473

GUBERNUR ACEH

PERATURAN GUBERNUR ACEH
NOMOR 65 TAHUN 2017

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT *(HOSPITAL BY LAWS)*
RUMAH SAKIT JIWA POCUT MEURAH INTAN

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

GUBERNUR ACEH,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka melaksanakan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf r Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit,dan Pasal 11 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, perlu menyusun Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital By Laws)* Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Peraturan Internal Rumah Sakit *(Hospital By Laws)* Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Propinsi Atjeh dan Perubahan Peraturan Pembentukan Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 64, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1103);

2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Keistimewaan Propinsi Daerah Istimewa Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 172, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3893);

3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

6. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);

7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);

8. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307);

9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/ III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;

12. Peraturan .../2

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*);
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*);
16. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Tahun 1999 Nomor HK.00.06.3.5.1866 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik;
17. Qanun Aceh Nomor 4 Tahun 2010 tentang Kesehatan (Lembaran Daerah Aceh Tahun 2011 Nomor 01, Tambahan Lembaran Daerah Aceh Nomor 30), sebagaimana telah diubah dengan Qanun Aceh Nomor 10;
18. Qanun Aceh Nomor 13 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Aceh (Lembaran Aceh Tahun 2016 Nomor 16, Tambahan Lembaran Aceh Nomor 87);
19. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 141 Tahun 2015 tentang Kedudukan dan Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa;
20. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 53 Tahun 2011 tentang Standar Pelayanan Minimal;
21. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 54 tahun 2011 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Aceh;
22. Peraturan Gubernur Aceh Nomor 86 Tahun 2014 tentang Pedoman Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Pemerintah Aceh;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR ACEH TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BY LAWS*) RUMAH SAKIT JIWA POCUT MEURAH INTAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Aceh adalah daerah provinsi yang merupakan kesatuan masyarakat hukum yang bersifat istimewa dan diberi kewenangan khusus untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintah dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia berdasarkan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945, yang dipimpin oleh gubernur.
2. Pemerintahan Aceh adalah pemerintahan daerah provinsi dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyelenggarakan urusan pemerintahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Aceh dan Dewan Perwakilan Rakyat Aceh sesuai dengan fungsi dan kewenangan masing-masing.
3. Gubernur adalah kepala pemerintah Aceh yang dipilih melalui suatu proses demokratis yang dilakukan berdasarkan azas langsung, umum, bebas, rahasia, jujur dan adil.
4. Sekretaris Daerah Aceh yang selanjutnya disebut Sekda Aceh adalah Sekretaris Daerah Aceh.
5. Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan yang selanjutnya disingkat RSJ Pocut Meurah Intan adalah Rumah Sakit Jiwa milik Pemerintah Aceh.

6. Peraturan .../3

6. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah peraturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit yang meliputi Peraturan Internal Institusi (*Institusion Bylaws*), Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*), dan Peraturan Internal Staf Keperawatan *(Nursing Staf Bylaws)*.
7. Peraturan Internal Institusi (*Institution Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara pemerintah daerah sebagai pemilik rumah sakit dengan Direksi sebagai pengelola rumah sakit dan Staf Medis di RSJ Pocut Meurah Intan, beserta fungsi, tugas, hak dan kewajiban masing-masing.
8. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staf Bylaws*) adalah peraturan yang mengatur tentang fungsi, tugas, hak dan kewajiban staf medis di RSJ Pocut Meurah Intan.
9. Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*) adalah peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja komite keperawatan.
10. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengelolaan BLUD rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat, yang dibentuk dengan keputusan Gubernur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
11. Direksi adalah direktur dan wakil direktur RSJ Pocut Meurah Intan.
12. Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi direktur RSJ Pocut Meurah Intan oleh Gubernur.
13. Wakil Direktur adalah Wakil Direktur Rumah Sakit yang terdiri dari Wakil Direktur Pelayanan dan Wakil Direktur Administrasi dan Umum.
14. Komite adalah wadah non struktural rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis *(clinical governance)* dan non klinis *(non clinical governance)* agar terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
15. Satuan Pengawas Internal (SPI) adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan 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 di RSJ Pocut Meurah Intan.

Pasal 2

Peraturan Internal RSJ Pocut Meurah Intan ini disusun dengan maksud :

a. memberikan dasar pengawasan dan pembinaan rumah sakit bagi pemilik;
b. memberikan dasar bagi direktur rumah sakit dalam mengelola rumah sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis operasional;
c. sebagai sarana untuk menjamin efektifitas, efisiensi dan mutu pelayanan;
d. sebagai sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan rumah sakit;
e. sebagai dasar bagi penyelesaian konflik di rumah sakit antara pemilik, Direktur rumah sakit, staf medis, staf keperawatan; dan
f. memenuhi persyaratan akreditasi rumah sakit.

Pasal 3

Peraturan Internal RSJ Pocut Meurah Intan ini disusun dengan tujuan :

a. tersedianya tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan pemilik rumah sakit atau yang mewakili, direktur rumah sakit, tenaga medis, tenaga keperawatan dan sistem pengendalian internal sehingga penyelenggaraan rumah sakit dapat berjalan efektif, efisien, transparan dan berkualitas, serta mengikuti peraturan yang ada;
b. tersedianya pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis operasional rumah sakit;

Pasal ..../4

Pasal 4

Peraturan Internal RSJ Pocut Meurah Intan, bermanfaat :

a. Bagi RSJ Pocut Meurah Intan sebagai:
   1. dasar hukum dalam bentuk anggaran rumah tangga;
   2. kepastian pembagian kewenangan dan tanggung jawab baik eksternal maupun internal;
   3. sarana perlindungan hukum bagi rumah sakit atas tuntutan/ gugatan;
   4. alat/sarana untuk meningkatkan mutu pelayanan; dan
   5. kejelasan arah dan tujuan dalam melaksanakan kegiatan.

b. Bagi Pengelola RSJ Pocut Meurah Intan, sebagai :
   1. batas kewenangan, hak, kewajiban dan tanggung jawab yang jelas;
   2. dasar dalam menyelesaikan masalah yang timbul, serta dapat menjaga hubungan serasi dan selaras; dan
   3. pedoman resmi untuk menyusun kebijakan teknis operasional.

c. Bagi Pemerintah Aceh, untuk :
   1. mengetahui arah dan tujuan rumah sakit didirikan;
   2. mengetahui tugas dan kewajiban sebagai pemilik;
   3. dasar dalam menyelesaikan konflik di rumah sakit jiwa; dan
   4. dasar dalam menilai kinerja direktur

d. Bagi masyarakat Aceh, untuk :
   1. mengetahui visi, misi, tujuan strategis, dan nilai dasar rumah sakit; dan
   2. mengetahui hak dan kewajiban sebagai pasien.

BAB II

NAMA, FALSAFAH, VISI, MISI, TUJUAN, MOTTO, LOGO DAN NILAI DASAR

Pasal 5

Nama Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan disebut RSJ Pocut Meurah Intan.

Pasal 6

(1) Logo dan makna logo :



   a. Frame Segi Delapan berwarna Hitam, Merah, Kuning dan Hijau: Melambangkan Ciri Khas Islami dan Budaya Aceh serta mengandung makna 8 (delapan) penjuru mata angin, yang artinya pelayanan bersifat terpadu dan komprehensif;
   b. Warna Dasar Hijau: Hijau merupakan warna dasar kesehatan dan Kedamaian sehingga mengilhami RSJ Pocut Meurah Intan untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Jiwa yang Paripurna;
   c. Gambar Tangan Terbuka: melambangkan doa, harapan dan ikhas melayani;
   d. Logo Tri Upaya Bina Jiwa, Trisula: sebagai simbol Tri Upaya Bina Jiwa (Promotif/Preventif, Kuratif, Rehabilitatif);

e) Ular: ...../5

e. Ular: simbol kedokteran dan pelayanan kesehatan;

f. Gambar Bunga Jeumpa memiliki makna: Keindahan dan Keharuman bunga Jeumpa melambangkan Kinerja dan Pelayanan yang Maksimal RSJ Pocut Meurah Intan;

g. Gambar bunga Jeumpa di kanan dan Kiri: Keseimbangan dalam pelayanan dan pencapaian Visi, Misi dan Tujuan RSJ Pocut Meurah Intan sehingga mencapai keseimbangan pelayanan yang Optimal; dan

h. Tulisan RSJ Pocut Meurah Intan : Singkatan dari nama Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan.

(2) Motto :

MELAYANI SEPENUH HATI

(3) Falsafah rumah sakit :

IKHLAS MELAYANI WUJUD KASIH SAYANG KAMI

(4) Visi rumah sakit :
"Menjadi Rumah Sakit Jiwa yang Prima dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian di Bidang Kesehatan Jiwa Regional Sumatra pada tahun 2022"

(5) Misi rumah sakit :

a. menyelenggarakan *good corporate governance* dan *good clinical governance* RS dan mengikuti perkembangan IPTEKDOK terkini.
b. meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup manusia secara akuntabel;
c. melaksanakan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian kesehatan Islami, paripurna dan berkualitas;
d. mempersiapkan dan meningkatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk mencapai rumah sakit berkelas dunia.
e. meningkatkan kesejahteraan karyawan.

(6) Tujuan rumah sakit :

a. sinkronisasi antara kebijakan nasional dan Pemerintah Aceh;
b. tersedianya dan meningkatnya jenis dan mutu pelayanan yang sesuai perkembangan iptek kedokteran dan kebutuhan masyarakat;
c. berkembangnya sistem manajemen rumah sakit yang efektif dan efisien serta dapat menjamin pelaksanaan penerapan bisnis yang sehat dengan tetap menjalankan fungsi sosialnya;
d. mengembangkan, menambah dan memelihara sarana prasarana peralatan medis (medical equipment) utamanya yang berkaitan dengan teknologi tinggi;
e. meningkatkan pelayanan dengan membuka spesialis/sub spesialis dan melengkapi sarana dan prasarana secara mencukupi;
f. peningkatan kecepatan, ketepatan, keramahan dan efisiensi serta melakukan kerjasama dengan pelayanan kesehatan local dan nasional;
g. melaksanakan akuntabilitas pelayanan dengan secara berkesinambungan melakukan audit medik, audit keuangan dan gugus kendali mutu; dan
h. meningkatkan kuantitas tenaga medis spesialistik dan paramedic disertai dengan peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan.

(7) Nilai Dasar rumah sakit :

a. Kejujuran = kemampuan untuk mengatakan sesuatu sebagaimana adanya *(trustworthy healing information).*
b. Integritas = kemampuan untuk mewujudkan hal yang sudah disanggupi dalam melayani dan perhatian terhadap setiap tahap kehidupan *(Integrity, care and compassion for every life we touch).*

c. Tanggung ..../6

c. Tanggung jawab.
d. Kekompakan dalam tim kerja dan kegembiraan dalam bekerja bersama *(Cohesiveness in team work and enjoyment in working together).*

Yang disingkat menjadi "KITA KOMPAK".

BAB III
KEDUDUKAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMILIK
Bagian Kesatu
Kedudukan
Pasal 7

Pemerintah Aceh adalah pemilik RSJ Pocut Meurah Intan.

Pasal 8
Bagian Kedua
Tanggung Jawab Pemilik

(1) Pemerintah Aceh bertanggungjawab terhadap kelangsungan operasional, pengembangan dan kemajuan RSJ Pocut Meurah Intan sesuai dengan harapan masyarakat.
(2) Pemerintah Aceh dalam melaksanakan tanggungjawabnya sebagaimana dimaksud pada ayat 1, memiliki kewenangan :
    a. menetapkan tujuan rumah sakit;
    b. menyetujui misi rumah sakit;
    c. menetapkan peraturan internal rumah sakit dan peraturan rumah sakit lainnya;
    d. mengawasi mutu pelayanan rumah sakit;
    e. mengawasi keterjangkauan pelayanan;
    f. membentuk dan menetapkan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas;
    g. memberhentikan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas karena sesuatu hal yang menurut peraturannya membolehkan untuk diberhentikan;
    h. memberi persetujuan atas pendapatan (modal) dan anggaran operasional rumah sakit;
    i. memberi persetujuan dan mengesahkan rencana stratejik, Rencana Bisnis Anggaran atau RBA melalui Sekretaris Daerah;
    j. memberi persetujuan dan mengesahkan program terkait pendidikan profesional kesehatan dan penelitian serta program mutu dan keselamatan pasien (PMKP) melalui Sekretaris Daerah;
    k. memberikan evaluasi/penilaian atas kinerja Direktur setiap 1 (satu) tahun sekali berdasarkan Peraturan Perundang-undangan;
    l. memberikan sanksi kepada pegawai yang melanggar ketentuan Peraturan Perundang-undangan dan memberikan penghargaan kepada pegawai yang berprestasi;
    m. meningkatkan peran masyarakat; dan
    n. melakukan integrasi dan koordinasi.
(3) Selain tanggungjawab sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Pemerintah Aceh juga :
    a. bertanggungjawab menutup defisit rumah sakit yang bukan karena kesalahan dalam pengelolaan dan setelah diaudit secara independen; dan
    b. bertanggungjawab atas kerugian pihak lain, termasuk pasien, akibat kelalaian dan/atau kesalahan dalam pengelolaan RSJ Pocut Meurah Intan.

