



BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.259,2011

KEMENTERIAN KESEHATAN. Komite Medik.
Penyelenggaraan.

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 755/MENKES/PER/IV/2011
TENTANG
PENYELENGGARAAN KOMITE MEDIK DI RUMAH SAKIT
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang :
- a. bahwa profesionalisme staf medis perlu ditingkatkan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan dan melindungi keselamatan pasien;
 - b. bahwa komite medik memiliki peran strategis dalam mengendalikan kompetensi dan perilaku staf medis di rumah sakit serta dalam rangka pelaksanaan audit medis;
 - c. bahwa ketentuan yang mengatur komite medik saat ini perlu disesuaikan dengan semangat profesionalisme sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan dibidang kesehatan dan perumahsakitian;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
- Mengingat :
1. Undang–Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik

- Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/MENKES/SK/ XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/MENKES/PER/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit;
 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN KOMITE MEDIK DI RUMAH SAKIT.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini yang dimaksud dengan:

1. Komite medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis dirumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
2. Staf medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis di rumah sakit.
3. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
4. Peraturan internal rumah sakit (*hospital bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan rumah sakit meliputi peraturan internal korporasi dan peraturan internal staf medis.
5. Peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara pemilik, pengelola, dan komite medik di rumah sakit.
6. Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di rumah sakit.
7. Kewenangan klinis (*clinical privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).

8. Penugasan klinis (*clinical appointment*) adalah penugasan kepala/direktur rumah sakit kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit tersebut berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan baginya.
9. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
10. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut.
11. Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.
12. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.

Pasal 2

Peraturan Menteri Kesehatan ini bertujuan untuk mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi serta mengatur penyelenggaraan komite medik di setiap rumah sakit dalam rangka peningkatan profesionalisme staf medis.

Pasal 3

- (1) Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, semua pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap staf medis di rumah sakit dilakukan atas penugasan klinis kepala/direktur rumah sakit.
- (2) Penugasan klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) oleh kepala/direktur rumah sakit melalui penerbitan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) kepada staf medis yang bersangkutan.
- (3) Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diterbitkan oleh kepala/direktur rumah sakit setelah mendapat rekomendasi dari komite medik.
- (4) Dalam keadaan darurat kepala/direktur rumah sakit dapat memberikan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) tanpa rekomendasi komite medik.

- (5) Rekomendasi komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberikan setelah dilakukan kredensial.

BAB II

KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 4

Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

Pasal 5

- (1) Komite medik merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di rumah sakit oleh kepala/direktur.
- (2) Komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan wadah perwakilan dari staf medis.

Bagian Kedua

Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 6

Komite medik dibentuk oleh kepala/direktur rumah sakit.

Pasal 7

- (1) Susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya terdiri dari:
 - a. ketua;
 - b. sekretaris; dan
 - c. subkomite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi komite medik sekurang-kurangnya dapat terdiri dari:
 - a. ketua dan sekretaris tanpa subkomite; atau
 - b. ketua dan sekretaris merangkap ketua dan anggota subkomite.

Pasal 8

- (1) Keanggotaan komite medik ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi, dan perilaku.

- (2) Jumlah keanggotaan komite medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah staf medis di rumah sakit.

Pasal 9

- (1) Ketua komite medik ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.
- (2) Sekretaris komite medik dan ketua subkomite ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite medik dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit.

Pasal 10

- (1) Anggota komite medik terbagi ke dalam subkomite.
- (2) Subkomite sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:
 - a. subkomite kredensial yang bertugas menapis profesionalisme staf medis;
 - b. subkomite mutu profesi yang bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis; dan
 - c. subkomite etika dan disiplin profesi yang bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata kerja subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan ini.

Bagian Ketiga

Tugas dan Fungsi

Pasal 11

- (1) Komite medik mempunyai tugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:
 - a. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
 - b. memelihara mutu profesi staf medis; dan
 - c. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

- (2) Dalam melaksanakan tugas kredensial komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.
 - f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (3) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (4) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;

- c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 12

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu; dan
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;
- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin;

Bagian Keempat

Hubungan Komite Medik dengan Kepala/Direktur

Pasal 13

- (1) Kepala/direktur rumah sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan tugas dan fungsi komite medik.
- (2) Komite medik bertanggung jawab kepada kepala/direktur rumah sakit.

Bagian Kelima

Panitia *Adhoc*

Pasal 14

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik dapat dibantu oleh panitia *adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit berdasarkan usulan ketua komite medik.

- (3) Panitia *ad hoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari.
- (4) Staf medis yang tergolong sebagai mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari rumah sakit lain, perhimpunan dokter spesialis/dokter gigi spesialis, kolegium dokter/dokter gigi, kolegium dokter spesialis/dokter gigi spesialis, dan/atau institusi pendidikan kedokteran/kedokteran gigi.

BAB III

PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Pasal 15

- (1) Setiap rumah sakit wajib menyusun peraturan internal staf medis dengan mengacu pada peraturan internal korporasi (*corporate bylaws*) dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Peraturan internal staf medis disusun oleh komite medik dan disahkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
- (3) Peraturan internal staf medis berfungsi sebagai aturan yang digunakan oleh komite medik dan staf medis dalam melaksanakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) di rumah sakit.
- (4) Tata cara penyusunan peraturan internal staf medis dilaksanakan dengan berpedoman pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan ini.

BAB IV

PENDANAAN

Pasal 16

- (1) Personalia komite medik berhak memperoleh insentif sesuai dengan kemampuan keuangan rumah sakit.
- (2) Pelaksanaan kegiatan komite medik didanai dengan anggaran rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 17

Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan komite medik dilakukan oleh Menteri, Badan Pengawas Rumah Sakit, Dewan Pengawas Rumah sakit, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan

perhimpunan/asosiasi perumah sakitan dengan melibatkan perhimpunan atau kolegium profesi yang terkait sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

Pasal 18

- (1) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 diarahkan untuk meningkatkan kinerja komite medik dalam rangka menjamin mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan melalui:
 - a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
 - b. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia; dan
 - c. monitoring dan evaluasi.
- (3) Dalam rangka pembinaan Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat memberikan sanksi administratif berupa teguran lisan dan teguran tertulis.

BAB VI

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 19

Rumah sakit wajib menyesuaikan organisasi komite medik sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini dalam jangka waktu paling lama 6 (enam) bulan sejak diundangkannya Peraturan Menteri Kesehatan ini.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 20

Pada saat Peraturan Menteri Kesehatan ini mulai berlaku:

- a. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) sepanjang mengenai pengaturan staf medis;
- b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis;
- c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/VII/2005 tentang Pedoman Penyusunan Peraturan Internal Staf Medis;

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 21

Peraturan Menteri Kesehatan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri Kesehatan ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 11 April 2011
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 5 Mei 2011
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

PATRIALIS AKBAR

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 755/MENKES/PER/IV/2011
TENTANG
PENYELENGGARAAN KOMITE MEDIK DI RUMAH SAKIT
SISTEMATIKA

BAB I PENDAHULUAN

- A. LATAR BELAKANG
- B. TUJUAN
- C. KEWENANGAN KLINIS
- D. PENUGASAN KLINIS

BAB II KOMITE MEDIK

- A. KONSEP DASAR KOMITE MEDIK
- B. PERANAN KOMITE MEDIK DALAM MENEGAKKAN PROFESIONALISME
- C. TUGAS KOMITE MEDIK
- D. PENGORGANISASIAN KOMITE MEDIK
- E. HUBUNGAN KOMITE MEDIK DENGAN PENGELOLA RUMAH SAKIT
- F. PERANAN ORGANISASI PERUMAHSAKITAN DALAM PEMBERDAYAAN KOMITE MEDIK DI RUMAH SAKIT

BAB III SUBKOMITE KREDENSIAL

- A. TUJUAN
- B. KONSEP
- C. KEANGGOTAAN
- D. MEKANISME KREDENSIAL DAN PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS BAGI STAF MEDIS DI RUMAH SAKIT

BAB IV SUBKOMITE MUTU PROFESI

- A. TUJUAN

- B. KONSEP
- C. KEANGGOTAAN
- D. MEKANISME KERJA

BAB V SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

- A. TUJUAN
- B. KONSEP
- C. KEANGGOTAAN
- D. MEKANISME KERJA

BAB VI PETUNJUK TEKNIS PENYUSUNAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

- A. PENDAHULUAN
- B. FORMAT DAN SUBSTANSI PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

BAB VII PENUTUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit diakui merupakan institusi yang sangat kompleks dan berisiko tinggi (*high risk*), terlebih dalam kondisi lingkungan regional dan global yang sangat dinamis perubahannya. Salah satu pilar pelayanan medis adalah *clinical governance*, dengan unsur staf medis yang dominan. Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas segala sesuatu yang terjadi di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Keberadaan staf medis dalam rumah sakit merupakan suatu keniscayaan karena kualitas pelayanan rumah sakit sangat ditentukan oleh kinerja para staf medis dirumah sakit tersebut. Yang lebih penting lagi kinerja staf medis akan sangat mempengaruhi keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk itu rumah sakit perlu menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik untuk melindungi pasien. Hal ini sejalan dengan amanat peraturan perundang-undangan yang terkait dengan kesehatan dan perumahsakitian.

