

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit membutuhkan Sumber Daya Manusia dengan berbagai kompeten. Sumber Daya Manusia adalah aset terpenting Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma yang perlu diperhatikan dengan baik dalam seluruh proses yang ada. Untuk memperoleh sumber daya manusia yang berkualitas dilakukan melalui seluruh proses yang terus dikelola dan dikembangkan dengan baik. Kegiatan untuk memperoleh sumber daya manusia yang berkualitas meliputi perencanaan, rekrutmen, proses seleksi, orientasi, penempatan, evaluasi, pengembangan dan pelatihan, pemberian gaji, kompensasi dan manfaat serta terminasi pegawai.

Pimpinan rumah sakit bekerjasama untuk mengetahui serta menetapkan pendidikan, keterampilan, pengetahuan dan persyaratan lain bagi seluruh staf serta jumlah staf dalam mendukung pencapaian visi, misi, tujuan, nilai serta motto rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari unit kerja.

Untuk mendapatkan serangkaian proses yang sama dan teratur tersebut diperlukan pedoman dalam pengelolaan sumber daya manusia yang diharapkan dapat dipakai sebagai acuan yang terus diperbaiki demi tercapainya tujuan yakni sumber daya manusia yang berkualitas dan berintegritas.

B. Tujuan

Tujuan dibuatnya Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah :

1. Sebagai acuan dalam pengelolaan sumber daya manusia di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.
2. Menjadi salah satu bagian dari dokumentasi proses manajemen sumber daya manusia Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma sebagai bahan acuan perbaikan/ evaluasi proses manajemen sumber daya manusia kedepannya.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dari diterbitkannya Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah seluruh sumber daya manusia di semua unit kerja yang ada di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma.

D. Batasan Operasional

Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia adalah sebuah pedoman terhadap proses yang mengatur tentang pengelolaan sumber daya manusia meliputi :

1. Perencanaan dan Penerimaan Pegawai
2. Kredensial dan Rekredensial
3. Orientasi Pegawai

4. Penempatan dan Penempatan Kembali
5. Evaluasi Kinerja
6. Penyimpanan file kepegawaian
7. Verifikasi sumber primer
8. Kesehatan dan Keselamatan Pegawai
9. Pelatihan dan Pendidikan pegawai
10. Peningkatan Mutu Pegawai

E. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan;
10. Peraturan Gubernur Nomor 25 Tahun 2017 Tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Provinsi Nusa Tenggara Barat;
11. Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat Nomor 21 Tahun 2012 tentang Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil pada Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Keputusan Gubernur Nomor 56 Tahun 2011 Tentang Penerapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Nusa Tenggara Barat.

BAB II

KEBIJAKAN TENTANG SUMBER DAYA MANUSIA

A. Perencanaan dan Penerimaan Penerimaan

1. Rumah Sakit menyusun perencanaan dan menentukan persyaratan dan kualifikasi dari setiap staf untuk menjamin agar setiap kegiatan pelayanan di rumah sakit dilaksanakan oleh pegawai yang kompeten di bidang masing-masing.
2. Perencanaan kebutuhan staf meliputi jenis, jumlah dan kualifikasi dibuat berdasarkan Permenkes No 56 Tahun 2014, Daftar Susunan Pegawai/ *Authorized Staffing List*, Analisis Beban Kerja (Permenkes Nomor 33 Tahun 2015), shift kerja serta rencana pengembangan RS.
3. Rencana staf dikembangkan bersama-sama oleh para pimpinan, mengidentifikasi jumlah, jenis dan kualifikasi yang diinginkan sesuai dengan kebutuhan dengan mempertimbangkan misi RS, keragaman pasien serta pelayanan yang diberikan.
4. Rencana staf dievaluasi secara terus-menerus dan dilakukan pembaharuan jika dibutuhkan.
5. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, staf yang ada di RS Khusus terdiri dari
 - a. Tenaga Medis, terdiri dari Dokter Umum dan Spesialis, Dokter Gigi & Dokter Gigi Spesialis.
 - b. Tenaga Keperawatan, yang terdiri dari Perawat Umum, Perawat Spesialis Jiwa serta Perawat Gigi.
 - c. Tenaga Kesehatan lain, terdiri dari Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Pranata Laboratorium Kesehatan, Teknisi Elektromedis, Sanitarian, Tenaga Gizi, Radiografer, Perekam Medis, Fisioterapis, Terapis Okupasi, Terapis Wicara.
 - d. Tenaga non kesehatan yang terdiri dari tenaga administrasi, pramu saji dan tenaga lain yang tidak masuk dalam tenaga kesehatan.
6. Sesuai dengan jenis kepegawaiannya, staf rumah sakit terdiri dari Pegawai Negeri Sipil/Calon Pegawai Negeri Sipil serta Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil.
7. Proses rekrutment dan seleksi Pegawai Negeri Sipil/Calon Pegawai Negeri Sipil dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Provinsi NTB dalam hal ini BKD Provinsi NTB.
8. Proses rekrutment dan seleksi pegawai Non PNS dilaksanakan oleh tim rekrutmen dan seleksi melibatkan Kepala Subbag Tata Usaha, Kepala Seksi serta Unit Kerja terkait.
9. Proses rekrutmen dan seleksi pegawai Non PNS harus melalui seleksi administrasi, tes psikologi, tes kemampuan teknis (sesuai dengan disiplin keilmuan calon pegawai), tes kesehatan, tes MMPI dan wawancara.
10. Setiap pegawai yang bekerja harus memiliki uraian tugas yang jelas. Uraian tugas dapat dibuat oleh atasannya dan disetujui oleh kepala Seksi terkait atau Kepala Subbag Tata Usaha, dan dievaluasi minimal 1 tahun sekali.