BAB ...../7

BAB IV

INSTITUSI RUMAH SAKIT

Pasal 9

(1) Struktur organisasi Institusi RSJ Pocut Meurah Intan terdiri dari :
   a. Dewan Pengawas;
   b. Manajemen Rumah Sakit;
   c. Komite Medik;
   d. Komite Keperawatan; dan
   e. Sistem Pengendalian Internal (SPI);

(2) Aturan institusi rumah sakit *(Institution By Laws)* yang merupakan pedoman pengelolaan institusi rumah sakit berdasarkan struktur organisasi institusi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

(3) Aturan staf medis yang merupakan pedoman tenaga medis *(Medical Staf By Laws)* yang disusun oleh Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

(4) Aturan staf keperawatan yang merupakan pedoman tenaga keperawatan *(Nursing Staf By Laws)* yang disusun oleh Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

(5) Aturan yang memastikan pelaksanaan penyelenggaraan rumah sakit memiliki sistem pengendalian internal (SPI) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, tercantum dalam Lampiran IV yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

BAB V

TUNTUTAN HUKUM

Pasal 10

(1) Dalam hal pegawai RSJ Pocut Meurah Intan dituntut berkaitan dengan hukum pidana, maka itu didasarkan pada tuntutannya yang berkaitan dengan perorangan atau institusi.

(2) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan perorangan, maka menjadi tanggungjawab perorangan.

(3) Apabila tuntutan yang diajukan adalah kesalahan yang berkaitan dengan institusi, maka RSJ Pocut Meurah Intan bertanggungjawab selama kesalahan yang dilakukan masih mengikuti aturan atau standar prosedur operasional (SPO).

BAB VI

KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 11

(1) Struktur, nama, jumlah, dan fungsi satuan organisasi fungsional lain yang tidak tercantum dalam *Hospital By laws* ini ditetapkan dengan keputusan direktur RSJ Pocut Meurah Intan sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

(2) Perubahan terhadap struktur, nama, jumlah dan fungsi satuan organisasi fungsional di lingkungan RSJ Pocut Meurah Intan ditetapkan oleh direktur sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

(3) Berkaitan dengan segala sesuatu yang berhubungan dengan kasus-kasus tertentu yang tidak mampu ditangani oleh petugas RSJ Pocut Meurah Intan, dilakukan koordinasi melalui kerja sama (*memorandum of understanding*) dengan institusi atau lembaga terkait.

(4) Peraturan Internal Rumah Sakit akan dilakukan evaluasi dan disempurnakan secara berkala.

BAB ..../8

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 12

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Aceh.

Di tetapkan di Banda Aceh
pada tanggal, 14 November 2017
25 Shafar 1439

GUBERNUR ACEH,

IRWANDI YUSUF

Diundangkan di Banda Aceh
pada tanggal, 15 November 2017
26 Shafar 1439

SEKRETARIS DAERAH ACEH,

DERMAWAN

BERITA DAERAH ACEH TAHUN 2017 NOMOR 68

ACE.MW\DATAWAHED\2017\PER.GUB\JUNI

LAMPIRAN I
PERATURAN GUBERNUR ACEH
NOMOR TAHUN 2017
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT JIWA POCUT MEURAH INTAN.----------

PERATURAN INTERNAL INSTITUSI
(*INSTITUTION BY LAWS*)

I. PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Banyaknya *stakeholders* yang berperan dalam pengelolaan RSJ Pocut Meurah Intan, memungkinkan munculnya benturan antara pemilik kepentingan. Untuk itu perlu di atur peran masing-masing dalam pengelolaan institusi rumah sakit. Penyusunan peraturan internal institusi (*internal institutional bylaws*) Rumah Sakit di lakukan dengan melibatkan berbagai pihak yang memiliki kepentingan atas rumah sakit, baik yang mewakili *stockholder* maupun yang mewakili *stakeholders,* dengan demikian di harapkan *internal institutional bylaws* ini sudah mengakomodir semua hal yang terkait institusi RSJ Pocut Meurah Intan.

RSJ Pocut Meurah Intan merupakan salah satu Satuan Kerja Perangkat Aceh SKPA yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Saat ini RSJ Pocut Meurah Intan tidak hanya melayani kesehatan jiwa khususnya, bahkan layanan kesehatan lainnya.

Institutions bylaws merupakan peraturan yang mengatur tentang penyelenggaraan ke institusian, serta sebagai pedoman untuk mewujudkan institusi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola institusi yang baik (*Good Institution Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*). Dengan tersedianya *institutions bylaws* diharapkan mutu pelayanan institusi rumah sakit dapat ditingkatkan, lebih *managable* profesional dan akuntable sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas dan bertanggung jawab.

1.2. MAKSUD DAN TUJUAN

1.2.1 Pengaturan Internal Institusi dimaksudkan untuk memberi pedoman penyelenggaraan ke-institusian RSJ Pocut Meurah Intan.

1.2.2 Pengaturan Internal Institusi RSJ Pocut Meurah Intan bertujuan untuk mewujudkan Institusi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola institusi yang baik (*Good Institution Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).

II. PENGERTIAN

Yang dimaksud dengan :

2.1 Pemerintahan Aceh adalah pemerintahan daerah provinsi dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyelenggarakan urusan pemerintahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Aceh dan Dewan Perwakilan Rakyat Aceh sesuai dengan fungsi dan kewenangan masing-masing.

2.2 Gubernur adalah kepala pemerintah Aceh yang dipilih melalui suatu proses demokratis yang dilakukan berdasarkan azas langsung, umum, bebas, rahasia, jujur dan adil.

2.3 Sekretaris Daerah Aceh yang selanjutnya disebut Sekda Aceh adalah Sekretaris Daerah Aceh.

2.4 Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan yang selanjutnya disingkat RSJ Pocut Meurah Intan adalah rumah sakit jiwa milik Pemerintah Aceh

2.5 Peraturan Internal Institusi (*Institution By Laws*) adalah peraturan yang mengatur hubungan antara pemerintah daerah sebagai pemilik rumah sakit dengan dengan Direksi sebagai pengelola rumah sakit dan Staf Medis di RSJ Pocut Meurah Intan, beserta fungsi, tugas, hak dan kewajiban masing-masing.

2.6 Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengelolaan BLUD rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat dibentuk dengan keputusan Gubernur dengan keanggotaan yang memenuhi persyaratan dan peraturan yang berlaku.
2.7 Direksi adalah direktur dan wakil direktur RSJ Pocut Meurah Intan.
2.8 Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi direktur RSJ Pocut Meurah Intan oleh Gubernur.
2.9 Wakil Direktur adalah Wakil Direktur Rumah Sakit yang terdiri dari Wakil Direktur Pelayanan dan Wakil Direktur Administrasi dan Umum.
2.10 Kemitraan adalah pola kerjasama usaha yang dibentuk dengan berbagai pihak di dalam dan diluar negeri dengan prinsip saling memerlukan, saling memperkuat dan saling menguntungkan.

III. IDENTITAS DAN JATI DIRI

3.1. Rumah Sakit didirikan dengan nama Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan;
3.2. Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan secara filosofi adalah Institusi nirlaba yang berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) milik Pemerintah Aceh;
3.3. RSJ Pocut Meurah Intan mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan jiwa dan pelayanan kesehatan lainnya dengan mengutamakan upaya pencegahan, penyembuhan, rehabilitasi secara serasi dan terpadu dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat, penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran serta pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa dengan penerapan prinsip manusiawi dan islami;
3.4. RSJ Pocut Meurah Intan memiliki fungsi:
   a. penyelenggaraan pelayanan, seperti: pelayanan medis, pelayanan keperawatan, dan pelayanan penunjang
   b. penyelenggaraan pelayanan penunjang terdiri dari penunjang medis dan non medis;
   c. penyelenggaraan administrasi, dan umum, seperti: bagian tata usaha, bagian keuangan, dan bagian program.

IV. MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan rumah sakit secara keseluruhan dilaksanakan oleh manajemen rumah sakit yang dipimpin oleh Direktur.

4.1 Manajemen Rumah Sakit

4.1.1 Susunan Organisasi Rumah Sakit terdiri dari:
   a. Direktur;
   b. Wakil Direktur Administrasi dan Umum;
   c. Wakil Direktur Pelayanan;
   d. Bagian Tata Usaha
   e. Bagian Keuangan;
   f. Bagian Program;
   g. Bidang Pelayanan Medis;
   h. Bidang Penunjang Medis;
   i. Bidang Keperawatan;
   j. Kelompok Jabatan Fungsional;
   k. Instalasi;
   l. Satuan Pengawas Intern;
   m. Dewan Penyantun.

4.1.2 Persyaratan, pengangkatan dan pemberhentian Direktur sesuai ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
4.1.3 Tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggungjawab Direktur berdasarkan ketentuan peraturan yang berlaku.
4.1.4 Dalam melaksanakan tugas pokok, fungsi, wewenang dan tanggung jawab, Direktur wajib memperhatikan Peraturan Perundang-undangan, peraturan internal dan mempertimbangkan saran/hasil audit yang dilakukan oleh Dewan Pengawas, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).
4.1.5 Penilaian Kinerja Direktur dilaksanakan oleh Gubernur, dan penilaian kinerja Wakil Direktur dilaksanakan oleh Direktur berdasarkan ketentuan peraturan yang berlaku.

4.2 Rapat Manajemen

4.2.1 Rapat Manajemen diselenggarakan paling sedikit 1 (satu) minggu sekali.

4.2.2 Rapat Manajemen membahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan RSJ Pocut Meurah Intan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

4.2.3 Keputusan Rapat Manajemen diambil atas dasar musyawarah untuk mufakat.

4.2.4 Dalam hal tidak tercapai kata sepakat, maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

4.2.5 Setiap rapat dibuat daftar hadir dan risalah rapat oleh Sekretaris Direktur.

4.3 Koordinasi Antara Direktur dan Wakil Direktur

4.3.1 Direktur dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya berdasarkan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

4.3.2 Apabila Wakil Direktur berhalangan tetap, atau jabatan itu kosong dan penggantinya belum memangku jabatan, maka kekosongan jabatan tersebut dipangku oleh Wakil Direktur lainnya yang ditunjuk sementara oleh Direktur.

4.3.3 Dalam jangka waktu paling lama 2 (dua) bulan terhitung sejak terjadinya kekosongan jabatan, Pemilik dapat menunjuk anggota Wakil Direktur yang baru untuk memangku jabatan yang kosong.

4.3.4 Dalam menjalankan tugas dan kewenangan, Direktur dapat melaksanakan sendiri atau menyerahkan kekuasaan kepada:

a. seorang atau beberapa orang anggota Wakil Direktur;
b. seorang atau beberapa orang Pejabat Rumah Sakit, baik secara sendiri maupun bersama-sama; atau
c. orang atau badan lain, yang khusus ditunjuk untuk hal tersebut.

V. DEWAN PENGAWAS

5.1 Pembentukan dan Tugas Dewan Pengawas

5.1.1 Pemilik dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit;

5.1.2 Persyaratan, pengangkatan dan pemberhentian Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan yang berlaku.

5.1.3 Dewan Pengawas mempunyai tugas:

a. Memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai rencana bisnis anggaran yang diusulkan pejabat pengelola;
b. Mengikuti perkembangan kegiatan rumah sakit dan memberikan pendapat dan saran kepada Gubernur mengenai upaya penyelesaian setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan Rumah Sakit;
c. Melaporkan kepada Gubernur tentang kinerja Rumah Sakit;
d. Memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan pengelolaan rumah sakit;
e. Memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja;
f. menentukan arah kebijakan rumah sakit;
g. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
h. menilai dan menyetujui pelaksanaan anggaran;
i. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
j. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
k. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban rumah sakit; dan
l. mengawasi kepatuhan penerapan etika rumah sakit, etika profesi, dan Peraturan Perundang-undangan.
m. mendukung pelaksanaan pengendalian mutu dan keselamatan pasien;
n. mendukung pendidikan dan penelitian;
o. mengawasi dan memantau kasus-kasus kejadian Sentinel;

5.1.4 Tugas lain Dewan Pengawas adalah melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD/Direktur RSJ Pocut Meurah Intan yang meliputi pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategi Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan;

5.1.5 Dewan Pengawas melaporkan pelaksanaan tugas kepada Gubernur paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan sewaktu-waktu apabila diperlukan.

