



BUPATI SAMPANG
PROVINSI JAWA TIMUR
PERATURAN BUPATI SAMPANG

NOMOR 14 TAHUN 2025

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. MOHAMMAD ZYN
KABUPATEN SAMPANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SAMPANG,

- Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 189 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan Peraturan Internal Rumah Sakit;
- b. bahwa pelayanan rumah sakit, sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, memiliki peranan strategis dalam meningkatkan kesehatan masyarakat guna memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, oleh sebab itu rumah sakit dituntut untuk mampu memberikan pelayanan bermutu berbasis keselamatan pasien;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*) pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);

2. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601), sebagaimana telah diubah beberapa kali 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);
3. 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);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2023 tentang Provinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6868);
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 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
8. 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);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 259);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan 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 Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 157);
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 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2018 tentang Kode Etik dan Hukum Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1291);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*);
18. Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2020 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2016 Nomor 7), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2020 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2022 Nomor 3);
19. Peraturan Bupati Nomor 56 Tahun 2021 tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Kabupaten Sampang (Berita Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2021 Nomor 56);
20. Peraturan Bupati Nomor 131 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Sampang (Berita Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2022 Nomor 131)
21. Peraturan Bupati Nomor 24 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohamamd Zyn Kabupaten Sampang (Berita Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2023 Nomor 24);
22. Peraturan Bupati Nomor 36 Tahun 2023 tentang Pengangkatan Dan Pemberhentian Pegawai Dan Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum Daerah Non-Aparatur Sipil Negara Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang (Berita Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2023 Nomor 36).

MEMUTUSKAN....

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. MOHAMMAD ZYN KABUPATEN SAMPANG

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Sampang.
2. Bupati adalah Bupati Sampang.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta Perangkat Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintah Daerah.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang yang untuk selanjutnya disingkat RSMZ.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang untuk selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
7. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang untuk selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek- praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit adalah suatu produk hukum yang merupakan anggaran rumah tangga Rumah Sakit yang ditetapkan oleh pemilik Rumah Sakit atau yang mewakili
9. Peraturan Internal Korporasi (*Corporate By laws*) adalah peraturan internal yang mengatur hubungan antara pemerintah daerah sebagai pemilik dengan dewan pengawas, pejabat pengelola, dan staf medis rumah sakit beserta fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, wewenang dan haknya masing-masing.
10. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*) adalah peraturan internal yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari staf medis di Rumah Sakit.
11. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff By Laws*) adalah peraturan internal yang mengatur tentang fungsi, tugas, tanggungjawab, kewajiban, kewenangan dan hak dari staf keperawatan medis di Rumah Sakit.

12. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri dari Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bagian dan Kepala Bidang;
13. Jabatan Fungsional adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, kewajiban, kewenangan dan hak seseorang pegawai dalam satuan organisasi yang dalam melaksanakan tugasnya didasarkan pada keahlian dan atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri;
14. Pejabat Pengelola BLUD adalah pejabat yang bertanggungjawab atas pelaksanaan pemberian layanan umum terutama pada aspek manfaat yang dihasilkan;
15. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
16. Investasi adalah penggunaan aset untuk memperoleh manfaat ekonomis yang dapat meningkatkan kemampuan BLUD dalam rangka pelayanan kepada masyarakat.
17. Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD, yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen rencana anggaran tahunan BLUD, yang disusun dan disajikan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran kerja SKPD.
18. Dokumen Pelaksanaan Anggaran BLUD yang selanjutnya disingkat DPA-BLUD adalah dokumen yang memuat pendapatan, belanja dan pembiayaan yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan anggaran.
19. Rencana Strategis Bisnis BLUD yang selanjutnya disingkat Renstra Bisnis BLUD adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, program strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional BLUD.
20. Rencana Strategis Bisnis yang selanjutnya disingkat RSB adalah dokumen lima tahunan yang memuat visi, misi, nilai dasar, kebijakan dasar, program strategis, petastrategis, rencana aksis strategis, pengukuran pencapaian kinerja dan arah kebijakan operasional.
21. Standard Pelayanan Minimal (SPM) adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat.
22. Praktek bisnis yang sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
23. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) adalah perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur/Pimpinan BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.
24. Komite adalah wadah tenaga profesional yang keanggotaannya berasal dari staf medis (Komite Medik),

- perawat, bidan (Komite Keperawatan) dan tenaga kesehatan lain (Komite Profesi Kesehatan Lainnya) yang bertanggungjawab kepada Direktur.
25. Kelompok Staf Medik adalah dokter yang telah terikat perjanjian dengan rumah sakit diangkat dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur maupun yang ditetapkan berdasarkan surat keputusan penempatan di rumah sakit dari pejabat yang berwenang dan memiliki kewenangan untuk melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan.
 26. Kewenangan Klinik (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medik yang diberikan oleh direktur rumah sakit untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
 27. Penugasan Klinis (*clinical appointment*) adalah penetapan direktur rumah sakit pada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis di Rumah Sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis (*White Paper*) yang telah disetujui baginya.
 28. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
 29. Rekredensial adalah proses Re-evaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*), untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
 30. Audit Medik adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis.
 31. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, rawat intensif, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi, Laboratorium, rehabilitasi medik, dan lain-lain.
 32. Unit Kerja adalah tempat staf medik dan profesi kesehatan lain yang menjalankan profesinya dapat berbentuk instalasi, unit dan lain-lain.
 33. Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

BAB II

PRINSIP PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT

Pasal 2

- (1) Peraturan Internal RSMZ merupakan peraturan internal, yang didalamnya memuat:

- a. Struktur Organisasi;
 - b. Prosedur Kerja;
 - c. Pengelompokan fungsi-fungsi logis; dan
 - d. Pengelolaan sumber daya manusia.
- (2) Peraturan Internal RSMZ sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menganut prinsip-prinsip sebagai berikut :
- a. Transparansi;
 - b. Akuntabilitas;
 - c. Responsibilitas; dan
 - d. Independensi.

Pasal 3

- (1) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat 1 huruf a menggambarkan posisi jabatan, pembagian tugas, fungsi, tanggung jawab, kewenangan dan hak dalam organisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- (2) Prosedur kerja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b, menggambarkan hubungan dan mekanisme kerja antar posisi jabatan dan fungsi dalam organisasi.
- (3) Pengelompokan fungsi-fungsi logis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf c, menggambarkan pembagian yang jelas dan rasional antara fungsi pelayanan dan fungsi pendukung yang sesuai dengan prinsip pengendalian internal dalam rangka efektifitas pencapaian organisasi.
- (4) Pengelolaan sumber daya manusia sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan pengaturan dan kebijakan yang jelas mengenai sumber daya manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif/ kompeten untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien, efektif, dan produktif.

Pasal 4

- (1) Transparansi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a, merupakan asas keterbukaan yang dibangun atas dasar kebebasan arus informasi agar informasi secara langsung dapat diterima bagi yang membutuhkan serta dapat menumbuhkan kepercayaan.
- (2) Akuntabilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, merupakan kejelasan fungsi, struktur, sistem yang dipercayakan pada Rumah Sakit agar pengelolaannya dapat dipertanggungjawabkan.
- (3) Responsibilitas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf c, merupakan kesesuaian atau kepatuhan di dalam pengelolaan organisasi terhadap bisnis yang sehat dan peraturan perundang-undangan.
- (4) Independensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d, merupakan kemandirian pengelolaan organisasi secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh atau tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prinsip bisnis yang sehat.