11. Kualifikasi pegawai yang ditetapkan dalam proses rekrutmen adalah sesuai dengan pola ketenagaan.
12. Setiap Seksi/Subbag Tata Usaha berkoordinasi dengan unit kerja dibawahnya untuk membuat pola ketenagaan secara tertulis dan diketahui oleh Direktur.
13. Pada keadaan bencana, kepala Seksi bekerja sama dengan Kepala Subbag Tata Usaha serta urusan kepegawaian harus dapat melakukan pengaturan dan mobilisasi ketenagaan yang ada agar keadaan gawat darurat/bencana dapat terlayani dengan tidak meninggalkan pelayanan rutin.

B. Kredensial & Rekredensial

1. Rumah Sakit melaksanakan proses kredensialing dan rekredensial terhadap tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lain.
2. Kredensial & Rekredensial tenaga medis
 - a. Proses kredensialing tenaga medis dilakukan oleh Komite Medis, dalam hal ini Sub Komite Kredensial.
 - b. Rekredensial dilakukan oleh Komite Medis, dalam hal ini Sub Komite Kredensial pada akhir masa berlakunya Surat Penugasan Klinis (3 tahun) atau apabila terjadi perubahan kewenangan klinis.
 - c. Sub Komite Kredensial akan memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk penerbitan surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis berdasarkan hasil kredensial.
3. Kredensial & Rekredensial tenaga keperawatan.
 - a. Kredensial tenaga keperawatan dilakukan oleh Komite Keperawatan, dalam hal ini Sub Komite Kredensial.
 - b. Rekredensial dilakukan oleh Komite Keperawatan, dalam hal ini Sub Komite Kredensial pada akhir masa berlakunya Surat Penugasan Klinis (3 tahun) atau apabila terjadi perubahan kewenangan klinis.
 - c. Sub Komite Kredensial akan memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk penerbitan surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis berdasarkan hasil kredensial.
4. Kredensial dan rekredensial tenaga kesehatan lain
 - a. Kredensial tenaga kesehatan lain dilakukan oleh dilakukan oleh Komite Tenaga Kesehatan Lain, dalam hal ini Sub Komite Kredensial.
 - b. Rekredensial dilakukan oleh Komite Tenaga Kesehatan Lain, dalam hal ini Sub Komite Kredensial pada akhir masa berlakunya Surat Penugasan Klinis (3 tahun) atau apabila terjadi perubahan kewenangan klinis.
 - c. Penilaian kredensial meliputi Pengetahuan, Keterampilan serta Perilaku.
 - d. Sub Komite Kredensial akan memberikan rekomendasi kepada Direktur untuk penerbitan surat penugasan kerja klinis.

