

## PROFIL KOMITE MEDIS DI INDONESIA DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJANYA DALAM MENJAMIN KESELAMATAN PASIEN

*THE PROFILES OF THE INDONESIAN MEDICAL STAFF COMMITTEES AND FACTORS AFFECTING THEIR PERFORMANCE IN PROTECTING THE PATIENT SAFETY*

**Herkutanto**

Departemen Ilmu Kedokteran Forensik, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/ SMF Forensik Klinik/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

### ABSTRACT

**Background:** People awareness to patient safety issues is recently raising a long with the increase of malpractice claims. Unsafe medical practice plays an important role to the issues. The occurrence of unsafe medical practice could be prevented if the medical staff committee in hospitals implement the medical professionalism by overseeing the medical practitioners in hospitals. Up to now, there are no valid information regarding the performance of the medical staff committee, particularly credentialing, audit, and disciplinary mechanism in hospitals.

**Objectives:** This study will explore the profile of the medical staff committee and their performance in terms of their organizational structure, credentialing and clinical privileging, continuing professional development and medical audit, and disciplinary measures.

**Method:** A cross sectional study was conducted to examine the performance of the medical staff committees through structured questionnaires. The responders were representatives of hospital managements of 133 hospitals who agreed to fill in the questionnaires. The scoring forms were applied to score the several main functions of the medical staff committee, i.e., structure, credentialing and clinical privileging, continuing professional development and medical audit, disciplinary measures, and management involvement in the clinical governance.

**Results:** 91 % of the participating hospitals were General Hospitals and the medical staff committee of 15% of the total participants were absent. This research revealed that the mean of the total score of the medical staff committees performance were 17,9 + 4,9.

**Conclusion:** The study revealed that their performance was still below the expected outcome since the delineation of clinical privilege was not properly conducted by the hospitals. The existence of credentialing and clinical privileging, continuing professional development and medical audit, and disciplinary measures reflects a better performance of the medical staff committees.

**Keywords:** patient safety, medical staff committee, performance

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Kesadaran akan jaminan keselamatan pasien mulai meningkat di masyarakat dengan bertambahnya kasus-kasus gugatan terhadap dugaan malpraktik. Salah satu faktor penyebab terjadinya kejadian tak diharapkan adalah tindakan dokter yang tidak aman. Hal ini dapat dicegah bila Komite Medis (KM) mampu memahami dan melaksanakan tugasnya dalam mengendalikan profesionalisme dokter. Belum diketahui bagaimana profil KM yang sesungguhnya dan kinerja KM terutama dalam proses kredensial, audit dan disiplin profesi.

**Tujuan:** Mengetahui profil dan kinerja KM dari segi struktur, proses kredensial dan kewenangan klinis (*clinical privilege*), pengembangan profesi dan audit, serta disiplin profesi dan keterlibatan KM dalam proses administratif lainnya di rumah sakit.

**Metode:** Dilakukan studi *cross-sectional* terhadap profil dan kinerja KM dengan kuesioner terstruktur. Responden adalah perwakilan manajemen RS yang diundang dan bersedia mengisi kuesioner yang dibagikan. Dari hasil pengisian kuesioner kemudian dibuat formulir skoring terhadap beberapa aspek KM yaitu struktur, kredensial dan kewenangan klinis, pengembangan profesi dan audit, serta disiplin profesi dan keterlibatan administratif.

**Hasil:** Sebanyak 91% merupakan RSU dan 15% dari RS peserta penelitian ini belum memiliki KM. Rerata skor total kinerja KM adalah 17,9 + 4,9.

**Kesimpulan:** Kinerja KM di Indonesia masih di bawah dari yang diharapkan. Adanya proses kredensial, pemberian kewenangan klinis tertulis, pengembangan profesi, sistem audit, disiplin profesi dan pemberian sanksi mencerminkan kinerja KM yang lebih baik.

**Kata kunci:** keselamatan pasien, komite medis, kinerja

### PENGANTAR

Gugatan terhadap dugaan malpraktik adalah konsekuensi yang dapat terjadi akibat ketidakpuasan penderita atau keluarganya terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya sehingga berakibat memburuknya penyakit, kecacatan atau meninggal. Survei PERSI tahun 2006 di 381 rumah sakit (RS) di Indonesia mendapatkan sebanyak 173 (45,4%) RS mengaku pernah mendapat klaim. Sebagian besar RS (31%) mengaku telah mendapat 1-3 klaim dan terdapat 12 (3,1%) RS yang lebih dari 7 kali mendapat klaim.<sup>1</sup>

Gugatan perkara malpraktik adalah salah satu cara bagi penderita untuk mendapat kompensasi finansial akibat cedera yang ditimbulkan oleh kejadian tak diharapkan (*medical mishaps*), yang besarnya ditentukan dari berat ringannya cedera.<sup>2</sup> Hal ini cukup memprihatinkan karena keselamatan pasien sebenarnya tidak terletak dalam diri seseorang, alat atau departemen secara individual, tetapi muncul dari interaksi komponen-komponen sebuah sistem dan

berada dalam konteks peningkatan kualitas.<sup>3</sup> Salah satu risiko yang dapat mengancam keselamatan pasien adalah kompetensi dan sikap dokter dalam melakukan tindakan medis.

Mekanisme yang umumnya digunakan untuk menjamin keselamatan pasien adalah aplikasi prinsip "bad apple theory" dengan cara seleksi dan pendisiplinan terhadap dokter yang bekerja di rumah sakit.<sup>4</sup> Badan akreditasi RS di Amerika (JCI) mempersyaratkan keberadaan mekanisme semacam ini bagi RS untuk menjaga keselamatan pasiennya.<sup>5</sup> Mekanisme ini diyakini dapat mempertahankan profesionalisme para praktisi medis di RS karena pelanggaran atas prinsip profesionalisme akan mengakibatkan praktisi medis kehilangan hak dan kewenangannya untuk melakukan tindakan medis di RS.

Di Indonesia, pemahaman tentang hakekat dan tujuan profesionalisme di kalangan profesi medis sendiri agaknya masih kurang sehingga KM tidak adekuat dalam menjaga keselamatan pasien. Kekeliruan umum yang terjadi, semua dokter yang bekerja di RS dianggap telah kompeten karena dokter adalah kelompok profesional, sehingga tidak perlu ada mekanisme verifikasi lagi oleh KM. Padahal pemahaman profesionalisme medis yang berlaku saat ini justru sebaliknya, seorang dokter dianggap profesional bila telah terbukti kompeten melalui suatu mekanisme kredensial oleh KM. Paham ini berfokus pada kepentingan pasien (*patient-centredness*).<sup>6</sup> Pertanyaan yang timbul adalah sejauh mana KM RS di Indonesia telah bekerja sesuai dengan prinsip profesionalisme medis? Apakah KM disalahgunakan untuk memperjuangkan kepentingan pribadi dokter di RS dengan cara mencampuri tindakan manajemen?

Dari observasi awal terhadap kinerja KM di berbagai RS, terdapat kesan masih adanya kesenjangan antara kenyataan dan kinerja KM yang efektif. Namun, observasi ini membutuhkan pengukuran obyektif, sehingga dapat diketahui bagaimana profil kinerja KM yang sesungguhnya di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil dan kinerja KM dari segi struktur organisasinya, proses kredensial dan kewenangan klinis, pengembangan profesi dan audit, serta disiplin profesi dan keterlibatan KM dalam proses manajemen di RS.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

### Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional* terhadap profil KM di berbagai RS di Indonesia pada tahun 2006. Alat yang dipakai adalah

kuesioner kinerja KM dan formulir skoring terhadap empat aspek yang dinilai. Dalam setiap aspek tersebut terdapat 10 butir pernyataan karakteristik ideal. Untuk masing-masing karakteristik ideal yang ditemukan di KM RS responden, diberi skor 1 sehingga skor total adalah 40.

### Rekrutmen Responden

Responden adalah perwakilan manajemen atau KM yang berasal dari 133 RS. Para responden diminta untuk mengisi suatu kuesioner tentang profil KM di RS yang diwakilinya. Responden direkrut dalam beberapa acara lokakarya atau pelatihan yang bersifat lokal maupun nasional selama periode bulan Juli 2005 – Juni 2006.

### Analisis Data

Perbandingan nilai rerata skor total dilakukan terhadap beberapa aspek struktur, kredensial, audit, pengembangan profesi, disiplin profesi dan keterlibatan KM dalam fungsi administratif RS. Perbedaan rerata skor diuji dengan *student "t" test* atau *analysis of variance* (ANOVA).

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini berhasil terkumpul responden dari 133 RS. Sebagian besar (82%)

Tabel 1. Karakteristik responden (n=133)

Karakteristik	n	%
<b>Pemilik:</b>		
♦ Swasta	109	82,0
♦ Pemerintah	24	18,0
<b>Badan Hukum:</b>		
♦ Tidak ada badan hukum	2	1,5
♦ Badan hukum publik	22	16,5
♦ PT/ BUMN/ BUMD	31	23,3
♦ Yayasan	67	50,4
♦ Perkumpulan	11	8,3
<b>Tipe RS</b>		
♦ Tipe A	6	4,5
♦ Tipe B dan utama	24	18,0
♦ Tipe C dan media	62	46,6
♦ Tipe D dan pratama	36	27,1
♦ Tidak ada data	5	3,8
<b>RS Pendidikan</b>		
♦ Bukan	124	93,2
♦ Ya	9	6,8
<b>Akreditasi</b>		
♦ Belum	50	37,6
♦ KARS 5 pelayanan	42	31,6
♦ KARS 12 pelayanan	22	16,5
♦ ISO	8	6,0
♦ Lainnya	11	8,3
<b>Jenis RS</b>		
♦ RS Umum	121	91,0
♦ RS Khusus	12	9,0
<b>Lingkup pelayanan</b>		
♦ Umum	16	12,0
♦ Spesialistik	80	60,2
♦ Subspesialistik	37	27,8

adalah RS swasta dan lebih dari separuhnya merupakan RS tipe C/ media dan tipe D/pratama 90% responden berasal dari RSU dengan ruang lingkup pelayanan spesialisik. Dua pertiga RS telah memiliki akreditasi (Tabel 1).

Dari ke-133 RS, terdapat 20 (15%) RS yang belum memiliki KM. Sebagian besar KM berada di bawah Direktur dan disahkan oleh Badan Pengampu (*Governing Board*) RS. Penunjukkan anggota umumnya berasal dari staf medik tetapi cukup banyak anggota staf direksi yang terlibat dalam KM. Lebih dari separuh KM telah mempunyai ruang sekretariat khusus dan dapat menyelenggarakan rapat rutin setiap bulan tetapi belum memiliki tata tertib sendiri (Tabel 2).

**Tabel 2. Karakteristik struktur komite medis dan nilai skor tiap karakteristik (n=133)**

Karakteristik	Skor	n	%
<b>Kedudukan:</b>			
♦ Seajar Direktur	1	49	36,8
♦ Di bawah Direktur	0	64	48,2
♦ Tidak ada data		20	15,0
<b>Yang mensahkan KM:</b>			
♦ <i>Governing board</i>	1	68	51,2
♦ Direktur	0	45	33,8
♦ Tidak ada data		20	15,0
<b>Anggota KM:</b>			
♦ Dari staf medik	1	62	46,6
♦ Ditunjuk Direktur/ <i>Governing Board</i>	0	47	35,4
♦ Tidak ada data		24	18,0
<b>Staf manajemen/ direksi dalam KM:</b>			
♦ Tidak ada	1	72	54,1
♦ Ada	0	38	28,6
♦ Tidak ada data		23	17,3
<b>Pemilihan ketua KM:</b>			
♦ Dipilih anggota	1	72	54,1
♦ Ditunjuk Direktur/ <i>Governing Board</i>	0	38	28,6
♦ Tidak ada data		23	17,3
<b>Ketua KM bertanggung jawab kepada:</b>			
♦ Direktur	1	71	53,4
♦ <i>Governing Board</i>	0	39	29,3
♦ Tidak ada data		23	17,3
<b>Tatatertib/ aturan sendiri:</b>			
♦ Ada	1	28	21,1
♦ Tidak ada	0	83	62,4
♦ Tidak ada data		22	16,5
<b>Rapat rutin minimal 1 bulan sekali</b>			
♦ Ada	1	76	57,1
♦ Tidak ada	0	34	25,6
♦ Tidak ada data		23	17,3
<b>Ruang khusus untuk Sekretariat KM:</b>			
♦ Ada	1	79	59,4
♦ Tidak ada	0	31	23,3
♦ Tidak ada data		23	17,3
<b>Staf sekretariat khusus untuk KM</b>			
♦ Ada	1	49	36,8
♦ Tidak ada	0	61	45,9
♦ Tidak ada data		23	17,3

Hampir 50% KM mengaku telah memberikan kewenangan klinis tertulis dan penandatanganan surat tersebut adalah direktur. Namun belum jelas apakah pemberian kewenangan klinis tertulis tersebut telah menggambarkan kompetensi yang terinci (*delineation of clinical privilege*) yang didasarkan pada mekanisme kredensial yang adekuat.<sup>7</sup> Sebagian besar KM tidak memiliki aturan pencabutan surat kewenangan dan penunjukkan bukti kompetensi untuk pemberian kewenangan klinis. Walaupun hampir semua KM telah memiliki subkomite kredensial, tetapi keterlibatan manajemen dalam keputusan hasil kredensial masih besar. Sebagian besar KM atau RS tidak melakukan proses rekredensial (Tabel 3).

**Tabel 3. Karakteristik pemberian kewenangan klinis dan kredensial (n=133)**

Karakteristik	Skor	N	%
<b>Pemberian kewenangan klinis tertulis:</b>			
♦ Ada	1	65	48,9
♦ Tidak ada	0	46	34,6
♦ Tidak ada data		22	16,5
<b>Tanda tangan surat kewenangan klinis:</b>			
♦ Ketua Komite Medis	1	11	8,3
♦ Direktur	0	59	44,4
♦ Tidak ada data		63	47,4
<b>Aturan pencabutan:</b>			
♦ Dapat dicabut jika melanggar disiplin profesi	1	36	27,1
♦ Tidak ada peraturan	0	61	45,9
♦ Tidak ada data		36	27,1
<b>Bukti kompetensi tertulis</b>			
♦ Perlu ditunjukkan	1	44	33,1
♦ Tidak perlu bukti	0	66	49,6
♦ Tidak ada data		23	17,3
<b>Pembatasan kewenangan klinis:</b>			
♦ Ada	1	65	48,9
♦ Tidak ada	0	46	34,6
♦ Tidak ada data		22	16,5
<b>Subkomite Kredensial:</b>			
♦ Ada	1	95	71,4
♦ Tidak ada	0	16	12,0
♦ Tidak ada data		22	16,5
<b>Keterlibatan manajemen dalam kredensial:</b>			
♦ Administratif saja	1	59	44,4
♦ Terlibat langsung dalam keputusan	0	52	39,1
♦ Tidak ada data		22	16,5
<b>Hasil kredensial</b>			
♦ Diputuskan langsung oleh Komite Medis	1	17	12,8
♦ Diputuskan oleh Direksi	0	94	70,
♦ Tidak ada data		22	16,5
<b>Proses rekredensial:</b>			
♦ Ada	1	36	27,1
♦ Tidak ada	0	74	55,6
♦ Tidak ada data		23	17,3
<b>Keterlibatan manajemen dalam rekredensial:</b>			
♦ Tidak ada	1	19	14,3
♦ Ada	0	20	15,0
♦ Tidak ada rekredensial		94	40,7

Sebagian besar RS belum mempunyai program pengembangan profesi yang ditunjukkan dengan sedikitnya subkomite pengembangan profesi dan pengiriman staf ke seminar. Selain itu, kegiatan audit juga belum mendapat perhatian cukup karena separuh responden mengaku tidak melakukan audit. Namun demikian, sebagian besar responden mengaku ada kegiatan presentasi kasus sulit atau kematian dan audit rekam medik, walaupun tidak rutin atau hanya insidental (Tabel 4).

Lebih dari setengah RS belum memiliki subkomite disiplin profesi. Pemberian sanksi telah dijalankan apabila terbukti ada pelanggaran, tetapi hal ini terbatas pada RS yang pernah mendapati kasus pelanggaran profesi. Sekitar dua per tiga responden mengaku belum pernah mendapati kasus pelanggaran profesi atau tidak memberikan data mengenai hal ini.

**Tabel 4. Karakteristik pengembangan profesi dan audit (n=133)**

Karakteristik	Skor	N	%
<b>Pengiriman staf ke seminar:</b>			
♦ Ada	1	49	36,8
♦ Tidak ada	0	60	45,1
♦ Tidak ada data		24	18,0
<b>Dukungan manajemen:</b>			
♦ Ada	1	63	47,4
♦ Tidak ada	0	46	34,6
♦ Tidak ada data		24	18,0
<b>Subkomite Pengembangan Profesi:</b>			
♦ Ada	1	43	32,3
♦ Tidak ada	0	66	49,6
♦ Tidak ada data		24	18,0
<b>Pencatatan kegiatan pengembangan profesi:</b>			
♦ Ada	1	35	26,3
♦ Tidak ada	0	74	55,6
♦ Tidak ada data		24	18,0
<b>Subkomite audit:</b>			
♦ Ada	1	39	29,3
♦ Tidak ada	0	69	51,9
♦ Tidak ada data		25	18,8
<b>Yang melakukan audit:</b>			
♦ Subkomite audit	1	39	29,3
♦ Subkomite/ panitia lain	0	36	27,1
♦ Tidak ada data		58	43,6
<b>Presentasi kasus sulit/ kematian:</b>			
♦ Ada	1	77	57,9
♦ Tidak ada	0	29	21,8
♦ Tidak ada data		27	20,3
<b>Audit rekam medik:</b>			
♦ Ada	1	66	49,6
♦ Tidak ada	0	41	30,8
♦ Tidak ada data		26	19,5
<b>Dukungan manajemen dalam audit:</b>			
♦ Ada	1	85	63,9
♦ Tidak ada	0	24	18,0
♦ Tidak ada data		24	18,0
<b>Sanksi bila terdapat penyimpangan audit:</b>			
♦ Ada	1	35	26,3
♦ Tidak ada	0	73	54,9
♦ Tidak ada data		25	18,8

Sebagian besar KM terlibat dalam manajemen RS yang sebetulnya bukan merupakan tugas dan wewenang KM, seperti pengadaan alat, obat, reagens laboratoirum, maupun film. Demikian pula halnya dengan pembahasan jasa medis dan kesejahteraan staf medis yang seharusnya tidak melibatkan KM (Tabel 5).

Rerata skor total pada RS yang memiliki KM adalah 17,9 + 4,91. Rincian rerata skor tiap aspek adalah sebagai berikut: struktur: 5,26 + 2,078, kredensial dan *clinical privilege*: 4,05 + 2,165, pengembangan profesi dan audit: 4,75 + 2,935, disiplin profesi dan keterlibatan lainnya: 3,67 + 1,981.

Selanjutnya, analisis dilakukan berbagai variabel untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan skor kinerja KM (Tabel 6). Pada analisis tampak bahwa status kepemilikan RS, jenis badan hukum, garis

**Tabel 5. Karakteristik disiplin profesi dan keterlibatan komite medis dibidang manajemen rumah sakit (n=133)**

Karakteristik	Skor	N	%
<b>Subkomite Disiplin Profesi:</b>			
♦ Ada	1	32	24,1
♦ Tidak ada	0	76	57,1
♦ Tidak ada data		25	18,8
<b>Yang memeriksa dugaan pelanggaran:</b>			
♦ Komite medis	1	24	18,0
♦ Manajemen	0	28	21,1
♦ Tidak ada data		81	60,9
<b>Teguran/ sanksi bila terbukti pelanggaran:</b>			
♦ Ada	1	47	35,3
♦ Tidak ada	0	44	33,1
♦ Tidak ada data		42	31,6
<b>Kasus pelanggaran profesi:</b>			
♦ Sudah pernah ada	1	47	35,3
♦ Belum pernah ada	0	41	30,8
♦ Tidak ada data		45	33,8
<b>KM terlibat pengadaan alat medis:</b>			
♦ Tidak	1	69	51,9
♦ Ya	0	39	29,3
♦ Tidak ada data		25	18,8
<b>KM terlibat dalam pengadaan obat/ farmasi:</b>			
♦ Tidak	1	84	63,2
♦ Ya	0	24	18,0
♦ Tidak ada data		25	18,8
<b>KM terlibat dalam pengadaan reagens lab:</b>			
♦ Tidak	1	67	50,4
♦ Ya	0	41	30,8
♦ Tidak ada data		25	18,8
<b>KM terlibat dalam pengadaan film radiologi:</b>			
♦ Tidak	1	67	50,4
♦ Ya	0	41	30,8
♦ Tidak ada data		25	18,8
<b>KM terlibat pembahasan jasa medis</b>			
♦ Tidak	1	49	36,8
♦ Ya	0	59	44,4
♦ Tidak ada data		25	18,8
<b>KM terlibat pembahasan kesejahteraan staf:</b>			
♦ Tidak	1	49	36,8
♦ Ya	0	59	44,4
♦ Tidak ada data		25	18,8

tanggung jawab, dan kedudukan KM terhadap Direktur RS tidak mempengaruhi rerata skor kinerja KM. Namun, KM yang memiliki aturan atau tata tertib sendiri memiliki skor kinerja yang secara bermakna lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak memiliki tata tertib.

Pada aspek kredensial, RS yang memberi bukti kewenangan klinis secara tertulis, mempunyai subkomite kredensial dan melakukan proses rekredensial memiliki skor kinerja KM yang secara bermakna lebih tinggi. Meskipun demikian, belum tentu bukti kewenangan klinis yang dimaksud adalah

surat khusus setelah proses kredensial dan bukan sekedar 'kontrak kerja' yang ditandatangani direktur RS.

Rumah sakit (RS) yang mempunyai subkomite pengembangan profesi dan audit secara bermakna memiliki skor kinerja komite medis yang lebih tinggi. Demikian pula halnya dengan RS yang melakukan presentasi kasus sulit atau kematian, audit rekam medis dan penerapan sanksi bila terjadi penyimpangan selama audit. Ini berarti, adanya pengembangan profesi atau audit dapat mencerminkan kualitas kinerja KM secara keseluruhan.

Tabel 6. Perbandingan rerata skor total kinerja komite medis berdasarkan karakteristik tertentu

Karakteristik	Rerata skor	Standar deviasi	Nilai p (student "t" test/ ANOVA)
<b>Pemilik:</b>			
♦ Swasta	17,55	4,936	0,140
♦ Pemerintah	19,35	4,905	
<b>Badan Hukum:</b>			
♦ Tidak ada badan hukum	13,50	4,950	0,174
♦ Badan hukum publik	19,37	4,705	
♦ PT/ BUMN/ BUMD	18,56	4,799	
♦ Yayasan	16,90	5,141	
♦ Perkumpulan	19,00	3,464	
<b>Tanggung jawab kepada</b>			
♦ Direktur	18,03	5,193	0,590
♦ <i>Governing Board</i>	17,49	4,356	
<b>Kedudukan komite medis</b>			
♦ Seajar Direktur	17,98	5,194	0,866
♦ Di bawah Direktur	17,82	4,710	
<b>Aturan/ tata tertib sendiri</b>			
♦ Punya	19,89	4,349	0,011*
♦ Tidak	17,18	4,919	
<b>Pemberian kewenangan klinis secara tertulis</b>			
♦ Ada	19,57	4,109	0,000
♦ Tidak ada	15,58	5,052	
<b>Subkomite kredensial</b>			
♦ Ada	18,46	4,782	0,003
♦ Tidak ada	14,40	4,290	
<b>Proses rekredensial</b>			
♦ Ada	20,29	4,496	0,000
♦ Tidak ada	16,69	4,720	
<b>Subkomite pengembangan profesi</b>			
♦ Ada	20,64	3,913	0,000
♦ Tidak ada	16,12	4,709	
<b>Subkomite audit</b>			
♦ Ada	21,09	4,196	0,000
♦ Tidak ada	16,35	4,501	
<b>Presentasi kasus sulit/ kematian</b>			
♦ Ada	18,64	4,808	0,002
♦ Tidak ada	15,30	4,401	
<b>Audit rekam medik</b>			
♦ Ada	18,89	4,991	0,003
♦ Tidak ada	16,00	4,230	
<b>Sanksi bila ada penyimpangan selama audit</b>			
♦ Ada	21,06	4,116	0,000
♦ Tidak ada	16,27	4,514	
<b>Subkomite disiplin profesi</b>			
♦ Ada	21,63	3,386	0,000
♦ Tidak ada	16,29	4,588	
<b>Teguran/ sanksi bila terbukti melakukan pelanggaran profesi</b>			
♦ Ada	19,68	4,492	0,000
♦ Tidak ada	15,42	4,697	

Rumah sakit (RS) yang memiliki subkomite disiplin profesi dan menerapkan teguran atau sanksi memiliki skor yang secara bermakna lebih tinggi. Disiplin profesi dengan penerapan sanksi mencerminkan keseriusan KM dalam memantau kinerja staf medik yang terbukti melakukan pelanggaran profesi. Adanya dua hal tersebut ternyata sangat membedakan kinerja KM di RS yang bersangkutan.

## PEMBAHASAN

Keselamatan pasien menjadi topik hangat dalam beberapa tahun terakhir setelah publikasi suatu dokumen yang memperkirakan bahwa angka kematian karena cedera kecelakaan di RS dapat mencapai 98.000 jiwa dalam satu tahun.<sup>8</sup> Salah satu sumber kecelakaan di RS adalah tindakan medis yang dilakukan oleh dokter yang kurang kompeten.

Secara hukum RS berkewajiban untuk menjamin keselamatan pasien dari dokter yang tidak kompeten. Dalam hal tidak ada sistem penjaminan keselamatan yang baik maka hak pasien untuk mendapat jaminan keamanan hanya dapat dipenuhi melalui gugatan hukum kepada RS dan dokter.<sup>9</sup> Rumah sakit (RS) harus memberdayakan KM sebagai salah satu sarana untuk menjamin keselamatan pasien.

Angka-angka skor kinerja KM yang didapat dari penelitian ini masih jauh dari yang diharapkan karena bahkan tidak dapat mencapai setengah dari skor maksimal, kecuali pada aspek struktur. Ini mencerminkan masih rendahnya kualitas kinerja KM di Indonesia. Tampak bahwa struktur KM mempunyai skor yang lebih baik dibandingkan aspek lainnya. Ini menunjukkan bahwa aspek struktur organisasi dan fasilitas sekretariat lebih mudah diterapkan. Namun, baik tidaknya struktur KM tidak mempengaruhi kinerja KM, terbukti dari tidak adanya korelasi bermakna antara karakteristik struktur dan skor total, kecuali adanya tata tertib sendiri (*medical staff bylaws*).

Proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) merupakan tugas dan wewenang KM yang penting. Adanya mekanisme kewenangan klinis (*clinical privilege*) memberikan peluang pada RS mengendalikan para praktisi medis melalui KM. Komite medis (KM) RS mempunyai kewenangan untuk mengevaluasi *clinical privileges* praktisi medis termasuk mengambil tindakan disiplin, serta korektif berupa mencabutan atau penangguhan *clinical privileges* tertentu.

Kredensial merupakan elemen kunci dalam menurunkan risiko litigasi (gugatan hukum di pengadilan) terhadap RS dan dokter yang bekerja di

dalamnya.<sup>10</sup> Evaluasi dokter untuk rekredensial juga perlu dilakukan meskipun lebih sulit dilakukan secara objektif.<sup>11</sup> Proses kredensial yang efektif dapat menurunkan risiko *adverse events* pada pasien dengan meminimalkan kesalahan terapi yang diberikan oleh dokter spesialis yang memegang kewenangan klinis tertentu di RS tersebut.<sup>12</sup>

Subkomite kredensial dalam KM merupakan instrumen utama untuk menentukan kewenangan klinis (*clinical privilege*) para praktisi medis. Peran subkomite kredensial adalah untuk meyakinkan dan menyatakan bahwa seorang dokter kompeten untuk menjalankan pelayanan yang diminta oleh RS tersebut. Komite Medis (KM) oleh karenanya bertanggung jawab terhadap manajemen RS dan badan pengampu melalui manajemen RS.<sup>13</sup> Keputusan akhir untuk menerima seorang staf medik berada pada badan pengampu RS, KM mempunyai peran penting dalam keputusan itu. Komite medis (KM) perlu memeriksa dengan kritis aplikasi dokter baru untuk menjaga standar kinerja yang tinggi.<sup>14</sup>

Kredensial adalah penapisan kompetensi klinis para praktisi medis yang merupakan proses bahwa staf medik, atas nama badan pengampu, menentukan secara cermat apa yang boleh dilakukan atau tidak boleh dilakukan oleh seorang dokter praktik di suatu RS pada saat tertentu.

Proses kredensial harus dibedakan dari penerimaan staf medik untuk bekerja di RS. Selama ini terdapat kesalahpahaman bahwa kredensial adalah penilaian kualifikasi dokter ketika berlangsung proses penerimaan staf medik baik sebagai pegawai maupun sebagai dokter mitra. Kredensial sebenarnya merupakan proses mencocokkan antara keinginan dokter untuk melakukan tindakan medis di RS pada waktu tertentu dan kompetensinya untuk melakukan pekerjaan itu. Penilaian kompetensi saat proses kredensial dilakukan oleh mitra bestari (*peer group*).

Pengembangan profesi dan audit medis merupakan dua hal lain yang menjadi tugas dan wewenang KM. Dari hasil penelitian tampak bahwa kinerja pada aspek ini masih rendah. Padahal keselamatan pasien dapat ditingkatkan dengan memperbaiki sistem, terutama pada kebiasaan-kebiasaan rutin di RS seperti: ronde, cara membuat rekam medik, pertemuan, program pelatihan, petunjuk pelaksanaan kebijakan, dan peninjauan terhadap protokol-protokol penanganan pasien karena hal ini mencegah terjadinya *medical error*.<sup>15</sup> Komite medis (KM) perlu memperhatikan tugas ini karena merupakan fungsi mempertahankan profesionalisme praktisi medis di RS.

Untuk menjamin keselamatan pasien di RS juga diperlukan mekanisme pendisiplinan. Pendekatan

'*bad apples*' perlu diterapkan kepada staf medik yang tidak dapat memenuhi standar atau kompetensi pelayanan. Kemudian, melalui proses kredensial ulang (rekredensial) dan evaluasi terhadap kewenangan klinis, seorang dokter dapat 'disingkirkan' dari pelayanan kepada pasien dengan mencabut kewenangan klinis untuk melakukan tindakan medis tertentu berdasarkan rekomendasi KM. Hal ini tidak dapat ditawar-tawar, mengingat keselamatan pasien adalah prioritas utama pelayanan kesehatan saat ini. Peningkatan upaya pada program keselamatan pasien sudah pasti dapat menghindarkan RS dari tuntutan hukum akibat kecelakaan yang diderita pasien.

Secara umum, ada tiga mekanisme yang dapat menstimulasi RS untuk memperbaiki keselamatan pasien dan kualitas pelayanan, yaitu profesionalisme, regulasi, dan pasar. Profesionalisme adalah suatu sistem *self-governance* bahwa anggota suatu profesi memelihara standar berdasarkan nilai, norma bersama dan aktivitas edukasi melalui upaya pelatihan, pendidikan dan riset. Nilai-nilai, norma dan pengetahuan profesional pelayanan kesehatan dapat menurunkan *medical error*. Namun, walaupun mekanisme pasar juga berperan, faktor yang mempunyai dampak terbesar pada upaya RS untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah badan regulasi, bukan dorongan pasar.<sup>16</sup> Di lain pihak, hambatan terbesar untuk mencapai keselamatan pasien bukan pada teknik, tetapi lebih pada keyakinan, keinginan, budaya, dan pilihan. Kita tidak akan menjadi aman sampai kita memilih untuk menjadi aman.<sup>17</sup>

## KESIMPULAN

Dari penelitian ini tampak bahwa kinerja komite medis di Indonesia masih di bawah dari yang diharapkan. Masih ada persepsi keliru yang menganggap bahwa KM adalah kelompok untuk memperjuangkan kesejahteraan para dokter. Adanya proses kredensial, pemberian kewenangan klinis tertulis, pengembangan profesi, sistem audit, disiplin profesi dan pemberian sanksi mencerminkan kinerja KM yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak melakukan hal-hal tersebut.

## KEPUSTAKAAN

1. Herkutanto. Profil kinerja komite medis berkaitan dengan keselamatan pasien. Disampaikan dalam: Kongres Nasional Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, Jakarta, November 2006.
2. Brennan TA, Mello MM. Patient safety and medical malpractice: a case study. *Ann Intern Med*, 2003;139:267-73.
3. National Patient Safety Foundation. Agenda for Research and Development in Patient Safety, 2000. Diakses dari <http://www.npsf.org>. Diakses pada 20 Agustus 2006)
4. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989;320:53-6.
5. The Joint Commission, diakses dari <http://www.Jointcommission.org/Accreditation/Programs/Hospitals/Standards>. Diakses pada 20 Agustus 2006
6. Picker Institute, Diakses dari <http://www.pickereurope.org/page.php?id=9> Diakses pada 10 September 2006.
7. Valenza JA, George LA, O'Neil PN, A Model for Clinical Credentialing of dental school Faculty, *Journal of Dental Education*, 2005;69(8): 870-8.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson ML (Eds.) *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press, Washington, D.C, 2000.
9. Annas GJ. The patient's right to safety – improving the quality of care through litigation against hospitals. *N Engl J Med*, 2006; 354:2063-6.
10. Blaes SM, Knight GE. Effective physician credentialing. Properly monitoring medical staffs can protect hospitals from liability. *Health Prog*, 1990;71:60-5.
11. Haun JP. A process for objective review of physician performance. *Physician Exec* 1992;18:51-5.
12. Appelbee L. Hospital credentialing: identifying and managing the risks. *J Law Med*, 2000;8:112-25.
13. Wilson L. Credentialing of hospital medical staff. *Symposia proceedings: Dynamic approaches to healthcare risk management*. Standards Australia International. Sydney, April 1999 and Perth, February 2000.
14. Shields TC. Guidelines for reviewing applications for privileges. *Hosp Med Staff*, 1980;9:11-7.
15. Berwick DM. Errors today and errors tomorrow. *N Engl J Med* 2003;348:2570-2.
16. Devers KJ, Pham HH, Liu G. What is driving hospital's patient-safety efforts? *Health Aff*, 2004;23:103-15.
17. Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human. What have we learned? *JAMA*, 2005;293:2384-90.