Peraturan Menteri Kesehatan ini dimaksudkan untuk memperbaiki dan meningkatkan kinerja komite medis dirumah sakit. Peraturan Menteri Kesehatan ini diharapkan akan meluruskan persepsi keliru yang menganggap

komite medik adalah wadah untuk memperjuangkan kesejahteraan para staf medis. Sejalan dengan semangat profesionalisme seharusnya komite medik melakukan pengendalian kompetensi dan perilaku para staf medis agar keselamatan pasien terjamin. Pemahaman “*self governance*” seperti yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) di Rumah Sakit dapat disalahartikan sebagai tindakan pengelolaan (manajemen) rumah sakit. Apalagi bila struktur komite medik diletakkan sejajar dengan kepala/direktur rumah sakit, maka dengan kekeliruan pemahaman “*self governance*” di atas dapat terjadi kesimpangsiuran dalam pengelolaan pelayanan medis. Kondisi semacam itu tentu tidak dapat dibiarkan dan harus diperbaiki.

Peraturan Menteri Kesehatan ini menata kembali “*professional self governance*” dengan meletakkan struktur komite medik di bawah kepala/direktur rumah sakit karena di Indonesia kepala/direktur rumah sakit sampai pada tingkat tertentu berperan sebagai “*governing board*”. Dengan penataan tersebut maka dapatlah dikatakan bahwa semua isu keprofesian (kredensial, penjagaan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi) berada dalam pengendalian “*governing board*”. Sejalan dengan hal itu kepala/direktur rumah sakit berkewajiban menyediakan segala sumber daya antara lain meliputi waktu, tenaga, biaya, sarana, dan prasarana agar tata kelola klinis dapat terselenggara dengan baik. Kepala/direktur rumah sakit harus menjamin agar semua informasi keprofesian setiap staf medis terselenggara dan terdokumentasi dengan baik sehingga dapat diakses oleh komite medik. Agar tata kelola klinis (*clinical governance*) terlaksana dengan baik di seluruh wilayah Republik Indonesia, seluruh rumah sakit bekerja sama dalam hal akses informasi keprofesian ini melalui organisasi profesi perumahsakit.

Lebih jauh lagi, bila komite medik menangani berbagai hal yang bersifat pengelolaan, seperti misalnya panitia rekam medis, panitia pencegahan dan pengendalian infeksi, dan panitia farmasi dan terapi, hal ini akan merencanakan fungsi keprofesian dengan fungsi pengelolaan rumah sakit. Oleh karenanya dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini, komite medik ditegaskan hanya menangani masalah keprofesian saja dan bukan menangani pengelolaan rumah sakit yang seharusnya dilakukan kepala/direktur rumah sakit. Kepala/direktur rumah sakit dapat membentuk berbagai panitia/pokja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Panitia/pokja tersebut bertanggung jawab langsung kepada kepala/direktur rumah sakit.

Rumah sakit harus menerapkan model komite medik yang menjamin tata

kelola klinis (*clinical governance*) untuk melindungi pasien. Dalam model tersebut setiap staf medis dikendalikan dengan mengatur kewenangan klinisnya (*clinical privilege*) untuk melakukan pelayanan medis, hanya staf medis yang memenuhi syarat-syarat kompetensi dan perilaku tertentu sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis. Pengaturan kewenangan klinis tersebut dilakukan dengan mekanisme pemberian izin untuk melakukan pelayanan medis (*entering to the profession*), kewajiban memenuhi syarat-syarat kompetensi dan perilaku tertentu untuk mempertahankan kewenangan klinis tersebut (*maintaining professionalism*), dan pencabutan izin (*expelling from the profession*). Untuk melindungi keselamatan pasien, komite medik di rumah sakit harus memiliki ketiga mekanisme diatas. Fungsi lain di luar ketiga fungsi di atas dilaksanakan oleh kepala/direktur rumah sakit.

Untuk menjamin agar komite medik berfungsi dengan baik, organisasi dan tata laksana komite medik dituangkan dalam peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) yang disusun dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan ini. Pada prinsipnya peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) merupakan dasar normatif bagi setiap staf medis agar tercipta budaya profesi yang baik dan akuntabel.

B. TUJUAN

Peraturan Menteri Kesehatan ini bertujuan untuk mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar keselamatan pasien di rumah sakit pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan swasta termasuk rumah sakit pendidikan lebih terjamin dan terlindungi serta mengatur penyelenggaraan komite medik di setiap rumah sakit dalam rangka peningkatan profesionalisme staf medis.

C. KEWENANGAN KLINIS (*Clinical Privilege*)

Pada dasarnya semua pelayanan medis yang terjadi di sebuah rumah sakit dan akibatnya menjadi tanggung jawab institusi rumah sakit itu sendiri, hal ini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang perumahsakit. Oleh karenanya rumah sakit harus mengatur seluruh pelayanan medis yang dilakukan oleh staf medis sedemikian rupa agar aman bagi pasien. Pengaturan ini didasarkan pada pemikiran bahwa rumah sakit berhak melarang semua pelayanan medis di rumah sakitnya, kecuali bila rumah sakit mengizinkan staf medis tertentu untuk melakukan pelayanan medis tersebut. Dengan demikian, bila seorang staf medis telah diizinkan melakukan pelayanan medis dan prosedur klinis lainnya di sebuah rumah sakit berarti yang bersangkutan telah diistimewakan dan memperoleh hak khusus (*privilege*) oleh

rumah sakit. Hak staf medis tersebut dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini selanjutnya disebut sebagai kewenangan klinis (*clinical privilege*).

Rumah sakit harus mengatur pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medis sesuai dengan kompetensinya yang nyata. Dengan demikian pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut harus melibatkan komite medik yang dibantu oleh mitra bestarinya (*peer group*) sebagai pihak yang paling mengetahui masalah keprofesian yang bersangkutan.

Kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap staf medis dapat saling berbeda walaupun mereka memiliki spesialisasi yang sama. Seorang staf medis dari spesialisasi tertentu dapat saja lebih kompeten daripada yang lainnya untuk melakukan jenis pelayanan medis tertentu dalam bidang spesialisasi tersebut. Dengan demikian kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk setiap spesialisasi ilmu kedokteran harus dirinci lebih lanjut (*delineation of clinical privilege*).

Rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) setiap spesialisasi di rumah sakit ditetapkan oleh komite medik dengan berpedoman pada norma keprofesian yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi. Komite medik wajib menetapkan dan mendokumentasi syarat-syarat yang terkait kompetensi yang dibutuhkan melakukan setiap jenis pelayanan medis sesuai dengan ketetapan kolegium setiap spesialisasi ilmu kedokteran. Dokumentasi syarat untuk melakukan pelayanan medis tersebut disebut sebagai “buku putih” (*white paper*). Dengan demikian setiap rekomendasi komite medik atas kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk staf medis tetap dapat dipertanggungjawabkan secara hukum karena “buku putih” (*white paper*) tersebut mengacu pada berbagai norma profesi yang ditetapkan oleh kolegium setiap spesialisasi.

Dalam pelaksanaan di lapangan, suatu pelayanan medis tertentu ternyata dilakukan oleh para staf medis dari jenis spesialisasi yang berbeda. Setiap kolegium dari spesialisasi yang berbeda tersebut menyatakan bahwa para dokter spesialis/dokter gigi spesialis dari kolegiumnya kompeten untuk melakukan pelayanan medis tertentu tersebut. Dalam situasi tersebut komite medik menyusun “buku putih” (*white paper*) untuk pelayanan medis tertentu tersebut dengan melibatkan mitra bestari (*peer group*) dari beberapa spesialisasi terkait. Selanjutnya pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) kepada staf medis yang akan melakukan tindakan tertentu tersebut akan didasarkan pada “buku putih” (*white paper*) yang telah disusun bersama.

