

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**




NOMOR: 3706/A000/XI/2021

**TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN
UNIT SDM DAN DIKLAT**

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

**LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN UNIT SDM DAN DIKLAT
NOMOR: 3706/A000/XI/2021**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Atri Fitri Rahmi, S.S.	Kepala Unit SDM dan Diklat		12-11-2021
Verifikator	:	Maya Anggraini, S.Pd.	Manajer Umum dan SDM		12-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		12-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR: 3708/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN UNIT SDM DAN DIKLAT

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa dalam rangka peningkatan mutu, RS Intan Husada perlu menerapkan tata kelola dan pelayanan rumah sakit yang baik di Unit SDM dan Diklat;
- c. bahwa dalam rangka penerapan tata kelola rumah sakit yang baik dan pelayanan rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel di Unit SDM dan Diklat perlu dibuat ketentuan dasar untuk penyelenggaraan kegiatan pelaksanaan di Unit SDM dan Diklat.
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a, b dan c maka Direktur RS Intan Husada perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Unit SDM dan Diklat.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang-Undang Republik Indonesia No. 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja;
6. Undang-Undang Republik Indonesia No. 7 Tahun 1981 Tentang Wajib Laporan Ketenagakerjaan di Perusahaan;
7. Undang-Undang Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
8. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 36 Tahun 2021 Tentang Pengupahan;

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/PER/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal RS;
10. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
11. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
12. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT SDM DAN DIKLAT**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 3708/A000/XI/2021 Tentang Pedoman Pelayanan SDM dan Diklat di RS Intan Husada
- Kedua : Pedoman Pelayanan Unit SDM dan Diklat di RS Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Unit SDM dan Diklat di RS Intan Husada
- Ketiga : Pedoman Pelayanan Unit SDM dan Diklat sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 10 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK: 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Pedoman	2
C. Ruang Lingkup Pelayanan	2
D. Batasan Operasional	2
BAB II. STANDAR KETENAGAAN.....	5
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia.....	5
B. Distribusi Ketenagaan.....	6
C. Pengaturan Jam Kerja	7
BAB III. STANDAR FASILITAS.....	8
A. Denah Ruangan.....	8
B. Standar Fasilitas	8
BAB IV. TATA LAKSANA PELAYANAN	10
A. Tatalaksana Kegiatan Perencanaan Kebutuhan Staf	10
B. Tatalaksana Kegiatan Penerimaan Staf	11
C. Tatalaksana Kegiatan Orientasi Staf	12
D. Tatalaksana Kegiatan Pendidikan dan Pelatihan Staf	13
E. Tatalaksana Kegiatan Penugasan Tenaga Medis	15
F. Tatalaksana Kegiatan Pemberian Kewenangan Klinis Tenaga Medis	16
G. Tatalaksana Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan Tenaga Medis.....	16
H. Tatalaksana Kegiatan Penempatan Ulang Tenaga Medis dan Pembaharuan Kewenangan Klinis	17
I. Tatalaksana Kegiatan Kredensial Tenaga Keperawatan	17
J. Tatalaksana Kegiatan Kredensial Tenaga Kesehatan Lain	18
K. Tatalaksana Kegiatan Pengelolaan Administrasi Kepegawaian Staf	19
L. Tatalaksana Kegiatan Remunerasi Staf	21
M. Tatalaksana Kegiatan Pengelolaan Kesejahteraan Staf.....	22
N. Tatalaksana Kegiatan Kesehatan dan Keselamatan Staf	22
BAB V. LOGISTIK.....	23
A. Perencanaan Logistik	23
B. Alur Logistik	24
C. Pengendalian Logistik.....	25
D. Monitoring dan Evaluasi Logistik.....	25
BAB VI. KESELAMATAN PASIEN	26
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien.....	26
B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	26
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien	26
BAB VII. KESELAMATAN KERJA.....	27
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja	27
B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja.....	27

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja.....	28
BAB VIII. PENGENDALIAN MUTU	29
A. Indikator Mutu	29
B. Monitoring.....	29
C. Evaluasi.....	29
D. Pelaporan	29
E. <i>Continous Improvement</i>	30
F. Continous Improvement	30
BAB IX PENUTUP.....	31
DAFTAR PUSTAKA	32

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan mengharuskan rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk dapat menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan aman serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Unit SDM dan Diklat adalah suatu bagian di rumah sakit yang memberikan pelayanan dalam pemenuhan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan mempunyai kompetensi yang dapat dipertanggungjawabkan. Seleksi tenaga Kesehatan tersebut harus dapat memenuhi permintaan atau kebutuhan dari setiap unit kerja yang ada di rumah sakit.

Untuk dapat menunjang pencapaian dalam hal pelayanan maka proses Manajemen Sumber Daya Manusia diperlukan sebuah pedoman kerja sehingga didapatkan hasil yang baik dan bermutu. Pelayanan yang bermutu di rumah sakit akan membantu setiap staf untuk dapat bekerja sesuai profesi, pendidikan serta kemampuan yang dimiliki. Pelayanan Manajemen tersebut adalah rangkaian kegiatan dalam melayani semua staf guna untuk memenuhi hak dan kewajiban staf serta merupakan salah satu upaya peningkatan sumber daya manusia untuk memberikan pelayanan Kesehatan yang baik sesuai standar rumah sakit.

Bentuk penyelenggaraan pelayanan untuk staf di rumah sakit dapat dilakukan melalui sistem swakelola ataupun alih daya. Pada sistem alih daya, pengusaha selaku penyelenggara sumber daya manusia dalam merencanakan, merekrut, dan menentukan standar staf sesuai dengan spesifikasi standar staf yang telah ditetapkan melalui suatu perjanjian kerjasama. Sedangkan pada sistem swakelola, penyelenggaraan pelayanan untuk staf dilakukan dengan melakukan rekrutmen sendiri sesuai standar yang diberikan oleh rumah sakit. Pelayanan untuk staf di rumah sakit ini dijalankan dengan berpedoman kepada Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan yang telah disesuaikan dengan Undang-Undang Republik Indonesia No. 11 Tahun 2020 Tentang Cipta Kerja.

Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) adalah alat untuk mengubah keterampilan ataupun kemampuan baik itu untuk perorangan, grup, maupun organisasi untuk menjadi lebih baik, lebih terampil dan lebih ahli sesuai profesinya masing-masing. Dalam Manajemen Sumber Daya Manusia juga dibahas tentang pelatihan dan pengembangan sehingga dapat disimpulkan bahwa diklat merupakan penunjang untuk mencapai mutu pelayanan suatu perusahaan menjadi lebih baik.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Unit SDM dan Diklat yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Intan Husada.

A. Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam penyusunan kebijakan, prosedur dan segala proses pelayanan sumber daya manusia di Unit SDM dan Diklat.

2. Tujuan Khusus

- a) Sebagai acuan kegiatan perencanaan kebutuhan staf
- b) Sebagai acuan kegiatan penerimaan staf
- c) Sebagai acuan kegiatan orientasi staf
- d) Sebagai acuan kegiatan pendidikan dan pelatihan staf
- e) Sebagai acuan kegiatan penugasan tenaga medis
- f) Sebagai acuan kegiatan pemberian kewenangan klinis tenaga medis
- g) Sebagai acuan kegiatan monitoring dan evaluasi berkelanjutan tenaga medis
- h) Sebagai acuan kegiatan penempatan kembali tenaga medis dan pembaharuan kewenangan klinis
- i) Sebagai acuan kegiatan kredensial tenaga keperawatan
- j) Sebagai acuan kegiatan kredensial tenaga kesehatan lain
- k) Sebagai acuan kegiatan pengelolaan administrasi kepegawaian staf
- l) Sebagai acuan kegiatan remunerasi staf
- m) Sebagai acuan kegiatan pengelolaan kesejahteraan staf
- n) Sebagai acuan kegiatan kesehatan dan keselamatan staf

B. Ruang Lingkup Pelayanan

Ruang lingkup kegiatan pokok pelayanan untuk staf di RS Intan Husada terdiri dari:

1. Kegiatan perencanaan kebutuhan staf
2. Kegiatan penerimaan staf
3. Kegiatan orientasi staf
4. Kegiatan pendidikan dan pelatihan staf
5. Kegiatan penugasan tenaga medis
6. Kegiatan pemberian kewenangan klinis tenaga medis
7. Kegiatan monitoring dan evaluasi berkelanjutan tenaga medis
8. Kegiatan penempatan ulang tenaga medis dan pembaharuan kewenangan klinis
9. Kegiatan kredensial tenaga keperawatan
10. Kegiatan kredensial tenaga kesehatan lain
11. Kegiatan pengelolaan administrasi kepegawaian staf
12. Kegiatan remunerasi staf
13. Kegiatan pengelolaan kesejahteraan staf
14. Kegiatan kesehatan dan keselamatan staf