BAB III

PERATURAN INTERNAL KORPORASI (*CORPORATE BY LAWS*)

Bagian Kesatu Identitas

Pasal 5

RSMZ merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah dengan identitas sebagai berikut:

- a. Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang;
- b. Jenis Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Pemerintah Daerah;
- c. Kelas Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Pendidikan;
- d. Alamat Rumah Sakit adalah di jalan Rajawali nomor 10 Kabupaten Sampang;
- e. Logo Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang adalah sebagai berikut :



1. Keterangan Gambar:

- Bentuk dasar : gambar dasar logo adalah perpaduan antara plus/kesehatan dan Bugar. (+ +X).
- Gambar yang melambangkan bugar berwarna biru menghadap keatas dan lambang bugar warna hijau menghadap kebawah.
- Secara keseluruhan, tampilan logo tanpa pembatas.
- Tulisan: RSMZ tertera di bawah logo.

2. Arti Lambang:

- Makna logo menggambarkan tentang arti Kepedulian dan Pelayanan yang diberikan Oleh RSMZ secara berkelanjutan mulai dari pasien mendapatkan perawatan ekstra sampai sembuh kembali.
- Warna hijau memiliki arti diantaranya, sebagai simbol alam, simbol kesejukan, simbol keberuntungan, serta sebagai simbol kesehatan. Warna hijau memiliki sifat menyegarkan, membangkitkan energi diri, membawa ketenangan, menyeimbangkan emosi.
- Warna biru melambangkan kedalaman, kepercayaan, kesetiaan, bijaksana, yang selaras dengan kekuatan dari RSMZ yaitu pelayanan yang membuat pasien semakin percaya dan setia. Warna biru pada logo RSMZ juga menggambarkan kota sampang yang secara geografis berada di tepi pantai/dekat laut jawa.

3. Uraian Lambang:

- “Suatu usaha mewujudkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat luas berdasarkan perundang - undangan yang berlaku di Negara Republik Indonesia, dengan Kepedulian dan Pelayanan yang diberikan Oleh RSMZ secara berkelanjutan mulai dari pasien mendapatkan perawatan ekstra sampai sembuh kembali. Usaha tersebut dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan sepanjang masa yang tidak terbatas, dalam meningkatkan kemampuan semua karyawan, menuju standar pelayanan yang bermutu, sejajar dengan keramahan sikap.”
- Penggunaan Identitas diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur RSMZ.

Bagian Kedua

Visi Misi, Motto, dan Nilai Pelayanan

Pasal 6

Visi RSMZ adalah Menjadi Rumah Sakit Terdepan Dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian.

Pasal 7

Misi RSMZ terdiri dari :

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif sesuai standar pelayanan rumah sakit;
- b. Menyelenggarakan pendidikan, Pelatihan dan penelitian;
- c. Mengembangkan inovasi produk layanan kesehatan dan teknologi kedokteran;
- d. Meningkatkan kesejahteraan, kompetensi, mutu dan kualitas Sumber Daya Manusia melalui pendidikan dan pelatihan berkesinambungan.

Pasal 8

Motto pelayanan RSMZ adalah “Rumah Sakit Umum Daerah Rasa Swasta”

Pasal 9

Nilai dasar pelayanan RSMZ adalah :

- a. Santun, berbudi Bahasa yang halus/baik dan penuh rasa keibahan;
- b. Andalan, memberikan pelayanan secara professional;
- c. Komitmen, bersungguh sungguh dalam melaksanakan pekerjaan;
- d. Empati, Peduli terhadap semua orang;
- e. Responsif, Cepat dan tanggap dalam mengemban pekerjaan;
- f. Amanah dan Akuntabel, dapat dipercaya serta dapat dipertanggungjawabkan.

Bagian Ketiga

Kedudukan, Tugas, Fungsi Dan Kewajiban Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohammad Zyn

Pasal 10

- (1) RSMZ berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Daerah yang merupakan unit Organisasi bersifat khusus yang merupakan unsur pendukung tugas Bupati di bidang pelayanan kesehatan, dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) RSMZ merupakan Unit Organisasi Bersifat Khusus yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan sebagai Badan Layanan Umum Daerah.
- (3) RSMZ mempunyai tugas membantu pemerintah daerah dalam menyelenggarakan tugas pemerintahan, memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara komprehensif yang mendayagunakan dan mengutamakan pelayanan kuratif, preventif, promotif, rehabilitatif.
- (4) Untuk menjalankan tugas pokok sebagaimana dimaksud pada ayat (2) RSMZ mempunyai fungsi :
 - a. Pelaksana pelayanan kuratif, preventif, promotif, rehabilitatif;
 - b. Pelaksana pendidikan kedokteran dan keperawatan;
 - c. Penelitian dan pengembangan.
- (5) Kewajiban RSMZ:
 - a. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat;
 - b. Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit;
 - c. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya;
 - d. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanan;
 - 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 korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan;
 - g. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
 - h. Menyelenggarakan rekam medis;
 - i. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, ibu menyusui, anak-anak, lanjut usia;
 - j. Melaksanakan sistem rujukan;
 - k. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan;
 - l. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien;

- m. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien;
- n. Melaksanakan etika Rumah Sakit;
- o. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana;
- p. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional;
- q. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya;
- r. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital By laws*);
- s. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas; dan
- t. Memberlakukan seluruh lingkungan Rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Bagian Keempat
Kedudukan Pemerintah Daerah

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah berkedudukan sebagai pemilik RSMZ, sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang undangan.
- (2) Dalam menjalankan tanggungjawab dan kewenangannya Pemerintah daerah dapat membentuk Dewan pengawas sebagai Representasi Pemerintah Daerah.
- (3) Pemerintah daerah bertanggungjawab terhadap kelangsungan hidup, perkembangan dan kemajuan RSMZ sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat.
- (4) Pemerintah daerah dalam melaksanakan tanggungjawabnya mempunyai kewenangan:
 - a. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan RSMZ dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
 - b. menunjuk dan/ atau menetapkan Direktur dan/ atau jajaran manajemen RSMZ;
 - c. menunjuk dan/atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali;
 - d. menetapkan struktur organisasi RSMZ;
 - e. memberikan arahan kebijakan RSMZ;
 - f. menilai dan menyetujui rencana anggaran;
 - g. mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis.
- (5) Pemerintah Daerah mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Dewan Pengawas meliputi:
 - a. Kewenangan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja Direktur dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku;
 - b. Kewenangan Menyetujui regulasi pengelolaan sumber daya manusia RSMZ;
 - c. Kewenangan memberikan arahan kebijakan RSMZ;
 - d. Kewenangan menetapkan visi dan misi RSMZ dan

- memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi RSMZ serta mereview secara berkala misi RSMZ;
- e. Kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;
 - f. Kewenangan menyetujui rencana strategi RSMZ;
 - g. Kewenangan mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
 - h. Kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
 - i. Kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima;
 - j. Kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - k. Kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan RSMZ;
 - l. Kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban RSMZ dilaksanakan.
- (6) Pemerintah Daerah mendelegasikan sebagian kewenangan kepada Direktur meliputi:
- a. Menetapkan regulasi pengelolaan keuangan, pengelolaan sumber daya manusia dan pengelolaan aset RSMZ;
 - b. Melakukan review atas visi misi RSMZ dan mengusulkan kepada Dewan Pengawas;
 - c. Melakukan publikasi dan evaluasi terhadap visi dan misi RSMZ;
 - d. Menyusun Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
 - e. Mengawasi kepatuhan penerapan etika RSMZ, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan.
- (7) Pemerintah daerah bertanggungjawab menutup defisit anggaran RSMZ yang disebabkan bukan karena kesalahan dalam pengelolaan setelah diaudit secara independen.
- (8) Pemerintah daerah bertanggungjawab atas terjadinya kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan RSMZ.

Bagian Kelima Dewan Pengawas

Pasal 12

- (1) Dalam penyelenggaraan RSMZ, Pemerintah Daerah membentuk Dewan Pengawas yang bersifat independen yang berada dibawah dan bertanggungjawab terhadap Bupati.
- (2) Dewan Pengawas dibentuk oleh Bupati dan ditetapkan dengan keputusan Bupati atas usulan pemimpin BLUD.
- (3) Susunan keanggotaan dan Jumlah anggota Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan yang berlaku.
- (4) Dewan Pengawas bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap kinerja dan pengelolaan BLUD.

- (5) Dewan pengawas melaporkan pelaksanaan tugasnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), kepada Bupati secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu tahun dan/atau sewaktu-waktu sesuai kebutuhan.
- (6) Dalam pelaksanaan tugasnya Dewan Pengawas mempunyai wewenang untuk :
 - a. Menerima dan memberikan penilaian terhadap laporan kinerja dan keuangan RSMZ dari Direktur;
 - b. Menerima laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Satuan Pemeriksa Internal RSMZ dengan sepengetahuan Direktur dan memantau pelaksanaan rekomendasi tindak lanjut;
 - c. Meminta penjelasan dari Direktur dan/atau pejabat manajemen lainnya mengenai penyelenggaraan pelayanan di RSMZ dengan sepengetahuan Direktur sesuai dengan Dokumen Pola Tata Kelola;
 - d. Meminta penjelasan dari komite atau unit nonstruktural di RSMZ terkait pelaksanaan tugas dan fungsi Dewan Pengawas sesuai dengan Dokumen Pola Tata Kelola;
 - e. Berkoordinasi dengan Direktur dalam menyusun Dokumen Pola Tata Kelola, untuk ditetapkan oleh pemilik; dan
 - f. Memberikan rekomendasi perbaikan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
- (7) Terkait unsur dalam keanggotaan dewan pengawas, syarat diangkat menjadi Dewan pengawas, masa jabatan dan gaji Dewan Pengawas diatur sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (8) Bupati dapat mengangkat Sekretaris Dewan Pengawas untuk mendukung kelancaran tugas dewan pengawas yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (9) Sekretaris dewan pengawas sebagaimana dimaksud ayat (8) bukan merupakan anggota dewan pengawas.

Bagian Keenam

Sumber Daya Manusia Badan Layanan Umum Daerah

Pasal 13

- (1) Sumber Daya Manusia BLUD terdiri atas:
 - a. Pejabat Pengelola; dan
 - b. Pegawai
- (2) Pejabat Pengelola dan Pegawai RSMZ diatur sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
- (3) Komposisi pejabat pengelola RSMZ dapat dilakukan perubahan, baik jumlah maupun jenisnya, setelah melalui analisis organisasi guna memenuhi tuntutan perubahan.
- (4) Pengangkatan dalam jabatan dan pengangkatan pejabat pengelola RSMZ ditetapkan berdasarkan kompetensi dan kebutuhan praktek bisnis yang sehat.
- (5) Komposisi, jumlah maupun jenisnya serta Perubahan pejabat pengelola sebagaimana dimaksud pada ayat (3) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (6) Pengangkatan dan pemberhentian sebagai pejabat struktural dan/atau pengelola BLUD adalah kewenangan

Bupati sebagai Kepala Daerah.

- (7) Pejabat struktural dan/atau pejabat pengelola melaksanakan tugas dan kewajiban, kewenangan dan tanggungjawab serta tugas dan fungsi sesuai dengan aturan perundang-undangan yang berlaku.

Bagian Ketujuh
Direktur

Pasal 14

- (1) RSMZ merupakan unsur pendukung tugas pemerintah daerah dibidang pelayanan kesehatan yang dipimpin oleh seorang Direktur.
- (2) Direktur sebagaimana ayat (1) mempunyai tugas dan fungsi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
- (3) Tugas Direktur adalah :
 - a. Memimpin, mengarahkan, membina, mengawasi, mengendalikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan kegiatan RSMZ agar lebih efisien dan produktivitas;
 - b. Merumuskan penetapan kebijakan teknis RSMZ serta kewajiban lainnya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Bupati;
 - c. Menyusun RSB;
 - d. Menyiapkan RBA;
 - e. Mengusulkan calon pejabat keuangan dan pejabat teknis serta anggota Dewan Pengawas dan Sekretaris Dewan Pengawas kepada Bupati sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. Menetapkan pejabat lainnya sesuai dengan kebutuhan BLUD selain pejabat yang telah ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan;
 - g. Mengoordinasikan pelaksanaan kebijakan BLUD yang dilakukan oleh pejabat keuangan dan pejabat teknis, mengendalikan tugas pengawasan internal, serta menyampaikan dan mempertanggungjawabkan kinerja operasional serta keuangan RSMZ kepada Bupati;
 - h. Tugas lainnya yang ditetapkan Bupati sesuai dengan kewenangannya.
- (4) Kewenangan Direktur adalah :
 - a. Memberikan perlindungan dan bantuan hukum kepada seluruh unsur yang ada di RSMZ;
 - b. Menetapkan kebijakan operasional RSMZ;
 - c. Menetapkan peraturan, pedoman, petunjuk teknis dan prosedur tetap RSMZ;
 - d. Mengusulkan, mengangkat, memutasi dan memberhentikan pegawai RSMZ sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - e. Menetapkan hal-hal yang berkaitan dengan hak dan kewajiban pegawai RSMZ sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - f. Memberikan penghargaan kepada pegawai, yang berprestasi tanpa atau dengan sejumlah uang yang besarnya sesuai dengan kemampuan keuangan RSMZ;

- g. Memberikan sanksi yang bersifat mendidik sesuai dengan peraturan yang berlaku;
- h. Mengusulkan pengangkatan dan pemberhentian pejabat pengelola dibawah Direktur kepada Bupati;
- i. Mendatangkan ahli, profesional konsultan atau lembaga independen manakala diperlukan;
- j. Menetapkan Unit pelaksana dan unit pendukung dengan uraian tugas masing-masing;
- k. Menandatangani perjanjian dengan pihak lain untuk jenis perjanjian yang bersifat teknis operasional pelayanan;
- l. Mendelegasikan sebagian kewenangan kepada jajaran di bawahnya;
- m. Meminta pertanggungjawaban pelaksanaan tugas dari semua pejabat pengelola dibawah Direktur;
- n. Mengusulkan RBA RSMZ dan Rencana Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien kepada Bupati;
- o. Menjadi Pengguna Anggaran bagi Direktur yang berasal dari Pegawai Negeri Sipil;

Pasal 15

Tanggung jawab Direktur menyangkut hal-hal sebagai berikut:

- a. Kebenaran kebijakan dan operasional RSMZ;
- b. Kelancaran, efektifitas, dan efisiensi kegiatan RSMZ;
- c. Kebenaran program kerja, pengendalian, pengawasan dan pelaksanaan serta laporan kegiatan.
- d. Peningkatan akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan.
- e. Menetapkan prioritas perbaikan peningkatan mutu RSMZ yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas.
- f. Melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 bulan kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas.