5.2 Pengangkatan, Pemberhentian Dewan Pengawas

5.2.1 Pengangkatan anggota Dewan Pengawas tidak bersamaan waktunya dengan pengangkatan Direksi.

5.2.2 Anggota Dewan Pengawas dapat diberhentikan sebelum waktunya oleh Gubernur atas usulan dari Direktur.

5.2.3 Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua dalam suatu masa kepengurusan Dewan Pengawas, maka Gubernur mengangkat seorang Ketua untuk sisa masa jabatan hingga selesainya masa jabatan.

5.3 Tugas Ketua dan Sekretaris Dewan Pengawas

5.3.1 Tugas Ketua Dewan Pengawas meliputi:

a. memimpin semua pertemuan Dewan Pengawas;
b. memutuskan berbagai hal yang berkaitan dengan prosedur dan tatacara yang tidak diatur dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) RSJ Pocut Meurah Intan melalui Rapat Dewan Pengawas;
c. bekerja sama dengan Pengelola/Direksi untuk menangani berbagai hal mendesak yang seharusnya diputuskan dalam rapat Dewan Pengawas;
d. apabila rapat Dewan Pengawas belum dapat diselenggarakan, maka Ketua dapat memberikan wewenang pada Direktur untuk mengambil segala tindakan yang perlu sesuai dengan situasi saat itu;
e. melaporkan tugas sebagaimana dimaksud pada huruf c pada rapat rutin berikutnya, disertai dengan penjelasan yang terkait dengan situasi saat tindakan tersebut diambil.

5.3.2 Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Gubernur selaku Pemilik dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas atas beban RSJ Pocut Meurah Intan, dengan ketentuan:

a. Sekretaris Dewan Pengawas bertugas menyelenggarakan kegiatan administrasi dalam rangka membantu kegiatan Dewan Pengawas.
b. Sekretaris Dewan Pengawas tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.

5.4 Wewenang Dewan Pengawas

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibaan, Dewan Pengawas mempunyai wewenang:

a. Memperoleh informasi dan meminta penjelasan mengenai penyelenggaraan PPK-BLUD;
b. Meminta Pejabat Pengelola dana atau Pejabat lain sepengetahuan Pejabat Pengelola untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
c. Mengajukan anggaran untuk keperluan tugas-tugas Dewan Pengawas;
d. Melakukan konsultasi dengan tenaga ahli, konsultan atau lembaga independen lainnya jika diperlukan;
e. Memeriksa buku-buku, surat-surat serta dokumen-dokumen lainnya, memeriksa kas untuk keperluan verifikasi dan memeriksa kekayaan rumah sakit;
f. meminta penjelasan dari Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengelolaan rumah sakit;
g. meminta Direksi dan/atau pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas;
h. menghadiri rapat Direksi dan memberikan saran pendapat terhadap hal-hal yang dibicarakan;
i. memberikan persetujuan atau bantuan kepada Direksi dalam melakukan perbuatan hukum tertentu.

5.5 Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Gubernur sebagai Pemilik rumah sakit setiap 1 (satu) tahun sekali dari aspek laporan pelaksanaan tugas Dewan Pengawas yang dapat diterima oleh Gubernur.

5.6 Rapat Dewan Pengawas

5.6.1 Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Direksi. Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :

a. Rapat Rutin;
b. Rapat Tahunan; dan
c. Rapat Khusus.

5.6.2 Peserta rapat Dewan Pengawas adalah anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi dan dapat juga dihadiri pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.

5.6.3 Pengambilan keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.

5.6.4 Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka Keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.

5.6.5 Setiap permasalahan yang diputuskan melalui pemungutan suara dalam rapat Dewan Pengawas ditentukan dengan mengangkat tangan atau dapat dilakukan dengan tertulis dan dimasukkan dalam amplop tertutup.

5.6.6 Setiap rapat Dewan Pengawas harus dibuat risalah rapat.

5.6.7 Risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

5.6.8 Risalah rapat Dewan Pengawas harus disahkan dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari setelah rapat diselenggarakan, dan segala putusan dalam risalah rapat tersebut tidak boleh dilaksanakan sebelum disahkan oleh seluruh anggota Dewan Pengawas.

5.6.9 Ketentuan Rapat Dewan Pengawas Lainnya

a. Setiap rapat dinyatakan sah apabila undangan telah disampaikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
b. Dalam hal Ketua Dewan Pengawas berhalangan hadir, dan telah memenuhi kuorum, maka anggota Dewan Pengawas dapat memilih Pejabat Ketua untuk memimpin rapat.
c. Pejabat Ketua Dewan Pengawas berkewajiban melaporkan hasil rapat kepada Ketua Dewan Pengawas pada rapat berikutnya.
d. Rapat Dewan Pengawas hanya dapat dilaksanakan apabila telah memenuhi kuorum.
e. Kuorum terpenuhi apabila dihadiri oleh 2/3 (dua pertiga) anggota Dewan Pengawas.
f. Bila kuorum tidak terpenuhi dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan, maka rapat ditangguhkan paling lama 1 (satu) minggu berikutnya.
g. Bila kuorum tidak juga tercapai dalam waktu setengah jam dari waktu rapat yang telah ditentukan pada minggu berikutnya, maka rapat segera dilanjutkan dan segala keputusan yang terdapat dalam risalah rapat disahkan dalam rapat Dewan Pengawas berikutnya.
h. Dewan Pengawas dapat merubah atau membatalkan setiap putusan yang diambil pada rapat rutin atau rapat khusus sebelumnya, apabila perubahan atau pembatalan tersebut dicantumkan dalam pemberitahuan atau undangan rapat sebagaimana ditentukan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*).
i. Dalam hal usul perubahan atau pembatalan putusan Dewan Pengawas tidak diterima dalam rapat tersebut, maka usulan ini tidak dapat diajukan lagi dalam kurun waktu 30 (tiga puluh) hari kalender terhitung sejak saat ditolaknya usulan.

5.7 Rapat Rutin Dewan Pengawas

Rapat rutin diselenggarakan oleh Dewan Pengawas secara terjadwal paling sedikit tiga (3) kali dalam setahun, dan bukan termasuk rapat tahunan dan rapat khusus.

5.7.1 Rapat rutin dihadiri oleh anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan dapat dihadiri pihak lain di lingkungan RSJ Pocut Meurah Intan atau di luar lingkungan RSJ Pocut Meurah Intan apabila diperlukan.

5.7.2 Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh rumah sakit.

5.7.3 Sekretaris Dewan Pengawas menyampaikan undangan kepada setiap anggota Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan pihak lain untuk menghadiri rapat rutin paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat tersebut dilaksanakan.

5.7.4 Setiap undangan rapat yang disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas dengan melampirkan:

a. 1 (satu) salinan agenda;
b. 1 (satu) salinan risalah rapat rutin sebelumnya;
c. 1 (satu) salinan risalah rapat khusus sebelumnya.

5.8 Rapat Tahunan

Rapat tahunan adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas setiap tahun, dengan tujuan untuk menyiapkan dan menyajikan laporan umum keadaan BLUD termasuk laporan keuangan yang telah diaudit.

5.9 Rapat Khusus

Rapat Khusus diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk menetapkan kebijakan atau hal-hal khusus yang tidak termasuk dalam rapat rutin maupun rapat tahunan.

5.9.1 Dewan Pengawas diundang untuk rapat khusus dalam hal:
   a. terdapat permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
   b. terdapat permintaan yang ditandatangani anggota Dewan Pengawas.

5.9.2 Undangan rapat khusus disampaikan oleh Sekretaris Dewan Pengawas kepada peserta rapat paling lambat 2 (dua) hari kerja sebelum rapat khusus tersebut diselenggarakan.

5.9.3 Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

5.9.4 Rapat khusus dengan permintaan anggota Dewan Pengawas harus diselenggarakan paling lambat tujuh hari setelah diterimanya surat permintaan tersebut.

5.10 Peran Dewan Pengawas Terhadap Staf, meliputi:
   a. Mendorong dan mendukung kebijakan pemberdayaan staf, untuk mencapai tujuan rumah sakit sesuai dengan visi, misi, tujuan strategis, dan nilai dasar RSJ Pocut Meurah Intan.
   b. Melakukan interaksi dan koordinasi dengan staf secara berkesinambungan, melalui pemberdayaan fungsi dalam Institusi RSJ Pocut Meurah Intan

VI. KOMITE

6.1 Pembentukan Komite disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Sekurang-kurangnya terdiri dari:
   a. Komite Medik;
   b. Komite Keperawatan;

6.2 Tiap-tiap Komite yang dibentuk mempunyai tugas, fungsi dan wewenang yang berbeda sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.

6.3 Pengaturan mengenai Tata Kelola Komite diatur dalam Surat Keputusan Direktur.

6.4 Komite bertanggung jawab kepada Direktur.

6.5 Ketua dan Anggota Komite diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

6.6 Ketua dan Anggota Komite dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
   a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
   b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
   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;
   e. adanya kebijakan dari Pemilik rumah sakit.

6.7 Pemberhentian dengan alasan dilakukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

7. PENGELOLAAN KEUANGAN

7.1 Pengelolaan Pendapatan, Biaya, RBA, dilaksanakan mengikuti peraturan perundang undangan yang berlaku

7.2 RSJ Pocut Meurah Intan menerapkan sistem informasi manajemen keuangan sesuai dengan ketentuan sistem akuntansi dan laporan keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP) dan BLUD.

8. KEMITRAAN

8.1 Kemitraan dilakukan dengan dua pendekatan, yaitu:
   a. Kemitraan antar institusi rumah sakit dengan berbagai badan usaha dengan tujuan optimalisasi sumberdaya.
   b. Kemitraan dengan tujuan pemberdayaan pasien rumah sakit.

8.2 Kemitraan dapat dilakukan dengan berbagai pihak di dalam dan diluar negeri selama dipandang memberikan keuntungan bagi Rumah Sakit dan tidak bertentangan dengan peraturan yang berlaku.

8.3 Pelaksanaan teknis kemitraan diatur dengan keputusan Direktur.

9. PENUTUP

9.1 Peraturan Internal Institusi (*institutional bylaws*) ini disusun agar menjadi perhatian dan pedoman dalam pengelolaan rumah sakit jiwa dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan RSJ Pocut Meurah Intan.

9.2 Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan oleh Direktur RSJ Pocut Meurah Intan.

GUBERNUR ACEH,

IRWANDI YUSUF

LAMPIRAN II
PERATURAN GUBERNUR ACEH
NOMOR TAHUN 2017
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT JIWA POCUT MEURAH INTAN.----------

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAF BYLAWS*)

I. PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Staf medis adalah tenaga mandiri, dengan profesi sebagai dokter dan dokter gigi yang memiliki kebebasan dalam mengambil setiap keputusan klinis pada pasien, baik berupa tindakan medik maupun pemberian obat-obatan kepada pasien. Keputusan ini harus dilakukan atas kebebasan atau kemandiriannya sendiri dan tidak boleh atas pengaruh atau tekanan pihak lain. Namun, keputusan tersebut tetap terikat dengan kode etik, standar profesi, standar kompetensi dan standar pelayanan medik sehingga pelayanan yang diberikan *professional, evidence based* dan sesuai dengan kompetensi. Oleh karena itu diperlukan *"self governing"* staf medis yaitu pengorganisasian staf medis secara profesional dan dapat dipertanggungjawabkan dalam bentuk peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) di rumah sakit.

Medical staf bylaws disusun dengan memperhatikan pengorganisasian Staf Medis dan Komite Medik. *Medical staf bylaws* merupakan pedoman untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik dari praktik medik yang dilakukan oleh staf medis, agar mutu pelayanan medik dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

RSJ Pocut Meurah Intan merupakan salah satu Rumah Sakit dan SKPA yang menerapakan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), Dengan alamat Jl. Dr. T. Syarief Thayeb No. 25 Bandar Baru Banda Aceh. RSJ Pocut Meurah Intan merupakan institusi pelayanan di bidang kesehatan jiwa khususnya, serta layanan kesehatan medik lainnya. Terus berkembangnya RSJ Pocut Meurah Intan membuat berbagai pranata medik semakin kompleks dengan berbagai permasalahan yang dihadapai, termasuk pelayanan medik serta keorganisasian medik. Untuk menghindari konflik kepentingan, serta tetap terjaganya mutu pelayanan, bahkan pentingnya peningkatan mutu pelayanan medik secara terus menerus, maka keberadaan *Medical staf bylaws* menjadi sangat urgen dalam mengatur penyelenggaraan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik dan bermutu. Melalui *medical staf bylaws*, profesi medis yang bertugas pada RSJ Pocut Meurah Intan diharapkan dapat melakukan *self governing, self controlling dan self disciplining*. Diharapkan praktik medik yang profesional dapat diselenggarakan di RSJ Pocut Meurah Intan sehingga mutu pelayanan dapat terus ditingkatkan.

1.2. MAKSUD DAN TUJUAN

1.2.1 Peraturan Internal Staf Medis dimaksudkan untuk mengatur seluruh Kelompok Staf Medis (KSM) yang melakukan praktik kedokteran baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit.

1.2.2 Peraturan Internal Staf Medis memiliki tujuan:

1.2.2.1 Umum:

Sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan medik, pendidikan dan penelitian.

1.2.2.2 Khusus:

a. Tercapainya kerjasama yang baik antara KSM dengan Dewan Pengawas dan Direktur RSJ Pocut Meurah Intan;
b. Tercapainya sinergisme antara manajemen dengan KSM;
c. Terciptanya tanggungjawab KSM terhadap mutu pelayanan, pendidikan dan penelitian di Rumah Sakit;
d. Menetapkan berbagai ketentuan yang berkaitan dengan kualitas praktik kedokteran terhadap pasien tanpa memandang perbedaan apapun;
e. Meningkatkan profesionalisme KSM di Rumah Sakit yang meliputi perilaku dan kompetensi dokter umum/dokter spesialis dan dokter gigi/dokter gigi spesialis dalam hal praktik kedokteran, pendidikan dan penelitian;

f. Sarana bagi Komite Medik dan Direktur untuk menyelesaikan berbagai masalah yang terkait dengan pelayanan medik baik untuk staf medis maupun pasien; dan
g. Menyusun dan menetapkan standar pelayanan medik untuk setiap jenis disiplin ilmu kedokteran sesuai dengan kondisi dan situasi Rumah Sakit.

II. PENGERTIAN

Yang dimaksud dengan:

2.1 Rumah Sakit adalah RSJ Pocut Meurah Intan yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).
2.2 Direktur adalah pejabat yang memimpin RSJ Pocut Meurah Intan yang diangkat oleh dan bertanggungjawab kepada Gubernur Aceh.
2.3 Komite Medik adalah wadah non struktural kelompok profesi medik yang keanggotaannya terdiri dari staf medik fungsional.
2.4 Sub Komite Medik adalah kelompok kerja di bawah Komite Medik yang dibentuk untuk menjalankan program khusus.
2.5 Staf Medis adalah terdiri dari dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis yang yang mempunyai kewenangan melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit dan memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktik).
2.6 Kelompok Staf Medis adalah pengelompokan staf medis berdasarkan spesialisasi/ keahlian yang sama.
2.7 Staf Medis Purna waktu adalah setiap dokter umum/dokter spesialis atau dokter gigi/dokter gigi spesialis yang melakukan praktik kedokteran secara penuh di Rumah Sakit yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.
2.8 Staf Medis Paruh waktu adalah dokter umum/dokter spesialis atau dokter gigi/ dokter gigi spesialis yang melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit dengan jadwal tertentu yang keberadaannya atas usulan/disepakati oleh Kelompok KSM terkait dan mendapat Surat Keputusan dari Direktur.
2.9 Konsultan Medis adalah dokter umum/dokter spesialis atau dokter gigi/dokter gigi spesialis yang tidak melakukan praktik kedokteran rutin di Rumah Sakit, tetapi karena keahliannya dibutuhkan untuk melakukan praktik kedokteran tertentu dan pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran (IPTEKDOK). Keberadaannya diusulkan oleh KSM melalui Komite Medik dan mendapat Surat Keputusan Direktur.
2.10 Kelompok Staf Medis (KSM) adalah Staf Medis yang mempunyai kewenangan melakukan praktik kedokteran.
2.11 Tim Ad-Hoc adalah suatu tim yang bersifat sementara yang dibentuk dengan Surat Keputusan Ketua Komite Medik untuk menegakkan disiplin KSM. Keanggotaannya dapat berasal dari KSM dan atau non KSM yang dianggap cakap untuk itu.
2.12 Unit Pelayanan antara lain Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rehabilitasi, Instalasi Gangguan Mental Organik, Instalasi Anak dan Remaja, Instalasi Dewasa dan Lansia, Instalasi Rehabilitasi NAPZA, dan instalasi lainnya yang mungkin dibentuk sesuai dengan perkembangan Rumah Sakit.
2.13 Praktik Kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter umum dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan secara terintegrasi.
2.14 Praktik Kedokteran Spesialistik adalah praktik kedokteran yang dilakukan oleh dokter spesialis sesuai dengan pendidikan spesialisasinya.
2.15 Peraturan Internal Staf Medis adalah suatu peraturan organisasi KSM dan komite medik di Rumah Sakit.
2.16 Kewenangan Klinis adalah kewenangan staf medis untuk melaksanakan pelayanan medik, pendidikan kedokteran/dokter spesialis dan penelitian sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
2.17 Penugasan Klinis adalah penempatan staf medis ke KSM dan divisi tertentu.

III. PENGANGKATAN STAF MEDIS

3.1 Prosedur Penerimaan staf medis

Prosedur Penerimaan staf medis dilakukan dengan memperhatikan:

a. Usulan penerimaan staf dilakukan oleh KSM atas pertimbangan beban kerja yang disampaikan kepada Komite Medik dan disetujui oleh Direktur.
b. Usulan dapat juga berasal dari pihak manajemen yang disampaikan ke KSM.
c. Setiap staf medis yang akan bekerja/berpraktik di Rumah Sakit harus memenuhi kualifikasi dan syarat sebagaimana poin 3.3.
d. Kualifikasi dan Syarat sebagaimana dimaksud poin 3.1.c dinilai oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial dengan tata cara yang sesuai dengan poin 3.2.

e. Hanya staf medis yang telah memenuhi persyaratan sebagaimana dimaksud poin c dan d diatas yang dapat diusulkan untuk diberi kewenangan menangani pasien di Rumah Sakit, dan sesuai dengan kompetensi dan persyaratan lain yang ditentukan oleh Komite Medik.
f. Staf medis yang telah memperoleh kewenangan sebagaimana dimaksud poin 3.1.e, setuju untuk melaksanakan tindakan medik dalam batas-batas standar profesi.
g. Kewenangan sebagaimana dimaksud poin 3.1.f akan dinilai kembali oleh komite medik melalui Sub Komite Kredensial.
h. Bagi staf medis/calon staf medis purnawaktu tidak terikat purnawaktu pada institusi lain.

3.2 Tata Cara Kredensial

a. Tata Cara Kredensial diatur dengan Surat Keputusan Direktur atas usulan Komite Medik.
b. Bagi calon staf medis purnawaktu, evaluasi dilakukan dalam 3 (tiga) bulan sampai 6 (enam) bulan pertama.
c. Bagi seluruh staf medis lama akan dilakukan re-kredensial dengan aturan yang ditentukan oleh Komite Medik, setiap 5 (lima) tahun.
d. Evaluasi terhadap staf medis sebagaimana poin b diatas dilakukan oleh Sub Komite Kredensial bersama KSM terkait.
e. Hasil evaluasi sebagaimana poin c diatas, berupa laporan perilaku staf medis yang bersangkutan yang di buat oleh Ketua Sub Komite Kredensial kepada Komite Medik.

3.3 Kualifikasi dan Syarat Umum Staf Medis

a. Setiap staf medis harus lolos uji kompetensi, integritas dan perilaku oleh Komite Medik.
b. Apabila staf medis belum mempunyai kompetensi yang diperlukan Rumah Sakit, maka yang bersangkutan harus bersedia mengikuti pendidikan/pelatihan yang diperlukan dengan segala konsekuensinya. Pelaksanaannya akan difasilitasi oleh Komite Medik dan Direktur.
c. Setelah melakukan pendidikan/pelatihan yang dimaksud dalam ayat 3.3.b, staf medis yang bersangkutan wajib melakukan praktik kedokteran dengan ketentuan :
   (1) Menunjukkan kemampuannya untuk memberikan pelayanan medik yang berkualitas pada pasien;
   (2) Menunjukkan kemauan untuk mematuhi Peraturan Internal Rumah Sakit, Peraturan Internal Staf Medis Rumah Sakit, kebijakan prosedur dan berbagai ketentuan Rumah Sakit sesuai dengan jenis kategorinya;
   (3) Mematuhi prinsip umum etika kedokteran;
   (4) Bebas dari keadaan yang dapat mendiskualifikasi kemampuannya dalam memberikan pelayanannya akibat adanya kendala fisik, mental, maupun perilaku yang dapat berpengaruh pada keterampilan, sikap, atau kemampuan staf medis dalam pengambilan keputusan;
   (5) Menunjukkan kemampuan untuk bekerjasama dengan koleganya, keperawatan, staf penunjang medik, dan warga rumah sakit lainnya; dan
   (6) Mematuhi peraturan-peraturan yang berlaku dirumah sakit.
d. Uji kompetensi sebagaimana dimaksud poin 3.3.a didasarkan pada pendidikan yang pernah dijalani, pendidikan berkelanjutan, pelatihan, pengalaman, kompetensi klinis mutakhir, pengambilan keputusan klinis dan pengamatan kinerja serta kinerja lainnya yang ditunjukkan dalam dokumen yang dimiliki calon staf medis Rumah Sakit.
e. Setiap staf medis yang telah memenuhi kualifikasi sebagaimana tercantum pada poin 3.3.a tidak dapat ditolak berdasarkan alasan agama, ras, jenis kelamin, suku dan golongan.

3.4 Kebutuhan Rumah Sakit terhadap Staf Medis

a. Setiap permohonan untuk menjadi staf medis Rumah Sakit akan dievaluasi dan dapat dikabulkan atau ditolak, sejalan dengan kebutuhan dan kemampuan Rumah Sakit.
b. Faktor yang digunakan untuk mempertimbangkan kebutuhan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud poin 3.4.a disesuaikan dalam Master Plan Rumah Sakit yang penyusunannya melibatkan Komite Medik.
c. Dengan dipenuhinya ketentuan Rumah Sakit, maka Direktur akan menerbitkan surat tugas untuk staf medis purna waktu.
d. Untuk staf medis paruh waktu Direktur akan membuat surat perjanjian antara Rumah Sakit dengan staf medis tersebut.

IV KELOMPOK STAF MEDIS (KSM)

4.1 Kategori Staf Medis

Staf Medis yang dapat melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit terdiri dari:

a. Staf medis Rumah Sakit yang telah dinyatakan memenuhi syarat kredensial oleh Komite Medik;

b. Dokter spesialis/dokter gigi konsultan yang diundang (*invited medical consultant*); dan
c. Dokter spesialis/dokter gigi konsultan dapat diundang setelah memenuhi syarat tertentu yang ditentukan oleh Komite Medik.

4.2 Organisasi Kelompok Staf Medis

a. Organisasi KSM terdiri dari staf medis.
b. Setiap KSM minimal terdiri dari 2 (dua) orang staf medis.
c. Pengelompokan KSM berdasarkan spesialisasi/keahlian adalah dokter atau dokter gigi dengan spesialisasi/keahlian yang sama dikelompokkan ke dalam 1 (satu) KSM.
d. Pengelompokkan dengan pertimbangan khusus adalah penggabungan dokter atau dokter gigi yang jumlahnya kurang dari 2 (dua) orang dengan spesialisasi/keahlian yang berbeda, tetapi mempunyai kemiripan dalam disiplin ilmu.
e. Jumlah dan jenis KSM ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dan tidak terpisahkan dari Peraturan Internal Staf Medis ini.
f. Ketua KSM adalah staf medis purnawaktu yang dipilih oleh anggota, diajukan kepada Komite Medik untuk disampaikan dan ditetapkan oleh Direktur.
g. Direktur Rumah Sakit berhak melakukan perubahan terhadap usulan Ketua KSM yang disampaikan oleh Komite Medik.
h. Lama masa bakti Ketua KSM adalah 3 (tiga) tahun.
i. Penggantian Ketua KSM dapat dilakukan atas permintaan setengah ditambah satu dari jumlah anggota KSM dan diajukan kepada Direktur melalui Ketua Komite Medik.
j. Setelah masa baktinya selesai Ketua KSM dapat dipilih kembali untuk jabatan yang sama pada periode berikutnya.