C. Batasan Operasional

1. Perencanaan kebutuhan staf adalah perencanaan kebutuhan staf rumah sakit terkait jumlah, jenis, kualifikasi yang meliputi persyaratan pendidikan, kompetensi,

kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Penerimaan staf adalah proses memperoleh calon tenaga kerja baru, baik itu staf klinis maupun staf nonklinis, untuk mengisi kekosongan jabatan di RS Intan Husada yang dilakukan melalui proses rekrutmen dan seleksi.
3. Orientasi staf adalah kegiatan pelatihan yang diberikan kepada semua staf klinis dan non klinis di unit kerja tempat staf bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja agar staf mengetahui dengan benar segala sesuatu tentang rumah sakit dan memahami tanggung jawab pekerjaan klinis atau non klinis untuk mencapai misi rumah sakit.
4. Pelatihan dan pendidikan staf adalah rangkaian proses pengembangan kemampuan kerja staf meliputi pemberian pelatihan atau pendidikan bagi staf untuk me-*refresh* maupun meng-*upgrade* ilmu pengetahuan dan kompetensi yang dimiliki untuk menunjang pekerjaan sesuai dengan profesinya sejalan dengan perkembangan rumah sakit.
5. Penugasan tenaga medis adalah proses yang meliputi penerimaan, kredensial, penilaian kinerja dan rekredensial staf medis seperti yang diatur dalam peraturan internal staf medis (*Medical Staff by Laws*).
6. Pemberian kewenangan klinis tenaga medis adalah penentuan kompetensi seorang anggota staf medis terkait keputusan tentang layanan klinis yang diizinkan untuk menerima, menangani, memberikan layanan klinis kepada pasien sesuai kualifikasinya guna melindungi keselamatan pasien dan mengembangkan mutu.
7. Monitoring dan evaluasi berkelanjutan anggota tenaga medis adalah proses dengan kegiatan terus menerus dalam mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional, dan hasil dari layanan klinis anggota staf medis sebagai informasi kritikal terhadap proses mempertahankan keanggotaan staf medis dan proses pemberian kewenangan klinis.
8. Penempatan ulang tenaga medis dan pembaharuan kewenangan klinis adalah proses tinjauan dokumentasi anggota staf medis untuk verifikasi kelanjutan izin, penambahan kewenangan klinis, pembatasan atau penghentian berdasarkan monitoring dan evaluasi berkelanjutan anggota staf medis.
9. Kredensial tenaga keperawatan adalah proses verifikasi dan evaluasi staf Keperawatan untuk mengidentifikasi tanggung jawab pekerjaan dan penugasan klinis dalam memberikan Asuhan Keperawatan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
10. Kredensial tenaga kesehatan lain adalah proses verifikasi dan evaluasi profesional pemberi Asuhan dan staf klinis lainnya untuk mengidentifikasi tanggung jawab pekerjaan dan penugasan klinis dalam memberikan Asuhan kepada pasien sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.
11. Pengelolaan administrasi kepegawaian staf adalah proses dalam mengatur, menyusun, menata, menyimpan, memperbaharui dan mengarsipkan data staf yang diperlukan dalam kelengkapan dokumen kepegawaian, meliputi STR, SIP, SIPP,

SIPA, kontrak kerja, surat tugas, SK, dan lain-lain guna terjalinnya hubungan kerja industrial yang harmonis antara rumah sakit dan para pekerja.

12. Remunerasi staf adalah proses pemberian kompensasi yang berlaku di rumah sakit atas pekerjaan yang dilakukan, dimana upah yang diberikan telah sesuai dengan ketentuan yang ada dan telah sesuai dengan standar pemerintah.
13. Pengelolaan kesejahteraan staf adalah proses pengelolaan yang meliputi pemenuhan hak yang harus diterima staf selama bekerja di rumah sakit, sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku meliputi hak cuti dan jaminan sosial.
14. Kesehatan dan keselamatan staf adalah program yang disusun oleh RS Intan Husada sebagai upaya dalam memberikan perlindungan kesehatan dan keselamatan staf selama menjalankan tugas kedinasannya.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Dalam upaya menjamin pelaksanaan kegiatan pelayanan Unit SDM dan Diklat yang optimal dengan misi operasional RS Intan Husada maka diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas. Adapun berbagai jenis *section* ketenagaan yang ada di Unit SDm dan Diklat adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1.	Kepala Unit SDM	Min. S1 (Umum)	<ul style="list-style-type: none"> - Wanita - Memiliki pengalaman kerja di Bidang HR minimal 2 tahun - Bersertifikat kompetensi dari Lembaga Sertifikasi Profesi sebagai Kepala Bagian HR - Memiliki kemampuan komunikasi yang baik - Menguasai regulasi Ketenagakerjaan - Memiliki kemampuan <i>Leadership</i> yang baik - Menguasai <i>Problem-Solving Skill</i> - Memiliki kemampuan konseptual, teknis dan hubungan antar manusia yang baik
2.	Staf Administrasi	Min. D3 (Administrasi)	<ul style="list-style-type: none"> - Wanita - Memiliki kemampuan komunikasi yang baik - Bersertifikat kompetensi dari Lembaga Sertifikasi Profesi sebagai Staf HR - Menguasai komputer terutama Ms. Office - Mampu bekerja dalam tim atau individu - Mengerti tentang administrasi kepegawaian dan hubungan industrial - Mampu bekerja dibawah tekanan
3.	Staf Diklat	Min. D3 (Umum)	<ul style="list-style-type: none"> - Pria/Wanita - Memiliki kemampuan komunikasi yang baik - Menguasai komputer terutama Ms. Office - Memahami tata cara rekrutmen - Memahami tata laksana diklat - Mampu bekerja dibawah tekanan - Mampu menjaga rahasia
4.	Staf Kepegawaian	Min. D3 (Administrasi)	<ul style="list-style-type: none"> - Pria/Wanita - Komunikatif - Menguasai komputer terutama Ms. Office - Mampu menguasai aplikasi kepegawaian (HRIS, absensi, dll)

			<ul style="list-style-type: none"> - Mampu melakukan dan mengawasi pengaturan shift Pegawai - Teliti - Mampu bekerja dibawah tekanan - Mampu menjaga rahasia
5.	Staf Penggajian Pegawai	Min. D3 (Keuangan)	<ul style="list-style-type: none"> - Pria/Wanita - Komunikatif - Berpenampilan Menarik - Mampu menguasai komputer terutama Ms. Office - Mengerti dan tahu perhitungan lembur, BPJS dan Pajak PPh pasal 21 - Mampu bekerja dibawah tekanan - Mampu menjaga rahasia
6.	Staf Penggajian Dokter	Min. D3 (Keuangan)	<ul style="list-style-type: none"> - Pria/Wanita - Komunikatif - Berpenampilan Menarik - Mampu menguasai komputer terutama Ms. Office - Mengerti dan tahu cara menghitung jasa dokter dan Pajak PPh pasal 21 - Mampu bekerja dibawah tekanan - Mampu menjaga rahasia

B. Distribusi Ketenagaan

Unit SDM dan Diklat paling sedikit terdiri dari 3 (tiga) sub unit dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dalam hal ini Kepala Unit SDM dan Diklat dibantu oleh:

1. Sub. Unit SDM (*Human Resource*), yang terdiri dari Staf Administrasi dan Staf Kepegawaian
2. Sub. Unit Diklat (*Learning and Development*), yang terdiri dari Staf Diklat
3. Sub. Unit Penggajian (*Payroll*), yang terdiri dari Staf Penggajian Pegawai dan Dokter

Tabel 2.2 Distribusi Ketenagaan

No.	Nama Jabatan	Jumlah (Orang)
1.	Kepala Unit SDM	1
2.	Staf Administrasi	1
3.	Staf Kepegawaian	1
4.	Staf Diklat	1
5.	Staf Penggajian Pegawai	1
6.	Staf Penggajian Dokter	1
Total		6

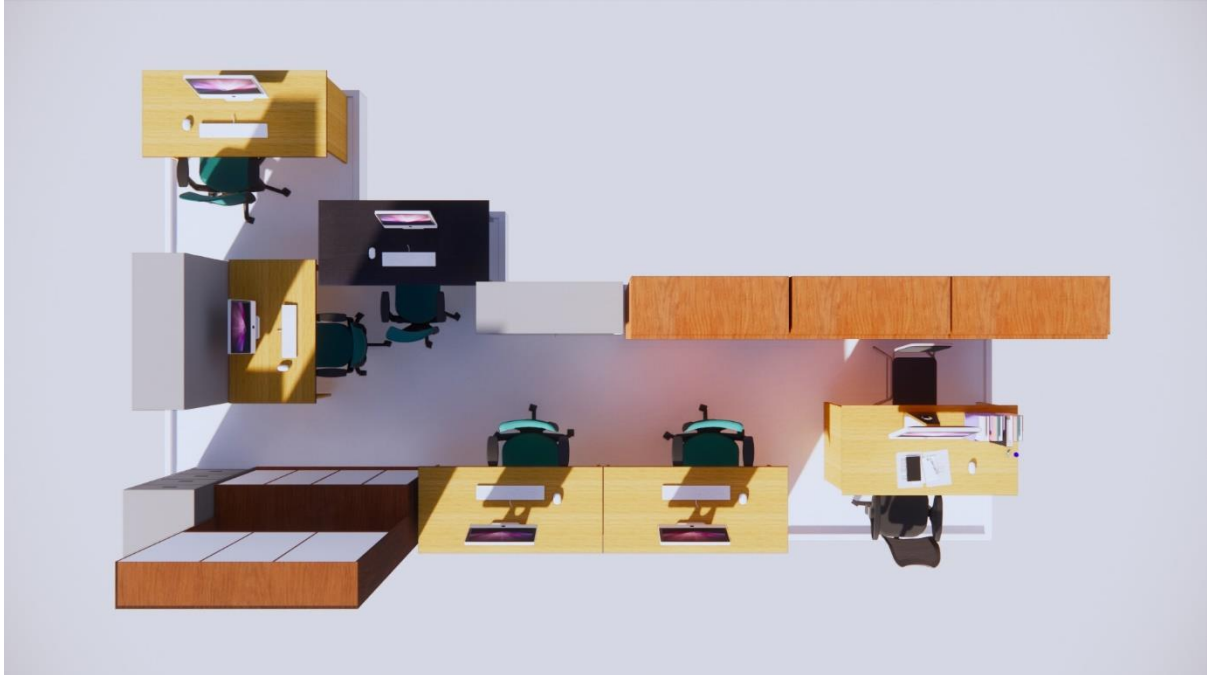
C. Pengaturan Jam Kerja

Tabel 2.3 Pengaturan Kerja

No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1.	Kepala Unit SDM	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
2.	Staf Administrasi SDM	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
3.	Staf Rekrutmen dan Diklat	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
4.	Staf Kepegawaian	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
5.	Staf Penggajian Pegawai	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
6.	Staf Penggajian Dokter	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang



Gambar 3.1 Denah Ruang Unit SDM dan Diklat

B. Standar Fasilitas

Sarana dan Prasarana di Unit SDM dan Diklat harus didukung dengan peralatan yang memadai agar penyelenggaraan kegiatan pelayanan staf di Unit SDM dan Diklat dapat berjalan dengan optimal dan sesuai dengan kriteria berikut:

1. Ruang SDM

Ruang Unit SDM dan Diklat terletak di area lantai 5 RS Intan Husada dengan luas 2 x 3 m², yang terdiri dari:

- Meja 6 buah
- Kursi 6 buah
- Komputer 4 set
- Laptop 2 buah
- Lemari 4 buah
- Printer 2 buah
- Flashdisk 1 buah
- Hardisk 1 buah
- Alat pemotong kertas 1 buah

2. Ruang Diklat

Ruang Penyelenggara Pendidikan dan Pelatihan RS Intan Husada terletak di Ruang Belajar lantai 5 dengan luas 5 x 6 m² yang dapat memuat hingga 30 peserta.

3. Ruang Konseling

Ruang Konseling atau ruang pelayanan staf yang bersifat pribadi terletak di Ruang Diskusi Lantai 5 yang terpisah dari ruangan SDM dan Diklat dan tertutup dengan luas 2,5 x 2 m², di dalamnya terdiri dari:

- 1 buah meja
- 4 buah kursi

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tata Laksana Perencanaan Kebutuhan Staf

1. Direktur RS Intan Husada menetapkan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit yang berdasarkan perencanaan strategis dan perencanaan tahunan sesuai kebutuhan rumah sakit.
2. Perencanaan kebutuhan staf mempertimbangkan rencana pengembangan pelayanan.
3. Perencanaan kebutuhan staf berdasarkan kebutuhan dari masing-masing unit kerja.
4. Pengaturan jumlah staf yang dibutuhkan setiap unit kerja disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Perhitungan perencanaan kebutuhan staf di unit kerja menggunakan faktor berikut:
 - a) Misi rumah sakit
 - b) Keragaman pasien yang harus dilayani, kompleksitas, dan intensitas kebutuhan pasien
 - c) Layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit
 - d) Volume pasien rawat inap dan rawat jalan
 - e) Teknologi medis yang digunakan untuk pasien
6. Kepala Unit kerja menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman staf untuk memenuhi kebutuhan.
7. Perencanaan staf termasuk di dalamnya membahas penugasan dan rotasi/alih fungsi staf.
8. Pola ketenagaan menggunakan proses yang sudah diakui untuk menentukan jenjang kepegawaian.
9. Pola ketenagaan disesuaikan dengan perencanaan kepegawaian meliputi:
 - a) Penempatan kembali dari satu unit layanan ke unit layanan lain karena alasan kompetensi, kebutuhan pasien, atau kekurangan staf
 - b) Mempertimbangkan keinginan staf untuk ditempatkan kembali karena alasan nilai-nilai, kepercayaan, dan agama
 - c) Memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan
10. Penyusunan pola ketenagaan dilakukan secara kolaborasi di masing-masing unit pelayanan yang meliputi jumlah, jenis, dan kualifikasi.
11. Kompetensi dan kewenangan menjadi dasar dalam menentukan penempatan, uraian jabatan, dan kriteria untuk evaluasi kinerja staf.
12. Setiap staf mempunyai uraian jabatan yang meliputi uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang.
13. Setiap jabatan memiliki persyaratan jabatan yang meliputi pendidikan dan kualifikasi.
14. Proses evaluasi dan pemutakhiran pola ketenagaan dan perencanaan kebutuhan staf dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali.
15. Efektivitas perencanaan staf dipantau secara berkelanjutan dan diperbaharui sesuai kebutuhan.
16. Proses rekrutmen staf klinis dan non klinis disesuaikan dengan kebutuhan melalui proses yang seragam.

17. Anggota staf klinis dan non klinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja, sesuai dengan tanggung jawabnya.
18. Unit kerja menyediakan data yang digunakan untuk evaluasi kinerja professional staf klinis dan non klinis.
19. Evaluasi staf klinis dan non klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala setiap 1 (satu) tahun sekali.
20. Setiap staf memiliki dokumen catatan yang memuat informasi tentang kualifikasi, pendidikan, pelatihan, kompetensi, uraian tugas, proses rekrutmen, riwayat pekerjaan, hasil evaluasi dan penilaian kinerja individual tahunan dalam file/dokumen kepegawaian yang selalu diperbaharui.

B. Tata Laksana Penerimaan Staf

Tata laksana penerimaan staf meliputi:

1. Rekrutmen

Rekrutmen adalah rangkaian proses pencarian dan pemilihan untuk mendapatkan staf yang efektif dan efisien guna tercapainya tujuan rumah sakit. Rekrutmen dilakukan berdasarkan analisa kebutuhan tenaga dimana ditentukan berdasarkan jenis pekerjaan yang dilakukan.

Dilihat dari sumbernya penerimaan calon staf dibagi menjadi dua yaitu:

a) Dari dalam RS Intan Husada (*Internal Resources*)

Menerima calon dari dalam RS Intan Husada sendiri memiliki keuntungan lebih yaitu calon sudah dikenal dan proses dapat dilakukan dengan lebih cepat dibanding dengan mengambil dari luar RS Intan Husada. Untuk mendapatkan calon pelamar dapat melalui:

- Informasi dari mulut ke mulut
- Pemberitahuan ke seluruh unit kerja akan adanya kebutuhan tenaga
- Penilaian kinerja

b) Dari luar RS Intan Husada (*External Resources*)

Proses penerimaan calon dari luar RS Intan Husada ini dapat dilakukan dengan cara:

- Dari mulut ke mulut
- Berkas-berkas pelamar yang melamar atas inisiatif sendiri
- Iklan lowongan kerja
- Rekomendasi

2. Seleksi

Seleksi adalah rangkaian proses yang dilakukan rumah sakit untuk memperoleh staf yang memenuhi kualifikasi dan kompetensi pada suatu jabatan yang dibutuhkan, meliputi:

a) Seleksi Umum

Seleksi umum adalah proses penyaringan dan pemilihan pelamar untuk diterima di RS Intan Husada yang dilaksanakan oleh unit SDM dan Diklat. Penerimaan staf baru di rumah sakit diadakan sesuai dengan kebutuhan tenaga di setiap unit kerja, sehingga tidak terjadi kekosongan atau pemborosan dalam hal ketenagakerjaan.

Proses seleksi tersebut meliputi beberapa hal berikut ini:

- a. Pemeriksaan administratif, yaitu proses pengecekan kelengkapan surat lamaran/*curriculum vitae* (Ijazah, KTP, Pas Foto, Sertifikat Kursus, Surat Ijin Profesi).
 - b. Pengisian formulir lamaran, yaitu proses pengisian formulir lamaran di rumah sakit.
 - c. Wawancara awal yaitu proses tanya jawab pada pelamar sesuai dengan rekomendasi unit kerja yang membutuhkan
 - d. Wawancara akhir yaitu proses pemberian informasi terkait benefit yang didapatkan apabila bekerja di RS Intan Husada
 - e. Pemeriksaan Kesehatan (*Medical Check Up*) yaitu proses tes kesehatan baik jasmani dan rohani pada diri pelamar
- b) Seleksi Khusus
- Setelah para pelamar lulus proses seleksi secara umum maka para pelamar diseleksi secara khusus oleh semua unit kerja yang memerlukan penambahan atau penggantian staf dengan berkoordinasi dengan unit SDM dan Diklat. Hal ini menyangkut pengetahuan dan kemampuan dalam menjalankan tugas sesuai dengan profesi, standar kompetensi dan kode etik masing-masing serta upah yang diterima oleh staf sesuai dengan standar yang berlaku di rumah sakit dan peraturan yang ditetapkan oleh pemerintah.
- Sedangkan bentuk tes khusus yang dilakukan bagi semua calon staf disetiap unit kerja, terdiri dari:
- (1) Tes Keterampilan Teori (Tes Tulis), yaitu proses tes menyangkut materi yang meliputi: pengetahuan, keterampilan, sikap dan wawasan yang dimiliki calon staf.
 - (2) Tes Keterampilan Teknis (Tes Praktik), yaitu proses tes lapangan sesuai dengan ruang lingkup kerja calon staf.
 - (3) Kredensi, yaitu proses Kredensial untuk seluruh calon staf klinis ditambah dengan tes MMPI untuk calon staf medis.

3. Verifikasi

Setiap pelamar yang dinyatakan lulus dalam proses penerimaan staf RS Intan Husada, dilakukan pemberkasan dan verifikasi ijazah kepada sumber primer yang mengeluarkan ijazah tersebut melalui email, surat konvensional, maupun telepon.

C. Tata Laksana Orientasi Staf

1. Setiap staf klinis dan non klinis diberikan orientasi di RS Intan Husada dan di unit kerjanya saat akan bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja.
2. Setiap staf diberitahu dengan benar segala sesuatu tentang rumah sakit dan diberi pemahaman terkait tanggung jawab pekerjaan klinis atau non klinis.
3. Orientasi yang diberikan yaitu orientasi umum dan orientasi khusus.
4. Orientasi umum yang diberikan terkait rumah sakit, mutu, keselamatan pasien, serta pencegahan dan pengendalian infeksi.
5. Orientasi khusus yang diberikan terkait unit kerja, uraian tugas, dan tanggung jawab dalam pekerjaannya.
6. Orientasi umum dan orientasi khusus diberikan kepada staf kontrak, staf magang, *internship* dan peserta didik.

7. Program Orientasi merupakan salah satu program di Unit SDM dan Diklat dalam memberikan pengarahan dan bimbingan serta mempersiapkan para staf baru agar dapat bekerja cepat, tepat dan efisien sesuai dengan peran dan fungsinya.
8. Program orientasi di RS Intan Husada terdiri dari:
 - 1) Orientasi Umum
 - Program orientasi umum adalah proses pengenalan secara umum tentang organisasi, tanggung jawab, hak dan kewajiban untuk calon staf.
 - Masa Orientasi Umum diadakan selama \pm 1 hari.
 - 2) Orientasi Khusus
 - Program orientasi khusus adalah proses pengenalan secara khusus tentang organisasi, tanggung jawab, hak dan kewajiban, standar prosedur perunit kerja untuk calon staf berdasarkan profesi.
 - Masa orientasi khusus diadakan selama 2 (dua) hari kemudian dilanjutkan dengan *on the job training* sampai dengan selama 2 (dua) minggu pertama sesuai dengan pengalaman yang dimiliki.
 - Setelah menjalani masa orientasi khusus dan *on the job training* selama kurang lebih 2 (dua) minggu, maka Koordinator/Kepala Ruangan/Kepala Unit/Manajer di unit kerja memberikan penilaian terhadap calon staf. Jika memenuhi standar perunit kerja maka calon staf dinyatakan lulus oleh Koordinator/ Kepala Ruangan/Kepala Unit Manajer di unit kerja dan berhak menjadi staf RS Intan Husada.

D. Tata Laksana Pendidikan dan Pelatihan Staf

1. Setiap staf mengikuti pendidikan dan pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit, termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya.
2. Program pendidikan dan pelatihan yang dilakukan, berdasarkan sumber data berikut:
 - a) Hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan
 - b) Monitor program manajemen fasilitas
 - c) Penggunaan teknologi medis baru
 - d) Keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja
 - e) Prosedur klinis baru
 - f) Rencana memberikan layanan baru di kemudian hari
3. Pendidikan dan pelatihan dilaksanakan sesuai dengan program kerja tahunan.
4. Setiap staf diberikan pendidikan dan pelatihan profesional berkelanjutan di dalam dan di luar rumah sakit yang relevan untuk meningkatkan kemampuannya.
5. RS Intan Husada menyediakan waktu, anggaran dan fasilitas untuk semua staf yang mengikuti pendidikan dan pelatihan.
6. Hasil capaian pendidikan dan pelatihan yang telah dilaksanakan didokumentasikan dalam *file*/dokumen kepegawaian.
7. Setiap staf yang memberikan Asuhan kepada pasien diberikan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar dan tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit.
8. Staf yang menjadi tim *code blue* diberikan pelatihan bantuan hidup lanjut.
9. Pelatihan tersebut diberikan minimal setiap 2 (dua) tahun sekali.

10. Staf yang telah lulus dari pelatihan dapat memperagakan hasil pelatihannya.
11. RS Intan Husada menyelenggarakan pelayanan kesehatan, keselamatan staf dan penanganan kekerasan di tempat kerja.
12. RS Intan Husada mengidentifikasi risiko staf yang terpapar atau tertular dan melaksanakan pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi.
13. RS Intan Husada melaksanakan evaluasi, memberikan konseling, dan tindak lanjut kepada staf yang terpapar penyakit infeksi.
14. RS Intan Husada mengidentifikasi area yang berpotensi terjadinya kekerasan di tempat kerja dan melaksanakan upaya-upaya terukur untuk mengurangi risiko tersebut.
15. RS Intan Husada melaksanakan evaluasi, memberikan konseling dan melaksanakan tindak lanjut kepada staf yang cedera akibat kekerasan di tempat kerja.
16. RS Intan Husada mencatat dan mendokumentasikan setiap kejadian terhadap staf yang terpapar infeksi dan mengalami kekerasan.
17. Pendidikan dan Pelatihan dilakukan sebagai sarana untuk menunjang karir/pekerjaan dari staf di unit kerja. Pendidikan dan pelatihan tersebut diatur oleh ketentuan yang berlaku dan setiap peserta yang dikirim untuk pelatihan diajukan oleh Manajer perunit kerja.
18. Program pendidikan dan pelatihan staf di RS Intan Husada dilaksanakan berdasarkan ketentuan berikut:
 - a) Tujuan
Untuk meningkatkan kualitas dan produktivitas kerja staf secara optimal dan peningkatan kompetensi staf, maka rumah sakit akan memberi kesempatan kepada staf yang berpotensi untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan sesuai dengan:
 - 1) Perkembangan rumah sakit
 - 2) Lowongan atau pemindahan tugas.
 - b) Waktu
 - 1) Pendidikan atau pelatihan staf dilakukan diluar jam kerja, kecuali untuk jenis pelatihan *on the job training*.
 - 2) Pendidikan atau pelatihan staf tidak diperhitungkan sebagai jam kerja di RS Intan Husada, kecuali *on the job training*, atau karena sesuatu hal terpaksa diadakan di jam kerja staf.
 - c) Kewajiban atasan terhadap bawahannya
 - 1) Atasan staf yang bersangkutan dan unit SDM dan Diklat akan memantau dan mengevaluasi kinerja staf untuk menentukan jenis pendidikan dan atau pelatihan yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan staf, serta kualitas dan produktivitas kerja staf.
 - 2) Atasan staf berkewajiban untuk menjadi tenaga pendidik dan pelatih.
 - 3) Modul pendidikan dan atau pelatihan bagi pengembangan staf disesuaikan dengan kebutuhan unit kerja dimana staf tersebut berada, dimana jenis modul dan pelaksanaan pendidikan dan atau pelatihan harus dibuat atau mendapat persetujuan terlebih dahulu dari unit SDM dan Diklat.
 - d) Kewajiban staf untuk mengikuti diklat
 - 1) Setiap staf wajib untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan yang telah ditetapkan dan disediakan oleh RS Intan Husada.
 - 2) Bagi staf yang telah dikukuhkan untuk mengikuti pendidikan atau pelatihan dan

tidak dapat hadir pada waktu yang telah ditentukan, yang bersangkutan harus memberikan alasan tertulis yang disahkan oleh atasannya. Staf yang lalai melaksanakan hal tersebut dapat dikenakan sanksi administratif.

e) Syarat dan ketentuan

Untuk mengikuti pendidikan atau pelatihan, setiap staf wajib memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- 1) Tujuan pendidikan dan pelatihan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit
- 2) Menunjukkan prestasi kerja
- 3) Masa kerja minimal 1 tahun
- 4) Usia dengan memperhatikan kecukupan waktu pasca pendidikan untuk mengabdikan keahliannya bagi kepentingan rumah sakit
- 5) Menyerahkan seluruh materi pendidikan dan sertifikat asli kepada Unit SDM dan Diklat.
- 6) Mengajar dan mengalihkan pengetahuan (*transfer knowledge*) kepada staf yang ditunjuk rumah sakit.

f) Bagi staf yang mengikuti diklat, apabila:

- 1) Waktu kerjanya kurang dari waktu kerja standar yang ditetapkan, maka upah staf yang bersangkutan akan dibayar secara proporsional.
- 2) Menurut penilaian ternyata pekerjaannya menjadi terganggu, maka RS Intan Husada dapat melakukan pemindahan tugas, rotasi, mutasi atau demosi dan menyesuaikan upah sesuai dengan tugas dan posisi yang baru, atau kepada staf yang bersangkutan dapat diberi izin meninggalkan pekerjaan tanpa mendapatkan upah selama menjalankan masa pendidikan.

E. Tata Laksana Penugasan Tenaga Medis

1. RS Intan Husada menyelenggarakan pengumpulan dokumen kredensial dari anggota staf medis yang diberi izin memberikan Asuhan kepada pasien secara mandiri.
2. Dokumen kredensial diverifikasi dari sumber primer yang mengeluarkan dokumen melalui email, surat konvensional, maupun telepon.
3. Dokumen kredensial yang dimaksud meliputi:
 - a) Ijazah dari fakultas kedokteran
 - b) STR, izin praktik yang masih berlaku
 - c) Bukti pendidikan dan pelatihan yang telah mendapat pengakuan dari organisasi profesi kedokteran
 - d) Bukti pelanggaran etik atau disiplin
 - e) Rekomendasi mampu secara fisik maupun mental memberikan Asuhan kepada pasien
 - f) Dokumen pendukung lainnya
4. RS Intan Husada melaksanakan verifikasi terkini terhadap pendidikan, registrasi, izin, pengalaman dan lainnya dalam kredensialing staf medis.
5. Proses penerimaan, penilaian kinerja dan rekredensial staf medis diatur dalam peraturan internal staf medis.
6. Setiap staf medis yang memberikan pelayanan di rumah sakit menandatangani perjanjian kerja sama yang berlaku di rumah sakit.
7. Pengangkatan staf medis dibuat berdasarkan kebijakan rumah sakit dan dilakukan sampai setidaknya STR telah diverifikasi dari sumber primer.

8. Staf medis yang semua proses kredensial belum terverifikasi dari sumber primer dapat melakukan pelayanan Perawatan pasien di bawah supervisi.
9. Supervisor yang ditunjuk didokumentasikan dalam arsip kredensial staf medis tersebut.
10. Rekredensial dilakukan setiap 3 (tiga) tahun sekali.