Kewenangan klinis seorang staf medis tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) staf medis tersebut. Semua faktor tersebut di atas akan mempengaruhi keselamatan pasien baik secara langsung maupun tidak langsung.

Untuk rumah sakit pendidikan, kewenangan klinis seorang staf medis lebih bersifat khusus, karena yang bersangkutan mempunyai tugas untuk membimbing calon / staf medis yang sedang dalam masa pendidikan. Untuk itu fakultas kedokteran berperan serta dalam menentukan kewenangan klinis seorang staf medis dalam rumah sakit pendidikan.

D. PENUGASAN KLINIS (*Clinical Appointment*)

Pada dasarnya rumah sakit harus mengatur kewenangan klinis setiap staf medis karena harus bertanggung jawab atas keselamatan pasien ketika menerima pelayanan medis. Untuk itu kepala/direktur rumah sakit harus mengatur hanya staf medis yang kompetenlah yang menangani pasien.

Dalam hal komite medik merekomendasikan seorang staf medis untuk menerima kewenangan klinis tertentu setelah dikredensial dan kepala/direktur rumah sakit dapat menyetujuinya, maka kepala/direktur rumah sakit menerbitkan suatu surat keputusan untuk menugaskan staf medis yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit. Penugasan staf medis tersebut disebut sebagai penugasan klinis (*clinical appointment*).

Dengan memiliki surat penugasan klinis (*Clinical Appointment*), maka seorang staf medis tergabung menjadi anggota kelompok (*member*) staf medis yang memiliki kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut. Dalam keadaan tertentu kepala/direktur rumah sakit dapat pula menerbitkan surat penugasan klinis sementara (*Temporary Clinical Appointment*), misalnya untuk konsultan tamu yang diperlukan sementara oleh rumah sakit. Kepala/direktur rumah sakit dapat mengubah, membekukan untuk waktu tertentu, atau mengakhiri penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis berdasarkan pertimbangan komite medis atau alasan tertentu. Dengan dibekukan atau diakhirinya penugasan klinis (*Clinical Appointment*) seorang staf medis tidak berwenang lagi melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut. Mekanisme penugasan klinis (*Clinical Appointment*) ini merupakan salah satu instrumen utama tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik.

BAB II

KOMITE MEDIK

A. KONSEP DASAR KOMITE MEDIK

Komite medik menjalankan fungsi untuk menegakkan profesionalisme dengan mengendalikan staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit. Pengendalian tersebut dilakukan dengan mengatur secara rinci kewenangan melakukan pelayanan medis (*delineation of clinical privileges*). Pengendalian ini dilakukan secara bersama oleh kepala/direktur rumah sakit dan komite medik. Komite medik melakukan kredensial, meningkatkan mutu profesi, dan menegakkan disiplin profesi serta merekomendasikan tindak lanjutnya kepada kepala/direktur rumah sakit; sedangkan kepala/direktur rumah sakit menindaklanjuti rekomendasi komite medik dengan mengerahkan semua sumber daya agar profesionalisme para staf medis dapat diterapkan di rumah sakit.

Konsep profesionalisme di atas didasarkan pada kontrak sosial antara profesi medis dengan masyarakat. Di satu pihak, profesi medis sepakat untuk memproteksi masyarakat dengan melakukan penapisan (kredensial) terhadap staf medis yang akan menjalankan praktik dalam masyarakat. Hanya staf medis yang baik (kredibel) sajalah yang diperkenankan melakukan pelayanan pada masyarakat, hal ini dilakukan melalui mekanisme perizinan (*licensing*). Sedangkan staf medis yang belum memenuhi syarat, dapat menjalani proses pembinaan (*proctoring*) agar memiliki kompetensi yang diperlukan sehingga dapat diperkenankan melakukan pelayanan pada masyarakat setelah melalui kredensial. Di lain pihak, kelompok profesi staf medis memperoleh hak istimewa (*privilege*) untuk melakukan praktik kedokteran secara eksklusif, dan tidak boleh ada pihak lain yang melakukan hal tersebut. Dengan hak istimewa tersebut para staf medis dapat memperoleh manfaat ekonomis dan *prestise* profesi. Namun demikian, bila ada staf medis yang melakukan pelanggaran standar profesi maka dapat dilakukan tindakan disiplin profesi. Tindakan disiplin ini berbentuk penangguhan hak istimewa tersebut (*suspension of clinical privilege*) agar masyarakat terhindar dari praktisi medis yang tidak profesional.

Dalam dunia nyata, di banyak negara, kontrak sosial antara profesi medis dengan masyarakat dituangkan dalam bentuk undang-undang praktik kedokteran (*medical practice act*). Pelaksanaan pengendalian profesi medis dalam kehidupan sehari-hari dilaksanakan oleh suatu lembaga yang dibentuk oleh undang-undang praktik kedokteran (*statutory body*) yang biasanya disebut

sebagai konsil kedokteran (*medical council* atau *medical board*). Lembaga tersebut selain memberikan izin untuk menjalankan profesi, juga berwenang menanggukhan atau mencabut izin tersebut bila terjadi pelanggaran standar profesi. Tindakan disiplin profesi tersebut dilakukan setelah melalui proses sidang disiplin profesi (*disciplinary tribunal*).

Dalam tataran rumah sakit, kontrak sosial terjadi antara para staf medis yang melakukan pelayanan medis dengan pasien. Kontrak tersebut dituangkan dalam dokumen peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*). Pengendalian profesi medis dilaksanakan melalui tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk melindungi pasien yang dilaksanakan oleh komite medik. Dengan demikian komite medik di rumah sakit dapat dianalogikan dengan konsil kedokteran pada tataran nasional. Komite medik melaksanakan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi dan disiplin profesi melalui tiga subkomite, yaitu subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi.

B. PERANAN KOMITE MEDIK DALAM MENEGAKKAN PROFESIONALISME

Komite medik memegang peran utama dalam menegakkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit. Peran tersebut meliputi rekomendasi pemberian izin melakukan pelayanan medis di rumah sakit (*clinical appointment*) termasuk rinciannya (*delineation of clinical privilege*), memelihara kompetensi dan etika profesi, serta menegakkan disiplin profesi. Untuk itu kepala/direktur rumah sakit berkewajiban agar komite medik senantiasa memiliki akses informasi terinci tentang masalah keprofesian setiap staf medis di rumah sakit.

Mitra bestari (*peer group*) memegang peranan penting dalam dalam pelaksanaan fungsi komite medik. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis, termasuk evaluasi kewenangan klinis (*clinical privilege*). Staf medis dalam mitra bestari tersebut berasal tidak terbatas dari staf medis yang telah ada di rumah sakit tersebut saja, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit, misalnya perhimpunan spesialis, kolegium, atau fakultas kedokteran. Komite medik bersama kepala/direktur rumah sakit membentuk panitia *ad hoc* yang terdiri dari bestari tersebut untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

Selain itu, disadari bahwa rumah sakit dapat membutuhkan beberapa panitia lain dalam rangka tata kelola klinis yang baik seperti panitia infeksi

nosokomial, panitia rekam medis, dan sebagainya. Panitia-panitia tersebut perlu dikoordinasikan secara fungsional oleh sebuah komite tertentu yang bertanggung jawab pada kepala/direktur rumah sakit. Komite tertentu tersebut berperan meningkatkan mutu rumah sakit yang tidak langsung berkaitan dengan profesi medis, sehingga perlu dibentuk secara tersendiri agar dapat melakukan tugasnya secara lebih terfokus.

C. TUGAS KOMITE MEDIK

Komite medik bertugas menegakkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit. Komite medik bertugas melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit, memelihara kompetensi dan etika para staf medis, dan mengambil tindakan disiplin bagi staf medis.

Tugas lain seperti pengendalian infeksi nosokomial, rekam medis, dan sebagainya dilaksanakan oleh kepala/direktur rumah sakit, dan bukan oleh komite medik.

Komite medik melaksanakan tugasnya melalui tiga hal utama yaitu:

1. rekomendasi pemberian izin untuk melakukan pelayanan medis (*entering to the profession*), dilakukan melalui subkomite kredensial;
2. memelihara kompetensi dan perilaku para staf medis yang telah memperoleh izin (*maintaining professionalism*), dilakukan oleh subkomite mutu profesi melalui audit medis dan pengembangan profesi berkelanjutan (*continuing professional development*);
3. rekomendasi penangguhan kewenangan klinis tertentu hingga pencabutan izin melakukan pelayanan medis (*expelling from the profession*), dilakukan melalui subkomite etika dan disiplin profesi.