Bagian Kedelapan Organisasi Pendukung

Paragraf 1 Satuan Pengawas Internal (SPI)

Pasal 16

- (1) Guna membantu Direktur dalam bidang pengawasan dan pengendalian internal terhadap kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial dalam menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat maka dibentuk satuan pengawas internal.
- (2) Satuan Pengawas Internal dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah pemimpin BLUD yang dibentuk dan bertugas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (3) Fungsi Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah :
- Membantu pimpinan BLUD dalam melakukan pengawasan internal RSMZ;
 - Memberikan rekomendasi perbaikan untuk mencapai sasaran RSMZ secara ekonomis, efisien dan efektif;
 - Membantu efektivitas penerapan pola tata kelola di RSMZ; dan
 - Membantu menciptakan sistem pengendalian internal yang efektif di RSMZ dan memastikan bahwa pengendalian internal tersebut telah dipatuhi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (4) Tugas Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah :
- Menangani permasalahan yang berkaitan dengan indikasi terjadinya KKN (Korupsi, Kolusi dan Nepotisme) yang menimbulkan kerugian RSMZ.
 - Melakukan penilaian terhadap sistem pengendalian internal yang berlaku serta pelaksanaannya di semua kegiatan, fungsi, dan program RSMZ yang mencakup :
 - Audit atas keuangan dan ketaatan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - Penilaian tentang daya guna dan kehematan dalam penggunaan sarana dan prasarana RSMZ;
 - Penilaian tentang hasil guna atau manfaat yang direncanakan dari suatu kegiatan atau program RSMZ;
 - Penilaian atas pendayagunaan dan pengembangan sumber daya manusia di RSMZ;
 - Melakukan kajian terhadap kecukupan pelaksanaan manajemen risiko (*risk management*) di lingkungan RSMZ;
 - Melakukan koordinasi dengan auditor eksternal;
 - Menyusun dan meninjau kembali peraturan Rumah Sakit di bidang audit serta pedoman-pedoman yang berkaitan dengan kelengkapan prosedur untuk kelancaran pelaksanaan tugas; dan
 - Memantau, mengevaluasi, dan menganalisis tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit yang telah disetujui oleh pimpinan BLUD.
- (5) Kewenangan Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah mendapatkan akses secara penuh dan tidak terbatas terhadap unit-unit kerja RSMZ meliputi aktivitas, dokumen, personel, aset RSMZ, serta informasi relevan lainnya sesuai dengan tugas yang ditetapkan pimpinan BLUD :
- Menetapkan ruang lingkup kerja dan menerapkan teknik-teknik audit yang diperlukan untuk mencapai efektivitas sistem pengawasan internal;
 - Memperoleh bantuan, dukungan, maupun kerjasama dari personel unit kerja terkait terutama dari unit kerja yang diaudit;
 - Mendapatkan dukungan penuh dari seluruh unsur Pejabat Pengelola RSMZ berupa tanggapan terhadap laporan dan tindak lanjut langkah-langkah perbaikan;

- d. Mendapatkan dukungan sumber daya yang memadai untuk keperluan pelaksanaan tugasnya; dan
- e. Mendapatkan bantuan dari tenaga ahli baik dari dalam maupun luar RSMZ sepanjang hal tersebut diperlukan dalam pelaksanaan tugasnya.

Paragraf 2
Komite

Pasal 17

- (1) Komite adalah perangkat RSMZ untuk menerapkan tata kelola klinik (*Clinical Governance*), standar keperawatan, keprofesian, etik RSMZ serta kesehatan dan keselamatan kerja agar tenaga medis, keperawatan, dan profesi kesehatan lainnya di RSMZ terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai Susunan, fungsi, tugas, dan kewajiban, tanggungjawab serta kewenangan dan macam – macam komite, diatur lebih lanjut oleh Direktur.
- (3) Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri dari:
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Keperawatan;
 - c. Komite Etik dan Hukum;
 - d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
 - e. Komite Farmasi dan Terapi;
 - f. Komite Mutu; dan
 - g. Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya.

Paragraf 3
Komite Medik

Pasal 18

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) huruf a, merupakan organisasi non struktural yang bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medik.
- (2) Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Susunan organisasi Komite Medik, terdiri dari:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite.
- (4) Keanggotaan Komite Medik ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (5) Jumlah keanggotaan Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4), disesuaikan dengan jumlah staf medik di RSMZ.
- (6) Anggota Komite Medik terbagi ke dalam Sub Komite.
- (7) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang dipilih untuk menjalankan tugas dan fungsinya.

Pasal 19

- (1) Komite Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medik yang bekerja di RSMZ dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh Staf Medis yang akan melakukan pelayanan medis di RSMZ;
 - b. memelihara mutu profesi Staf Medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika dan perilaku profesi staf medik.
- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, Komite Medik memiliki fungsi, meliputi:
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar Kewenangan Klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis berdasarkan norma keprofesian;
 - 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 keputusan 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 (*Clinical Appointment*) 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 sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, Komite Medik memiliki fungsi, meliputi:
 - a. pelaksanaan Audit Medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medik RSMZ; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan bagi Staf Medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medik sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf c, Komite Medik memiliki fungsi:
 - a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan Staf Medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di RSMZ; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 20

Komite Medik mempunyai wewenang untuk memberikan rekomendasi, meliputi:

- a. rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. surat Penugasan Klinis (*clinical appointment*);
- c. penolakan Kewenangan Klinis (*clinical privilege*);
- d. perubahan/modifikasi rincian Kewenangan Klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. tindak lanjut Audit Medis;
- f. pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. pendampingan (*proctoring*); dan
- h. pemberian tindakan disiplin.

Pasal 21

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

Pasal 22

Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf a, mempunyai tugas melindungi keselamatan pasien melalui peran melakukan penapisan (kredensial/Rekredensial) bagi seluruh staf medik di RSMZ.

Pasal 23

Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf b, mempunyai tugas untuk menjaga mutu profesi para Staf Medis, melalui peran Komite Medik untuk melakukan Audit Medis, merekomendasikan pendidikan berkelanjutan dan memfasilitasi proses pendampingan Staf Medis.

Pasal 24

Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (2) huruf c, mempunyai tugas melakukan upaya pendisiplinan Staf Medis berlandaskan pada Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*), Peraturan Internal Staf Medik (*Medical Staff by Laws*), etika Rumah Sakit, norma etika medis dan norma-norma bioetika melalui peran Komite Medik.

Paragraf 4

Komite Keperawatan

Pasal 25

- (1) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) huruf b, merupakan organisasi non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.

- (2) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan wadah perwakilan dari keperawatan dan kebidanan.

Pasal 26

- (1) Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.
- (2) Susunan organisasi Komite Keperawatan, terdiri dari :
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Sub Komite.
- (3) Ketua Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat_(2) huruf a, ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSMZ.
- (4) Sekretaris Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat_(2) huruf b, ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSMZ.

Pasal 27

Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di RSMZ dengan cara :

- a. melakukan Kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di RSMZ.
- b. memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
- c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi perawat.

Pasal 28

Komite Keperawatan mempunyai wewenang untuk memberikan rekomendasi, meliputi:

- a. rincian Kewenangan Klinis;
- b. perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. surat Penugasan Klinis;
- e. tindak lanjut audit keperawatan;
- f. pendidikan keperawatan berkelanjutan; dan
- g. pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Pasal 29

- (1) Sub Komite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (2) huruf_c, yang ada di RSMZ terdiri dari:
 - a. Sub Komite Kredensial;
 - b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
 - c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (2) Ketua Sub Komite sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi dari Ketua Komite Keperawatan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di RSMZ.

Pasal 30

Sub Komite Kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf a, mempunyai tugas :

- a. menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan buku putih;
- b. melakukan verifikasi persyaratan kredensial;
- c. merekomendasikan kewenangan klinis tenaga keperawatan;
- d. merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis;
- e. melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
- f. melaporkan seluruh proses kredensial kepada ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.

Pasal 31

Sub Komite Mutu Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf b, mempunyai tugas :

- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
- b. merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
- c. melakukan audit keperawatan; dan
- d. memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

Pasal 32

Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf c, mempunyai tugas :

- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
- b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
- c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan asuhan keperawatan;
- d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis dan/atau surat Penugasan Klinis; dan
- e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan.

Paragraf 5

Komite Etik dan Hukum

Pasal 33

- (1) Komite Etik dan Hukum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) huruf c, merupakan unit yang bersifat memberikan kajian, pertimbangan dan rekomendasi.
- (2) Kajian, pertimbangan, dan rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dipergunakan Direktur dalam menyusun perencanaan dan pengambilan keputusan.
- (3) Komite Etik dan Hukum merupakan badan non struktural yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (4) Komite Etik dan Hukum dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

- (5) Komite Etik dan Hukum mempunyai tugas, meliputi:
- a. menyusun kode etik Rumah Sakit yang mengacu pada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI);
 - b. menyusun kerangka kerja pengelolaan etik Rumah Sakit mencakup, tapi tidak terbatas pada:
 1. menjelaskan pelayanan yang diberikan pada pasien secara jujur;
 2. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
 3. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan dampak klinis;
 4. menetapkan kebijakan tentang pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
 5. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran hasil kinerja klinis dan kinerja non klinis;
 6. keterbukaan kepemilikan agar tidak terjadi konflik kepentingan misalnya hubungan kepemilikan antara dokter yang memberikan instruksi pemeriksaan penunjang dengan fasilitas laboratorium atau fasilitas radiologi di luar RSMZ yang akan melakukan pemeriksaan;
 7. menetapkan mekanisme bahwa praktisi kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis (*clinical error*) atau mengajukan kekhawatiran etik tanpa takut dihukum, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait masalah klinis ataupun operasional;
 8. mendukung keterbukaan dalam sistem pelaporan mengenai masalah/isu etik tanpa takut diberikan sanksi;
 9. memberikan solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik yang terjadi;
 10. memastikan praktik nondiskriminasi dalam pelayanan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya negara;
 11. tagihan biaya pelayanan harus akurat dan dipastikan bahwa insentif dan pengelolaan pembayaran tidak menghambat pelayanan pasien;
 12. pengelolaan kasus etik pada konflik etik antar profesi di RSMZ, serta penetapan *Code of Conduct* bagi staf sebagai pedoman perilaku sesuai dengan standar etik di RSMZ;
 13. menyusun pedoman etika pelayanan;
 14. membina penerapan etika pelayanan, etika penyelenggaraan, dan hukum rumah sakit.
 15. mengawasi pelaksanaan penerapan etika pelayanan dan etika penyelenggaraan;
 16. memberikan analisis dan pertimbangan etik dan hukum pada pembahasan internal kasus pengaduan hukum;
 17. mendukung bagian hukum dalam melakukan pilihan penyelesaian sengketa (*alternative dispute resolution*) dan/atau advokasi hukum kasus pengaduan hukum;

18. menyelesaikan kasus pelanggaran etika pelayanan yang tidak dapat diselesaikan oleh komite etika profesi terkait atau kasus etika antar profesi di RSMZ;
 19. memberikan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum;
 20. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia RSMZ;
 21. menyusun pedoman kerja;
 22. menyusun program kerja;
 23. menyusun laporan pelaksanaan program kerja kepada direktur secara berkala paling sedikit enam bulan sekali.
- (6) Selain tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Komite Etik dan Hukum mempunyai fungsi:
- a. memberikan pertimbangan kepada Direktur mengenai kebijakan, peraturan, pedoman, dan standar yang memiliki dampak etik dan/atau hukum; dan
 - b. memberikan pertimbangan dan/atau rekomendasi terkait pemberian bantuan hukum dan rehabilitasi bagi sumber daya manusia Rumah Sakit.
- (7) Tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6), disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.
- (8) Komite Etik dan Hukum harus melaporkan kegiatannya secara berkala kepada Direktur paling sedikit setiap 6 (enam) bulan atau sewaktu-waktu sesuai kebutuhan.
- (9) Direktur menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi Komite Etik dan Hukum.
- (10) Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab kepada Direktur.

Paragraf 6

Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pasal 34

- (1) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) huruf d, dibentuk untuk membantu Direktur RSMZ dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
- (2) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mempunyai tugas:
 - a. memberikan pertimbangan kepada Direktur dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;

- b. menyusun serta menetapkan, mensosialisasikan dan mengevaluasi kebijakan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi di RSMZ;
- c. melaksanakan investigasi dan penanggulangan masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) bersama Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSMZ;
- d. merencanakan, mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi yang aman bagi penggunaannya;
- 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 RSMZ; dan
- h. menerima laporan atas kegiatan Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan membuat laporan berkala kepada Direktur.

Paragraf 7

Komite Farmasi dan Terapi

Pasal 35

- (1) Komite Farmasi dan Terapi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) huruf e, dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka mencapai budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.
- (2) Komite Farmasi dan Terapi merupakan badan non struktural yang berada dibawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (3) Komite Farmasi dan Terapi dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (4) Komite Farmasi dan Terapi mempunyai tugas, meliputi:
 - 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 RSMZ agar dilakukan secara transparan;
 - d. menyusun dan mengembangkan formularium di RSMZ 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;
 - e. mensosialisasikan formularium Rumah Sakit dan standart/pedoman yang digunakan di RSMZ;
 - f. melakukan evaluasi untuk menyetujui atau menolak produk obat baru atau dosis obat yang diusulkan oleh Ketua Satuan Medis Fungsional dan anggota Staf Medis;

- g. menyusun pengelolaan obat yang digunakan di RSMZ dan obat yang termasuk dalam kategori khusus;
- h. bersama Kepala Instalasi Farmasi mengembangkan tinjauan terhadap kebijakan dan peraturan mengenai penggunaan obat di RSMZ sesuai peraturan yang berlaku secara lokal maupun nasional;
- i. melakukan tinjauan terhadap penggunaan obat di RSMZ dengan mengkaji rekam medis dibandingkan dengan standar diagnosa dan terapi serta pedoman-pedoman lainnya, dengan maksud untuk mendorong peningkatan penggunaan obat secara rasional.

Paragraf 8
Komite Mutu

Pasal 36

- (1) Komite Mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) huruf f, dibentuk guna membantu Direktur dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan manajemen risiko di RSMZ.
- (2) Komite Mutu dibentuk dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
- (3) Komite Mutu merupakan badan non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur
- (4) Komite Mutu mempunyai tugas:
 - a. memastikan terlaksananya perbaikan mutu, keselamatan pasien dan budaya keselamatan melalui kegiatan-kegiatan sosialisasi, fasilitasi, pengumpulan data dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuai akuntabilitas masing-masing unit; dan
 - b. memastikan terlaksananya efektivitas manajemen risiko dalam kegiatan pelayanan dan manajemen sehingga terwujud penurunan angka risiko dan berdampak kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- (5) Komite Mutu melaporkan kegiatannya kepada Direktur.

Paragraf 9
Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya

Pasal 37

- (1) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (3) huruf g, merupakan organisasi non struktural yang berada di bawah serta bertanggung jawab kepada Direktur.
- (2) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (1), bukan merupakan wadah perwakilan dari staf Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya.
- (3) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya dibentuk oleh Direktur.
- (4) Susunan organisasi Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya, terdiri dari :
 - a. ketua;
 - b. sekretaris;

- c. Sub Komite Kredensial; dan
 - d. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.
- (5) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya, terdiri dari:
- a. apoteker;
 - b. asisten apoteker;
 - c. perekam medis;
 - d. Terapis Gigi dan Mulut;
 - e. Fisioterapis;
 - f. Penyuluh Kesehatan;
 - g. teknisi elektromedis;
 - h. penata anastesi;
 - i. radiografer;
 - j. refraksionis optision;
 - k. nutrisionis;
 - l. Fisikawan Medis;
 - m. analis kesehatan; dan
 - n. sanitarian;
- (6) Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya mempunyai tugas membantu Direktorat dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga kesehatan profesional lainnya serta pengembangan profesi berkelanjutan.
- (7) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat_(6), Komite Tenaga Kesehatan Profesional Lainnya mempunyai fungsi, meliputi:
- a. penyelenggaraan konsultasi tenaga kesehatan profesional lainnya;
 - b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan;
 - c. pemberian motivasi dalam pemecahan masalah profesi tenaga kesehatan profesional lainnya melalui pembelajaran;
 - d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi tenaga kesehatan profesional lainnya;
 - e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki;
 - f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum; dan
 - g. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi

Bagian Kesembilan Tata Kerja

Pasal 38

- (1) Dalam melaksanakan tugasnya setiap pimpinan satuan organisasi atau unit di lingkungan RSMZ, wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan pendekatan lintas fungsi (*cross functional approach*) secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan instalasi lain sesuai tugas masing-masing.

- (2) Setiap pimpinan satuan organisasi atau unit wajib mengawasi bawahannya masing-masing dan apabila terjadi penyimpangan, wajib mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Setiap pimpinan satuan organisasi bertanggungjawab memimpin dan mengkoordinasikan bawahan dan memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas bawahannya.
- (4) Setiap pimpinan satuan organisasi atau unit wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggungjawab kepada atasan serta menyampaikan laporan berkala.
- (5) Setiap laporan yang diterima oleh setiap pimpinan satuan organisasi atau unit dari bawahan, wajib diolah dan dipergunakan sebagai bahan perubahan untuk menyusun laporan lebih lanjut dan untuk memberikan petunjuk kepada bawahannya.
- (6) Kepala bidang/ Kepala Bagian, Sub Koordinator, Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan wajib menyampaikan laporan berkala kepada atasannya masing-masing.
- (7) Dalam menyampaikan laporan kepada atasannya tembusan laporan lengkap dengan semua lampirannya disampaikan pula kepada satuan organisasi lain atau unit yang secara fungsional mempunyai hubungan kerja.
- (8) Dalam melaksanakan tugasnya, setiap pimpinan satuan atau unit organisasi dibantu oleh kepala satuan organisasi dibawahnya dan dalam rangka pemberian bimbingan dan pembinaan kepada bawahan masing-masing wajib mengadakan rapat berkala.

Bagian Kesepuluh
Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Pasal 39

- (1) Pengelolaan Sumber Daya Manusia merupakan pengaturan dan kebijaksanaan yang jelas mengenai Sumber Daya Manusia yang berorientasi pada pemenuhan secara kuantitatif dan kualitatif untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efisien.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai Pengelolaan SDM diatur lebih lanjut oleh Direktur.

Bagian Kesebelas
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 40

- (1) Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh RSMZ, Direktur menetapkan Standar Pelayanan Minimal RSMZ dengan peraturan Direktur.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Pasal 41

Standar Pelayanan Minimal harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- a. Fokus pada jenis pelayanan ;
- b. Terukur;
- c. Dapat dicapai;
- d. Relevan dan dapat diandalkan; dan
- e. Tepat waktu.

Pasal 42

- (1) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf a, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi rumah sakit.
- (2) Terukur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (3) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (4) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi rumah sakit.
- (5) Tepat waktu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

Bagian Keduabelas Pengelolaan Keuangan

Pasal 43

Pengelolaan keuangan RSMZ berdasarkan pada prinsip efektifitas, efisiensi dan produktivitas dengan berasaskan akuntabilitas dan transparansi.

Pasal 44

- (1) Dalam pengelolaan keuangan RSMZ menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai penatausahaan keuangan diatur lebih lanjut dengan Peraturan Direktur sesuai dengan kewenangannya berdasarkan ketentuan peraturan perundang undangan yang berlaku.

BAB IV KELOMPOK PENUNJANG

Pasal 45

- (1) RSMZ dalam menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan dapat membentuk kelompok penunjang.
- (2) Kelompok penunjang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri Unit dan Tim yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

- (3) Pembentukan Unit dan Tim sebagaimana dimaksud pada ayat (2), didasarkan atas kebutuhan untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan guna mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (4) Setiap penyusunan dan tata kerja Unit, dan Pembentukan Tim RSMZ harus didasarkan pada penerapan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan *cross functional approach* secara vertikal dan horizontal baik di lingkungannya serta dengan unit-unit, Tim lainnya sesuai dengan tugas masing-masing.
- (5) Pembentukan Unit dan Tim ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 46

- (1) Unit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 dipimpin oleh Kepala Unit.
- (2) Unit bertanggung jawab kepada Kepala Bagian atau Kepala Bidang.
- (3) Kepala Unit dalam tugasnya dibantu oleh tenaga fungsional dan atau tenaga non fungsional.
- (4) Kepala Unit mempunyai tugas dan kewajiban merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi, serta melaporkan hasil kegiatannya.

BAB V FUNGSI PELAYANAN

Pasal 47

- (1) Untuk menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan dibentuk instalasi-instalasi.
- (2) Instalasi yang masuk dalam fungsi pelayanan adalah instalasi yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien terkait upaya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di RSMZ dan berfungsi sebagai unit penghasil.
- (3) Organisasi, uraian tugas dan wewenang Instalasi diatur oleh Peraturan Direktur.
- (4) Pembentukan instalasi ditetapkan dengan surat keputusan Direktur.
- (5) Instalasi dipimpin oleh kepala instalasi yang ditunjuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.

BAB VI PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAFF BY LAWS*)

Bagian Kesatu Maksud dan Tujuan

Pasal 48

- (1) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) merupakan aturan tentang tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme Staf Medis di RSMZ.

- (2) Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. Komite Medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*) melalui mekanisme Kredensial;
 - b. Peningkatan mutu profesi; dan
 - c. Penegakan disiplin profesi.
- (3) Tujuan dari Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. Tercapainya kerjasama yang baik antara staf medik dengan pemilik RSMZ atau yang mewakili diantara Staf Medis dengan Direktur;
 - b. Tercapainya sinergisme antara manajemen dan profesi medis untuk kepentingan pasien;
 - c. Terciptanya tanggung jawab Staf Medis terhadap mutu pelayanan medis di RSMZ; dan
 - d. Untuk memberikan dasar hukum bagi Mitra Bestari (*Peer Group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Medik yang dilandasi semangat hanya staf medik yang kompeten dan berperilaku profesional saja yang boleh melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit.

Bagian Kedua Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*)

Pasal 49

- (1) Semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh Staf Medis yang telah diberi Kewenangan Klinis oleh Direktur.
- (2) Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berupa surat Penugasan Klinis.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial sesuai dengan prosedur penerimaan anggota Staf Medis.
- (4) Kewenangan Klinis diberikan kepada seorang anggota Staf Medis untuk jangka waktu paling lama 3 (tiga) tahun.
- (5) Kewenangan Klinis Sementara adalah Kewenangan Klinis yang diberikan Direktur berdasarkan Kewenangan Klinis yang dimiliki di Rumah Sakit tempat asal bekerja dengan menyesuaikan kondisi pelayanan yang ada di RSMZ kepada Dokter Tamu yang bersifat sementara.
- (6) Pemberian Kewenangan Klinis ulang dapat diberikan setelah yang bersangkutan memenuhi syarat dengan mengikuti prosedur Rekredensial dari Sub Komite Kredensial Komite Medik.

Pasal 50

Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 49 ayat (3), harus memenuhi persyaratan meliputi:

- a. pendidikan harus memenuhi persyaratan, meliputi:
 - 1) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi; dan
 - 2) menyelesaikan program pendidikan kedokteran.

- b. perizinan (*lisensi*) harus memenuhi persyaratan, meliputi:
 - 1) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi; dan
 - 2) memiliki surat izin praktek dari Dinas Kesehatan setempat yang masih berlaku.
- c. kegiatan penjaminan mutu profesi harus memenuhi persyaratan, meliputi:
 - 1) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya; dan
 - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
- d. kualifikasi personal harus memenuhi persyaratan, meliputi:
 - 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 harus memenuhi persyaratan, meliputi:
 - 1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi; dan
 - 2) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

Pasal 51

- (1) Komite Medik dalam memberi rekomendasi kepada Direktur, agar Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik dibatasi berdasarkan keputusan dari Sub Komite Kredensial.
- (2) Pembatasan Kewenangan Klinis ini dapat dipertimbangkan bila Anggota Staf Medik tersebut dalam pelaksanaan tugasnya di RSMZ dianggap tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan SPO yang berlaku, dapat dipandang dari sudut kinerja klinik, sudut etik dan disiplin profesi medis dan dari sudut hukum.
- (3) Sub Komite Kredensial membuat rekomendasi pembatasan Kewenangan Klinis Anggota Staf Medik setelah terlebih dahulu:
 - a. ketua Kelompok Staf Medis mengajukan surat untuk mempertimbangkan pencabutan Kewenangan Klinis dari anggotanya kepada Ketua Komite Medik;
 - b. komite Medik meneruskan permohonan tersebut kepada Sub Komite Kredensial untuk meneliti kinerja klinis, etika dan disiplin profesi medis Anggota Staf Medis yang bersangkutan;
 - c. sub Komite Kredensial berhak memanggil Anggota Staf Medis yang bersangkutan untuk memberikan penjelasan dan membela diri setelah sebelumnya diberi kesempatan untuk membaca dan mempelajari bukti-bukti tertulis tentang pelanggaran/ penyimpangan yang telah dilakukan; dan
 - d. sub Komite Kredensial dapat meminta pendapat dari pihak lain yang terkait.

Pasal 52

- (1) Pencabutan Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pencabutan Kewenangan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat_(1), dilaksanakan apabila adanya:
 - a. gangguan kesehatan (fisik dan mental);
 - b. kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi; dan;
 - c. mendapat tindakan disiplin dari Komite Medik.

Pasal 53

- (1) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik yang berdasarkan usulan dari Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi dan Sub Komite Kredensial.
- (2) Pengakhiran Kewenangan Klinis dilaksanakan apabila Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*):
 - a. habis masa berlakunya; dan
 - b. dicabut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 52 ayat (2).

Bagian Ketiga

Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*)

Pasal 54

- (1) Setiap Staf Medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) dari Direktur berdasarkan rincian Kewenangan Klinis setiap Staf Medis yang direkomendasikan Komite Medik.
- (2) Tanpa Surat Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) maka seorang Staf Medis tidak dapat menjadi anggota kelompok (*member*) Staf Medis sehingga tidak boleh melakukan pelayanan medis di RSMZ.

Bagian Keempat

Peraturan Pelaksanaan Tata Kelola Klinis

Pasal 55

- (1) Untuk melaksanakan tata kelola klinis diperlukan peraturan pelaksanaan berupa aturan profesi bagi Staf Medis di luar Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff by Laws*).
- (2) Aturan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), meliputi:
 - a. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan dan SPO 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.

Bagian Kelima
Tata Cara Review dan Perbaikan
Peraturan Internal Staf Medis

Pasal 56

- (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 (*Medical Staf by laws*) dilakukan paling lama setiap 3 (tiga) tahun.
- (3) Perubahan yang dimaksud pada ayat (1), dilakukan oleh Komite Medik.
- (4) Mekanisme perubahan Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf by Laws*) dilakukan dengan melibatkan seluruh Staf Medis dan staf manajemen terkait dan disahkan oleh Direktur.

Bagian Keenam
Informasi Medis

Pasal 57

- (1) Setiap pegawai RSMZ wajib menjaga kerahasiaan informasi medis tentang Pasien.
- (2) Pemaparan informasi medis yang menyangkut kerahasiaan pasien hanya dapat diberikan atas persetujuan Pasien.
- (3) Pemaparan informasi medis untuk keperluan penelitian dan untuk kepentingan hukum, dapat diberikan atas persetujuan Direktur.
- (4) Informasi medis yang harus diungkapkan dengan jujur dan benar, meliputi:
 - a. keadaan kesehatan pasien;
 - b. rencana terapi dan alternatifnya;
 - c. manfaat dan resiko masing-masing alternatif tindakan;
 - d. prognosis; dan
 - e. kemungkinan Komplikasi.