F. Tata Laksana Pemberian Kewenangan Klinis Tenaga Medis

1. Direktur menetapkan kewenangan klinis setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik.
2. Kewenangan klinis tambahan diberikan setelah dilakukan verifikasi dari sumber yang mengeluarkan kredensial.
3. Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis disampaikan kepada staf medis yang bersangkutan.
4. Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis tersedia dalam bentuk tercetak maupun elektronik (*softcopy*).
5. Setiap anggota staf medis hanya memberikan pelayanan spesifik yang ditentukan oleh RS Intan Husada.

G. Tata Laksana Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan Tenaga Medis

1. RS Intan Husada melaksanakan proses evaluasi mutu dan keselamatan Asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis.
2. Monitoring dan evaluasi berkelanjutan dari staf medis memuat 3 (tiga) area umum, yaitu perilaku, pengembangan profesional dan kinerja klinis.
3. Evaluasi perilaku memuat:
 - a) Ada atau tidaknya perilaku yang melanggar kode etik dan disiplin profesi dan rumah sakit
 - b) Ada atau tidaknya laporan dari anggota staf medis tentang perilaku yang mengganggu
4. Evaluasi pengembangan profesional memuat:
 - a) Asuhan pasien, penyediaan Asuhan penuh kasih, tepat dan efektif dalam promosi Kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan Asuhan di akhir hidup.
 - b) Pengetahuan medik/klinis termasuk pengetahuan biomedik, klinis, epidemiologi, ilmu pengetahuan sosial budaya, dan pendidikan kepada pasien.
 - c) Praktik belajar berdasar bukti dan pengembangan, penggunaan bukti ilmiah dan metode pemeriksaan, evaluasi serta perbaikan Asuhan pasien berkelanjutan.
 - d) Kepandaian berkomunikasi antar personal termasuk menjaga dan meningkatkan pertukaran informasi dengan pasien, keluarga pasien dan anggota tim layanan Kesehatan yang lain.
 - e) Profesionalisme, janji mengembangkan profesionalitas terus menerus, praktik etik, pengertian terhadap perbedaan, serta perilaku bertanggung jawab terhadap pasien, profesi, dan masyarakat.
 - f) Praktik berbasis sistem, serta sadar dan tanggap terhadap jangkauan sistem pelayanan Kesehatan yang lebih luas.

- g) Mengelola sumber daya, memahami pentingnya sumber daya dan berpartisipasi melaksanakan Asuhan yang efisien, serta menghindari penyalahgunaan pemeriksaan untuk diagnostic dan terapi yang tidak ada manfaatnya bagi pasienserta meningkatkan biaya pelayanan Kesehatan.
- h) Kinerja anggota staf medis relevan atau tidak dengan potensi pengembangan kemampuan professional staf medis.
- 5. Evaluasi kinerja klinis memuat:
 - a) Apakah kinerja anggota staf medis mendukung budaya aman/keselamatan di rumah sakit.
 - b) Penilaian atas informasi umum dan spesifik terkait kewenangan anggota staf medis dalam memberikan pelayanan.
- 6. Monitoring dan evaluasi anggota staf medis berdasar atas berbagai sumber data cetak, data elektronik, observasi dan interaksi teman sejawat.
- 7. Monitoring dan evaluasi staf medis direview oleh Kepala Unit SDM dan Diklat, Manajer Pelayanan Medik dan Komite Medik setiap 1 (satu) tahun sekali.
- 8. Temuan, simpulan, dan tindakan yang direkomendasikan dicatat di *file*/dokumen staf medis yang bersangkutan serta tercermin di kewenangan klinisnya.
- 9. Anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar atas pendidikan dan pelatihan lanjutan yang telah diverifikasi dari sumber primernya.
- 10. Kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar atas:
 - a) Hasil dari proses tinjauan praktik professional berkelanjutan
 - b) Pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi
 - c) Temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian
 - d) Kesehatan staf medis
 - e) Permintaan staf medis

H. Tata Laksana Penempatan Ulang Tenaga Medis dan Pembaharuan Kewenangan Klinis

- 1. RS Intan Husada menetapkan proses penetapan ulang staf medis dan pembaharuan kewenangan klinis paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.
- 2. Dokumen anggota staf medis yang diverifikasi saat pembaharuan klinis antara lain:
 - a) Kelanjutan izin
 - b) Dokumen pendukung penambahan kewenangan klinis atau tanggung jawab di rumah sakit
 - c) Dokumen yang menyatakan bahwa anggota staf medis mampu secara fisik dan mental memberikan Asuhan dan pengobatan tanpa supervisi
 - d) Dokumen yang menyatakan bahwa anggota staf medis tidak terkena tindakan etik dan disiplin
- 3. Dokumen anggota staf medis diperbaharui secara berkala paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali.

I. Tata Laksana Kredensial Tenaga Keperawatan

- 1. RS Intan Husada mengumpulkan, melakukan verifikasi, dan mengevaluasi kredensial setiap staf Keperawatan melalui proses yang efektif.

2. Setiap Perawat dikredensial untuk memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien secara aman dan efektif.
3. RS Intan Husada mengumpulkan semua berkas kredensial staf Keperawatan yang meliputi:
 - a) Bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, evaluasi dan peningkatan kinerja professional, pelatihan dan pengalaman
 - b) Bukti kompetensi dari tempat Perawat bekerja sebelumnya
 - c) Surat rekomendasi lain, seperti riwayat kesehatan, dan sebagainya
4. RS Intan Husada melakukan verifikasi dokumen kredensial Staf Keperawatan kepada sumber aslinya, dan sumber lain apabila verifikasi tidak dapat dilakukan karena *force majeure*.
5. Hasil kredensial Perawat berupa surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis yang menjadi landasan untuk membuat uraian tugas, wewenang, dan tanggung jawab klinis di unit pelayanan tempat Perawat tersebut ditugaskan.
6. Pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis Perawat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
7. Berkas kredensial dari setiap staf Keperawatan dipelihara dengan baik.
8. RS Intan Husada melakukan evaluasi kinerja professional Keperawatan berkelanjutan berdasarkan partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.
9. Penilaian kinerja professional berkelanjutan staf Keperawatan meliputi:
 - a) Perilaku, etik dan disiplin
 - b) Pengembangan profesionalisme, antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan dalam aktivitas peningkatan mutu
 - c) Evaluasi kinerja klinis
10. Evaluasi klinis staf Keperawatan dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali.

J. Tata Laksana Kredensial Tenaga Kesehatan Lain

1. RS Intan Husada mengumpulkan, melakukan verifikasi, dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi Asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya melalui proses yang efektif.
2. Setiap PPA dan staf klinis lainnya dikredensial untuk memberikan Asuhan kepada pasien secara aman dan efektif sesuai dengan aturan praktik profesinya.
3. RS Intan Husada mengumpulkan semua berkas kredensial PPA dan staf klinis lainnya yang meliputi:
 - a) Bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, evaluasi dan peningkatan kinerja professional, pelatihan dan pengalaman
 - b) Bukti kompetensi dari tempat PPA dan staf klinis lainnya bekerja sebelumnya
 - c) Surat rekomendasi lain, seperti riwayat kesehatan, dan sebagainya
4. RS Intan Husada melakukan verifikasi dokumen kredensial PPA dan staf klinis lainnya kepada sumber aslinya, dan sumber lain apabila verifikasi tidak dapat dilakukan karena *force majeure*.
5. Hasil kredensial PPA dan staf klinis lainnya berupa rincian kewenangan klinis.
6. Pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis PPA dan staf klinis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

7. Berkas kredensial dari setiap PPA dan staf klinis lainnya dipelihara dengan baik.
8. RS Intan Husada melakukan evaluasi kinerja PPA dan staf klinis lainnya berdasarkan partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.
9. Penilaian kinerja professional berkelanjutan PPA dan staf klinis lainnya meliputi:
 - a) Perilaku, etik dan disiplin
 - b) Pengembangan profesionalisme, antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan dalam aktivitas peningkatan mutu
 - c) Evaluasi kinerja klinis
10. Evaluasi klinis PPA dan staf klinis lainnya dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali.

K. Tata Laksana Pengelolaan Administrasi Kepegawaian Staf

1. Pengelolaan administrasi kepegawaian staf dilakukan untuk membantu memberikan pelayanan informasi kepegawaian yang efektif dan efisien serta guna terjalinnya hubungan kerja industrial yang harmonis antara rumah sakit dan para pekerja.
2. Ruang lingkup administrasi kepegawaian meliputi tata kelola administrasi dalam bentuk dokumen fisik maupun non fisik sebagai berikut:
 - a) Dokumen Fisik:
 - 1) Berkas lamaran staf
 - 2) Surat Tugas/Surat Keputusan Direktur
 - 3) Perjanjian Kerja
 - 4) Surat Izin Praktek
 - 5) Sertifikat Pelatihan
 - b) Dokumen Non Fisik:
 - 1) Data staf dalam komputer di unit SDM dan Diklat
 - 2) Data staf pada website Kementerian Tenaga Kerja
 - 3) Data staf pada website Kementerian Kesehatan
3. Pengelolaan administrasi staf di RS Intan Husada meliputi:
 - a) Dokumen yang disimpan antara lain:
 - 1) Fotokopi Akta Kelahiran
 - 2) Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
 - 3) Fotokopi Kartu Keluarga
 - 4) Fotokopi Akta Nikah
 - 5) Surat Lamaran
 - 6) Daftar Riwayat Hidup
 - 7) Surat Penugasan Klinis (untuk tenaga kesehatan)
 - 8) Rincian Kewenangan Klinis (untuk tenaga kesehatan)
 - 9) Fotokopi Ijazah SD
 - 10) Fotokopi Ijazah SMP
 - 11) Fotokopi Ijazah SMA
 - 12) Fotokopi Ijazah Perguruan Tinggi
 - 13) Fotokopi Transkrip Nilai Terakhir
 - 14) Surat Tanda Registrasi (untuk tenaga kesehatan)
 - 15) Surat Izin Praktek (untuk tenaga kesehatan)
 - 16) SK Pengangkatan Pegawai Tetap
 - 17) Surat Perjanjian Kontrak Kerja