Dengan demikian, tugas-tugas lain diluar tugas-tugas diatas yang terkait dengan pelayanan medis bukanlah menjadi tugas komite medik, tetapi menjadi tugas kepala/direktur rumah sakit dalam mengelola rumah sakit.

D. PENGORGANISASIAN KOMITE MEDIK

Pada dasarnya komite medik bukan merupakan kumpulan atau himpunan kelompok staf medis fungsional/departemen klinik sebuah rumah sakit. Para staf medis yang tergabung dalam kelompok staf medis fungsional/departemen klinik di organisasi oleh kepala/direktur rumah sakit.

Komite medik dibentuk oleh kepala/direktur rumah sakit dan bertanggung jawab kepada kepala/direktur rumah sakit. Organisasi komite medik sekurang-

kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota. Ketua komite medik ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit. Sekretaris dan anggota diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit. Dalam hal wakil ketua komite medik diperlukan maka wakil ketua diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.

Jumlah personalia komite medis yang efektif berkisar sekitar lima sampai sembilan orang termasuk ketua dan sekretaris. Namun demikian, untuk rumah sakit dengan jumlah staf medis terbatas dapat menyesuaikan dengan situasi sejauh tugas dan fungsi komite medis tetap terlaksana. Walaupun rumah sakit memiliki staf medis yang terbatas jumlahnya, budaya profesionalisme yang akuntabel harus tetap ditegakkan melalui penyelenggaraan tata kelola klinis yang baik. Pasien harus tetap terlindungi tanpa melihat besar kecilnya jumlah staf medis. Personalia tersebut dipilih dari staf medis yang memiliki reputasi baik dalam profesinya yang meliputi kompetensi, sikap, dan hubungan interpersonal yang baik.

Mekanisme pengambilan keputusan dibidang keprofesian dalam setiap kegiatan komite medis dilaksanakan secara sehat dengan memperhatikan asas-asas kolegialitas. Peraturan internal staf rumah sakit (*medical staff bylaws*) akan menetapkan lebih rinci tentang mekanisme tersebut.

Dalam melaksanakan tugasnya komite medik dibantu oleh subkomite kredensial, subkomite mutu profesi dan subkomite etika dan disiplin profesi. Dalam hal terdapat keterbatasan jumlah staf medis, fungsi subkomite-subkomite ini dilaksanakan oleh komite medik.

Ketua subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi diusulkan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit. Di lain pihak, dalam pelaksanaan pelayanan medis sehari-hari di rumah sakit, kepala/direktur rumah sakit dapat mengelompokkan staf medis berdasarkan disiplin/spesialisasi, peminatan, atau dengan cara lain berdasarkan kebutuhan rumah sakit sesuai peraturan internal rumah sakit (*corporate bylaws*).

Wakil ketua, sekretaris, dan ketua-ketua subkomite direkomendasikan oleh ketua komite medik dan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari staf medis yang bekerja di rumah sakit. Selain itu, kepala/direktur rumah sakit mengangkat beberapa staf medis di rumah sakit tersebut untuk menjadi anggota pengurus komite medik dan anggota subkomite-subkomite di bawah komite medik.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, komite medik senantiasa melibatkan mitra bestari untuk mengambil putusan profesional. Rumah sakit

bersama komite medik menyiapkan daftar mitra bestari yang meliputi berbagai macam bidang ilmu kedokteran sesuai kebutuhannya. Mitra bestari tersebut akan dibutuhkan oleh setiap subkomite dalam menjalankan tugasnya.

E. HUBUNGAN KOMITE MEDIK DENGAN PENGELOLA RUMAH SAKIT

Ketua komite medik bertanggung jawab kepada kepala/direktur rumah sakit. Di satu pihak, kepala/direktur rumah sakit berkewajiban untuk menyediakan segala sumber daya agar komite medik dapat berfungsi dengan baik untuk menyelenggarakan profesionalisme staf medis sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini. Di lain pihak, komite medik memberikan laporan tahunan dan laporan berkala tentang kegiatan keprofesian yang dilakukannya kepada kepala/direktur rumah sakit. Dengan demikian lingkup hubungan antara kepala/direktur rumah sakit dengan komite medik adalah dalam hal-hal yang menyangkut profesionalisme staf medis saja. Hal-hal yang terkait dengan pengelolaan rumah sakit dan sumber dayanya dilakukan sepenuhnya oleh kepala/direktur rumah sakit.

Untuk mewujudkan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik kepala/direktur rumah sakit bekerjasama dalam hal pengaturan kewenangan melakukan tindakan medik di rumah sakit. Kerjasama tersebut dalam bentuk rekomendasi pemberian kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dan rekomendasi pencabutannya oleh komite medik.

Untuk mewujudkan pelayanan klinis yang baik, efektif, professional, dan aman bagi pasien, sering terdapat kegiatan pelayanan yang terkait erat dengan masalah keprofesian. Kepala/direktur rumah sakit bekerjasama dengan komite medik untuk menyusun pengaturan layanan medis (*medical staff rules and regulations*) agar pelayanan yang profesional terjamin mulai saat pasien masuk rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit.

F. PERANAN ORGANISASI PERUMAHSAKITAN DALAM PEMBERDAYAAN KOMITE MEDIK DI RUMAH SAKIT

Rumah sakit sangat berkepentingan dengan komite medik karena sangat menentukan baik buruknya tata kelola klinik (*clinical governance*) di rumah sakit tersebut. Menyelenggarakan komite medik merupakan hal yang kompleks dan memerlukan berbagai sumber daya dan informasi yang terkait dengan keprofesian.

Setiap rumah sakit memiliki kapasitas sumber daya yang berbeda, sehingga luaran (*output*) yang dihasilkan dalam melakukan upaya pemberdayaan komite medik pun berbeda pula. Agar upaya pemberdayaan komite medik ini lebih

berdaya guna dan berhasil guna, organisasi perumahsakit berperan serta melakukan pemberdayaan komite medis agar tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik terselenggara lebih merata di seluruh wilayah Indonesia.

BAB III

SUBKOMITE KREDENSIAL

A. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Untuk melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit kredibel.

2. Tujuan Khusus

- a. mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan di rumah sakit;
- b. tersusunnya jenis-jenis kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran/kedokteran gigi yang ditetapkan oleh Kolegium Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;
- c. dasar bagi kepala/direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*clinical appointment*) bagi setiap staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
- d. terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit di hadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.

B. KONSEP

1. Konsep Dasar Kredensial

Salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasiennya adalah dengan menjaga standar dan kompetensi para staf medis yang akan berhadapan langsung dengan para pasien di rumah sakit. Upaya ini dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten. Kompetensi ini meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental.

Walaupun seorang staf medis telah mendapatkan *brevet* spesialisasi dari kolegium ilmu kedokteran yang bersangkutan, namun rumah sakit wajib

melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut, hal ini dikenal dengan istilah *credentialing*.

Proses *credentialing* ini dilakukan dengan dua alasan utama. Alasan pertama, banyak faktor yang mempengaruhi kompetensi setelah seseorang mendapatkan sertifikat kompetensi dari kolegium. Perkembangan ilmu di bidang kedokteran untuk suatu pelayanan medis tertentu sangat pesat, sehingga kompetensi yang diperoleh saat menerima sertifikat kompetensi bisa kedaluarsa, bahkan dapat dianggap sebagai tindakan yang tidak aman bagi pasien. Selain itu, lingkup suatu cabang ilmu kedokteran tertentu senantiasa berkembang dari waktu ke waktu sehingga suatu tindakan yang semula tidak diajarkan pada penerima brevet pada periode tertentu, dapat saja belakangan diajarkan pada periode selanjutnya, bahkan dianggap merupakan suatu kemampuan yang standar. Hal ini mengakibatkan bahwa sekelompok staf medis yang menyandang sertifikat kompetensi tertentu *dapat* saja memiliki lingkup kompetensi yang berbeda-beda.