V. KEWENANGAN KLINIS

5.1 Pelayanan medik, pendidikan dokter/spesialis dan penelitian kedokteran hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberikan kewenangan klinis.
5.2 Pemberian dan perubahan kewenangan klinis staf medis ditetapkan atas rekomendasi Komite Medik dan disahkan oleh Direktur Rumah Sakit.
5.3 Staf medis dapat melakukan praktik kedokteran dalam hal :
   a. Setelah mendapat penugasan klinis yang telah ditetapkan Direktur Rumah Sakit.
   b. Sesuai dengan spesialisasi dan kemampuannya secara khusus kecuali dalam keadaan darurat di Rumah Sakit.
5.4 Penugasan klinis sebagaimana poin 5.3.a terdiri dari :
   a. Penugasan klinis biasa sebagai staf medis di Rumah Sakit.
   b. Penugasan klinis sementara sebagai konsultan.
5.5 Penugasan klinis hanya diberikan pada staf medis yang memiliki surat tugas/surat perjanjian dengan Rumah Sakit dan ditetapkan setelah memenuhi persyaratan sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Staf Medis ini, sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh Komite Medik dengan merujuk pada organisasi profesinya.
5.6 Penilaian persyaratan dan jenis tindakan medik untuk setiap staf medis sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik melalui Sub Komite Kredensial.
5.7 Hasil penilaian oleh Sub Komite Kredensial diserahkan kepada Komite Medik untuk memperoleh pengesahannya.
5.8 Komite Medik menyerahkan hasil pengesahan penilaian kredensial kepada Direktur Rumah Sakit.
5.9 Penentuan kewenangan klinis untuk melakukan tindakan medik berdasarkan pada pendidikan, pelatihan, pendidikan berkelanjutan, pengalaman termasuk kemampuan dalam mengambil keputusan medik, sebagaimana tercantum dalam berkas kredensial, berdasarkan pada pengamatan kinerja klinis serta dokumen hasil program peningkatan kinerja yang bersangkutan.
5.10 Penggunaan kewenangan klinis dalam sebuah KSM akan tergantung pada peraturan dan ketentuan yang berlaku di KSM masing-masing.
5.11 Kewenangan untuk melakukan tindakan medik seorang staf medis di Rumah Sakit berakhir bila hubungan hukum antara staf medis dengan Rumah Sakit telah berakhir atau penugasan klinis staf medis yang bersangkutan dicabut oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
5.12 Ketua Komite Medik memberikan surat rekomendasi kepada Direktur tentang sanksi disiplin anggota KSM. Direktur menerbitkan surat pengakhiran kewenangan tindakan medik kepada staf medis yang bersangkutan.
5.13 Dalam hal hubungan hukum antara staf medis dengan Rumah Sakit berakhir maka Direktur memberikan surat pemberitahuan tentang hal itu kepada staf medis yang bersangkutan dengan tembusan kepada Komite Medik.
5.14 Penempatan staf medis ke divisi dalam KSM berdasarkan surat Ketua KSM.
5.15 Penempatan staf medis ke salah satu KSM berdasarkan surat penugasan klinis dari Direktur berdasarkan rekomendasi Komite Medik.
5.16 Perubahan penugasan klinis staf medis dapat dilakukan oleh Direktur atas rekomendasi Komite Medik.

6. PENGORGANISASIAN STAF MEDIS DAN KOMITE MEDIK

6.1 Organisasi Komite Medik

6.1.1 Komite Medik adalah wadah non struktural kelompok profesional medik yang keanggotaannya terdiri dari Staf Medis.

6.1.2 Komite Medik merupakan organisasi staf medis yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur dan merupakan satu-satunya organisasi formal yang menghimpun, memformulasikan, dan mengkomunikasikan pendapat dan kehendak seluruh staf medis yang berkaitan dengan profesi medik di Rumah Sakit.

6.1.3 Tugas Komite Medik adalah meningkatkan profesionalisme Staf Medis dengan cara :

6.1.3.1 Melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis.

6.1.3.2 Memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian.

6.1.3.3 Menjaga disiplin, etika, dan perilaku staf medis.

6.2 Kepengurusan Komite Medik

6.2.1 Pengurus Komite Medik terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris, dan anggota, yang terdiri dari :

a. Sub Komite Kredensial
b. Sub Komite Mutu Profesi Medis
c. Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi

6.2.2 Pengangkatan dan pemberhentian seluruh personalia Komite Medik dilakukan oleh Direktur.

6.2.3 Periode kepengurusan Komite Medik adalah selama 3 (tiga) tahun.

6.3 Tata Cara Pemilihan Ketua Komite Medik

6.3.1 Pemilihan ketua Komite Medik dilakukan setiap 3 (tiga) tahun, kecuali pada keadaan ketua perlu segera diganti sesuai hasil rapat pleno khusus dengan persetujuan Direktur.

6.3.2 Setiap staf medis berhak dan wajib menghadiri undangan rapat pleno.

6.3.3 Rapat pleno dinyatakan sah apabila peserta memenuhi kuorum sesuai tata tertib rapat.

6.3.4 Rapat pleno memilih dan menetapkan minimal 2 (dua) orang calon ketua untuk diajukan kepada Direktur.

6.3.5 Direktur menetapkan satu orang sebagai ketua terpilih berdasarkan hasil rapat pemilihan ketua Komite Medik.

6.4 Ketua Komite Medik

6.4.1 Ketua Komite Medik adalah seorang staf medis purnawaktu yang pernah menjabat sebagai pengurus Komite Medik Rumah Sakit minimal selama 1 (satu) periode.

6.4.2 Dalam hal terjadi kekosongan jabatan Ketua sebelum masa jabatannya berakhir maka jabatan tersebut diisi oleh Wakil Ketua.

6.4.3 Tugas Ketua Komite Medik adalah :

a. Menyelenggarakan komunikasi yang efektif dan mewakili pendapat, usulan, laporan, kebutuhan dan keluhan KSM.
b. Menyelenggarakan rapat dan bertanggung jawab atas semua risalah rapat yang diselenggarakan oleh Komite Medik.
c. Menunjuk Wakil Komite Medik pada setiap kepanitiaan di Rumah Sakit yang memerlukan perwakilan dari KSM.
d. Menghadiri pertemuan yang diadakan oleh Direksi Rumah Sakit dan kepanitiaan lainnya.
e. Menunjuk dan menetapkan wakil ketua, sekretaris, dan ketua masing-masing sub komite.
f. Menentukan agenda dan jadwal setiap rapat Komite Medik.

6.5 Wakil Ketua Komite Medik

6.5.1 Wakil ketua dipilih oleh Ketua Komite Medik.

6.5.2 Wakil ketua adalah staf medis purnawaktu.

6.5.3 Tugas wakil ketua Komite Medik adalah :

a. Membantu pelaksanaan tugas Ketua Komite Medik.
b. Mewakili ketua Komite Medik dalam hal ketua Komite Medik berhalangan.

6.6 Sekretaris Komite Medik

6.6.1 Sekretaris Komite Medik dipilih oleh ketua Komite Medik.

6.6.2 Sekretaris Komite Medik adalah seorang staf medis purnawaktu.

6.6.3 Sekretaris Komite Medik bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan tugas-tugas kesekretariatan Komite Medik.

6.6.4 Sekretaris Komite Medik dibantu oleh petugas sekretariat yang disediakan oleh Rumah Sakit.

6.6.5 Tugas sekretaris Komite Medik adalah :
a. Melakukan pemberitahuan kepada semua anggota yang berhak untuk menghadiri rapat-rapat Komite Medik.
b. Mempersiapkan dan mengedarkan risalah rapat yang lengkap kepada hadirin yang berhak menghadiri rapat.
c. Melakukan koordinasi semua tugas kesekretariatan Komite Medik.

6.7 Sub Komite Medik

6.7.1 Dibawah Komite Medik dibentuk beberapa Sub Komite yang terdiri dari :
a. Sub Komite Kredensial
b. Sub Komite Mutu Profesi Medis
c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

6.7.2 Tugas dan fungsi Sub Komite Medik ditetapkan oleh Komite Medik dan disahkan oleh Direktur.

6.7.3 Ketua Sub Komite adalah staf medis yang dipilih dan ditetapkan oleh ketua Komite Medik.

6.7.4 Kepengurusan Sub Komite terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota. Sekretaris dan anggota dipilih langsung oleh Ketua Sub Komite.

6.7.5 Bila dianggap perlu Ketua Sub Komite dapat dibantu oleh tenaga lain yang kompeten, diluar staf medis Rumah Sakit, yang ditetapkan oleh Direktur dan diusulkan oleh Ketua Komite Medik.

7. RAPAT

7.1 Rapat Komite Medik

7.1.1 Rapat Komite Medik terdiri atas Rapat Rutin, Rapat Khusus, dan Rapat Pleno.

7.1.2 Tata cara rapat diatur dengan keputusan Komite Medik.

7.2 Rapat Rutin Komite Medik

7.2.1 Rapat rutin diadakan sekurang-kurangnya satu bulan sekali, waktu dan tempat ditetapkan oleh Ketua Komite Medik.

7.2.2 Tata cara rapat diatur dengan keputusan Komite Medik.

7.3 Rapat Khusus Komite Medik

7.3.1 Rapat khusus Komite Medik diselenggarakan dalam hal :
a. Diperintahkan oleh ketua, atau
b. Diperintah oleh Direktur, atau
c. Ada permintaan yang diajukan secara tertulis oleh sekurang kurangnya 50% plus satu dari anggota Komite Medik dalam waktu empat puluh delapan jam sebelumnya.

7.3.2 Tata cara rapat diatur dengan keputusan Komite Medik.

7.4 Rapat Pleno Komite Medik

7.4.1 Rapat pleno Komite Medik diselenggarakan sekurang-kurangnya satu kali setahun.

7.4.2 Tata cara rapat diatur dengan keputusan Komite Medik.

8. KERAHASIAAN DAN INFORMASI MEDIK

8.1 Hak Staf Medis

8.1.1 Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional yang berlaku di Rumah Sakit.

8.1.2 Memberikan pelayanan medik menurut standar profesi dan standar prosedur operasional yang berlaku di Rumah Sakit.

8.1.3 Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya.

8.1.4 Menerima imbalan jasa yang layak.

8.2 Kewajiban Staf Medis

8.2.1 Memberikan pelayanan medik sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional yang berlaku di Rumah Sakit, termasuk prinsip-prinsip keselamatan pasien serta sesuai kebutuhan medik pasien.

8.2.2 Merujuk pasien ke staf medis lain yang mempunyai keahlian dan kemampuan yang lebih baik serta mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis yang sesuai, apabila pasien mengalami kondisi medik umum yang membutuhkan penanganan spesialistik lebih lanjut.

8.2.3 Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.

8.2.4 Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya.

8.2.5 Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

9. PENGAWASAN

9.1 Penjagaan Mutu Pelayanan Medik

9.1.1 Untuk menjaga mutu pelayanan medik dibentuk suatu Tim Kerja dalam menangani suatu kasus secara terpadu.
9.1.2 Satu Tim Kerja terdiri dari beberapa staf medis dengan keahlian yang berbeda.
9.1.3 Keberadaan Tim Kerja diusulkan oleh Komite Medik dan ditetapkan dengan surat keputusan Direktur.
9.1.4 Tata kerja dalam Tim Kerja akan diatur tersendiri dalam suatu aturan yang tidak terpisah dari Peraturan Internal Staf Medis ini.
9.1.5 Setiap anggota Tim Kerja wajib mengikuti pendidikan kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan yang pelaksanaannya diatur oleh Komite Medik.
9.1.6 Untuk pemantauan pelayanan medik akan dilakukan audit medik secara berkala dengan tata cara yang lazim yang ditentukan oleh Sub Komite Mutu Profesi Medik.
9.1.7 Topik, jangka waktu, dan tata cara audit medik ditetapkan oleh Sub Komite Mutu Profesi Medik.
9.1.8 Sub Komite Mutu Profesi Medik melaporkan hasil audit medik dan analisanya secara berkala kepada Komite Medik untuk ditindaklanjuti.
9.1.9 Komite Medik wajib melakukan tindakan korektif yang dianggap perlu untuk menindaklanjuti hasil audit medik.
9.1.10 Sub Komite Mutu Profesi Medik memberikan laporan kepada Komite Medik mengenai efektifitas, dan mutu pelayanan medik yang diberikan oleh seluruh staf medis yang bekerja di Rumah Sakit.

9.2 Dasar Tindakan Disiplin dan Tata Tertib Profesi Medik

9.2.1 Pengaduan atas dasar dugaan pelanggaran disiplin medik dapat berasal dari :
a. Staf medis
b. Karyawan Rumah Sakit
c. Pihak luar (pasien, keluarga pasien, LSM, media massa, dll)

9.2.2 Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin medik dan etika profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut :
a. Kompetensi klinis yang ditentukan oleh profesi.
b. Tindakan praktik kedokteran yang tidak sesuai dengan prosedur penanganan pasien yang telah ditetapkan oleh Direktur.
c. Dugaan pelanggaran Peraturan Internal Staf Medis.
d. Penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Direktur.
e. Ketidakmampuan untuk bekerja sama dengan Rumah Sakit yang dapat menimbulkan in-efisiensi operasional Rumah Sakit.
f. Hal-hal lain yang oleh Komite Medik sepatutnya dianggap menyangkut disiplin medik.

