
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR 010/PER-DIR/RSDN/IV/2023**

**TENTANG
PEDOMAN PENGELOLAAN SUMBER DAYA MANUSIA
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang : **a.** Guna mewujudkan visi dan misi Rumah Sakit Dharma, Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan aset yang paling berperan dan dituntut untuk senantiasa belajar secara profesional, kompeten, dan berdedikasi tinggi;
- b.** bahwa untuk memenuhi kebutuhan SDM perlu perencanaan kebutuhan staf, setiap unit layanan harus menentukan syarat tingkat pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman staf guna memenuhi kebutuhan memberikan asuhan kepada pasien;
- c.** bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pengelolaan Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Dharma Nugraha.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 11 tahun 2020 Cipta Kerja;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 36 Tahun 2014 Tenaga Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 38 tahun 2014 tentang Keperawatan;
4. Undang-Undang Republik Indonesia nomer 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 13 tentang Ketenagaan kerjaan;

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2015 tentang Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG KUALIFIKASI PENDIDIKAN STAF DI RS DHARMA NUGRAHA

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Sumber Daya Manusia yang selanjutnya disingkat SDM meliputi staf klinis yang terdiri dari staf medis (dokter spesialis dan dokter umum), perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan dan staf non klinis.
2. Perencanaan sumber daya manusia adalah proses penyusunan rencana ketenagakerjaan secara sistematis yang dijadikan dasar dan acuan dalam penyusunan kebijakan, strategi dan pelaksanaan program pengembangan ketenagakerjaan yang berkesinambungan
3. Analisis beban kerja adalah suatu teknik untuk menetapkan jumlah pegawai yang dibutuhkan dan waktu yang digunakan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan untuk mencapai tujuan organisasi.
4. Pelatihan kerja adalah keseluruhan kegiatan untuk memberi, memperoleh, meningkatkan serta mengembangkan kompetensi kerja, produktivitas, disiplin, sikap dan etos kerja pada tingkat keterampilan dan keahlian tertentu sesuai dengan jenjang dan kualifikasi jabatan atau pekerjaan.

5. Kompetensi merupakan ketentuan tentang keterampilan, pengetahuan, kemampuan individu dalam memenuhi harapan yang ditentukan, yang sering dicantumkan dalam uraian tugas.
6. Perjanjian kerja adalah perjanjian antara pekerja/ buruh dengan pengusaha atau pemberi kerja yang memuat syarat syarat kerja, hak, dan kewajiban para pihak.
7. Peraturan perusahaan adalah peraturan yang dibuat secara tertulis oleh pengusaha yang memuat syarat syarat kerja dan tata tertib perusahaan.
8. **Kredensial (*Credentialing*)** adalah proses evaluasi oleh suatu rumah sakit terhadap seorang staf klinis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit tersebut untuk periode tertentu.
9. **Rekredensial (*Re-Credentialing*)** : adalah proses reevaluasi terhadap tenaga medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap 3 tahun untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
10. Rincian kewenangan klinis (RKK) adalah hak khusus seorang staf klinis untuk melakukan sekelompok pelayanan klinis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk periode tertentu.
11. Staf klinis adalah tenaga kesehatan yang memberikan asuhan langsung kepada pasien misalnya Dokter, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Dietisien, Apoteker, Radiografer, Ahli Teknologi Laboratorium Medik, Tera.is, dan Teknisi Gigi
12. Staf non klinis adalah semua tenaga yang tidak memberikan pelayanan langsung kepada pasien, misalnya tenaga perekam medis, manajemen dan tenaga administrasi.
13. Verifikasi adalah proses pemeriksaan validitas dan kelengkapan kredensial klinis atau yang lainnya langsung ke sumber yang mengeluarkan kredensial tersebut.
14. **OPPE (*On-Going Professional Practice Evaluation*)** adalah Proses dengan kegiatan terus menerus mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional, dan hasil darilayanan klinis

BAB II

MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA

Pasal 2

Pengelolaan SDM

Rumah sakit membutuhkan staf yang memiliki keterampilan dan kualifikasi untuk mencapai misinya dan memenuhi kebutuhan pasien.

1. Pimpinan rumah sakit mengidentifikasi jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi dari unit.
2. Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan staf dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam.
3. Pelaksanaan kredensial kepada tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, karena secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis.
4. Setiap staf mengikuti orientasi terhadap rumah sakit dan orientasi terhadap tugas pekerjaan staf.
5. Rumah sakit menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan staf untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, kepuasan kerja. Program ini bersifat dinamis, proaktif, dan mencakup hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan staf seperti pemeriksaan kesehatan kerja saat rekrutmen, pengendalian paparan kerja yang berbahaya, vaksinasi/imunisasi, cara penanganan pasien yang aman, staf dan kondisi-kondisi umum terkait kerja.
6. Manajemen sumber daya manusia meliputi :
 - a. Perencanaan dan pengelolaan staf;
 - b. Pendidikan dan pelatihan;
 - c. Kesehatan dan keselamatan kerja staf;
 - d. Tenaga medis;
 - e. Tenaga keperawatan; dan
 - f. Tenaga kesehatan lain.

BAB III

PERENCANAAN DAN PENGELOLAAN STAF

Pasal 3

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit

Rumah sakit mematuhi peraturan dan perundang-undangan tentang syarat pendidikan, keterampilan atau persyaratan lainnya yang dibutuhkan staf.

Perencanaan kebutuhan staf disusun secara kolaboratif oleh kepala unit dengan mengidentifikasi jumlah, jenis, dan kualifikasi staf yang dibutuhkan. Perencanaan tersebut ditinjau secara berkelanjutan dan diperbarui sesuai kebutuhan.

1. Kepala unit menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi dan pengalaman setiap staf di unitnya untuk memberikan asuhan kepada pasien.
2. Kepala unit mempertimbangkan faktor berikut ini untuk menghitung kebutuhan staf:
 - a. Misi rumah sakit.
 - b. Populasi pasien yang dilayani dan kompleksitas serta kebutuhan pasien.
 - c. Layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit.
 - d. Jumlah pasien rawat inap dan rawat jalan.
 - e. Peralatan medis yang digunakan untuk pelayanan pasien.
3. Proses perencanaan menggunakan metode-metode yang diakui sesuai peraturan perundang-undangan. Perencanaan kebutuhan mempertimbangkan hal-hal dibawah ini:
 - a. Terjadi peningkatan jumlah pasien atau kekurangan staf di satu unit sehingga dibutuhkan rotasi staf dari satu unit ke unit lain.
 - b. Pertimbangan permintaan staf untuk rotasi tugas berdasarkan nilai-nilai budaya atau agama dan kepercayaan.
 - c. Kepatuhan terhadap peraturan dan perundang-undangan.
4. Perencanaan staf, dipantau secara berkala dan diperbarui sesuai kebutuhan.

Pasal 4

Uraian tugas staf

Setiap staf yang bekerja di rumah sakit harus mempunyai uraian tugas. Pelaksanaan tugas, orientasi, dan evaluasi kinerja staf didasarkan pada uraian tugasnya.

Uraian tugas ditetapkan untuk tenaga kesehatan :

1. Tenaga kesehatan ditugaskan di bidang manajerial, misalnya kepala bidang, kepala unit.
2. Tenaga kesehatan melakukan dua tugas yaitu di bidang manajerial dan di bidang klinis, misalnya dokter spesialis bedah melakukan tugas manajerialnya sebagai kepala kamar operasi maka harus mempunyai uraian tugas sedangkan tugas klinisnya sebagai dokter spesialis bedah harus mempunyai Surat Penugasan Klinis (SPK) dan Rincian Kewenangan Klinis (RKK).
3. Tenaga kesehatan yang sedang mengikuti pendidikan dan bekerja dibawah supervisi, maka program pendidikan menentukan batasan kewenangan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dikerjakan sesuaidengan tingkat pendidikannya
4. Tenaga kesehatan yang diizinkan untuk memberikan pelayanan sementara di rumah sakit; misalnya, perawat paruh waktu yang membantu dokter di poliklinik.

Pasal 5

Proses rekrutmen

1. RS melakukan proses rekrutmen yang terpusat, efisien dan terkoordinasi agar terlaksana proses yang seragam di seluruh rumah sakit mencakup :
 - a. Rekrutmen staf sesuai kebutuhan rumah sakit.
 - b. Evaluasi kompetensi kandidat calon staf.
 - c. Pengangkatan staf baru.
2. Kepala unit berpartisipasi merekomendasikan jumlah dan kualifikasi staf serta jabatan nonklinis yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan pada pasien, pendidikan, penelitian ataupun tanggung

jawab lainnya.

3. Rekrutmen staf memandang kesetaraan gender dan mempertimbangkan adanya penerimaan calon karyawan disable sesuai kualifikasi bidang tugasnya .
4. Penyandang disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.
5. Kesamaan Kesempatan adalah keadaan yang memberikan peluang dan/atau menyediakan akses kepada Penyandang disabilitas untuk menyalurkan potensi dalam segala aspek penyelenggaraan negara dan masyarakat.

Pasal 6

Rekrutmen Profesional Pemberi Asuhan (PPA)

Rumah sakit menetapkan proses untuk memastikan bahwa kompetensi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sesuai dengan persyaratan jabatan atautanggung jawabnya untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit

1. Rekrutmen PPA melalui proses penyesuaian dengan persyaratan jabatan/posisi staf meliputi penilaian kompetensi awal untuk memastikan PPA dapat melakukan tanggung jawab sesuai uraian tugasnya.
2. Penilaian dilakukan sebelum atau saat mulai bertugas.
3. Penilaian kompetensi awal dilakukan oleh Kepala unit di mana PPA tersebut ditugaskan.
4. Penilaian kompetensi yang diinginkan juga mencakup penilaian kemampuan PPA untuk mengoperasikan alat medis, alarm klinis, dan mengawasi pengelolaan obat-obatan yang sesuai dengan area tempat ia akan bekerja.
5. Rumah sakit menetapkan proses evaluasi kemampuan PPA dan frekuensi evaluasi secara berkesinambungan untuk menentukan rencanapelatihan sesuai kebutuhan, kemampuan staf untuk memikul

tanggung jawab baru atau untuk melakukan perubahan tanggung jawab dari PPA tersebut.

6. Sekurang- kurangnya terdapat satu penilaian terkait uraian tugas tiap PPA yang didokumentasikan setiap tahunnya

Pasal 7

Rekrutmen Staf Non Klinis

Rumah sakit menetapkan proses untuk memastikan bahwa kompetensi staf nonklinis sesuai dengan persyaratan jabatan/posisinya untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit.

1. Rekrutmen Staf Non Klinis melalui proses penyesuaian dengan persyaratan jabatan/posisi staf meliputi penilaian kompetensi awal untuk memastikan staf non klinis dapat melakukan tanggung jawab sesuai uraian tugasnya.
2. Penilaian dilakukan sebelum atau saat mulai bertugas.
3. Penilaian kompetensi awal dilakukan oleh unit di mana staf non klinis tersebut ditugaskan.
4. Rumah sakit menetapkan proses evaluasi kemampuan staf non klinis dan frekuensi evaluasi secara berkesinambungan untuk menentukan rencana pelatihan sesuai kebutuhan, kemampuan staf untuk memikul tanggung jawab baru atau untuk melakukan perubahan tanggung jawab dari stafnon klinis tersebut.
5. Sekurang- kurangnya terdapat satu penilaian terkait uraian tugas tiap stafnon klinis yang didokumentasikan setiap tahunnya

Pasal 8

File kepegawaian

1. File kepegawaian yang terkini berisikan dokumentasi setiap staf rumah sakit yang mengandung informasi sensitif yang harus dijaga kerahasiaannya.
2. File kepegawaian memuat :
 - a. Pendidikan, kualifikasi, keterampilan, kompetensi, staf
 - b. Bukti orientasi
 - c. Uraian tugas staf
 - d. Riwayat pekerjaan staf

- e. Penilaian kinerja staf
 - f. Salinan sertifikat pelatihan di dalam maupun di luar rumah sakit yang telah diikuti
 - g. Informasi kesehatan yang dipersyaratkan, seperti vaksinasi/imunisasi, hasil *medical check up*.
3. File kepegawaian tersebut distandardisasi dan terus diperbarui sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

Pasal 9

Orientasi umum dan khusus

1. Semua staf (tenaga kesehatan baru dan staf non klinis) diberikan orientasi mengenai rumah sakit, unit tempat ditugaskan, dan tanggung jawab pekerjaannya pada saat pengangkatan staf.
2. Materi orientasi umum meliputi informasi tentang rumah sakit, program mutu dan keselamatan pasien, serta program pencegahan dan pengendalian infeksi.
3. Pelaksanaan orientasi umum dilengkapi dengan TOR, undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, dan sertifikat

BAB IV

PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Pasal 10

Program Pendidikan dan Pelatihan

1. Rumah sakit mengumpulkan data dari berbagai sumber dalam penyusunan Program pendidikan dan pelatihan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan/atau memenuhi persyaratan pendidikan berkelanjutan.
2. Rumah sakit mengidentifikasi kebutuhan program pendidikan dan pelatihan berdasarkan sumber informasi mencakup :
 - a. Hasil kegiatan pengukuran data mutu dan keselamatan pasien
 - b. Hasil analisa laporan insiden keselamatan pasien
 - c. Hasil survei budaya keselamatan pasien
 - d. Hasil pemantauan program manajemen fasilitas dan keselamatan

- e. Pengenalan teknologi termasuk penambahan peralatan medis baru, keterampilan dan pengetahuan baru yang diperoleh dari penilaian kinerja
 - f. Prosedur klinis baru
 - g. Rencana untuk menyediakan layanan baru di masa yang akan datang
 - h. Kebutuhan dan usulan dari setiap unit
3. Staf rumah sakit mengikuti pendidikan dan pelatihan baik di dalam atau diluar rumah sakit termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya
 4. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan dilengkapi dengan TOR, undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, dan sertifikat.
 5. Rumah sakit menyediakan waktu, anggaran dengan sarana dan prasarana yang memadai untuk semua staf dalam berpartisipasi mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diperlukan dengan target pencapaian staf klinis 20 jam/ tahun, staf non klinis 40 jam/ tahun

Pasal 11

Pelatihan Resusitasi Jantung Paru

1. Pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar yaitu Bantuan Hidup Dasar (BHD) dilaksanakan untuk seluruh staf
2. Pelatihan resusitasi jantung paru tingkat lanjut yaitu Bantuan Hidup Lanjut (BHL) dilaksanakan untuk Tim kode biru, staf di Kamar Operasi, Unit Pelayanan Intensif dan Instalasi Gawat Darurat
3. Pelaksanaan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar dan lanjut dilengkapi dengan TOR, undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, dan sertifikat.
4. Pelaksanaan pelatihan yang ditentukan untuk tiap staf harus diulang berdasarkan persyaratan dan/atau jangka waktu yang ditetapkan oleh program pelatihan yang diakui, atau setiap 2 (dua) tahun jika tidak menggunakan program pelatihan yang diakui.

BAB V
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA STAF

Pasal 12

Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Staf

1. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf yang mencakup :
 - a) Skrining kesehatan awal
 - b) Tindakan-tindakan untuk mengendalikan pajanan kerja yang berbahaya, seperti pajanan terhadap obat-obatan beracun dan tingkat kebisingan yang berbahaya.
 - c) Pendidikan, pelatihan, dan intervensi terkait cara pemberian asuhan pasien yang aman.
 - d) Pendidikan, pelatihan, dan intervensi terkait pengelolaan kekerasan di tempat kerja.
 - e) Pendidikan, pelatihan, dan intervensi terhadap staf yang berpotensi melakukan kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian sentinel.
 - f) Tata laksana kondisi terkait pekerjaan yang umum dijumpai seperti cedera punggung atau cedera lain yang lebih darurat
 - g) Vaksinasi/Imunisasi pencegahan, dan pemeriksaan kesehatan berkala.
 - h) Pengelolaan kesehatan mental staf, seperti pada saat kondisi kedaruratan penyakit infeksi/pandemi.
2. Tim K3RS dan Tim PPI melakukan identifikasi risiko staf yang terpapar atau tertular dilaksanakan berdasarkan epidemiologi penyakit infeksi di rumah sakit.
3. Upaya pencegahan penularan penyakit infeksi kepada staf berisiko dilaksanakan dengan pemeriksaan berkala dan pemberian vaksinasi.
4. Pemeriksaan kesehatan pada staf yang berisiko berdasarkan hasil dari identifikasi risiko sesuai dengan grading risiko yang didapatkan.
5. Kepada staf yang terpapar dilaksanakan evaluasi, konseling dan tata laksana lebih lanjut.

6. Tim K3RS melakukan identifikasi area yang berpotensi terjadinya tindak kekerasan di tempat kerja dan melakukan upaya untuk mengurangi risiko.
7. Upaya pencegahan kejadian tindak kekerasan di tempat kerja dilakukan dengan pemasangan CCTV sesuai area hasil grading risiko, melakukan pengukuran budaya keselamatan dan melakukan pelatihan kepada seluruh staf terkait alur pelaporan kejadian kekerasan dan budaya keselamatan
8. Kepada staf yang cedera akibat kekerasan di tempat kerja dilaksanakan evaluasi, konseling dan tata laksana lebih lanjut.
9. Setiap staf di Rumah sakit harus memahami:
 - a. Cara pelaporan dan mendapatkan pengobatan, menerima konseling dan menangani cedera yang mungkin terjadi akibat tusukan jarum suntik, terpapar penyakit menular dan bila mendapatkan kekerasan di tempat kerja
 - b. Identifikasi risiko dan kondisi berbahaya di rumah sakit
 - c. Masalah kesehatan dan keselamatan lainnya

BAB VI

TENAGA MEDIS

Pasal 13

Menentukan Penugasan Tenaga Medis

1. Proses penerimaan tenaga medis, kredensial, penilaian kinerja dan rekredensial tenaga medis diatur dalam peraturan internal tenaga medis(*Medical Staf Bylaw*).
2. Setiap tenaga medis yang memberikan pelayanan di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian berupa perjanjian kerja dokter (PKD) dan pakta integritas tenaga medis untuk mematuhi peraturan perundang– undangan dan regulasi rumah sakit.
3. Rumah sakit melaksanakan verifikasi ke Lembaga / Badan / Instansi Pendidikan atau organisasi profesional yang diakui mengeluarkan izin/sertifikat, dan kredensial lain dalam proses kredensial sesuai denganperaturan perundang-undangan.

4. Pengangkatan tenaga medis dilakukan berdasarkan kebutuhan staf yang mencakup :
 - a. Misi rumah sakit.
 - b. Populasi pasien yang dilayani dan kompleksitas serta kebutuhan pasien.
 - c. Layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit.
 - d. Jumlah pasien rawat inap dan rawat jalan.
 - e. Peralatan medis yang digunakan untuk pelayanan pasien.
5. Pengangkatan tenaga medis dilakukan sesuai dengan alur rekrutmen yaitu setelah dilakukannya verifikasi izin/ surat tanda registrasi (STR) dari sumber utama.
6. Tenaga medis yang belum mendapatkan kewenangan mandiri dilakukan supervisi oleh Komite Medik dengan menggunakan *worksheet*.

Pasal 14

Kewenangan Klinis Tenaga Medis

1. Direktur menetapkan kewenangan klinis tenaga medis setelah mendapatkan rekomendasi dari Komite Medik termasuk kewenangan tambahan dengan mempertimbangkan:
 - a. Keputusan tentang kewenangan klinis yang akan diberikan kepada seorang tenaga medis didasarkan terutama atas informasi dan dokumentasi yang diterima dari sumber luar rumah sakit.
 - b. Program pendidikan spesialis menentukan dan membuat daftar secara umum tentang kompetensinya di area diagnosis dan tindakan profesi dan Konsil kedokteran Indonesia (KKI) mengeluarkan standar kompetensi atau kewenangan klinis.
 - c. Proses merinci kewenangan klinis dilakukan secara seragam dalam setiap area spesialisasi.
 - d. Tenaga medis dengan spesialisasi yang sama dimungkinkan memiliki kewenangan klinis berbeda yang disebabkan oleh perbedaan pendidikan dan pelatihan tambahan, pengalaman,

atau hasil kinerja yang bersangkutan selama bekerja, serta kemampuan motoriknya.

- e. Keputusan kewenangan klinis dirinci dan akan direkomendasikan kepada pimpinan rumah sakit di area spesialisasi terkait dengan mempertimbangkan proses lain, diantaranya:
 - 1) Pemilihan proses yang akan dimonitor menggunakan data oleh pimpinan unit pelayanan klinis.
 - 2) Penggunaan data tersebut dalam OPPE dari tenaga medis tersebut di unit pelayanan klinis.
 - 3) Penggunaan data yang dimonitor tersebut untuk proses penugasan ulang dan pembaharuan kewenangan klinis.
 - f. Penilaian kinerja tenaga medis berkelanjutan setiap tahun yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang berisi jumlah pasien per penyakit/tindakan yang ditangani per tahun, rerata lama dirawat, serta angka kematiannya. Angka Infeksi Luka Operasi (ILO) dan kepatuhan terhadap Panduan Praktik Klinis (PPK) meliputi penggunaan obat, penunjang diagnostik, darah, produk darah, dan lainnya.
 - g. Hasil evaluasi praktik profesional berkelanjutan (OPPE) dan terfokus (FPPE).
 - h. Hasil pendidikan dan pelatihan tambahan dari pusat pendidikan, kolegium, perhimpunan profesi, dan rumah sakit yang kompeten mengeluarkan sertifikat.
 - i. Untuk kewenangan tambahan pada pelayanan risiko tinggi maka rumah sakit menentukan area pelayanan risiko tinggi.
 - j. Kewenangan klinis tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak mempunyai peralatan medis khusus atau staf khusus untuk mendukung pelaksanaan kewenangan klinis.
2. Pemberian kewenangan tambahan setelah melakukan verifikasi dari sumber utama yang mengeluarkan ijazah / sertifikat.

3. Surat Penugasan Klinis dan Rincian Kewenangan Klinis tenaga medis tersedia dan diumumkan kepada setiap tenaga medis dan ke semua unit pelayanan dalam bentuk elektronik (*softcopy*)
4. Kepala Instalasi melaksanakan pengawasan untuk memastikan tenaga medis memberikan pelayanan sesuai dengan SPK dan RKK

Pasal 15

Evaluasi Kinerja Tenaga Medis

1. Penilaian kinerja tenaga medis dilakukan untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin tenaga medis
2. Monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin tenaga medis memuat 3 area yaitu : perilaku, pengembangan profesional dan kinerja klinis
3. Tenaga medis berperan dalam mencapai target indikator mutu sesuai dengan unit tempatnya bekerja.
4. Data dan informasi hasil pelayanan klinis tenaga medis dilakukan review secara objektif berdasarkan bukti dan dilakukan *brenchmarking* dengan Rumah Sakit Lain.
5. Data dan informasi berasal dari proses monitoring dikaji sekurang – kurangnya setiap 12 bulan oleh Kepala unit pelayanan, ketua KSM, Sub Komite Mutu Profesi Komite Medik, dan Manager Pelayanan Medis kemudian hasil dan kesimpulan tindakan didokumentasikan dalam file kredensial.
6. Bila ada kejadian insiden keselamatan pasien atau pelanggaran perilaku etik maka dilakukan tindakan terhadap tenaga medis tersebut secara adil (*just culture*) berdasarkan hasil analisis terkait kejadian tersebut.
7. Bila ada temuan yang berdampak pada pemberian kewenangan klinis tenaga medis, temuan tersebut didokumentasi ke dalam file tenaga medis dan diinformasikan serta disimpan di unit tempat tenaga medis memberikan pelayanan.

Pasal 16

Penempatan Ulang Tenaga Medis dan Pembaharuan

KewenanganKlinis

1. Penetapan dan pembaharuan kewenangan klinis anggota tenaga medis paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun, ditetapkan kewenangan klinisnya tetap, bertambah atau berkurang, sesuai hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota tenaga medis
2. Dokumen kredensial yang perlu diperbaharui secara periodik disimpan di file kepegawaian tenaga medis.
3. Pemberian kewenangan klinis tambahan didasarkan atas kredensial yang telah diverifikasi dari sumber Lembaga / Badan / Instansi penyelenggara pendidikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
4. Penetapan ulang terhadap dokumen tenaga medis untuk melakukan verifikasi terhadap :
 - a. kelanjutan izin (*license*),
 - b. apakah terkena tindakan etik dan disiplin dari MKEK/ MKDKI,
 - c. apakah tersedia dokumen untuk mendukung penambahankewenangan klinis/ tanggung jawab di RS,
 - d. apakah tenaga medis mampu secara fisik dan mental dalam memberikan asuhan/ pengobatan kepada pasien, dan
 - e. informasi yang dibutuhkan baik internal maupun eksternal (sumberluar)
5. Pertimbangan untuk merinci kewenangan klinis saat penetapan ulangmencakup hal - hal sbb:
 - a. Pendidikan dan pelatihan lanjutan
 - b. Kewenangan klinis anggota tenaga medis dapat dilanjutkan, dibatasi dan dihentikan berdasar atas:
 - 1) Hasil dari proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan
 - 2) Pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, KKI,MKEK, MKDKI atau badan resmi lainnya
 - 3) Kejadian Insiden Keselamatan Pasien
 - 4) Kesehatan tenaga medis

- 5) Permintaan tenaga medis

BAB VII

TENAGA KEPERAWATAN

Pasal 17

Kredensialing Tenaga Keperawatan

1. Rumah sakit memastikan bahwa setiap perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi, serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara:
 - a. Memahami peraturan dan perundang-undangan terkait perawat dan praktik keperawatan
 - b. Melakukan kredensial terhadap semua bukti pendidikan, pelatihan, pengalaman, informasi yang ada pada setiap perawat, sekurang- kurangnya meliputi :
 - 1) Bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, serta pengalaman terbaru dan diverifikasi dari sumber aslinya.
 - 2) Bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat perawat pernah bekerja sebelumnya.
 - 3) Surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya.
 - c. Rumah sakit perlu melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber utama dengan jalan mengecek ke website resmi institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat.
2. Dokumen kredensial yang perlu diperbaharui secara periodik disimpandi file kepegawaian tenaga keperawatan.

Pasal 18

Kewenangan Klinis Tenaga Keperawatan

1. Rumah sakit melakukan identifikasi tanggung jawab pekerjaan dan

memberikan penugasan klinis berdasar atas hasil kredensial tenaga perawat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2. Rumah sakit melalui Komite Keperawatan melakukan kredensial tenaga keperawatan dengan hasil kredensial berupa rincian kewenangan klinis menjadi landasan untuk diterbitkan Surat Penugasan Klinis oleh Direktur RS dan digunakan acuan untuk membuat uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab klinis di unit pelayanan tempat perawat bertugas dan dilakukan rekredensial dilakukan minimal 3 (tiga) tahun sekali

Pasal 19

Evaluasi Kinerja Profesional Keperawatan

Rumah sakit telah melakukan penilaian kinerja tenaga perawat termasuk perannya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta program manajemen risiko rumah sakit.

1. Rumah sakit melakukan penilaian kinerja tenaga perawat secara periodik menggunakan format dan metode evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan.
2. Penilaian kinerja tenaga perawat meliputi :
 - a. Pemenuhan uraian tugasnya
 - b. Perannya dalam mencapai target indikator mutu di unit kerjanya.
3. Bila ada kejadian insiden keselamatan pasien atau pelanggaran perilaku etik maka dilakukan tindakan terhadap tenaga perawat tersebut secara adil (*just culture*) berdasarkan hasil analisis terkait kejadian tersebut.
4. Hasil kajian, tindakan yang diambil, dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan perawat didokumentasikan dalam file kredensial perawat.

BAB VIII
TENAGA KESEHATAN LAINNYA

Pasal 20

Kredensial Tenaga Kesehatan Lainnya

1. Rumah sakit memastikan bahwa tenaga kesehatan lainnya berkompentendalam memberikan asuhan aman dan efektif kepada pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan dengan:
 - a. memahami peraturan dan perundang-undangan terkait tenaga kesehatan lainnya;
 - b. mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap tenaga kesehatan lainnya sekurang-kurangnya meliputi:
 - 1) bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, danpengalaman terbaru serta diverifikasi dari sumber aslinya
 - 2) bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat tenaga kesehatan lainnya pernah bekerja sebelumnya.
 - 3) surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya.
 - c. melakukan setiap upaya memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke website resmi dari institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat.
2. File kredensial setiap tenaga kesehatan lainnya harus tersedia dan dipelihara serta diperbaharui secara berkala sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 21

Kewenangan Klinis Tenaga Kesehatan Lainnya

1. Rumah sakit melakukan identifikasi tanggung jawab pekerjaan dan memberikan penugasan klinis berdasar atas hasil kredensial tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
2. Rumah sakit melalui Komite Tenaga Kesehatan Lainnya melakukan kredensial tenaga kesehatan lainnya dengan hasil kredensial berupa

rincian kewenangan klinis menjadi landasan untuk diterbitkan Surat Penugasan Klinis oleh Direktur RS dan digunakan acuan untuk membuat uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab klinis di unit pelayanan tempat kesehatan lainnya bertugas dan dilakukan rekredensial dilakukan minimal 3 (tiga) tahun sekali

Pasal 22

Evaluasi Kinerja Tenaga Kesehatan Lainnya

1. Rumah sakit telah melakukan penilaian kinerja tenaga kesehatan lainnya termasuk perannya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta program manajemen risiko rumah sakit
2. Rumah sakit melakukan penilaian kinerja tenaga kesehatan lainnya secara periodik menggunakan format dan metode evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan.
3. Penilaian kinerja tenaga perawat meliputi :
 - a. Pemenuhan uraian tugasnya
 - b. Perannya dalam mencapai target indikator mutu di unit kerjanya.
4. Bila ada kejadian insiden keselamatan pasien atau pelanggaran perilaku etik maka dilakukan tindakan terhadap tenaga perawat tersebut secara adil (*just culture*) berdasarkan hasil analisis terkait kejadian tersebut.
5. Hasil kajian, tindakan yang diambil, dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan perawat didokumentasikan dalam file kredensial perawat.

Pasal 23

Ketentuan lebih lanjut mengenai Pengelolaan SDM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Direktur ini, tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 24

Penetapan

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 17 April 2023
DIREKTUR ,




dr. Agung Darmanto, SpA