Alasan kedua, keadaan kesehatan seseorang dapat saja menurun akibat penyakit tertentu atau bertambahnya usia sehingga mengurangi keamanan pelayanan medis yang dilakukannya. Kompetensi fisik dan mental dinilai melalui uji kelaikan kesehatan baik fisik maupun mental. Tindakan verifikasi kompetensi profesi medis tersebut oleh rumah sakit disebut sebagai mekanisme *credentialing*, dan hal ini dilakukan demi keselamatan pasien. Tindakan verifikasi kompetensi ini juga dilakukan pada profesi lain untuk keamanan kliennya. Misalnya kompetensi profesi penerbang (*pilot*) yang senantiasa diperiksa secara teratur dalam periode tertentu oleh perusahaan penerbangan.

Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, rumah sakit menerbitkan suatu izin bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu dirumah sakit tersebut, hal ini dikenal sebagai kewenangan klinis (*clinical privilege*). Tanpa adanya kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut. Luasnya lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) seseorang dokter spesialis/dokter gigi spesialis dapat saja berbeda dengan koleganya dalam spesialisasi yang sama, tergantung pada ketetapan komite medik tentang kompetensi untuk melakukan tiap pelayanan medis oleh yang bersangkutan berdasarkan hasil proses kredensial. Dalam hal pelayanan medis seorang staf medis membahayakan pasien maka kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk

melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut. Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Kewajiban rumah sakit untuk menetapkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut telah diatur dengan tegas dalam peraturan perundang-undangan tentang perumahsakitannya bahwa setiap rumah sakit wajib menyusun dan melaksanakan *hospital bylaws*, yang dalam penjelasan peraturan perundang-undangan tersebut ditetapkan bahwa setiap rumah sakit wajib melaksanakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Hal ini harus dirumuskan oleh setiap rumah sakit dalam peraturan staf medis rumah sakit (*medical staff bylaw*) antara lain diatur kewenangan klinis (*clinical privilege*).

Kelemahan rumah sakit dalam menjalankan fungsi kredensial akan menimbulkan tanggung jawab hukum bagi rumah sakit dalam hal terjadi kecelakaan pelayanan medis. Setiap rumah sakit wajib melindungi pasiennya dari segala pelayanan medis yang dilakukan oleh setiap staf medis di rumah sakit tersebut, hal ini dikenal sebagai *the duty of due care*. Tanggung jawab rumah sakit tersebut berlaku tidak hanya terhadap tindakan yang dilakukan oleh staf medis pegawai rumah sakit saja, tetapi juga setiap staf medis yang bukan berstatus pegawai (staf medis tamu). Rumah sakit wajib mengetahui dan menjaga keamanan setiap pelayanan medis yang dilakukan dalam lingkungannya demi keselamatan semua pasien yang dilayaninya sebagai bagian dari *the duty of due care*.

Untuk memenuhi kebutuhan staf medis di rumah sakit dalam rangka meningkatkan pelayanan rumah sakit memerlukan penambahan staf medis. Kepala/direktur rumah sakit menentukan kebutuhan dan penambahan staf medis. Komite medik dapat diminta oleh kepala/direktur rumah sakit untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis.

2. Mekanisme Kredensial

Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit adalah tanggung jawab komite medik yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial. Proses kredensial tersebut dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi.

Dalam proses kredensial, subkomite kredensial melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim mitra bestari, dan melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu. Selain itu subkomite kredensial juga menyiapkan berbagai instrumen kredensial

yang disahkan kepala/direktur rumah sakit. Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan.

Pada akhir proses kredensial, komite medik menerbitkan rekomendasi kepada kepala/direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.

C. KEANGGOTAAN

Subkomite kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda. Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

D. MEKANISME KREDENSIAL DAN PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS BAGI STAF MEDIS DI RUMAH SAKIT

Kepala/direktur rumah sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi staf medis untuk memperoleh kewenangan klinis dengan berpedoman pada peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*). Selain itu Kepala/direktur rumah sakit bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.

Untuk melaksanakan kredensial dibutuhkan beberapa instrumen, antara lain daftar rincian kewenangan klinis untuk tiap spesialisasi medis, daftar mitra bestari yang merepresentasikan tiap spesialisasi medis, dan buku putih (*white paper*) untuk setiap pelayanan medis. Setiap rumah sakit mengembangkan instrumen tersebut sesuai dengan kebutuhannya.

Secara garis besar tahapan pemberian kewenangan klinis yang harus diatur lebih lanjut oleh rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Kepala/direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
2. Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Kepala/direktur rumah sakit kepada komite medik.
3. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.

4. Dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia ad-hoc dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (*white paper*).
5. Subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
6. Pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
 - a. kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - 2) kognitif;
 - 3) afektif;
 - 4) psikomotor.
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku;
 - d. perilaku etis (*ethical standing*).
7. Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
8. Daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
 - a. menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis.
 - b. mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*).
 - c. mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
9. Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
10. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*), dengan rekomendasi berupa:
 - a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;

- b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
11. Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui kepala/direktur rumah sakit. Selanjutnya, komite medik menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*).
12. Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
- a. pendidikan:
 - 1) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi;
 - 2) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - b. perizinan (*lisensi*):
 - 1) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
 - 2) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
 - c. kegiatan penjaminan mutu profesi:
 - 1) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
 - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
 - d. kualifikasi personal:
 - 1) riwayat disiplin dan etik profesi;
 - 2) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - 3) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - 4) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;

5) memiliki asuransi proteksi profesi (*professional indemnity Insurance*).

e. pengalaman dibidang keprofesian:

1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;

2) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

13. Berakhirnya kewenangan klinis .

Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh kepala/direktur rumah sakit. Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode tertentu, misalnya dua tahun. Pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan. Proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena rumah sakit telah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.

14. Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis.

Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh kepala/direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi dilapangan, misalnya staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental. Selain itu, pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik. Namun demikian, kewenangan klinis yang dicabut tersebut dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya. Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali. Komite medik dapat merekomendasikan kepada kepala/direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

Pada dasarnya kredensial tetap ditujukan untuk menjaga keselamatan pasien, sambil tetap membina kompetensi seluruh staf medis di rumah sakit tersebut. Dengan demikian jelaslah bahwa komite medik dan peraturan internal staf medis memegang peranan penting dalam proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis untuk setiap staf medis.

BAB IV SUBKOMITE MUTU PROFESI

A. TUJUAN

Subkomite mutu profesi berperan dalam menjaga mutu profesi medis dengan tujuan:

- a. memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis, dan profesional;
- b. memberikan asas keadilan bagi staf medis untuk memperoleh kesempatan memelihara kompetensi (*maintaining competence*) dan kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- c. mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*);
- d. memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

B. KONSEP

Kualitas pelayanan medis yang diberikan oleh staf medis sangat ditentukan oleh semua aspek kompetensi staf medis dalam melakukan penatalaksanaan asuhan medis (*medical care management*). Mutu suatu penatalaksanaan asuhan medis tergantung pada upaya staf medis memelihara kompetensi seoptimal mungkin.

Untuk mempertahankan mutu dilakukan upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi melalui :

- a. memantau kualitas, misalnya *morning report*, kasus sulit, ronde ruangan, kasus kematian (*death case*), audit medis, *journal reading*;
- b. tindak lanjut terhadap temuan kualitas, misalnya pelatihan singkat (*short course*), aktivitas pendidikan berkelanjutan, pendidikan kewenangan tambahan.

C. KEANGGOTAAN

Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda. Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik.

D. MEKANISME KERJA

Kepala/direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite mutu profesi berdasarkan masukan komite medis. Selain itu Kepala/direktur rumah sakit bertanggungjawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.

1. Audit Medis

Dalam peraturan perundang-undangan tentang perumahasakitan, pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai implementasi fungsi manajemen klinis dalam rangka penerapan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit. Audit medis tidak digunakan untuk mencari ada atau tidaknya kesalahan seorang staf medis dalam satu kasus. Dalam hal terdapat laporan kejadian dengan dugaan kelalaian seorang staf medis, mekanisme yang digunakan adalah mekanisme disiplin profesi, bukannya mekanisme audit medis. Audit medis dilakukan dengan mengedepankan respek terhadap semua staf medis (*no blaming culture*) dengan cara tidak menyebutkan nama (*no naming*), tidak mempersalahkan (*no blaming*), dan tidak mempermalukan (*no shaming*).

Audit medis yang dilakukan oleh rumah sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di rumah sakit.

Dalam pengertian audit medis tersebut di atas, rumah sakit, komite medik atau masing-masing kelompok staf medis dapat menyelenggarakan menyelenggarakan evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).