C. Orientasi Pegawai

1. Setiap pegawai Rumah Sakit wajib mengikuti orientasi.
2. Orientasi pegawai meliputi orientasi umum dan orientasi khusus.
3. Orientasi umum dan orientasi khusus pegawai meliputi :
 - a. Orientasi umum tentang rumah sakit dengan materi : profil rumah sakit, visi dan misi RS, Pengetahuan pelayanan RS, program keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi, program mutu RS, serta aturan-aturan kepegawaian.
 - b. Orientasi khusus sesuai dengan unit kerjanya masing meliputi kebijakan dan prosedur, peralatan, struktur organisasi, pola kerja dan lainnya yang terkait dengan unit kerja tersebut.
4. Instalasi Diklit bertanggung jawab atas pelaksanaan orientasi pegawai.
5. Jangka waktu orientasi selama 3 hari untuk orientasi umum dan 2 bulan untuk orientasi khusus.
6. Setelah orientasi selesai dilakukan evaluasi oleh unit kerja serta kepala Seksi terkait /kepala Subbag Tata Usaha, jika hasil evaluasi tidak sesuai dengan yang diharapkan maka pegawai terkait harus mengikuti program remedial yang lamanya $\frac{1}{2}$ dari masa orientasi khusus dan dievaluasi kembali setelahnya.
7. Materi pada orientasi umum akan diulang secara berkala 2 tahun sekali untuk semua pegawai dan menjadi program instalasi diklit.

D. Penempatan dan Penempatan Kembali

Penempatan/ penempatan kembali pegawai/staf di RSJ Mutiara Sukma berdasarkan atas prinsip profesionalisme dengan mempertimbangkan kompetensi, kebutuhan pasien, dan tidak berdasarkan agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi.

E. Evaluasi Kinerja

1. Evaluasi kinerja mengacu kepada Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil yaitu dalam bentuk penilaian prestasi kerja pegawai yang terdiri dari dua unsur, yaitu unsur sasaran kerja pegawai dan perilaku kerja.
2. Penilaian prestasi kerja dilaksanakan secara sistematis yang penekanannya pada tingkat capaian sasaran kerja pegawai, atau tingkat capaian hasil kerja yang telah disusun dan disepakati bersama antara pegawai dengan Pejabat Penilai yang sudah tertuang sebagai uraian tugas masing-masing pegawai.
3. Penilaian Perilaku kerja terdiri dari orientasi pelayanan, integritas, komitmen, disiplin, kerjasama dan kepemimpinan.
4. Evaluasi kinerja dilakukan minimal 1 tahun sekali yaitu setiap akhir tahun berjalan dan paling lambat tanggal 15 Januari pada tahun berikutnya.
5. Evaluasi kinerja dilaksanakan oleh pejabat penilai yaitu atasan langsung pegawai yang dinilai dengan ketentuan paling rendah adalah pejabat struktural eselon IV dan diketahui serta ditanda tangan oleh atasan pejabat penilai.

6. Evaluasi Kinerja tenaga medis selain evaluasi menggunakan penilaian prestasi kerja, juga dilakukan evaluasi praktek profesional berkelanjutan untuk menjadi dasar rekredensialing dan peningkatan kinerja staf medis.
7. Evaluasi praktek profesional berkelanjutan dilakukan 3 (tiga) kali dalam setahun.
8. Penilaian kinerja professional bagi Staf Keperawatan, dan Tenaga Kesehatan Lainnya dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali.

F. Penyimpanan File Kepegawaian

1. File kepegawaian disimpan oleh urusan kepegawaian dalam rak tertutup dan bersifat rahasia.
2. Penyimpanan file kepegawaian berdasarkan jenis kepegawaian, jenis ketenagaan dan diurut sesuai dengan NIP (Nomor Induk Pegawai) dan jenis tenaga untuk Pegawai Non PNS.
3. File Kepegawaian minimal harus mencakup :

No	Dokumen	Direktur, Ka.Seksi & Ka.Subbag TU	Staf Medis & Staf Keperawatan	Staf klinis lain	Staf Non Klinis
1	Ijazah Terakhir	√	√	√	√
2	Surat Konfirmasi Pendidikan	√	√	√	√
3	SK CPNS dan PNS (Staf PNS)	√	√	√	√
4	Surat Tanda Registrasi		√	√	
5	Surat Ijin Praktek		√		
6	Surat Ijin Kerja		√	√	
7	Proses seleksi staf baru (Staf Non PNS)		√	√	√
8	Uraian Tugas	√	√	√	√
9	Sertifikat Diklat yang diikuti	√	√	√	√
10	Surat Perjanjian Kerja (Staf Non PNS)		√	√	√
11	Penilaian Prestasi Kerja	√	√	√	√
12	Rincian Kewenangan Klinis		√		
13	Surat Penugasan Klinis/SPK		√	√	
14	Surat Penugasan				√
15	Daftar Riwayat Hidup/Daftar isian Pegawai	√	√	√	√

4. Setiap dokumen kepegawaian baru terkait dengan prestasi pegawai, peningkatan pendidikan pegawai dan dokumen kepegawaian yang lain harus selalu diarsipkan dalam file kepegawaian yang bersangkutan.

G. Verifikasi Sumber Primer

1. Setiap Ijazah/Surat Tanda Registrasi/Surat Ijin Praktek/Surat Ijin Kerja harus diverifikasi ke institusi pendidikan/institusi penerbit surat tersebut secara tertulis menggunakan surat verifikasi dokumen pendidikan/surat verifikasi dokumen.
2. Surat verifikasi dokumen pendidikan/verifikasi dokumen dapat dikirimkan langsung atau melalui email/fax ke alamat email/nomor fax institusi pendidikan.
3. Verifikasi dokumen registrasi tenaga medis langsung dilakukan dengan melihat ke web Konsil Kedokteran Indonesia.

H. Kesehatan dan Keselamatan Pegawai

1. Semua pegawai harus diikutsertakan sebagai peserta jaminan kesehatan nasional, untuk pegawai Non PNS menjadi tanggung jawab Rumah Sakit untuk mengikutsertakan sebagai peserta jaminan kesehatan.
2. Pemberian vaksin dan imunisasi untuk pegawai berisiko tertular penyakit karena pekerjaan bekerjasama dengan tim K3RS dan Instalasi Laboratorium.

I. Pelatihan dan Pendidikan Pegawai

1. Rumah Sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan pegawai.
2. Kegiatan pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan di RS dibawah tanggung jawab Instalasi Diklat yang berkoordinasi dengan Kepala Seksi Penunjang Medis, Kepala Subbag Tata Usaha dan setiap unit kerja.
3. Perencanaan kegiatan pendidikan dan pelatihan dapat dilakukan dengan cara :
 - a. Mengidentifikasi kebutuhan dari tiap-tiap unit.
Kepala Seksi/kepala Subbag Tata Usaha mengidentifikasi dan menyetujui rencana diklat yang diajukan oleh unit masing-masing. Kepala Subbag Tata Usaha berkoordinasi dengan urusan perencanaan untuk pembuatan RBA tahun anggaran yang akan datang.
 - b. Berdasarkan hasil evaluasi kegiatan pelayanan (survei kepuasan pelanggan) dan hasil evaluasi pengukuran mutu.
4. Yang termasuk diklat adalah :
 - a. Pendidikan formal.
 - b. Pendidikan dan pelatihan yang dilakukan oleh pihak RS (pelatihan internal) termasuk program orientasi.
 - c. Pendidikan dan pelatihan informal (workshop/seminar/training) yang dilakukan di luar RS.
5. Setiap pegawai harus mengikuti program diklat yang telah dicanangkan oleh RS sesuai dengan kebutuhan di bidangnya masing-masing.
6. Setiap pegawai berhak mendapatkan kesempatan untuk mengikuti pendidikan formal atau informal dengan ketentuan umum sebagai berikut:
 - a. Pendidikan berkelanjutan yang akan diikuti sesuai dan menunjang bidang pekerjaannya.

- b. Peserta pelatihan menyerahkan foto kopi sertifikat pelatihan yang diikuti untuk disimpan di file kepegawaian.
 - c. Peserta pelatihan harus membagikan ilmu yang diperoleh kepada rekan kerja terkait dalam suatu forum yang diatur kemudian oleh bagian diklat.
7. RS menjamin ketersediaan waktu, sarana dan prasarana, termasuk tenaga pengajar yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaan diklat bagi setiap pegawai.
 8. Pendidikan profesional kesehatan, bila dilakukan dalam rumah sakit, berpedoman pada parameter yang ditentukan oleh program akademik.
 9. Untuk menilai keberhasilan program diklat, RS melaksanakan evaluasi atas program tersebut.

J. Peningkatan Mutu

1. Setiap pegawai mempunyai kewajiban terkait pengendalian mutu di masing-masing unit kerja tempat bertugas. Kepala Instalasi terkait bertanggung jawab atas pengendalian mutu di unit masing-masing.
2. Setiap staf klinis mempunyai kewajiban dalam peningkatan mutu RS dengan berperan aktif dalam kegiatan panitia mutu dan keselamatan pasien.

BAB IV
PENUTUP

Pedoman ini dibuat untuk dijadikan acuan untuk membuat panduan serta prosedur kerja di Rumah Sakit Jiwa. Dan untuk pengembangan pedoman ini dapat direvisi sesuai dengan kebutuhan sumber daya manusia serta peningkatan pelayanan yang ada di rumah sakit jiwa Mutiara Sukma.

DIREKTUR RUMAH SAKIT JiWA
MUTIARA SUKMA

Dr. EVI KUSTINI SOMAWIJAYA., MM

Pembina

NIP. 19640805 199603 2 001