- 18) Sertifikat Pelatihan/Pendidikan
- b) Prosedur Penyimpanan Dokumen Kepegawaian
 - 1) Memberikan label nama pada map dokumen staf
 - 2) Dokumen kepegawaian disusun ke dalam map berdasarkan urutan pada poin a) diatas.
 - 3) Disimpan pada lemari penyimpanan dokumen kepegawaian sesuai dengan urutan nama dari mulai A – Z
4. Prosedur Pelayanan Administrasi Kepegawaian adalah sebagai berikut:
 - a) Permintaan Surat Keterangan/Pernyataan/Rekomendasi
 - 1) Staf mengisi formulir yang disediakan di Unit SDM dan Diklat
 - 2) Melampirkan dokumen yang berkaitan dengan keperluan pembuatan surat
 - 3) Staf administrasi membuat surat yang dibutuhkan kemudian diajukan untuk di tandatangan oleh Direktur
 - b) Surat Pengalaman Bekerja
 - 1) Staf yang akan mengundurkan diri membuat surat pengunduran diri yang sudah disetujui oleh Kepala Unit dan Manajer terkait untuk kemudian diajukan ke Unit SDM dan Diklat
 - 2) Staf mengisi formulir yang disediakan di Unit SDM dan Diklat
 - 3) Staf administrasi membuat surat pengalaman bekerja dengan melampirkan surat pengunduran diri staf kemudian diajukan untuk di tandatangan oleh Direktur
 - c) Pembuatan surat tugas dan perjalanan dinas
 - 1) Staf yang akan melaksanakan tugas dinas luar berkoordinasi dengan unit SDM dan Diklat
 - 2) Surat tugas dibuat dan dilaksanakan atas persetujuan Direktur
 - 3) Surat perintah perjalanan dinas dikeluarkan oleh unit SDM dan Diklat berdasarkan atas surat tugas yang telah disetujui
5. Penyimpanan file/dokumen surat masuk dan surat keluar diarsipkan dengan baik di unit SDM dan Diklat.
6. Prosedur pembuatan perjanjian kerja staf

Perjanjian kerja staf dibuat apabila staf sudah lulus dalam tahap seleksi penerimaan pegawai. Jangka waktu kontrak kerja sesuai dengan perjanjian atau kesepakatan yang dikehendaki antara staf dan RS Intan Husada. Adapun prosedur untuk perpanjangan perjanjian kerja sebagai berikut:

 - a) Unit kerja mengajukan perpanjangan kontrak staf yang akan habis masa kontraknya dengan mengisi Formulir Perubahan Jumlah Staf yang ada di Unit SDM dan Diklat maksimal 30 hari sebelum kontrak berakhir
 - b) Evaluasi penilaian kinerja staf yang bersangkutan dilampirkan sebagai dasar pertimbangan perpanjangan kontrak.
 - c) Setelah disetujui oleh Direktur, Staf Administrasi Kepegawaian membuat kontrak kerja dengan memperbaharui jangka waktu kontrak.
 - d) Membuat jadwal untuk tandatangan kontrak kerja.
 - e) Apabila staf tidak memperpanjang kontrak, maka staf tersebut harus membuat surat tidak perpanjang kontrak dan diserahkan ke Unit SDM dan Diklat maksimal 30 hari sebelum kontrak berakhir.

L. Tata Laksana Remunerasi Staf

1. Remunerasi staf diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan motivasi dan semangat kerja agar dapat mencapai tingkat produktivitas kerja yang optimal.
2. Remunerasi staf yang berlaku di RS Intan Husada disesuaikan dengan aturan pemerintah yang ada.
3. Remunerasi staf terdiri dari remunerasi staf medis dan staf non medis.
4. Jenis pemberian kompensasi dalam remunerasi staf medis disesuaikan dengan kesepakatan antara rumah sakit dan staf medis yang bersangkutan yang tertuang dalam perjanjian kerjasama.
5. Kompensasi staf medis diberikan dalam bentuk jasa medis dan honor lainnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RS Intan Husada.
6. Jenis pemberian kompensasi dalam remunerasi staf non medis di RS Intan Husada terdiri dari:
 - a) Gaji Pokok
Gaji Pokok diberikan pada tanggal 25 setiap bulannya disesuaikan dengan pendidikan dan masa kerja dan mengalami kenaikan sesuai kebijakan RS Intan Husada.
 - b) Tunjangan Keluarga
Tunjangan keluarga diberikan pada tanggal 25 setiap bulannya yang diberikan untuk suami/istri dan 2 (dua) orang anak dengan melampirkan bukti Akta Kelahiran dan Kartu Keluarga.
 - c) Tunjangan Vitamin dan Susu
Tunjangan Vitamin dan Susu diberikan pada tanggal 20 setiap bulannya dalam bentuk voucher untuk membeli kebutuhan obat-obatan, vitamin dan susu di unit Farmasi RS Intan Husada. Besaran voucher yang diterima setiap staf berbeda sesuai dengan status kepegawaianya. Batas penukaran voucher vitamin dan susu adalah 1 (satu) bulan sejak diberikan.
 - d) Tunjangan Rumah Tangga
Tunjangan Rumah Tangga diberikan pada tanggal 20 setiap bulannya. Tunjangan rumah tangga dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu berupa kebutuhan rumah tangga (beras, minyak, detergen) dan voucher yang dapat dibelanjakan di Intanmart.
 - e) Tunjangan Transportasi
Tunjangan transportasi diberikan pada tanggal 5 setiap bulannya. Besaran tunjangan transportasi ditentukan sesuai dengan level jabatannya.
 - f) Insentif
Insentif diberikan pada tanggal 15 setiap bulannya. Besaran insentif berbeda satu dengan lainnya disesuaikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - g) Tunjangan Kesejahteraan dan Santunan
Tunjangan kesejahteraan dan santunan diberikan untuk staf yang menikah, melahirkan/istri melahirkan, mengkhitan anak, atau ada anggota keluarga inti yang meninggal dan terkena musibah.
 - h) Bonus
Bonus diberikan apabila RS Intan Husada mencapai pendapatan tahunan yang melebihi dari target yang ditentukan atau menghasilkan laba. Besaran bonus disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit.

-
7. Rincian perhitungan remunerasi staf lebih lanjut dalam Panduan Remunerasi Staf RS Intan Husada.

M. Tata Laksana Pengelolaan Kesejahteraan Staf

1. Kesejahteraan staf yang dikelola di unit SDM dan Diklat meliputi:
 - a) Pemberian hak cuti
Hak cuti yang diberikan kepada staf di RS Intan Husada disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b) Kepesertaan jaminan sosial
Staf di RS Intan Husada didaftarkan keanggotaannya sebagai peserta jaminan sosial yang ditetapkan oleh pemerintah, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
2. Pengelolaan kesejahteraan staf selanjutnya diatur dalam panduan tersendiri.

N. Tata Laksana Kesehatan dan Keselamatan Staf

1. RS Intan Husada menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf.
2. Pelayanan kesehatan dan keselamatan staf diselenggarakan guna menjaga kesehatan fisik, mental, kepuasan, produktivitas dan keselamatan staf dalam bekerja.
3. Staf yang mempunyai risiko terpapar infeksi karena pekerjaannya yang berhubungan baik secara langsung dan maupun tidak langsung dengan pasien.
4. Identifikasi sumber infeksi berdasarkan atas epidemiologi guna menemukan staf yang berisiko terpapar infeksi.
5. Program pencegahan yang dilakukan RS Intan Husada diantaranya dengan pemeriksaan kesehatan, imunisasi dan vaksinasi.
6. RS Intan Husada juga mengadakan program pencegahan tindakan kekerasan yang dapat terjadi di rumah sakit.
7. Program kesehatan dan keselamatan staf mencakup hal-hal berikut ini:
 - a. Skrining kesehatan awal
 - b. Tindakan untuk mengendalikan pajanan 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/pandemik.
8. Penyusunan program mempertimbangkan masukan dari staf serta penggunaan sumber daya klinis yang ada di rumah sakit dan di masyarakat.

BAB V LOGISTIK

A. Perencanaan logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Unit SDM dan Diklat sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien.

Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di Unit SDM dan Diklat meliputi:

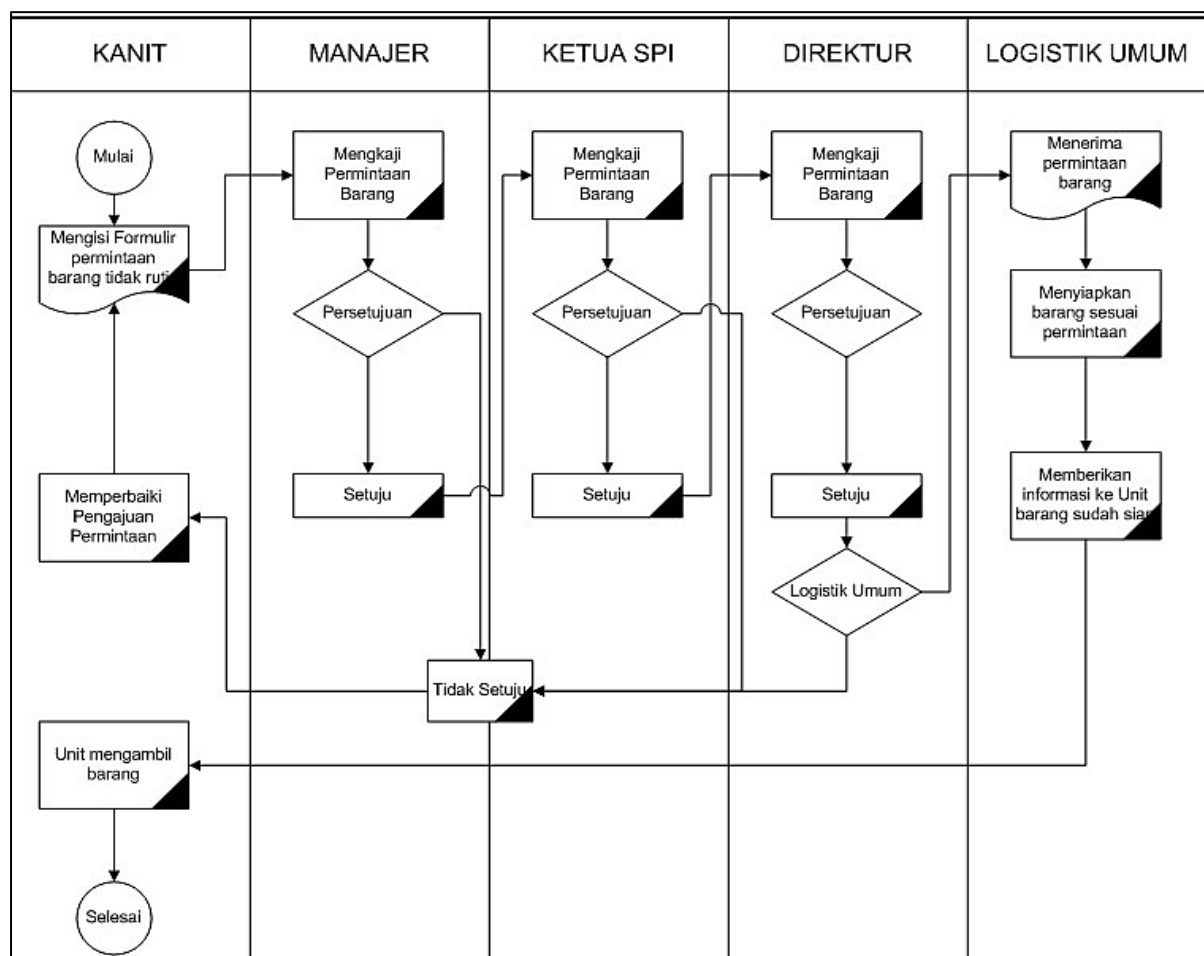
Tabel 5.1 Barang Logistik Umum

No	Jenis Barang Logistik Umum	Standar Stok Minimal	Alur Pengadaan	
			Rutin	Tidak Rutin
1.	Kertas A4	3 rim	√	
2.	Amplop	4 box	√	
3.	Bindex	4 pcs	√	
4.	Clip trigonal no 3 & no 5	4 pcs	√	
5.	Klip Binder 111 (25mm)/ 12 pcs	3 pcs	√	
6.	Spidol permanen dan board marker	4 pcs	√	
7.	Pulpen, Pensil, penghapus	20 pcs	√	
8.	Lem kertas	3 pcs	√	
9.	Label 108,109/ 10 shet	5 pak	√	
10.	Label 103/ 10 shet	5 pak	√	
11.	Lakban bening, lakban hitam	3 pcs	√	
12.	Refil tinta printer	3 pcs	√	
13.	Status rekam medis pasien	3 bundel	√	
14.	Isi <i>Cutter</i> dan <i>staples</i>	3 pak	√	
15.	Plastik Cover	1 rim	√	
16.	Buku Kecil	3 pcs	√	
17.	Formulir formulir Asuhan pasien	3 bundel	√	
18.	Formulir rincian tindakan dan alkes	3 bundel	√	
19.	<i>Staples</i> No 3, 10	3 pcs	√	
20.	Tisu <i>Facial</i>	3 pcs	√	

21.	Medi Trash Plastik Kuning, Putih 60 x 100 cm/ 16 lembar	3 pcs	√	
22.	Plastik Kuning 55X 60 cm	3 pcs	√	
23.	Plastik Klip Obat 25x 35/ 100 lembar	3 pcs	√	
24.	Plastik putih polos 24 cm/ 100pcs	3 pcs	√	
25.	Pos It 3 x 3 Inch /100 pcs	3 pcs	√	
26.	Baterai AAA (Kecil)	3 pcs	√	
27.	Baterai AA (Sedang)	3 pcs	√	
28.	Baterai C (Besar)	4 pcs	√	

B. Alur Logistik

Pengadaan logistik di Unit SDM dan Diklat dilakukan melalui Unit Logistik Umum, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan. Adapun pengadaan logistik di Unit SDM dan Diklat dilakukan berdasarkan alur sebagai berikut:



Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik

C. Pengendalian Logistik

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Unit SDM dan Diklat adalah:

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

D. Monitoring dan Evaluasi Logistik

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Unit SDM dan Diklat diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
2. Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
3. Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

BAB VI

KESELAMATAN

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien

Identifikasi risiko yang dapat diderita oleh pasien atas tindakan/pelayanan di unit SDM dan Diklat meliputi:

1. Mengidentifikasi calon staf dengan benar saat penerimaan.
2. Mengidentifikasi dokumen calon staf telah memenuhi persyaratan yang ditentukan.
3. Memverifikasi terhadap dokumen calon staf kepada sumbernya.
4. Mengidentifikasi perizinan staf medis, staf Keperawatan, PPA dan staf klinis lainnya untuk melakukan Asuhan kepada pasien.
5. Mengidentifikasi perizinan staf klinis masih berlaku.
6. Mengidentifikasi semua staf memiliki kompetensi yang diperlukan oleh rumah sakit.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

Manajemen keselamatan pasien di unit SDM dan Diklat meliputi:

1. Melakukan pengecekan calon staf saat penerimaan sesuai dengan kriteria yang dipersyaratkan pada saat perencanaan.
2. Melakukan pemeriksaan dokumen dalam penerimaan calon staf dengan seksama.
3. Melakukan konfirmasi/verifikasi terhadap dokumen calon staf bahwa dokumen yang diserahkan adalah benar dan sah.
4. Memastikan staf medis, staf Keperawatan, PPA dan staf klinis lainnya memiliki izin dalam memberikan Asuhan kepada pasien.
5. Memastikan STR, SIP, SIPP, SIPA dan perizinan staf klinis lainnya masih berlaku.
6. Memberikan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi staf.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien

Pencegahan dan pengendalian risiko keselamatan pasien yang dapat dilakukan di unit SDM dan Diklat antara lain:

1. Membuat panduan perencanaan staf.
2. Membuat Standar Prosedur Operasional dalam penerimaan staf.
3. Membuat surat permohonan verifikasi ijazah kepada kampus yang mengeluarkannya.
4. Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan terkait pembuatan izin praktik staf klinis.
5. Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat terkait perpanjangan izin praktik staf klinis.
6. Membuat panduan pendidikan dan pelatihan staf.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Keselamatan Kerja (*Safety*) adalah segala upaya atau tindakan yang harus diterapkan dalam rangka menghindari kecelakaan yang terjadi akibat kesalahan kerja staf ataupun kelalaian dan kesengajaan. Kesehatan dan keselamatan kerja merupakan bagian dari kegiatan yang berkaitan erat dengan kejadian yang disebabkan akibat kelalaian staf yang dapat mengakibatkan penyakit akibat kerja atau kecelakaan kerja.

Kondisi yang dapat mengurangi bahaya dan terjadinya kecelakaan dalam proses pelayanan terhadap staf ataupun penyelenggaraan pelatihan di Unit SDM dan Diklat adalah melalui pekerjaan yang terorganisir dengan baik, dikerjakan sesuai dengan prosedur, tempat kerja yang aman dan terjamin kebersihannya serta istirahat yang cukup.

Kecelakaan kerja tidak terjadi dengan sendirinya, biasanya terjadi dengan tiba-tiba dan tidak direncanakan sehingga menyebabkan kerusakan pada peralatan maupun dapat melukai staf. Sistem manajemen risiko akan membantu dalam mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Adapun upaya yang dilakukan oleh Unit SDM dan Diklat dalam kegiatan penilaian risiko meliputi:

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja

Identifikasi risiko keselamatan kerja staf (*staff safety*) di Unit SDM dan Diklat adalah usaha pengenalan/identifikasi risiko-risiko keselamatan kerja yang mungkin timbul dalam kegiatan/pekerjaan yang dilakukan oleh Unit SDM dan Diklat, diantaranya:

1. Risiko kebakaran dan bencana alam lainnya
2. Risiko terjatuh/terpeleset
3. Risiko pernapasan dari debu yang ditimbulkan
4. Risiko penularan penyakit
5. Risiko psikosial
6. Risiko bahaya fisika (bising, cahaya, listrik, panas, getaran)

B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja

Manajemen Risiko Keselamatan Kerja pada Unit SDM dan Diklat adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko keselamatan dan kecelakaan pada staf SDM dan Diklat. Manajemen risiko pada Unit SDM dan Diklat meliputi:

1. Risiko Kebakaran
 - a) Pengawasan yang baik terhadap kemungkinan kebakaran.
 - b) Terdapat akses jalan untuk tindakan penyelamatan diri ketika terjadi kebakaran.
 - c) Pelatihan dan simulasi kebakaran dan bencana lainnya.
2. Risiko Terjatuh/Terpeleset
 - a) Penyusunan dan sosialisasi Panduan & SPO yang berkaitan dengan tugas kerja.
 - b) Memastikan lantai tempat kerja tidak licin dan tidak terdapat genangan air.
 - c) Bekerjasama dengan petugas *cleaning service* terkait pembersihan lantai di area unit SDM dan Diklat.
3. Risiko pernapasan dari debu yang ditimbulkan
 - a) Mengupayakan ventilasi yang baik.
 - b) Melakukan perbaikan terhadap sumber datangnya debu (celah, saluran, pintu, dll).