Secara umum, pelaksanaan audit medis harus dapat memenuhi 4 (empat) peran penting, yaitu :

- a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di rumah sakit;
- b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
- c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
- d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Audit medis dapat pula diselenggarakan dengan melakukan evaluasi berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), baik secara perorangan maupun kelompok. Hal ini dapat dilakukan dengan beberapa cara, antara lain dapat merupakan kegiatan yang berbentuk siklus sebagai upaya perbaikan yang terus menerus sebagaimana tercantum di bawah ini:



Berdasarkan siklus di atas maka langkah-langkah pelaksanaan audit medis dilaksanakan sebagai berikut:

a. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit.

Tahap pertama dari audit medis adalah pemilihan topik yang akan dilakukan audit. Pemilihan topik tersebut bisa berupa penanggulangan penyakit tertentu di rumah sakit (misalnya : *thypus abdominalis*), penggunaan obat tertentu (misalnya: penggunaan antibiotik), tentang prosedur atau tindakan tertentu, tentang infeksi nosokomial di rumah sakit, tentang kematian karena penyakit tertentu, dan lain-lain. Pemilihan topik ini sangat penting, dalam memilih topik agar memperhatikan jumlah kasus

atau epidemiologi penyakit yang ada di rumah sakit dan adanya keinginan untuk melakukan perbaikan. Sebagai contoh di rumah sakit kasus *typhus abdominalis* cukup banyak dengan angka kematian cukup tinggi. Hal ini tentunya menjadi masalah dan ingin dilakukan perbaikan. Contoh lainnya : angka seksio sesaria yang cukup tinggi di rumah sakit yang melebihi dari angka nasional. Untuk mengetahui penyebabnya sehingga dapat dilakukan perbaikan maka perlu dilakukan audit terhadap seksio sesaria tersebut. Pemilihan dan penetapan topik atau masalah yang ingin dilakukan audit dipilih berdasarkan kesepakatan komite medik dan kelompok staf medis.

b. Penetapan standar dan kriteria.

Setelah topik dipilih maka perlu ditentukan kriteria atau standar profesi yang jelas, obyektif dan rinci terkait dengan topik tersebut. Misalnya topik yang dipilih *typhus abdominalis* maka perlu ditetapkan prosedur pemeriksaan, diagnosis dan pengobatan *typhus abdominalis*. Penetapan standar dan prosedur ini oleh mitra bestari (*peer group*) dan/atau dengan ikatan profesi setempat. Ada dua level standar dan kriteria yaitu *must do* yang merupakan absolut minimum kriteria dan *should do* yang merupakan tambahan kriteria yang merupakan hasil penelitian yang berbasis bukti.

c. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit.

Dalam mengambil sampel bisa dengan menggunakan metode pengambilan sampel tetapi bisa juga dengan cara sederhana yaitu menetapkan kasus *typhus abdominalis* yang akan diaudit dalam kurun waktu tertentu, misalnya dari bulan Januari sampai Maret. Misalnya selama 3 bulan tersebut ada 200 kasus maka 200 kasus tersebut yang akan dilakukan audit.

d. Membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan.

Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit medis mempelajari rekam medis untuk mengetahui apakah kriteria atau standar dan prosedur yang telah ditetapkan tadi telah dilaksanakan atau telah dicapai dalam masalah atau kasus-kasus yang dipelajari. Data tentang kasus-kasus yang tidak memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dipisahkan dan dikumpulkan untuk di analisis. Misalnya dari 200 kasus ada 20 kasus yang tidak memenuhi kriteria atau standar maka 20 kasus tersebut agar dipisahkan dan dikumpulkan.

e. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria.

Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit medis menyerahkan ke 20 kasus tersebut pada mitra bestari (*peer group*) untuk dinilai lebih lanjut.

Kasus-kasus tersebut di analisis dan didiskusikan apa kemungkinan penyebabnya dan mengapa terjadi ketidaksesuaian dengan standar. Hasilnya: bisa jadi terdapat (misalnya) 15 kasus yang penyimpangannya terhadap standar adalah “*acceptable*” karena penyulit atau komplikasi yang tak diduga sebelumnya (*unforeseen*). Kelompok ini disebut deviasi (yang *acceptable*). Sisanya yang 5 kasus adalah deviasi yang *unacceptable*, dan hal ini dikatakan sebagai “*defisiensi*”. Untuk melakukan analisis kasus tersebut apabila diperlukan dapat mengundang konsultan tamu atau pakar dari luar, yang biasanya dari rumah sakit pendidikan.

f. Menerapkan perbaikan.

Mitra bestari (*peer group*) melakukan tindakan korektif terhadap kelima kasus yang defisiensi tersebut secara kolegal, dan menghindari “*blaming culture*”. Hal ini dilakukan dengan membuat rekomendasi upaya perbaikannya, cara-cara pencegahan dan penanggulangan, mengadakan program pendidikan dan latihan, penyusunan dan perbaikan prosedur yang ada dan lain sebagainya.

g. Rencana reaudit.

Mempelajari lagi topik yang sama di waktu kemudian, misalnya setelah 6 (enam) bulan kemudian. Tujuan reaudit dilaksanakan adalah untuk mengetahui apakah sudah ada upaya perbaikan. Hal ini bukan berarti topik audit adalah sama terus menerus, audit yang dilakukan 6 (enam) bulan kemudian ini lebih untuk melihat upaya perbaikan. Namun sambil melihat upaya perbaikan ini, Subkomite mutu profesi atau tim pelaksana audit dan mitra bestari (*peer group*) dapat memilih topik yang lain.

2. Merekomendasikan Pendidikan Berkelanjutan Bagi Staf Medis.

- a. subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis dengan pengaturan-pengaturan waktu yang disesuaikan.
- b. Pertemuan tersebut dapat pula berupa pembahasan kasus tersebut antara lain meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- c. setiap kali pertemuan ilmiah harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.
- d. notulensi beserta daftar hadir menjadi dokumen/arsip dari subkomite mutu profesi.

- e. Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.
 - f. Setiap kelompok staf medis wajib menentukan minimal satu kegiatan ilmiah yang akan dilaksanakan dengan subkomite mutu profesi per tahun.
 - g. Subkomite mutu profesi bersama dengan bagian pendidikan & penelitian rumah sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
 - h. Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
 - i. Subkomite mutu profesi memberikan persetujuan terhadap permintaan staf medis sebagai asupan kepada direksi.
3. Memfasilitasi Proses Pendampingan (*Proctoring*) bagi Staf Medis yang Membutuhkan.
- a. Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.
 - b. Komite medik berkoordinasi dengan kepala/direktur rumah sakit untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*) tersebut.

BAB V

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

A. TUJUAN

Subkomite etika dan disiplin profesi pada komite medik di rumah sakit dibentuk dengan tujuan:

1. melindungi pasien dari pelayanan staf medis yang tidak memenuhi syarat (*unqualified*) dan tidak layak (*unfit/unproper*) untuk melakukan asuhan klinis (*clinical care*).
2. memelihara dan meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

B. KONSEP

Setiap staf medis dalam melaksanakan asuhan medis di rumah sakit harus menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme kedokteran kinerja profesional

yang baik sehingga dapat memperlihatkan kinerja profesi yang baik. Dengan kinerja profesional yang baik tersebut pasien akan memperoleh asuhan medis yang aman dan efektif.

Upaya peningkatan profesionalisme staf medis dilakukan dengan melaksanakan program pembinaan profesionalisme kedokteran dan upaya pendisiplinan berperilaku profesional staf medis di lingkungan rumah sakit.

Dalam penanganan asuhan medis tidak jarang dijumpai kesulitan dalam pengambilan keputusan etis sehingga diperlukan adanya suatu unit kerja yang dapat membantu memberikan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis tersebut.

Pelaksanaan keputusan subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit merupakan upaya pendisiplinan oleh komite medik terhadap staf medis di rumah sakit yang bersangkutan sehingga pelaksanaan dan keputusan ini tidak terkait atau tidak ada hubungannya dengan proses penegakan disiplin profesi kedokteran di lembaga pemerintah, penegakan etika medis di organisasi profesi, maupun penegakan hukum.

Pengaturan dan penerapan penegakan disiplin profesi bukanlah sebuah penegakan disiplin kepegawaian yang diatur dalam tata tertib kepegawaian pada umumnya. Subkomite ini memiliki semangat yang berlandaskan, antara lain:

1. peraturan internal rumah sakit;
2. peraturan internal staf medis;
3. etik rumah sakit;
4. norma etika medis dan norma-norma bioetika.

