukan pembinaan etika profesi farmasi dan melaksanakan kredensial terhadap staf farmasi;
 - e. menyusun dan mengembangkan formularium di rumah sakit dan merevisi pemilihan obat secara berkala untuk dimasukkan di dalam formularium berdasarkan pada evaluasi secara objektif terhadap efek terapi, keamanan, harga obat serta meminimalkan duplikasi dalam tipe obat, kelompok dan produk obat yang sama;
 - f. mensosialisasikan formularium rumah sakit dan standar yang digunakan di rumah sakit;
 - g. melakukan evaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh ketua Satuan Medis Fungsional (SMF) dan Anggota Staf Medis;
 - h. menyusun pengelolaan obat yang digunakan di rumah sakit dan obat yang termasuk dalam kategori khusus;
 - i. mengoordinir pembuatan pedoman diagnosis dan

terapi, pedoman penggunaan antibiotika dan pedoman lainnya;

- i. bersama Kepala Instalasi Farmasi mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
 - j. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di rumah sakit dengan mengkaji rekam medis dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi serta pedoman-pedoman lainnya, dengan maksud untuk mendorong peningkatan secara penggunaan obat secara rasional;
 - k. mengumpulkan dan meninjau laporan mengenai Monitoring Efek Samping Obat (MESO);
 - l. melaksanakan pendidikan dan pelatihan dalam bidang pengelolaan dan penggunaan obat terhadap staf farmasi, medis dan perawat berkoordinasi dengan instalasi diklat; dan
 - m. melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi penulisan resep, penggunaan dan pengelolaan obat dan memberikan umpan balik atas hasil tersebut.
- (3) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Farmasi dan Terapi bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (4) Ketua dan Anggota Komite Farmasi dan Terapi dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
- a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit
 - d. dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit; dan
 - e. adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (5) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.
- (6) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada angka 5 Komite Farmasi dan Terapi dapat melakukan koordinasi dengan unit kerja lain;
- (7) Hasil pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam angka 6 disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi;

- (8) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada angka 7 adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Keenam

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 43

- (1) Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- (2) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dilaksanakan melalui penerapan:
 - a. prinsip kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi;
 - b. penggunaan antimikroba secara bijak; dan
 - c. *bundles* HAIs.
- (3) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk menyelenggarakan tata kelola Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja terjamin dan terlindungi.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menyusun program pencegahan dan pengendalian infeksi untuk ditetapkan dan dijadikan acuan dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di lingkungan RSUD Ki Ageng Brondong.
- (5) Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi meliputi :
 - a. kewaspadaan Isolasi;
 - b. penerapan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections/HAIs*) berupa langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya HAIs (*Bundles*);
 - c. *surveilans* HAIs;
 - d. pendidikan dan pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e. penggunaan anti mikroba yang bijak;
 - f. monitoring melalui *Infection Control Risk Assesment* (ICRA); dan
 - g. audit dan monitoring lainnya secara berkala.
- (6) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (7) Susunan organisasi dan keanggotaan, uraian tugas dan fungsi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi diatur dalam Peraturan Direktur.

BAB VIII

MSBL

Bagian Kesatu

Tujuan

Pasal 44

MSbL Peraturan Internal staf medis Rumah Sakit bertujuan :

- a. agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi;
- b. sebagai acuan RSUD Ki Ageng Brondong dalam mengorganisasi staf medis dan membentuk Komite Medik;
- c. sebagai acuan dalam meningkatkan profesionalisme staf medis di RSUD Ki Ageng Brondong yang meliputi kompetensi dan perilaku dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter sub spesialis dan dokter gigi spesialis;
- d. sebagai acuan dalam menyusun dan menetapkan standar pelayanan medis untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi; dan
- e. memberikan dasar hukum bagi Mitra Bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik, dimana putusan dimaksud melandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional yang boleh melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Bagian Kedua

Kedudukan dan Ruang Lingkup

Pasal 45

- (1) Kedudukan *MSbL* ini sebagai peraturan internal yang mengatur tata kelola staf medis.
- (2) Peraturan Internal Staf Medis *MSbL* berlaku bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis baik didalam maupun diluar RSUD Ki Ageng Brondong dalam rangka menjalankan penugasan klinis Direktur.

Bagian Ketiga
Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 46

- (1) Pelayanan medis di RSUD Ki Ageng Brondong hanya dilaksanakan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis yaitu izin dan hak khusus untuk melakukan pelayanan medis tertentu atas rekomendasi dari komite medik setelah dikredensial.
- (2) Rekomendasi kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata.
- (3) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus melibatkan Komite Medik yang dibantu oleh mitra bestarinya sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.
- (4) Kewenangan klinis setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama, sesuai dengan kompetensi nyata dan kompetensi tambahan yang dimiliki.
- (5) Rincian kewenangan klinis setiap spesialisasi di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (4) ditetapkan oleh Komite Medik bersama Mitra Bestari dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh *kolegium* setiap spesialisasi.
- (6) Komite Medik wajib menetapkan persyaratan kompetensi yang dibutuhkan untuk melakukan setiap jenis pelayanan medis atau spesialisasi yang ada di RSUD Ki Ageng Brondong sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran.
- (7) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis kepada setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata, setelah memperhatikan rekomendasi Komite Medik berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
- (8) Pemberian rekomendasi kewenangan klinis seorang staf medis berdasarkan pada hasil kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya, kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku staf medis tersebut.
- (9) Komite medik wajib melakukan pengaturan kewenangan klinis sementara, kewenangan klinis dalam keadaan darurat, dan kewenangan klinis bersyarat sesuai ketentuan perundang-undangan.
- (10) Dalam keadaan tertentu, suatu pelayanan medis tertentu

dilakukan oleh para staf medis dari jenis spesialisasi yang berbeda, maka Komite Medik wajib menyusun "buku putih" (*white paper*) untuk pelayanan medis tertentu tersebut dengan melibatkan Mitra Bestari dari beberapa spesialisasi terkait.

- (11) Kewenangan klinis sementara dapat diberikan kepada dokter tamu atau dokter pengganti dengan memperhatikan masukan dari Komite Medik.
- (12) Dalam keadaan darurat direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis tanpa rekomendasi Komite Medik.
- (13) Dalam hal terjadi keadaan darurat atau bencana yang menimbulkan banyak korban, maka semua staf medis rumah sakit diberikan kewenangan klinik untuk melakukan tindakan penyelamatan diluar kewenangan klinik yang dimilikinya, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya tanpa rekomendasi dari Komite Medik.

Pasal 47

- (1) Dalam hal Komite medik kesulitan memberikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Direktur, maka komite medik dapat meminta informasi dan/atau pendapat dari kolegium terkait.
- (2) Kewenangan klinis akan dievaluasi secara berkala untuk menentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau dicabut.
- (3) Pencabutan atau pengurangan kewenangan klinis tertentu oleh direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi di lapangan, antara lain karena;
 - a. terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental;
 - b. bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; atau
 - c. pelanggaran etika dan disiplin profesi medis.
- (4) Pencabutan kewenangan klinis atau pengurangan kewenangan klinis tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) setelah mendapatkan rekomendasi dari komite medik berdasarkan masukan subkomite etika dan disiplin profesi.
- (5) Staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dicabut atau dikurangi, dapat mengajukan permohonan kepada direktur rumah sakit.
- (6) Direktur dapat memerintahkan komite medik untuk memberikan pembinaan profesi agar kompetensi staf medis

yang bersangkutan dapat pulih kembali antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).

- (7) Kewenangan klinis yang dicabut sebagai mana dimaksud pada ayat (3) pada pasal ini dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya setelah mendapatkan rekomendasi dari komite medik berdasarkan masukan subkomite mutu profesi dan subkomite etika dan disiplin profesi untuk pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

Pasal 48

- (1) Dalam hal staf medis menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas, maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan serta melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan dan/atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Direktur berwenang menyetujui atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- (3) Direktur membuat surat yang berisi penolakan atau persetujuan atas permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan disampaikan kepada pemohon.
- (4) Apabila direktur menyetujui permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Direktur dapat menerbitkan penugasan klinis sesuai ketentuan yang berlaku.

Bagian Keempat

Penugasan Klinis (Clinical Appointment)

Pasal 49

- (1) Setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis wajib memiliki surat penugasan klinis yang diterbitkan oleh Direktur.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian izin melakukan pelayanan medis di rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis yang direkomendasikan komite medik dan yang disetujui oleh Direktur.
- (3) Staf medis yang telah memiliki surat penugasan klinis akan tergabung menjadi anggota kelompok staf medis yang

memiliki kewenangan klinis sejenis.

- (4) Dalam keadaan tertentu Direktur rumah sakit dapat menerbitkan surat penugasan klinis sementara sesuai kebutuhan rumah sakit.
- (5) Direktur dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medik atau alasan tertentu sehingga staf medis yang bersangkutan tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit.

Bagian Kelima

Susunan Organisasi dan Keanggotaan Komite Medik

Pasal 50

- (1) Susunan organisasi komite medik paling sedikit terdiri dari
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Ketua komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (3) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku
- (4) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (5) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (6) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (5) terdiri dari:
 - a. subkomite kredensial, yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi, yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi, yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Bagian Keenam

Subkomite Kredensial

Pasal 51

- (1) Tujuan umum penetapan subkomite kredensial untuk

melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.

- (2) Tujuan khusus penetapan subkomite kredensial untuk:
 - a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
 - b. tersusunnya jenis kewenangan klinis bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia;
 - c. tersusunnya rekomendasi pemberian kewenangan klinis sebagai dasar bagi kepala/direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit; dan
 - d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

Bagian Ketujuh Konsep Kredensial

Pasal 52

- (1) Setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten, yang meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.
- (2) Komite medik wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut.
- (3) Setelah dilakukan kredensial medis dinyatakan kompeten maka komite medik akan menerbitkan rekomendasi kewenangan klinis.
- (4) Dalam hal pelayanan medis seorang staf medis membahayakan pasien maka kewenangan klinis seorang staf medis dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut.
- (5) Pencabutan kewenangan klinis dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Bagian Kedelapan
Keanggotaan

Pasal 53

- (1) Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas paling sedikit 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial paling sedikit terdiri dari Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (3) Subkomite kredensial bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

Bagian Kesembilan
Subkomite Mutu Profesi

Pasal 54

- (1) Pembentukan subkomite mutu profesi bertujuan untuk menjaga mutu profesi medis di rumah sakit.
- (2) Tujuan menjaga mutu profesi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut:
 - a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
 - b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi dan kewenangan klinis;
 - c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan; dan
 - d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan, maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus.

Bagian Kesepuluh
Konsep Mutu Profesi

Pasal 55

- (1) Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis.
- (2) Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui:

- a. memantau kualitas, misalnya morning report, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian, dan audit medis; dan
- b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat, aktivitas pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kewenangan tambahan.

Bagian Kesebelas
Keanggotaan

Pasal 56

- (1) Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris dan Anggota.
- (3) Subkomite mutu profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Bagian Kedua Belas
Subkomite Etika dan Disiplin Profesi

Paragraf 1
Tujuan

Pasal 57

- (1) Pembentukan subkomite etika dan disiplin profesi bertujuan untuk menegakkan etika dan disiplin profesi kedokteran di rumah sakit.
- (2) Tujuan menegakkan etika dan disiplin profesi kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sebagai berikut :
 - a. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak layak untuk melakukan asuhan klinis; dan
 - b. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

Paragraf 2
Konsep Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 58

- (1) Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan prinsip profesionalisme kedokteran sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik sehingga pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.
- (2) Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.
- (3) Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit yang bersangkutan.
- (4) Landasan kerja Subkomite ini antara lain;
 - a. peraturan internal rumah sakit;
 - b. peraturan internal staf medis;
 - c. etik rumah sakit;
 - d. norma etika kedokteran; dan
 - e. norma bioetika.
- (5) Tolok ukur dalam Upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, yaitu :
 - a. pedoman pelayanan kedokteran atau panduan praktik klinik, *clinical pathway*;
 - b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
 - c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
 - d. persyaratan/kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
 - e. kode etik kedokteran indonesia;
 - f. pedoman perilaku professional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
 - g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran;
 - h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
 - i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Paragraf 3
Konsep Etika dan Disiplin Profesi

Pasal 59

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri

atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.

- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi paling sedikit terdiri atas Ketua, Sekretaris, dan Anggota.
- (3) Subkomite etika dan disiplin profesi bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Bagian Ketiga Belas
Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 60

Ketentuan mengenai penerapan peraturan pelaksanaan untuk melaksanakan tata kelola klinis diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

Bagian Keempat Belas
Hubungan Komite Medik Dengan Direktur

Pasal 61

- (1) Direktur menetapkan kebijakan, pedoman, panduan, prosedur, dan menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas, fungsi, tanggung jawab, dan kewenangan Komite Medik.
- (2) Komite Medik bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite medik wajib memberikan laporan berkala dan laporan tahunan tentang kegiatan keprofesian yang dilakukan kepada Direktur.
- (4) Direktur bekerjasama dengan komite medik menyusun pengaturan layanan medis agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit.

Bagian Kelima Belas
Panitia Adhoc

Pasal 62

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Medik dapat dibantu oleh panitia adhoc sesuai kebutuhan.
- (2) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berasal dari Staf Medik ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Medik.
- (3) Panitia adhoc sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal

dari Staf Medik yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 1 angka 16.

- (4) Staf medik yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari staf medik RSUD Ki Ageng Brondong, dokter rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

Bagian Keenam Belas Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 63

- (1) Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Medik dilakukan oleh Dewan Pengawas Rumah Sakit dan Kepala Dinas Kesehatan dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui :
 - a. advokasi, sosialisasi dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (4) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, maka Dewan Pengawas dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan/atau tertulis.

Bagian Ketujuh Belas Tata Cara Review dan Perbaikan Peraturan Internal Staf Medik

Pasal 64

- (1) Peraturan Internal Staf Medik dapat dilakukan *review* dan atau perbaikan oleh Direktur karena alasan tertentu.
- (2) Review dan/atau perbaikan dilaksanakan apabila :
 - a. terdapat perubahan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang peraturan internal korporasi

rumah sakit, peraturan internal staf medik, atau peraturan perundang-undangan lainnya yang menyangkut profesi medik; dan

- b. kebijakan baru mengenai status rumah sakit.
- (3) Ketentuan lebih lanjut tentang Peraturan Internal Staf Medik yang berisi Keanggotaan, Kategori, Pelayanan Medik, Komite Medik diatur dalam Peraturan Direktur.
- (4) *Review* dan/ atau perbaikan Peraturan Internal Staf Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

BAB IX AKREDITASI RUMAH SAKIT

Pasal 65

- (1) RSUD Ki Ageng Brondong melakukan akreditasi rumah sakit secara berkala sesuai peraturan perundang-undangan.
- (2) Tujuan pelaksanaan akreditasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) untuk :
 - a. meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit, dan rumah sakit sebagai institusi; dan
 - c. meningkatkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis.
- (3) RSUD Ki Ageng Brondong melakukan perpanjangan akreditasi sebelum masa berlaku status akreditasinya berakhir.
- (4) Penyelenggaraan akreditasi rumah sakit meliputi kegiatan persiapan akreditasi, pelaksanaan akreditasi dan pasca akreditasi.

BAB X PENGELOLAAN PENGADUAN MASYARAKAT

Pasal 66

- (1) RSUD Ki Ageng Brondong sebagai penyelenggara pelayanan publik wajib menyediakan sarana dan prasarana pengaduan untuk menyelenggarakan pengelolaan pengaduan pelayanan publik.

- (2) Pada setiap bagian, bidang, instalasi dan unit kerja menyediakan informasi tentang mekanisme, prosedur, dan/atau tata cara pengaduan secara langsung, tidak langsung, dan/atau elektronik yang mudah diperoleh dan dipahami oleh penerima pelayanan.
- (3) Pengelola pengaduan publik memberikan respon atau tanggapan awal kepada pengadu paling lambat 3 (tiga) hari kerja sejak pengaduan diterima.
- (4) Pengelolaan pengaduan publik harus dilaksanakan secara cepat, tepat, tertib, tuntas, dan dapat dipertanggungjawabkan.
- (5) RSUD Ki Ageng Brondong wajib menyelesaikan setiap pengaduan paling lambat 60 (enam puluh) hari sejak berkas pengaduan dinyatakan lengkap.
- (6) Pengelolaan pengaduan publik RSUD Ki Ageng Brondong dilaksanakan dengan:
 - a. prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi serta sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - b. menyampaikan informasi mengenai status penyelesaian pengaduan kepada pengadu baik berupa solusi maupun rencana perbaikan; dan
 - c. memberi akses kepada masyarakat untuk menyampaikan pengaduan dan memperoleh informasi penyelesaian pengaduan sesuai ketentuan yang berlaku.
- (7) Direktur menunjuk dan menetapkan pelaksana yang kompeten dalam pengelolaan pengaduan publik.
- (8) Mekanisme pengelolaan, susunan organisasi, tugas, kewajiban, tanggung jawab dan kewenangan pengelola dalam penyelenggaraan pengelolaan pengaduan publik diatur lebih lanjut dalam Peraturan Direktur.

BAB XI

PENETAPAN DAN PERUBAHAN PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 67

- (1) Ketentuan dan penerapan peraturan pelaksanaan yang tidak tercantum dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini ditetapkan dan dilaksanakan oleh Direktur.
- (2) Direktur melaksanakan sosialisasi Peraturan Bupati ini kepada berbagai pihak yang berkepentingan.
- (3) Direktur dapat mengusulkan perubahan Peraturan Bupati ini melalui pembentukan tim khusus sesuai kebutuhan.

- (4) Perubahan Peraturan Bupati selanjutnya disampaikan kepada Bupati untuk ditetapkan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB XII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 68

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Lamongan
pada tanggal 26 September 2025

BUPATI LAMONGAN,
ttd.
YUHRONUR EFENDI

Diundangkan di Lamongan
pada tanggal 26 September 2025

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN LAMONGAN,
ttd.
MOH. NALIKAN

BERITA DAERAH KABUPATEN LAMONGAN TAHUN 2025 NOMOR 50

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian Hukum,