9.2.3 Setiap staf medis dan karyawan Rumah Sakit yang terkait dengan praktik kedokteran wajib memberitahukan adanya dugaan pelanggaran sebagaimana poin 9.2.2 kepada Komite Medik secara tertulis dalam suatu formulir yang disediakan, dengan tata cara sebagai berikut :
a. Staf medis menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada Ketua Komite Medik melalui Ketua KSM yang terkait.
b. Karyawan Rumah Sakit menyampaikan formulir pemberitahuan tersebut kepada atasan yang bersangkutan untuk selanjutnya disampaikan kepada Direktur.
c. Direktur akan menyampaikan pemberitahuan seperti yang tercantum pada ayat 9.2.3.b kepada Komite Medik.

9.2.4 Untuk pengaduan yang berasal dari pihak luar Rumah Sakit, formulir pada ayat 3 diisi oleh Unit pengaduan masyarakat setelah dilakukan kajian.
9.2.5 Ketua Komite Medik wajib meneliti, menindaklanjuti dan memberikan kesimpulan serta putusan setiap laporan pelanggaran.
9.2.6 Ketua Komite Medik dapat menugaskan Sub Komite terkait dibawah Komite Medik untuk meneliti dan menindaklanjuti setiap laporan sebagaimana 9.2.3.
9.2.7 Ketua Komite Medik memberikan kesimpulan dan putusan sebagaimana dimaksud poin 9.2.5, berdasarkan hasil penelitian dan rekomendasi Sub Komite terkait yang dapat berbentuk :
a. Saran kepada staf medis terkait dan manajemen Rumah Sakit.
b. Putusan untuk melakukan penelitian lanjutan guna menentukan adanya pelanggaran disiplin medik, tata tertib dan kode etik.

9.2.8 Semua putusan sebagaimana poin 9.2.7 didokumentasikan secara lengkap oleh sekretariat Komite Medik dan diperlakukan secara konfidensial.
9.2.9 Pengungkapan dokumen sebagaimana poin 9.2.8 kepada pihak manapun hanya dapat ditentukan oleh Direktur.
9.2.10 Tata tertib staf medis diatur dalam dokumen tersendiri yang ditetapkan oleh Komite Medik.

9.3 Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin dan Tata Tertib Profesi Medik

9.3.1 Penelitian dugaan pelanggaran disiplin profesi medik, etika medik, dan tata tertib dimulai berdasarkan putusan Ketua Komite Medik untuk melakukan penelitian lanjutan sebagaimana poin 9.2.7 dilaksanakan oleh Sub Komite terkait.

9.3.2 Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi menyampaikan hasil penelitian dan pengkajian berdasarkan tata cara yang telah ditetapkan dalam Peraturan Internal Staf Medis ini.

9.3.3 Ketua Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi menyampaikan hasil penelitian dan rekomendasi kepada Ketua Komite Medik untuk ditetapkan sebagai putusan Komite Medik yang memuat :
a. Ringkasan kasus atau kejadian.
b. Kesimpulan tentang ada atau tidak adanya pelanggaran.
c. Rekomendasi tindakan korektif.

9.3.4 Ketua Komite Medik wajib menetapkan putusan sebagaimana dimaksud dalam ayat 3 dengan memperhatikan masukan dari Sub Komite lain dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterimanya putusan Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

9.3.5 Putusan Komite Medik disampaikan kepada Direktur dengan tembusan kepada staf medis yang bersangkutan dalam waktu paling lama 3 (tiga) hari kerja setelah ditetapkannya putusan tersebut untuk segera ditindaklanjuti oleh Direktur.

9.4 Tim Ad-Hoc Penelitian Dugaan Pelanggaran Disiplin dan Tata Tertib Profesi Medik

9.4.1 Dalam hal Ketua Komite Medik menyampaikan putusan untuk melakukan penelitian lanjutan sebagaimana poin 9.2.7, maka Ketua Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi atau yang mewakilinya mengusulkan kepada Ketua Komite Medik untuk menetapkan Tim Ad-Hoc dengan suatu surat keputusan Direktur.

9.4.2 Anggota Tim Ad-Hoc berjumlah ganjil minimal 5 (lima) orang terdiri dari ketua, wakil KSM terkait, Direktur Medik dan Keperawatan, konsultan dan disiplin terkait, anggota lain yang diperlukan.

9.4.3 Penetapan Tim Ad-Hoc sebagaimana poin 9.4.1 dilakukan setelah dilaksanakan penelitian pendahuluan sesuai dengan tata cara yang telah ditetapkan oleh Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi.

9.4.4 Tim Ad-Hoc menyelenggarakan sidang dalam waktu paling lama 7 (tujuh) hari kerja setelah diterbitkannya surat keputusan sebagaimana poin 9.4.1.

9.4.5 Tim Ad-Hoc menunjuk Ketua dan Wakil Ketua pada sidang pertama Tim Ad-Hoc.

9.4.6 Pada Tim Ad-Hoc diperbantukan sekretaris yang ditunjuk oleh Komite Medik untuk melancarkan persidangan.

9.4.7 Tim Ad-Hoc bertugas melakukan pengkajian dan penelitian atas kasus yang diterimanya dan melaksanakan persidangan sesuai dengan tata cara yang telah ditetapkan dalam Peraturan Internal Staf Medis ini.

9.4.8 Dalam rangka melakukan pengkajian Tim Ad-Hoc berwenang meminta informasi kepada yang teradu dan semua pihak di Rumah Sakit, termasuk meneliti rekam medik, bila diperlukan meminta bantuan pihak lain di luar Rumah Sakit dengan persetujuan Komite Medik.

9.4.9 Tim Ad-Hoc wajib melaksanakan rapat-rapat persidangan untuk menyimpulkan, dan memutuskan suatu kasus yang diserahkan kepadanya dalam suatu surat keputusan yang ditandatangani oleh ketua bersama segenap anggota Tim Ad-Hoc untuk diserahkan kepada Ketua Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi melalui suatu surat keputusan yang memuat :
a. Ringkasan kasus atau kejadian.
b. Kesimpulan tentang ada atau tidak adanya pelanggaran.
c. Rekomendasi tindakan korektif.

9.4.10 Ketua Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi menerbitkan surat keputusan pembubaran Tim Ad-Hoc setelah menerima surat kesimpulan keputusan dan semua berkas persidangan secara lengkap sebagaimana poin 9.4.9.

9.4.11 Ketua Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi menyerahkan hasil rapat Tim Ad-Hoc kepada Ketua Komite Medik untuk ditindaklanjuti.

9.4.12 Komite Medik menyelenggarakan rapat khusus untuk menentukan tindak lanjut surat kesimpulan keputusan.

9.4.13 Putusan Komite Medik disampaikan kepada Direktur dalam bentuk rekomendasi.

10. PENUTUP

10.1 Pengurus Komite Medik dapat memperlihatkan Peraturan Internal Staf Medis ini kepada pihak tertentu yang dinilai berkepentingan.

10.2 Bila dianggap perlu, Komite Medik berhak merubah Peraturan Internal Staf Medis ini dengan persetujuan Direktur melalui rapat khusus.

10.3 Semua peraturan Rumah Sakit yang ditetapkan sebelum berlakunya Peraturan Internal Staf Medis ini dinyatakan tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Peraturan Internal Staf Medis.

10.4 Peraturan Internal Medis (*Medical bylaws*) ini disusun agar menjadi perhatian dan pedoman bagi seluruh staf medis yang melakukan praktik kedokteran, baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa Aceh, sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan medik, pendidikan dan penelitian.

10.5 Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan oleh Direktur RSJ Pocut Meurah Intan.

GUBERNUR ACEH,

IRWANDI YUSUF

LAMPIRAN III
PERATURAN GUBERNUR ACEH
NOMOR TAHUN 2017
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT JIWA POCUT MEURAH INTAN.----------

PERATURAN INTERNAL STAF KEPERAWATAN
(*NURSING STAF BYLAWS*)

I. PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

RSJ Pocut Meurah Intan merupakan rumah sakit khusus jiwa yang terus maju dan berkembang. Pengembangan kesehatan ini dilakukan agar pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan pada klien dapat dilakukan lebih komprehensif, efektif dan efisien. RSJ Pocut Meurah Intan dalam menyelenggarakan peran dan fungsinya senantiasa menerapkan sikap Ikhlas, Profesional dengan budaya ramah, empati, kualitas, antusias, nyaman (rekan). Mengingat garda terdepan dari pelayanan rumah sakit adalah bidang keperawatan maka untuk mencapai budaya tersebut maka RSJ Pocut Meurah Intan menyusun peraturan internal staf keperawatan (*nursing staf bylaws*)

Nursing staf bylaws bertujuan untuk mengatur proses keperawatan serta mekanisme tata kerja komite keperawatan di RSJ Pocut Meurah Intan, serta menjamin terselenggaranya mutu keperawatan yang humanis bagi pasien. Selain itu peraturan internal staf keperawatan memberikan pedoman kepada perawat dan bidan dalam menjalankan pekerjaanya sesuai dengan standar profesinya. Peraturan ini juga memberikan acuan kepada staf keperawatan dan bidan, serta manajemen dalam menyelesaikan masalah keperawatan dan kebidanan yang mungkin timbul. Peraturan ini juga mengatur tentang penyelenggaraan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan etik, serta disiplin profesi perawat.

Akhirnya keberadaan *Nursing staf bylaws* menjadi sangat penting guna mengatur mekanisme keperawatan dan kebidanan, komite keperawatan, serta kewajiban direktur dalam men-*support* terlaksananya *Nursing staf bylaws* sehingga akan tercipta tenaga keperawatan dan kebidanan yang profesional dengan layanan keperawatan dan kebidanan yang humanis.

1.2. MAKSUD DAN TUJUAN

1.2.1 Maksud dibuatnya Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah agar Komite keperawatan dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi dan penegakan disiplin profesi perawat di RSJ Pocut Meurah Intan.

1.2.2 Tujuan dari Peraturan Internal Staf Keperawatan adalah:

a. Mewujudkan profesionalisme perawat di RSJ Pocut Meurah Intan.
b. Mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSJ Pocut Meurah Intan.
c. Menegakan etik dan disiplin profesi perawat di RSJ Pocut Meurah Intan.
d. Memberikan dasar hukum bagi mitra bestari dalam pengambilan keputusan profesi melalui Komite Keperawatan.

II. PENGERTIAN

yang dimaksud dengan :

2.1 Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*) adalah peraturan penyelenggaraan profesi staf keperawatan dan mekanisme tata kerja Komite Keperawatan.

2.2 Komite Keperawatan adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

2.3 Staf Keperawatan adalah kelompok staf perawat fungsional yang dikelompokan berdasarkan tiga kelompok besar pasien di Rumah Sakit Jiwa Aceh yaitu Keperawatan Jiwa, Medikal Bedah, dan Perawatan Kritis.
2.4 Staf Keperawatan adalah seluruh perawat RSJ Pocut Meurah Intan.
2.5 Kewenangan Klinis adalah uraian intervensi keperawatan jiwa yang dilakukan oleh tenaga keperawatan sesuai degan area prakteknya.
2.6 Penugasan Klinis adalah penugasan yang diberikan oleh Direktur RSJ Pocut Meurah Intan terhadap staf keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan di RSJ Pocut Meurah Intan berdasarkan daftar kewenangan klinis.
2.7 Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian Kewenangan Klinis.
2.8 Panitia *Adhoc* adalah panitia yang dibentuk oleh Komite Keperawatan untuk membantu melaksanakan tugas Komite Keperawatan.
2.9 Mitra Bestari *(Peer Group)* adalah kelompok profesional akademisi yang bekerja sama dengan RSJ Pocut Meurah Intan.
2.10 Rapat Kerja, yaitu rapat yang dilaksanakan 1 (satu) kali dalam setahun untuk membahas rencana kerja.
2.11 Rapat Pleno, yaitu rapat koordinasi yang diadakan untuk mengeluarkan rekomendasi Keperawatan.
2.12 Sidang Tahunan, yaitu sidang yang dilakukan oleh Keperawatan untuk melakukan evaluasi terhadap program kerja yang telah dilaksanakan.

III KEWENANGAN KLINIS

3.1 Asuhan Keperawatan hanya boleh dilakukan oleh staf keperawatan yang telah diberi Kewenangan Klinis melalui proses Kredensial.
3.2 Kewenangan Klinis yang diberikan kepada staf keperawatan disesuaikan dengan kategori jenjang klinis keperawatan
3.3 Jenjang Klinis Keperawatan terdiri dari :
   a. Jenjang Perawat Klinis 1
   b. Jenjang Perawat Klinis 2
   c. Jenjang Perawat Klinis 3
   d. Jenjang Perawat Klinis 4
   e. Jenjang Perawat Klinis 5
3.4 Dalam keadaan tertentu Kewenangan Klinis dapat diberikan kepada staf keperawatan dengan melihat kondisi berupa:
   a. Kewenangan Klinis Sementara
   b. Kewenangan Klinis dalam keadaan Darurat
   c. Kewenangan Klinis Bersyarat
3.5 Penjabaran Kewenangan Klinis diatur dalam buku putih.
3.6 Penyusunan Buku Putih Kewenangan Klinis Keperawatan disusun oleh Panitia *Adhoc* yang dibentuk oleh Komite Keperawatan RSJ Pocut Meurah Intan dengan melibatkan Mitra Bestari (*Peer Group*).
3.7 Dalam rangka mendapatkan Kewenangan Klinis, staf keperawatan mengajukan secara tertulis kepada Komite Keperawatan RSJ Pocut Meurah Intan dengan melampirkan syarat-syarat yang telah ditentukan.
3.8 Komite Keperawatan menugaskan kepada Sub Komite Kredensial untuk melakukan proses kredensial kepada staf keperawatan sebagai dasar mengeluarkan rekomendasi Kewenangan Klinis staf keperawatan.
3.9 Dalam hal proses kredensial memerlukan tenaga yang banyak, maka Sub Komite Kredensial mengajukan kepada Ketua Komite Keperawatan agar dibentuk Panitia *Adhoc* untuk melakukan proses kredensial staf keperawatan.
3.10 Dalam hal proses kredensial telah selesai dilaksanakan, maka Sub Komite Kredensial mengeluarkan rekomendasi kepada Komite Keperawatan.
3.11 Rekomendasi Sub Komite Kredensial dapat berupa :
   a. Direkomendasikan untuk diberikan kewenangan klinis
   b. Tidak direkomendasikan
   c. Direkomendasikan dengan syarat
3.12 Komite Keperawatan menetapkan Kewenangan Klinis staf keperawatan atas dasar rekomendasi dari Sub Komite Kredensial.

IV. PENUGASAN KLINIS

4.1 Komite Keperawatan mengusulkan kepada Direktur RSJ Pocut Meurah Intan agar dikeluarkan Penugasan Klinis staf keperawatan sesuai dengan Kewenangan Klinis.

4.2 Direktur RSJ Pocut Meurah Intan mengeluarkan Penugasan Klinis kepada staf keperawatan untuk jangka waktu lima tahun.

4.3 Dalam hal tertentu, Direktur RSJ Pocut Meurah Intan berhak mengeluarkan surat pengakhiran Penugasan Klinis kepada staf keperawatan atas rekomendasi Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi melalui Komite Keperawatan.

V. KOMITE KEPERAWATAN

5.1 Susunan organisasi Komite Keperawatan terdiri dari :

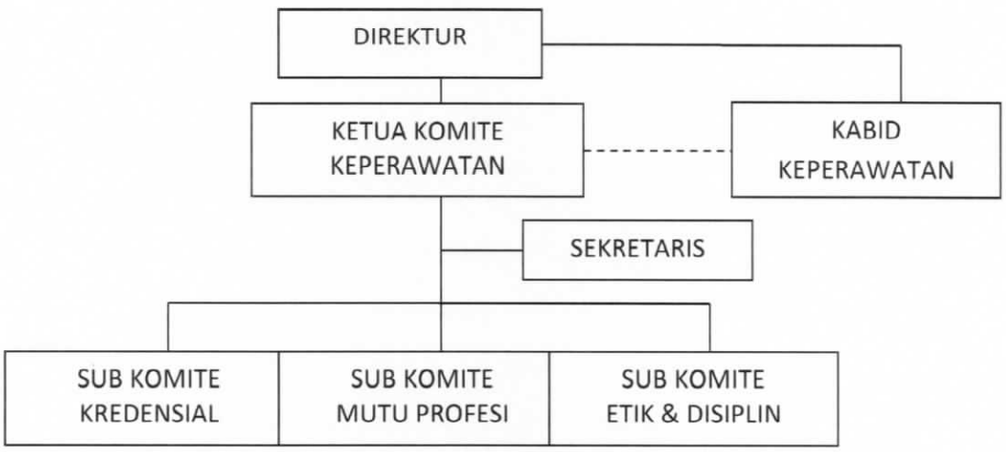
a. Ketua
b. Sekretaris
d. Sub Komite

5.2 Sub Komite, terdiri dari :

a. Sub Komite Kredensial
b. Sub Komite Mutu Profesi
c. Sub Komite Etik dan Disiplin

5.3 Periode kepengurusan Komite Keperawatan adalah selama 4 (empat) tahun.

5.4 Bagan Struktur Organisasi Komite Keperawatan adalah sebagai berikut :



5.5 Ketua Komite Keperawatan di tetapkan oleh Direktur RSJ Pocut Meurah Intan dengan memperhatikan masukan dari staf keperawatan yang bekerja di RSJ Pocut Meurah Intan.

5.6 Sekretaris dan Sub Komite diusulkan oleh Ketua Komite Keperawatan dan ditetapkan oleh Direktur RSJ Pocut Meurah Intan dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di RSJ Pocut Meurah Intan.

5.7 Personil Komite Keperawatan harus memiliki kompetensi yang tinggi sesuai jenis pelayanan atau area praktek, mempunyai semangat profesionalisme serta reputasi baik.

5.8 Komite Keperawatan memberikan rekomendasi kepada Direktur RSJ Pocut Meurah Intan bahwa tenaga keperawatan memiliki kompetensi kerja yang tinggi sesuai standar pelayanan dan berperilaku baik sesuai etika profesinya.

5.9 Komite Keperawatan mempunyai tugas pokok membantu Direktur RSJ Pocut Meurah Intan dalam melakukan kredensial, pembinaan disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan serta pengembanganprofesional berkelanjutan.

5.10 Untuk menyelenggarakan tugas pokok pada poin 5.9, maka Komite Keperawatan mempunyai fungsi :
a. penyelenggaraan konsultasi keperawatan
b. penyelenggaraan tukar pendapat, kebijakan, dan pelaksanaan pelayanan
c. pemberian motivasi pemecahan masalah profesi Keperawatan melalui pembelajaran.
d. penggalian inovasi dan ide-ide yang membangun dan pembaharuan ke arah perbaikan profesi keperawatan.
e. penyelenggaraan pendidikan dan pembelajaran kepada profesi sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki.
f. penyelenggaraan advokasi dengan memberikan perlindungan dan dukungan kepada profesi dalam menerima hak-haknya termasuk masalah hukum.

5.11 Tanggung jawab Komite Keperawatan:
a. Komite Keperawatan bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSJ Pocut Meurah Intan.
b. Menjaga citra dan nama baik Komite Keperawatan pada khususnya dan seluruh pelayanan keperawatan di RSJ Pocut Meurah Intan pada umumnya.

5.12 Wewenang Komite Keperawatan:
a. Membuat dan membubarkan panitia kegiatan keperawatan (Panitia *Adhoc*) secara mandiri maupun bersama Bidang Keperawatan.
b. Mengusulkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan dan proses penempatan tenaga keperawatan berdasar tinjauan profesi.
c. Mengusulkan pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana keperawatan.
d. Membimbing perawat dalam kesuksesan kerja dan karir.
e. Memberikan pertimbangan tentang bimbingan dan konseling keperawatan.

5.13 Dalam melaksanakan fungsinya Komite Keperawatan dibantu oleh Panitia *Adhoc* yang terdiri dari Mitra Bestari sesuai dengan disiplin atau spesifikasi dan peminatan tenaga keperawatan berdasarkan kebutuhan rumah sakit.

5.14 Komite Keperawatan sebagai mitra kerja dari Bidang Keperawatan dan tidak bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Keperawatan.

5.15 Komite Keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan di rumah sakit.

VI. RAPAT

6.1 Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan melaksanakan rapat kerja dan koordinasi secara berkala dan berkesinambungan.

6.2 Rapat Koordinasi Keperawatan terdiri dari : Rapat Kerja, Rapat Rutin, Rapat Pleno, dan Sidang Tahunan.

6.3 Rapat Kerja
a. Rapat Kerja Keperawatan dilaksanakan dalam setahun sekali dan bersifat terbuka.
b. Rapat Kerja Keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasie Keperawatan, Panitia Keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan.
c. Agenda rapat kerja adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 5 (lima) tahun.

6.4 Rapat Rutin
a. Rapat Rutin Komite Keperawatan dilaksanakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali dalam satu bulan diikuti oleh seluruh pengurus Komite Keperawatan.
b. Agenda rapat rutin adalah membahas masalah–masalah harian Keperawatan.
c. Rapat rutin keperawatan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan.

6.5 Rapat Pleno
   a. Rapat Pleno Keperawatan diadakan sewaktu-waktu bila dibutuhkan.
   b. Rapat Pleno dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite dan Kasie Keperawatan.
   c. Agenda rapat pleno adalah membahas persoalan etik dan disiplin staf keperawatan
   d. Kehadiran rapat pleno adalah 100% peserta rapat.

6.6 Sidang Tahunan
   a. Sidang Tahunan Keperawatan diadakan satu kali dalam setahun.
   b. Sidang Tahunan dipimpin oleh Ketua Komite Keperawatan atau Kepala Bidang Keperawatan dan dihadiri oleh Sekretaris Komite Keperawatan, Sub Komite, Kasie Keperawatan, Panitia keperawatan dan Kepala Ruang Keperawatan.
   c. Agenda sidang tahunan adalah membuat rencana kerja keperawatan dalam 1 (satu) tahun dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan pada tahun yang telah lalu.
   d. Keputusan yang diambil harus disetujui sekurang-kurangnya oleh 2/3 peserta yang hadir.

VII. SUB KOMITE KREDENSIAL, MUTU PROFESI, ETIK DAN DISIPLIN PROFESI

7.1 Sub Komite Kredensial bertugas:
   a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis
   b. Menyusun buku putih
   c. Menerima hasil verifikasi persyaratan kredensial
   d. Merekomendasikan tahapan proses kredensial
   e. Merekomendasikann pemulihan kewenangan klinis bagi setiap tenaga keperawatan
   f. Melakukan kredensial ulang secara berkala setiap 5 (lima) tahun
   g. Membuat laporan seluruh proses kredensial kepada Ketua Komite keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Aceh.

7.2 Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Kredensial dapat mengusulkan dibentuknya team *adhoc* kepada ketua komite keperawatan.

7.3 Sub Komite Mutu Profesi bertugas:
   a. Menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktek.
   b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan.
   c. Melakukan audit dokumentasi asuhan keperawatan.
   d. Memfasilitasi proses pendampingan tenaga keperawatan sesuai kebutuhan.

7.4 Dalam menjalankan tugasnya, Sub Komite Mutu profesi dapat mengusulkan dibentuknya team *adhoc* kepada ketua komite keperawatan baik insidental atau permanen.

7.5 Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi, bertugas:
   a. Melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan.
   b. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan.
   c. Melakukan penegakan disiplin profesi keperawatan.
   d. Merekomendasikan penyelesaian masalah-masalah pelanggaran disiplin dan masalah-masalah etik dalam kehidupan profesi, asuhan keperawatan.
   e. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis dan/atau surat penugasan klinis.
   f. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etik dalam asuhan keperawatan.

7.6 Guna menindak lanjuti rekomendasi dari Sub Komite Etik dan Disiplin, komite keperawatan membentuk panitia *adhoc* baik insidental atau permanen.

7.7 Hasil kerja Panitia *adhoc* dibawa dalam rapat pleno.

VIII. PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

8.1 Dalam memberikan pelayanan keperawatan diperlukan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan kebutuhan dasar pasien.

8.2 Memenuhi kebutuhan dasar pasien, Komite Keperawatan bersama-sama Bidang Keperawatan berkewajiban menyusun:
   a. Standar profesi keperawatan.
   b. Standar pelayanan keperawatan.
   c. Standar prosedur operasional keperawatan.
   d. Standar kebutuhan dasar pasien.

8.3 Dalam keadaan tidak mampu, setiap staf keperawatan berkewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada tenaga keperawatan lain yang dianggap lebih mampu.

IX. PENUTUP

9.1 Segala sesuatu yang belum diatur dalam aturan ini akan diatur dikemudian hari melalui Rapat Pleno Keperawatan.

9.2 Apabila Peraturan Internal Keperawatan ini dikemudian hari dianggap tidak sesuai, dapat ditinjau ulang melalui Sidang Tahunan Keperawatan.

9.3 Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan Peraturan Internal Keperawatan dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari peraturan ini.

9.4 Peraturan Internal Keperawatan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

GUBERNUR ACEH,

IRWANDI YUSUF

LAMPIRAN IV
PERATURAN GUBERNUR ACEH
NOMOR Tahun 2017
TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (HOSPITAL BYLAWS) RUMAH SAKIT JIWA POCUT MEURAH INTAN.----------

PERATURAN SISTEM PENGENDALIAN INTERNAL (SPI)

I. PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit adalah sebuah institusi yang terdiri dari kumpulan orang-orang, bagian-bagian dengan berbagai kepentingan dan fungsi di dalamnya. Masing-masing kepentingan dan fungsi memiliki tujuan sendiri-sendiri yang ingin di capai, namun demikian seharusnya semuanya terikat pada satu tujuan yaitu tujuan rumah sakit.