Tolok ukur dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:

1. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
2. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
3. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
4. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
5. kode etik kedokteran Indonesia;
6. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
7. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;

8. pedoman pelayanan medik/klinik;
9. standar prosedur operasional asuhan medis.

C. KEANGGOTAAN

Subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda. Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada ketua komite medik

D. MEKANISME KERJA

Kepala/direktur rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur seluruh mekanisme kerja subkomite disiplin dan etika profesi berdasarkan masukan komite medis. Selain itu Kepala/direktur rumah sakit bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.

Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi. Panel terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut.

1. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dari yang diperiksa;
2. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan kepala/direktur rumah sakit atau kepala/direktur rumah sakit terlapor.

Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit. Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit berdasarkan rekomendasi komite medik.

1. Upaya Pendisiplinan Perilaku Profesional

Mekanisme pemeriksaan pada upaya pendisiplinan perilaku profesional adalah sebagai berikut:

a. Sumber Laporan

- 1) Notifikasi (laporan) yang berasal dari perorangan, antara lain:
 - a) manajemen rumah sakit;
 - b) staf medis lain;

- c) tenaga kesehatan lain atau tenaga non kesehatan;
 - d) pasien atau keluarga pasien.
- 2) Notifikasi (laporan) yang berasal dari non perorangan berasal dari:
- a) hasil konferensi kematian;
 - b) hasil konferensi klinis.

b. Dasar Dugaan Pelanggaran Disiplin Profesi

Keadaan dan situasi yang dapat digunakan sebagai dasar dugaan pelanggaran disiplin profesi oleh seorang staf medis adalah hal-hal yang menyangkut, antara lain:

- 1) kompetensi klinis;
- 2) penatalaksanaan kasus medis;
- 3) pelanggaran disiplin profesi;
- 4) penggunaan obat dan alat kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- 5) ketidakmampuan bekerja sama dengan staf rumah sakit yang dapat membahayakan pasien.

c. Pemeriksaan

- 1) dilakukan oleh panel pendisiplinan profesi;
- 2) melalui proses pembuktian;
- 3) dicatat oleh petugas sekretariat komite medik;
- 4) terlapor dapat didampingi oleh personil dari rumah sakit tersebut;
- 5) panel dapat menggunakan keterangan ahli sesuai kebutuhan;
- 6) seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh panel disiplin profesi bersifat tertutup dan pengambilan keputusannya bersifat rahasia.

d. Keputusan

Keputusan panel yang dibentuk oleh subkomite etika dan disiplin profesi diambil berdasarkan suara terbanyak, untuk menentukan ada atau tidak pelanggaran disiplin profesi kedokteran di rumah sakit.

Bilamana terlapor merasa keberatan dengan keputusan panel, maka yang bersangkutan dapat mengajukan keberatannya dengan memberikan bukti baru kepada subkomite etika dan disiplin yang kemudian akan membentuk panel baru. Keputusan ini bersifat final dan dilaporkan kepada direksi rumah sakit melalui komite medik.

e. Tindakan Pendisiplinan Perilaku Profesional

Rekomendasi pemberian tindakan pendisiplinan profesi pada staf medis oleh subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit berupa:

- a. peringatan tertulis;
- b. limitasi (reduksi) kewenangan klinis (*clinical privilege*);
- c. bekerja dibawah supervisi dalam waktu tertentu oleh orang yang mempunyai kewenangan untuk pelayanan medis tersebut;
- d. pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) sementara atau selamanya.

f. Pelaksanaan Keputusan

Keputusan subkomite etika dan disiplin profesi tentang pemberian tindakan disiplin profesi diserahkan kepada kepala/direktur rumah sakit oleh ketua komite medik sebagai rekomendasi, selanjutnya kepala/direktur rumah sakit melakukan eksekusi.

2. Pembinaan Profesionalisme Kedokteran

Subkomite etika dan disiplin profesi menyusun materi kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran. Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dsb yang dilakukan oleh unit kerja rumah sakit terkait seperti unit pendidikan dan latihan, komite medik, dan sebagainya.

3. Pertimbangan Keputusan Etis

Staf medis dapat meminta pertimbangan pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di rumah sakit melalui kelompok profesinya kepada komite medik.

Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang kompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis tersebut.

BAB VI

PETUNJUK TEKNIS PENYUSUNAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

A. PENDAHULUAN

Setiap rumah sakit menyusun peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) untuk mengatur penyelenggaraan profesi medis dan mekanisme tata

kerja komite medik di rumah sakit. Peraturan internal staf medis disusun oleh komite medik dan disahkan oleh kepala/direktur rumah sakit. Paling lama setiap tiga tahun peraturan internal staf medis rumah sakit ditinjau kembali dan disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi rumah sakit.

Peraturan internal staf medis (*medical staff bylaws*) dianalogikan sebagai undang-undang praktik kedokteran bagi para staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut. Di dalam peraturan internal staf medis diatur tentang pembentukan komite medik, tugas dan fungsi serta mekanisme kerja komite medik beserta ketiga subkomitennya, mitra bestari (*peer-group*), dan mekanisme pengambilan keputusan dalam komite medik.

Peraturan internal staf medis menjadi acuan mekanisme pengambilan keputusan oleh komite medik, dan menjadi dasar hukum yang sah untuk setiap keputusan yang diambil sesuai dengan mekanisme yang ditentukan oleh peraturan internal staf medis. Selain itu, peraturan internal staf medis juga menjadi dasar hukum yang sah untuk setiap keputusan yang diambil kepala/direktur rumah sakit yang mengambil keputusan sesuai dengan lingkup tugasnya yang terkait dengan staf medis.

Dalam hubungannya dengan direksi rumah sakit, peraturan internal staf medis juga mengatur mekanisme pertanggungjawaban komite medik kepada kepala/direktur rumah sakit untuk hal-hal yang terkait dengan penyelenggaraan profesionalisme kedokteran di rumah sakit. Selain itu dalam peraturan internal staf medis juga diatur kewajiban kepala/direktur rumah sakit untuk menyediakan semua sumber daya yang dibutuhkan oleh komite medik untuk melaksanakan tugasnya, misalnya kebutuhan ruangan, petugas sekretariat, sarana dan prasarana komite medik, termasuk penyelenggaraan pertemuan dan mendatangkan mitra bestari. Kewajiban kepala/direktur rumah sakit juga termasuk menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur (*policy and procedures*) yang terkait dengan kredensial, mutu profesi, dan disiplin profesi.

Peraturan internal staf medis tidak mengatur hal-hal yang bersifat pengelolaan rumah sakit, walaupun hal itu menyangkut tugas staf medis sehari-hari di rumah sakit. Hal-hal yang termasuk pengelolaan rumah sakit tersebut antara lain hal-hal yang menyangkut jasa medis, pembelian alat-alat medis, pengaturan jadwal jaga, dan sebagainya. Demikian pula, peraturan internal staf medis tidak mengatur hak dan kewajiban para staf medis seperti misalnya pengaturan tentang rekam medis, rahasia kedokteran, persetujuan pelayanan medis, dan kesejahteraan para staf medis. Walaupun beberapa segi yang menyangkut kesejahteraan para staf medis sangat penting diperhatikan oleh kepala/direktur rumah sakit agar para staf medis dapat melakukan tugasnya

dengan baik, namun masalah kesejahteraan tersebut tidak termasuk dalam tugas komite medik.

Peraturan internal staf medis dapat berbeda untuk setiap rumah sakit, karena situasi dan kondisi setiap rumah sakitpun berbeda (*hospital specific*) sesuai dengan sumber daya dan lingkup pelayanannya. Namun demikian, pada dasarnya peraturan internal staf medis memuat pengaturan pokok untuk menegakkan profesionalisme tenaga dengan mengatur mekanisme pemberian izin melakukan pelayanan medis (*entering to the profession*), mekanisme mempertahankan profesionalisme (*maintaining professionalism*), dan mekanisme pendisiplinan (*expelling from the profession*).

Peraturan internal staf medis juga mengatur tugas spesifik dari subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite etika dan disiplin profesi sesuai dengan kondisi setiap rumah sakit.

B. FORMAT DAN SUBSTANSI PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS (*MEDICAL STAF BYLAWS*)

Format peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) disesuaikan dengan situasi dan kondisi setiap rumah sakit (*tailor made*). Bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia yang disusun sesederhana dan ringkas mungkin agar mudah dimengerti. Penomoran dan pengaturan bab serta rumusan pasal-pasalnya disesuaikan dengan situasi setempat.