BAB VII
PENGELOLAAN LINGKUNGAN DAN
LIMBAH RUMAH SAKIT

Pasal 58

- (1) Direktur wajib melaksanakan pengelolaan lingkungan, baik internal maupun eksternal.
- (2) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk mendukung peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang berorientasi kepada keamanan, kenyamanan, kebersihan, kesehatan, kerapian, keindahan dan keselamatan.
- (3) Pengelolaan lingkungan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), meliputi:
 - a. pengelolaan sampah; dan
 - b. limbah RSMZ.

- (4) Tata laksana pengelolaan sampah sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a, dikumpulkan pada tempat pembuangan sementara di areal RSMZ dan selanjutnya diangkut oleh petugas kebersihan ke depo tempat pembuangan sementara.
- (5) Pengelolaan Limbah RSMZ sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b, meliputi:
 - a. limbah medis;
 - b. non medis; dan
 - c. limbah bahan berbahaya dan beracun.
- (6) Tata laksana pengelolaan limbah medis padat dan limbah bahan berbahaya dan beracun sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dikelola melalui kerja sama dengan Pihak Ketiga yang telah memiliki izin pengelolaan limbah.
- (7) Tata laksana pengelolaan limbah medis cair melalui instalasi pengelolaan air limbah.
- (8) Tata laksana pengelolaan limbah non medis sebagaimana dimaksud pada ayat (5), dikelola melalui *septic tank*.

BAB VIII

KEBIJAKAN, PEDOMAN, PANDUAN DAN PROSEDUR

Pasal 59

- (1) Kebijakan, pedoman, panduan, dan prosedur merupakan kelompok dokumen regulasi RSMZ sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatan.
- (2) Kebijakan merupakan regulasi tertinggi di Rumah Sakit kemudian diikuti dengan pedoman, panduan dan selanjutnya Prosedur/SPO.
- (3) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur secara keseluruhan dilakukan harmonisasi pada Bagian Umum dan Tata Usaha sebelum diterbitkan oleh Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan RSMZ.
- (4) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dalam bidang Pelayanan dilakukan oleh Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan serta Wakil Direktur Pelayanan RSMZ.
- (5) *Review* dan persetujuan atas kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dalam bidang Penunjang, Bidang komunikasi, diklat dan penelitian dilakukan oleh Bidang Penunjang dan Bidang komunikasi, diklat dan penelitian serta Wakil Direktur Pelayanan RSMZ
- (6) 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.
- (7) 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 Bagian Umum dan Tata Usaha, dan salinan yang berada di unit pelaksana dikendalikan melalui Salinan Terkendali.

- (8) Identifikasi perubahan dalam kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur dilakukan oleh Unit Pelaksana secara berjenjang sesuai hirarkhi struktural.
- (9) Pemeliharaan identitas dan dokumen yang bisa dibaca harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat, mudah diambil dan mudah dibaca oleh pelaksana.
- (10) 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.
- (11) Retensi dari kebijakan, pedoman, panduan dan prosedur yang sudah tidak berlaku mengacu pada ketentuan perundang-undangan terkait:
 - a. jadwal retensi arsip keuangan Pemerintah Daerah;
 - b. jadwal retensi arsip fasilitatif kepegawaian Aparatur Sipil Negara dan Pejabat Negara Pemerintah Daerah; dan
 - c. jadwal retensi arsip fasilitatif fungsi Non Keuangan dan Non Kepegawaian Pemerintah Daerah.
- (12) Identifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur mempergunakan buku registrasi dan *master list* yang dikelola oleh Unit Substansi Tata Usaha.

BAB IX KERJASAMA ATAU KONTRAK

Pasal 60

- (1) Direktur menjamin keberlangsungan pelayanan klinis dan manajemen yang memenuhi kebutuhan pasien yang dapat dilakukan dengan jalan melalui perjanjian kerjasama atau kontrak.
- (2) Para pihak dapat memprakarsai atau menawarkan rencana kerja sama atau kontrak mengenai objek tertentu.
- (3) Objek tertentu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), menyangkut kerjasama operasional dan alat kesehatan.
- (4) Staf Medis yang bekerja di RSMZ berkewajiban melakukan perjanjian kerja yang antara lain meliputi kredensial, Rekredensial, dan penilaian kinerja.
- (5) Wakil Direktur Pelayanan dalam seleksi kontrak manajemen dan/atau klinis serta memonitor dan bertanggung jawab terhadap mutu kontrak manajemen maupun klinis di jajaran masing-masing.
- (6) Wakil Direktur Administrasi dan Keuangan RSMZ berpartisipasi dalam seleksi kontrak manajemen dan memonitor mutu kontrak manajemen serta bertanggung jawab atas kontrak manajemen.
- (7) Seleksi kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (5) dan ayat (6), berdasarkan atas kepatuhan terhadap Ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang terkait.
- (8) Penetapan kontrak dan dokumen kontrak paling sedikit memuat:
 - a. subjek kerjasama atau kontrak;
 - b. objek kerjasama atau kontrak;

- c. ruang lingkup kerjasama atau kontrak;
 - d. hak dan kewajiban para pihak;
 - e. jangka waktu kerjasama atau kontrak;
 - f. pengakhiran kerja sama atau kontrak;
 - g. pengalihan tanggung jawab kepada pihak kedua atau pihak yang diajak bekerjasama atas kualitas dan atau adanya pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan.
 - h. keadaan memaksa; dan
 - i. penyelesaian perselisihan.
- (9) RSMZ dapat melakukan teguran dan pemutusan kontrak bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak.
 - (10) Penandatanganan kerjasama atau kontrak dilakukan oleh Direktur dan para pihak yang berwenang dengan pemberian materai yang cukup.
 - (11) Hasil kerjasama atau kontrak dapat berupa uang, surat berharga, barang, hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium, jasa lainnya dan atau non material berupa keuntungan.
 - (12) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11), berupa uang harus menjadi pendapatan RSMZ.
 - (13) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11), berupa barang harus dicatat sebagai aset RSMZ secara proporsional sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - (14) Hasil kerjasama atau kontrak sebagaimana dimaksud pada ayat (11), berupa hasil pelayanan, pengobatan, laboratorium dan jasa lainnya harus sesuai dengan kesepakatan yang tertuang di dalam perjanjian kerjasama atau kontrak yang telah ditandatangani atau sesuai hasil *addendum*.
 - (15) *Review* kontrak atau kerjasama untuk perpanjangan dilaksanakan oleh unit pelaksana yang diketahui secara berjenjang sesuai hirarki pejabat yang berwenang.
 - (16) Bila hasil evaluasi kerjasama atau kontrak dinegosiasi kembali atau diakhiri, unit pelaksana dan para pejabat secara berjenjang menjaga kontinuitas pelayanan kepada pasien.

BAB X KETENTUAN PENUTUP

Pasal 61

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 8 Tahun 2011 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sampang (Berita Daerah Kabupaten Sampang Tahun 2011 Nomor 8), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 62....

Pasal 62

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di : Sampang
Pada tanggal : 28 Februari 2025

BUPATI SAMPANG,

ttd

SLAMET JUNAIDI

Diundangkan di : Sampang
Pada tanggal : 28 Februari 2025

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SAMPANG,

ttd

YULIADI SETIYAWAN

BERITA DAERAH KABUPATEN SAMPANG TAHUN 2025 NOMOR : 14