-
- c) Bekerjasama dengan petugas *cleaning service* terkait pembersihan sampah dan debu di area unit SDM dan Diklat.
 - 4. Risiko Penularan Penyakit
 - a) Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) sesuai pekerjaan masing-masing, antara lain pemakaian masker yang benar.
 - b) Melakukan Langkah-langkah mencuci tangan yang benar.
 - 5. Bahaya Psikosial
 - a. Mengadakan kegiatan *outbond*, dll.
 - 6. Bahaya Fisika (bising, cahaya, listrik, panas, getaran)
 - a) Penyusunan dan sosialisasi Panduan & SPO yang berkaitan dengan tugas kerja.
 - b) Mengupayakan ventilasi yang baik.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja

- 1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Staf:
 - a) Pemeriksaan kesehatan prakerja.
 - b) Pemeriksaan kesehatan berkala.
 - c) Pencegahan dan penanganan kecelakaan kerja.
 - d) Pencegahan dan penanganan penyakit akibat kerja.
 - e) Penanganan dan pelaporan kontaminasi bahan berbahaya.
 - f) Pengawasan ketersediaan dan kepatuhan pemakaian APD bagi staf.
 - g) Pengawasan penggunaan bahan desinfeksi.
- 2. Pengelolaan Bahan dan Barang Berbahaya:
 - a) Pengawasan kerjasama pengendalian hama.
 - b) Pengawasan ketentuan pengadaan jasa dan barang berbahaya.
 - c) Memantau pengadaan, penyimpanan dan pemakaian B3.
- 3. Kesehatan Lingkungan Kerja:
 - a) Penyehatan ruang bangunan dan halaman Rumah Sakit.
 - b) Penyehatan *hygiene* dan sanitasi makanan dan minuman.
 - c) Penyehatan air.
 - d) Pengelolaan limbah.
 - e) Pengelolaan tempat pencucian.
 - f) Pengendalian serangga, tikus, dan binatang pengganggu.
 - g) Desinfeksi dan sterilisasi.
 - h) Kawasan tanpa rokok.
- 4. Pengelolaan Limbah Medis Padat, Cair dan Gas:

Proses pengelolaan limbah dimulai dari identifikasi, pemisahan, labeling, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan/ pemusnahan. Kategori limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah sitotoksik, limbah tabung bertekanan, limbah dengan kandungan logam berat, limbah farmasi, limbah kimia. Pemisahan limbah sesuai jenisnya, antara lain limbah infeksius, non infeksius, limbah benda tajam dan limbah cair. Wadah tempat penampungan sementara diberi label sesuai pemilahannya yaitu kuning infeksius, hitam non infeksius, coklat kimia farmasi, ungu sitotoksik, dan *safety box* untuk benda tajam. Pengangkutan menggunakan troli khusus yang kuat, tertutup dan mudah dibersihkan, petugas dalam pengangkutan menggunakan APD untuk dibawa ke tempat penampungan sementara (TPS) yang bertempat di area terbuka dan dapat dijangkau oleh kendaraan pihak ke 3.

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Pengendalian mutu merupakan suatu kegiatan yang mengusahakan agar pekerjaan yang terlaksana sesuai dengan standar, pedoman, rencana, instruksi, peraturan serta hasil yang ditetapkan sebelumnya agar tidak terdapat keterlambatan dalam pelayanan. Pengendalian mutu di Unit SDM dan Diklat dilakukan berdasarkan standar mutu rumah sakit yang meliputi:

A. Indikator Mutu

Indikator mutu di unit SDM dan Diklat terdiri dari:

1. Indikator mutu kepegawaian
Pengendalian terhadap aspek kepegawaian harus terus dilakukan sehingga mutu dari semua staf sesuai dengan harapan rumah sakit. Adapun standar pelayanan atau indikator mutunya adalah sebagai berikut:
 - Proses pelayanan di kepegawaian sesuai dengan standar akreditasi
 - Seluruh staf klinis memiliki surat penugasan klinis
 - Staf yang ada memiliki kinerja sesuai standar yang ditetapkan
 - Staf memiliki kompetensi sesuai standar jabatan yang dipersyaratkan
 - Data kepegawaian yang selalu dimutakhirkan
2. Indikator mutu pendidikan dan pelatihan
Pengendalian terhadap pelaksanaan pendidikan dan pelatihan harus selalu dikoordinasikan dengan unit kerja terkait sehingga Sub. Diklat dapat mengontrol proses pelaksanaan serta peserta pelatihan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Adapun standar pelayanan atau indikator mutunya adalah bahwa setiap staf mendapatkan pelatihan 20 jam/orang/tahun
3. Indikator mutu penggajian
Pengendalian dalam memberikan gaji/upah untuk staf harus terus dilakukan sehingga staf dapat mendapatkan haknya sesuai dengan pekerjaan yang dilakukan. Adapun standar pelayanan atau indikator mutunya adalah sebagai berikut:
 - Pembagian upah, meliputi gaji pokok, tunjangan-tunjangan dan insentif diberikan tepat waktu setiap bulannya, yaitu pada tanggal 5, 15, 20, dan 25.
 - Pembagian jasa medis setiap bulannya setiap tanggal 10.
 - Pembagian THR dilakukan paling lambat 2 minggu sebelum hari raya.

C. Monitoring

Monitoring merupakan salah satu fungsi manajemen yang mengusahakan agar pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana, target, instruksi, pedoman, standar, peraturan dan hasil yang telah ditetapkan sebelumnya agar mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam hal ini, monitoring dilakukan terhadap indikator mutu unit SDM dan Diklat.

D. Evaluasi

Evaluasi adalah proses dan langkah-langkah yang dilakukan oleh Unit SDM dan Diklat dalam melakukan analisa mendalam terhadap proses dan hasil pengukuran indikator serta proses perbaikan dan peningkatan mutu, serta mencakup standar

acuan dan pengolahan data. Dalam hal ini, evaluasi dilakukan dengan cara melakukan pembinaan untuk meningkatkan kinerja dari Unit SDM dan Diklat yang dilakukan pada setiap akhir program yang didalamnya termasuk program manajemen risiko.

E. Pelaporan

Laporan dilakukan sebagai bahan untuk peningkatan pelayanan di Unit SDM dan Diklat. Pelaporan indikator mutu dilakukan oleh Kepala Unit SDM dan Diklat setiap bulannya ke Manajer Umum dan SDM.

F. *Continuous Improvement*

Continuous improvement adalah proses perbaikan dan peningkatan mutu yang dilakukan oleh Unit SDM dan Diklat yang merupakan upaya untuk memastikan bahwa setiap proses perbaikan dan peningkatan mutu dapat dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan meliputi:

1. Penyusunan program kerja unit terkait hasil analisa indikator mutu Unit SDM dan Diklat.
2. Revisi prosedur dan kebijakan, maupun penyusunan prosedur/kebijakan baru di Unit SDM dan Diklat.
3. Sosialisasi dan reedukasi terkait indikator mutu unit di Unit SDM dan Diklat.
4. Pengembangan staf Unit SDM dan Diklat melalui pendidikan dan pelatihan.

BAB IX

PENUTUP

Sistem Informasi Sumber Daya Manusia dimana didalamnya terdapat suatu prosedur sistematis pengumpulan, penyimpanan, pemeliharaan dan perolehan semua data-data terkait staf. Perencanaan kebutuhan staf akan terus berorganisir dengan baik sehingga jika terjadi permintaan ataupun penambahan staf perunit kerja sudah tersedia Sumber Daya Manusia yang berkualitas sesuai dengan standar perunit kerja yang ada di rumah sakit. Adapun suplai Sumber Daya Manusia dapat berasal dari internal dan eksternal. Suplai internal berasal dari staf yang sudah ada saat ini, staf yang dapat dipromosikan, dipindahkan atau didemosikan untuk memenuhi kebutuhan. Sedangkan untuk suplai eksternal adalah dari orang yang melamar pekerjaan. harus terus selalu memperbaharui sistem dan selalu mendokumentasikan estimasi kebutuhan tenaga yang ada untuk mendukung semua proses pelayanan di rumah sakit. Sehingga proses pelayanan terhadap staf dapat berjalan dengan baik dan lancar.

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja akan terlaksana dengan optimal bila didukung oleh pengambil kebijakan dan seluruh staf kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu staf di rumah sakit diharapkan mampu memahami program keselamatan dan kesehatan kerja, agar tercipta efektifitas kerja.

Pedoman Pelayanan Unit SDM dan Diklat ini disusun sebagai acuan dan gambaran mengenai pelayanan yang dilakukan di unit SDM dan Diklat. Oleh karena itu, setiap petugas yang melakukan pekerjaannya dapat mengacu kepada Pedoman Pelayanan Unit SDM dan Diklat yang ada dan telah disahkan oleh Direktur RS Intan Husada. Adapun penjelasan mengenai Langkah-langkah pelayanan di Unit SDM dan Diklat akan dijelaskan lebih rinci di SPO tiap-tiap prosedur pelayanan yang terkait dan panduan pelayanan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Hasibuan, Malayu. 2012. "Manajemen Sumber Daya Manusia". Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Sutoto. 2019. "Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1". Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).