RSJ Pocut Meurah Intan merupakan salah satu Satuan Kerja Perangkat Aceh (SKPA) yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengisyaratkan bahwa Rumah Sakit harus memiliki standar pelayanan minimal yang harus dicapai dalam setiap aspek kegiatannya. Untuk mencapai standar ini Rumah Sakit harus memiliki institusi yang efektif, efisien dan akuntabel secara sistematik, yang dikenal dengan sistem pengendalian internal (SPI). Selain itu institusi rumah sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit dengan menjalankan (*Good Institution Governance*) dan tata kelola klinis (*Good Clinical Governance*) yang baik.

Pengelolaan Rumah sakit, sebagaimana sebuah organisasi umumnya rentan terhadap penyimpangan. Penyimpangan dapat terjadi pada pemberian layanan yang berakibat resiko cidera, kematian pasien, bahkan berlanjut pada tuntutan hukum. Penyimpangan dapat juga terjadi pada keuangan dan aset, dalam bentuk tindak kecurangan, korupsi, pencurian, dan bentuk penyimpangan lain yang berpotensi menimbulkan kerugian terhadap Rumah Sakit. Peraturan mengamanatkan bahwa dalam penyelenggaraannya Rumah Sakit harus dilakukan audit. Audit yang dimaksud dapat berupa audit kinerja dan audit medik. Audit medik dilakukan oleh Komite Medik dan audit kinerja dapat dilakukan oleh tenaga pemeriksa atau pengawas baik eksternal maupun internal. Audit kinerja internal dilakukan oleh Satuan Tugas Pengawas Internal (STPI) Rumah Sakit.

Tujuan utama STPI adalah membantu agar para anggota institusi dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya secara efektif, dan efisien, sehingga sistem berjalan sesuai dengan harapan. Maju sebuah institusi biasanya karena SPI-nya kuat. Karena berfungsinya SPI sesuai dengan tugas pokok dan peran, maka institusi dapat mencegah atau meminimalisir terjadinya kehilangan uang, asset, resiko medis dari tindakan korupsi, kelalaian, kebiasaan salah yang dibenarkan, pemborosan, penyimpangan, kecurangan, dan pencurian. Pada sisi lain keberadaan STPI diharapkan dapat menjadi mitra kerja bagi manajemen dalam menilai setiap kegiatan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit, serta memberikan umpan balik positif dalam memperbaiki penyimpangan yang ada. STPI bukanlah unit kerja yang mencari kesalahan, tetapi unit kerja yang membantu Direksi dalam mengawasi dan mengevaluasi sistem pengendalian internal, serta dapat mengarahkan penyelenggaraan RSJ Pocut Meurah Intan pada jalur yang benar.

Pembentukan STPI ini didasari dengan itikad baik untuk memajukan Rumah Sakit. Sehingga keberadaan STPI pada RSJ Pocut Meurah Intan diharapkan semakin membuat RSJ Pocut Meurah Intan dipercaya oleh pihak-pihak berkepentingan diluar manajemen maupun di dalam manajemen RSJ Pocut Meurah Intan.

1.2. MAKSUD DAN TUJUAN

1.2.1 Penyelenggaraan SPI dimaksudkan untuk pengendalian penyelenggaraan RSJ Pocut Meurah Intan guna tercapainya pengelolaan keuangan daerah dan BLUD yang efektif, efisien, transparan, dan akuntabel.

1.2.2 Penyelenggaraan SPI bertujuan untuk memberikan keyakinan yang memadai bagi tercapainya efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan penyelenggaraan pengelolaan PPK-BLUD RSJ Pocut Meurah Intan, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset daerah, dan ketaatan terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan.

II. PENGERTIAN

Yang dimaksud dengan :

2.1 Rumah Sakit Jiwa Pocut Meurah Intan selanjutnya disebut RSJ Pocut Meurah Intan adalah Rumah Sakit Jiwa milik Pemerintah Aceh.

2.2 PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa kekuasaan untuk menerapkan 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.

2.3 Direksi adalah direktur dan wakil direktur RSJ Pocut Meurah Intan.

2.4 Direktur adalah pimpinan tertinggi yaitu seseorang yang diangkat menjadi direktur RSJ Pocut Meurah Intan oleh Gubernur.

2.5 Wakil Direktur adalah Wakil Direktur Rumah Sakit yang terdiri dari Wakil Direktur Pelayanan dan Wakil Direktur Administrasi dan Umum.

2.6 Sistem Pengendalian Intern selanjutnya disebut SPI adalah proses yang integral pada tindakan dan kegiatan yang dilakukan secara terus menerus oleh pimpinan dan seluruh pegawai untuk memberikan keyakinan memadai atas tercapainya tujuan organisasi melalui kegiatan yang efektif dan efisien, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset, dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan.

2.7 Satuan Tugas Pengawas Internal selanjutnya disebut STPI adalah perangkat Rumah Sakit yang bertugas melakukan pengawasan atas sistem pengendalian internal, dalam rangka membantu Direktur untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat di RSJ Pocut Meurah Intan.

2.8 Sistem Pengendalian Intern Pemerintah, yang selanjutnya disingkat SPIP, adalah Sistem Pengendalian Intern yang diselenggarakan secara menyeluruh di lingkungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

2.9 Pengawasan Intern adalah seluruh proses kegiatan audit, reviu, evaluasi, pemantauan, dan kegiatan pengawasan lain terhadap penyelenggaraan tugas dan fungsi organisasi dalam rangka memberikan keyakinan yang memadai bahwa kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan tolok ukur yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien untuk kepentingan pimpinan dalam mewujudkan tata kepemerintahan yang baik.

2.10 Inspektorat Provinsi adalah aparat pengawasan intern pemerintah yang bertanggung jawab langsung kepada gubernur.

III. PENGANGKATAN DAN PEMBERHENTIAN KETUA DAN ANGGOTA STPI

3.1 STPI terdiri dari Ketua, sekretaris, dan anggota

3.2 Ketua, Sekretaris dan Anggota STPI diangkat dan diberhentikan oleh Direktur.

3.3 Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya STPI bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

3.4 Ketua, Sekretaris, dan Anggota STPI dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:

a. tidak melaksanakan tugas dengan baik;
b. tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan;
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;
e. mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan rumah sakit; dan
f. adanya kebijakan dari Pemilik rumah sakit.

3.5 Pemberhentian dengan alasan sebagaimana poin 3.4 diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

5.3.3 Penetapan tujuan pada tingkatan kegiatan sekurang-kurangnya dilakukan dengan memperhatikan ketentuan berikut :

a. berdasarkan pada tujuan dan rencana strategi rumah sakit;
b. saling melengkapi, saling menunjang, dan tidak bertentangan satu dengan lainnya;
c. relevan dengan seluruh kegiatan utama rumah sakit;
d. didukung sumber daya rumah sakit yang cukup; dan
e. melibatkan seluruh tingkat pejabat dalam proses penetapannya.

5.4 Kegiatan Pengendalian

Direktur wajib menyelenggarakan kegiatan pengendalian sesuai dengan ukuran, kompleksitas, dan sifat dari tugas dan fungsi rumah sakit yang bersangkutan.

5.4.1 Penyelenggaraan kegiatan pengendalian sekurang-kurangnya memiliki karakteristik sebagai berikut :

a. kegiatan pengendalian diutamakan pada kegiatan pokok rumah sakit;
b. kegiatan pengendalian harus dikaitkan dengan proses penilaian risiko;
c. kegiatan pengendalian yang dipilih disesuaikan dengan sifat khusus rumah sakit;
d. kebijakan dan prosedur harus ditetapkan secara tertulis;
e. prosedur yang telah ditetapkan harus dilaksanakan sesuai yang ditetapkan secara tertulis; dan
f. kegiatan pengendalian dievaluasi secara teratur untuk memastikan bahwa kegiatan tersebut masih sesuai dan berfungsi seperti yang diharapkan.

5.4.2 Kegiatan pengendalian terdiri atas :

a. review atas kinerja rumah sakit yang bersangkutan;
b. pembinaan sumber daya manusia;
c. pengendalian atas pengelolaan system informasi;
d. pengendalian fisik atas asset;
e. penetapan dan review atas indikator dan ukuran kinerja;
f. pemisahan fungsi;
g. otorisasi atas transaksi dan kejadian yang penting;
h. pencatatan yang akurat dan tepat waktu atas transaksi dan kejadian;
i. pembatasan akses atas sumber daya dan pencatatannya;
j. akuntabilitas terhadap sumber daya dan pencatatannya; dan
k. dokumentasi yang baik atas sistem pengendalian Internal serta transaksi dan kejadian penting.

5.4.3 Review atas kinerja rumah sakit sebagaimana poin 5.4.2 a dilaksanakan dengan membandingkan kinerja dengan tolok ukur kinerja yang ditetapkan.

5.5 Informasi dan Komunikasi

5.5.1 Direktur Rumah Sakit wajib mengidentifikasi, mencatat, dan mengkomunikasikan informasi dalam bentuk dan waktu yang tepat.

5.5.2 Komunikasi atas informasi sebagaimana poin 5.5.1 wajib diselenggarakan secara efektif.

5.5.3 Untuk menyelenggarakan komunikasi yang efektif, Direktur wajib:

a. menyediakan dan memanfaatkan berbagai bentuk dan sarana komunikasi; dan
b. mengelola, mengembangkan, dan memperbarui sistem informasi secara terus menerus.

5.6 Pemantauan Pengendalian Internal

5.6.1 Direktur wajib melakukan pemantauan Sistem Pengendalian Internal.

5.6.2 Pemantauan Sistem Pengendalian Internal sebagaimana poin 5.6.1 dilaksanakan oleh SPI RSJ Pocut Meurah Intan.

5.6.3 Pemantauan Sistem Pengendalian Internal dilaksanakan melalui pemantauan berkelanjutan, evaluasi terpisah, dan tindak lanjut rekomendasi hasil audit dan review lainnya.

5.6.4 Pemantauan berkelanjutan diselenggarakan melalui kegiatan pengelolaan rutin, supervisi, pembandingan, rekonsiliasi, dan tindakan lain yang terkait dalam pelaksanaan tugas.

5.6.5 Evaluasi terpisah diselenggarakan melalui penilaian sendiri, review, dan pengujian efektivitas Sistem Pengendalian Internal.
5.6.6 Evaluasi terpisah dapat dilakukan oleh aparat pengawasan internal pemerintah atau pihak eksternal pemerintah.
5.6.7 Evaluasi terpisah dapat dilakukan dengan menggunakan daftar uji pengendalian internal.

5.7 Tindak lanjut rekomendasi hasil audit dan review lainnya harus segera diselesaikan dan dilaksanakan sesuai dengan mekanisme penyelesaian rekomendasi hasil audit dan review lainnya yang ditetapkan.
5.8 Penyelenggaraan Sistem Pengendalian Internal (SPI) di lingkungan rumah sakit dikoordinasikan oleh Direktur RSJ Pocut Meurah Intan.

VI. HUBUNGAN STPI RSJ POCUT MEURAH INTAN DENGAN PENGAWAS INTERNAL PEMERINTAH ACEH

6.1 Untuk pembangunan dan pengembangan SPI dibentuk Satuan Tugas Pengawas Internal (STPI) RSJ Pocut Meurah Intan.
6.2 Susunan dan rincian tugas STPI Rumah Sakit ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
6.3 Satuan Tugas STPI berfungsi untuk melakukan penguatan Efektivitas Penyelenggaraan SPI
6.4 Direktur RSJ Pocut Meurah Intan bertanggung jawab atas efektivitas penyelenggaraan SPIP di lingkungan RSJ Pocut Meurah Intan.
6.5 Efektivitas pelaksanaan SPI, penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit, termasuk akuntabilitas keuangan daerah dan BLUD dilakukan pengawasan internal.
6.6 Pengawasan internal Rumah sakit dilakukan oleh Inspektorat, melalui:
a. audit;
b. review;
c. evaluasi;
d. pemantauan; dan
e. kegiatan pengawasan internal.

6.5 Inspektorat melakukan pengawasan internal terhadap seluruh kegiatan dalam rangka penyelenggaraan tugas dan fungsi rumah sakit yang dananya bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Aceh

VII. PENUTUP

7.1 Bila dianggap perlu Satuan Tugas Pengawas Internal dapat merubah Peraturan SPI ini dengan persetujuan Direktur melalui rapat khusus yang diselenggarakan untuk itu.
7.2 Peraturan SPI ini disusun agar menjadi perhatian dan pedoman dalam pelaksanaan SPI, sehingga dapat meningkatkan kualitas kinerja RSJ Pocut Meurah Intan.
7.3 Peraturan Sistem Pengendalian Internal ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

GUBERNUR ACEH,

IRWANDI YUSUF