Sistematika penyusunan sekurang-kurangnya terdiri dari:

- a. MUKADIMAH/PENDAHULUAN
- b. BAB I KETENTUAN UMUM
- c. BAB II TUJUAN
- d. BAB III KEWENANGAN KLINIS
- e. BAB IV PENUGASAN KLINIS
- f. BAB V KOMITE MEDIK
- g. BAB VI RAPAT
- h. BAB VII SUBKOMITE KREDENSIAL
- i. BAB VIII SUBKOMITE MUTU PROFESI
- j. BAB IX SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI
- k. BAB X PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

1. BAB XI TATA CARA REVIU DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

m. BAB XII KETENTUAN PENUTUP

Lingkup substansi yang diatur dalam mukadimah/pendahuluan dan bab-bab beserta pasal-pasalnyanya sekurang-kurangnya berisi, sebagai berikut:

MUKADIMAH/PENDAHULUAN

Mukadimah memberi gambaran tentang perlunya profesionalisme staf medis dan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang dilakukan oleh komite medik. Dalam mukadimah ini dapat dikemukakan visi dan misi para staf medis di rumah sakit yang pada dasarnya peduli terhadap keselamatan pasien. Kepedulian ini diwujudkan melalui mekanisme kredensial dan mekanisme peningkatan kualitas pelayanan medis lainnya.

Mukadimah ini menegaskan peraturan internal staf medis ini adalah upaya untuk memastikan agar hanya staf medis yang kompeten sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis dirumah sakit. Kebijakan ini didukung oleh pihak pemilik rumah sakit.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Berisi pengertian yang memuat definisi dan penjelasan tentang istilah-istilah dan konsep-konsep yang digunakan dalam peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*).

BAB II

TUJUAN

Tujuan peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) adalah agar komite medik dapat menyelenggarakan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*) melalui mekanisme kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penegakan disiplin profesi. Selain itu peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) juga bertujuan untuk memberikan dasar hukum bagi mitra bestari (*peer group*) dalam pengambilan keputusan profesi melalui komite medik. Putusan itu dilandasi semangat bahwa hanya staf medis yang kompeten dan berperilaku profesional sajalah yang boleh melakukan pelayanan medis dirumah sakit.

BAB III

KEWENANGAN KLINIS (*CLINICAL PRIVILEGE*)

Pada awal bab ini, harus ditentukan bahwa semua pelayanan medis hanya boleh dilakukan oleh staf medis yang telah diberi kewenangan klinis melalui proses kredensial. Di luar itu, tidak boleh ada pelayanan medis siapapun. Untuk itu harus diatur tentang jenis kategori staf medis sesuai dengan lingkup kewenangan yang diberikan padanya, misalnya pengaturan kewenangan klinis sementara (*temporary clinical privilege*), kewenangan klinis dalam keadaan darurat (*emergency clinical privilege*), dan kewenangan klinis bersyarat (*provisional clinical privilege*).

Pada bab ini juga diatur mengenai lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk pelayanan medis tertentu dengan berpedoman pada buku putih (*white paper*). Tata cara penyusunan buku putih (*white paper*) yang dilakukan oleh mitra bestari (*peer group*) di rumah sakit juga diatur.

Bab ini mengatur pula proses penilaian untuk merekomendasikan pemberian kewenangan klinis untuk masing-masing staf medis yang selanjutnya dilaksanakan oleh subkomite kredensial.

Dalam bab ini diatur pula prosedur tentang tata cara pemberian dan pengakhiran “*privilege*” oleh kepala/direktur rumah sakit yang direkomendasikan oleh subkomite etika dan disiplin profesi melalui Komite medik.

BAB IV

PENUGASAN KLINIS (*CLINICAL APPOINTMENT*)

Setiap staf medis yang melakukan asuhan medis harus memiliki surat penugasan klinis dari Pimpinan rumah sakit berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap staf medis (*delineation of clinical privilege*) yang direkomendasikan komite medik.

BAB V

KOMITE MEDIK

Bab ini mengatur mengenai pengorganisasian komite medik, organisasi, tugas dan fungsi, masa jabatan komite medik dan cara penetapan ketua komite medik dan perangkatnya. Dalam bab ini subkomite yang ada dibawah komite medik ditetapkan secara limitatif, yaitu subkomite kredensial, subkomite mutu profesi, dan subkomite disiplin profesi. Pedoman

pengorganisasian dan tata kerja komite medik di rumah sakit harus mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan ini.

BAB VI

RAPAT

Bab ini mengatur mengenai mekanisme pengambilan keputusan di bidang profesi oleh komite medik melalui rapat-rapat. Pengaturan tersebut meliputi jadwal rapat rutin, kapan perlu ada rapat khusus, ketentuan jumlah quorum persyaratan rapat, notulen rapat, prosedur rapat dan peserta rapat, persyaratan menghadiri rapat dan lain sebagainya. Dengan demikian, mekanisme rapat ini dapat dijadikan dasar hukum yang dipertanggungjawabkan bagi pengambilan keputusan dibidang profesi medis.

BAB VII

SUBKOMITE KREDENSIAL

Bab ini mengatur tentang peranan komite medik dalam melakukan mekanisme kredensial dan rekredensial bagi seluruh staf medis di rumah sakit. Pedoman pengorganisasian dan tata kerja subkomite kredensial di rumah sakit mengacu pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan ini.

BAB VIII

SUBKOMITE MUTU PROFESI

Bab ini mengatur peranan komite medik untuk menjaga mutu profesi para staf medis melalui subkomite mutu profesi. Hal ini dilakukan melalui audit medis dan pendidikan dan pengembangan profesi berkelanjutan (*continuing professional development*). Pedoman pengorganisasian dan tata kerja subkomite mutu profesi di rumah sakit mengacu pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan ini.

BAB IX

SUBKOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI

Bab ini mengatur tentang upaya pendisiplinan staf medis yang dilakukan oleh subkomite disiplin profesi. Hal ini dilakukan melalui peringatan tertulis sampai penangguhan kewenangan klinis staf medis yang dinilai melanggar disiplin profesi, baik seluruhnya maupun sebagian. Dengan ditanggungkannya kewenangan klinis maka staf medis tersebut tidak diperkenankan melakukan pelayanan medis di rumah sakit. Perubahan kewenangan klinis akibat

tindakan disiplin profesi tersebut di atas ditetapkan dengan surat keputusan kepala/direktur rumah sakit atas rekomendasi komite medik. Pedoman pengorganisasian dan tata kerja subkomite etika dan disiplin profesi di rumah sakit mengacu pada lampiran Peraturan Menteri Kesehatan ini.

BAB X

PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS

Untuk melaksanakan tata kelola klinis (*clinical governance*) diperlukan aturan-aturan profesi bagi staf medis (*medical staff rules and regulations*) secara tersendiri diluar *medical staff by laws*. Aturan profesi tersebut antara lain adalah:

1. pemberian pelayanan medis dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
2. kewajiban melakukan konsultasi dan/atau merujuk pasien kepada dokter, dokter spesialis, dokter gigi, atau dokter gigi spesialis lain dengan disiplin yang sesuai;
3. kewajiban melakukan pemeriksaan patologi anatomi terhadap semua jaringan yang dikeluarkan dari tubuh dengan pengecualiannya.

peraturan tersebut dapat merupakan bagian dari *medical staff by laws* atau terpisah.

BAB XI

TATA CARA *REVIEW* DAN PERBAIKAN PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS

Bab ini mengatur review dan perubahan peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*), kapan, siapa yang mempunyai kewenangan dan bagaimana mekanisme perubahan peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) yang disesuaikan dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan ini.

BAB XII

KETENTUAN PENUTUP

Bab ini memuat ketentuan mengenai tanggal mulai pemberlakuan dan ketentuan pencabutan peraturan internal staf medis (*medical staf bylaws*) yang lama. Peraturan Internal Staf Medis ditetapkan oleh kepala/direktur dan disahkan oleh pemilik rumah sakit.

BAB VII
PENUTUP

Perlindungan keselamatan pasien merupakan tujuan dari dibentuknya komite medik di rumah sakit. Oleh karena itu dengan berlakunya Peraturan Menteri Kesehatan ini maka penyelenggaraan komite medik yang sesuai dengan amanah peraturan perundang-undangan yang berlaku segera terwujud dan terselenggara dengan baik pada setiap rumah sakit.

MENTERI KESEHATAN,

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH