

I .PENDAHULUAN

Undang – undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan / atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan / atau masyarakat. Upaya kesehatan merupakan tanggung jawab semua pihak, baik pemerintah maupun masyarakat. Upaya kesehatan membutuhkan peran tenaga kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan / atau keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan / atau ketrampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berrkualitass membutuhkan tenaga kesehatan yang kompeten. Kompetensi tenaga kesehatan akan terpenuhi melalui penginkatan kompetensi tenaga kesehatan akan menghasilkan upaya kesehatan yang berkualitas.

Pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat merupakan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi. Setiap warga negara memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sesuai dengan undangan – undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan rumah sakit meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Menurut buku pedoman Peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI tahun 1994, Upaya peningkatan Mutu Pelayanan rumah sakit adalah : keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif.

Komite medik Rumah sakit dibentuk dengan fungsi merumuskan standar profesi / standar pelayanan medis di Rumah Sakit. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan kerja Komite Medik diperlukan penyusunan program kerja agar pelaksanaan tugas menjadi terarah.

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 perubahanya. Salah satu pilar pelayanan medis adalah Clinical governance, dengan unsur staf medis yang domain. 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 di Rumah sakit tersebut. Yang lebih penting lagi kinerja para staf medis di rumah 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 perumahan sakitan.

II . TUJUAN

a. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan medis Rumah Sakit dan mendorong pelaksanaan kegiatan meningkatkan dan pengembangan kualitas sumber daya manusia pendukung pelayanan kesehatan untuk memenuhi standar pelayanan, keselamatan pasien dan memberikan kepuasan kepada pasien

b. Tujuan Khusus

1. Sebagai acuan dalam pelaksanaan tugas dan perencanaan kerja yang akan dilakukan dalam periode satu tahun kedepan.
2. Mendapatkan dan memastikan staf medis yang profesional dan akuntabel bagi pelayanan rumah sakit
3. Tersusunnya jenis – jenis kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) bagi setiap staff medis yang melakukan pelayanan medis di Rumah sakit sesuai dengan cabang ilmu kedokteran / kedokteran Gigi Indonesia
4. Dasar bagi direktur rumah sakit untuk menerbitkan penugasan klinis (*Clinical Appointment*) bagi staf medis untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit.
5. Terjaganya reputasi dan kredibilitas para staf medis dan institusi rumah sakit dihadapan pasien, penyandang dana, dan pemangku kepentingan (*stakeholders*) rumah sakit lainnya.
6. Memberikan perlindungan terhadap pasien agar senantiasa ditangani oleh staf medis yang bermutu, kompeten, etis dan profesional
7. Mencegah terjadinya kejadian yang tak diharapkan (*medical mishaps*)

III. KEGIATAN POKOK

III.1 PENYUSUNAN RENCANA PROGRAM KEGIATAN MASING – MASING SUB KOMITE

1. PROGRAM SUB KOMITE KREDENSIAL

- a. Penyusunan panduan kredensial & rekredensial
- b. pengumpulan *database* dokter berdasarkan data SIM –RS
- c. pengumpulan data SIP
- d. pengumpulan *database* dokter berdasarkan data pendidikan dari kolegium ataupun seminar

- e. pemeriksaan kesehatan
- f. Rekredensial
- g. Penyusunan rekomendasi *Clinical Previllege*
- h. Penerbitan *Clinical Appointment*

2. PROGRAM SUB KOMITE MUTU PROFESI

- a. Sosialisasi audit kinerja dokter
- b. pengumpulan audit kinerja dokter
- c. pengumpulan PPK
- d. Evaluasi PPK
- e. Pengumpulan dan revisi TMO
- f. Pengumpulan Clinical Pathway
- g. Evaluasi *Clinical Pathway*
- h. Sosialisasi Audit Medik
- i. Pemantauan Audit Medik 1st Party
- j. Audit Medik 2nd Party
- k. Pengumpulan Renstra P2KB seluruh KSM
- l. Rekomendasi P2KB KSM

3. PROGRAM SUB KOMITE ETIK DAN DISIPLIN PROFESI

- a. Sosialisasi Etika dan disiplin medik
- b. pemantauan berkala etika dan disiplin medik
- c. menyusun tatalaksana alur pelaporan penanganan masalah etik dan disiplin medik
- d. pembentukan komite etik RS
- e. Pembentukan Komite Etik Penelitian RS
- f. Case Report Etika dan Disiplin inprofesi
- g. Penelitian terkait etik dan disiplin profesi

III. 2 PELAKSANAAN PROGRAM KEGIATAN MASING – MASING SUB KOMITE

Cara pelaksanaan kegiatan Sub Komite Kredensial, Sub Komite Mut dan Sub Komite etik adalah sebagai berikut:

NO	KEGIATAN	CARA PELAKSANAAN
SUB KOMITE KREDENSIAL		
1	Penyusunan Panduan Kredensial dan Rekredensial	Panduan disusun berdasarkan Permenkes 755/ 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di RS, serta dengan melihat kondisi faktual RSMS
2	pengumpulan <i>database</i> dokter berdasarkan data SIM –RS	Database dikumpulkan meliputi kegiatan pelayanan kesehatan atau tindakan yang dilakukan oleh setiap dokter. Pengumpulan data dilakukan setiap bulan oleh tim SIM RSMS.
3	pengumpulan data SIP	Data SIP dikumpulkan dan dilakukan pencocokan/ verifikasi bekerjasama dengan bagian kepegawaian RSMS.

4	pengumpulan <i>database</i> dokter berdasarkan data pendidikan dari kolegium ataupun seminar	Dilakukan verifikasi kepada institusi pendidikan terkait dengan alumnusnya, serta kepada kolegium terkait perihal kewenangan/ kompetensi yang dimiliki oleh dokter tersebut oleh Direktur RSMS.
5	pemeriksaan kesehatan	Pemeriksaan kesehatan dilakukan 2 tahun sekali, sesuai Permenkes 755/ 2011
6	Rekredensial	Rekredensial dilakukan terhadap dokter yang telah memiliki SIP sebelumnya, baik yang disertai penambahan kewenangan/ kompetensi ataupun yang tidak.
7	Penyusunan rekomendasi <i>Clinical Privilege</i>	Penyusunan rekomendasi disesuaikan dengan <i>white paper</i> dokter dan disesuaikan dengan kondisi faktual RSMS.
SUB KOMITE MUTU PROFESI		
8	Penerbitan <i>Clinical Appointment</i>	Penunjukan klinis dilakukan bila sudah ada verifikasi <i>clinical privilege</i> .
9	Sosialisasi audit kinerja dokter	Sosialisasi dilakukan melalui forum pertemuan para anggota staf medik, komite medik, dan manajemen
10	pengumpulan audit kinerja dokter	Audit kinerja didasarkan pada data harian pelayanan yang dilakukan oleh tenaga medis, dan dilaporkan secara periodik setiap triwulan.
11	Pengumpulan PPK	Koordinasi bersama Ketua KSM terkait
12	Evaluasi PPK	Dilakukan bersama-sama dengan Ketua KSM terkait
13	Pengumpulan dan Revisi TMO	
14	Pengumpulan Clinical Pathway	Koordinasi bersama Ketua KSM terkait
15	Evaluasi Clinical Pathway	Dilakukan bersama-sama dengan Ketua KSM terkait
16	Sosialisasi Audit Medik	Dilakukan melalui forum pertemuan para anggota staf medik, komite medik, dan manajemen.
17	Pemantauan Audit Medik 1 st Party	Dilakukan secara bersama antara KSM terkait, komite medik, dan manajemen.
18	Audit Medik 2 nd Party	Dilakukan secara bersama antara KSM terkait, komite medik, dan manajemen.
19	Pengumpulan Renstra p2KB seluruh KSM	Dilakukan oleh komite medik dan KSM terkait yang berkoordinasi dengan manajemen
20	Rekomendasi P2KB KSM	Dilakukan oleh komite medik dan KSM terkait yang

		berkoordinasi dengan manajemen
SUB KOMITE ETIK DAN DISIPLIN PROFESI		
21	Sosialisasi Etika dan Disiplin Medik	a. Refrehing etika dan disiplin profesi narsum b. Pemasangan banner etika dan disiplin profesi di tiap KSM
		c. penerbitan bulletin etika profesi / rubrik etika di majalah
22	Pemantauan berkala Etika dan Disiplin Medik	a. Melakukan ronde berkala tri wulan di setiap bangsal b. FGD dengan dokter bangsal tentang etika dan disiplin profesi
23	Menyusun tatalaksana alur pelaopran dan penanganan masalah etika dan disiplin medik	Dilakukan oleh sub komite yang disosialisasikan melalui rapat para Ketua KSM dengan manajemen RS.
24	Pembentukan Komite Etik RS	Dilakukan oleh manajemen RSMS yang berkoordinasi dengan Komite Medik
25	Pembentukan Komite Etik & Penelitian RS	Dilakukan oleh manajemen RSMS yang berkoordinasi dengan Komite Medik

III.3 MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN MASING - MASING SUB KOMITE

1. Komite Medik melakukan evaluasi pelaksanaan kredensial pegawai baru dan rekredensial untuk pegawai lama tiap 3 tahun dan dilaporkan kepada direktur'
2. Komite Medik melakukan evaluasi pelaksanaan pengembangan staf medis baik formal maupun non formal dan dilaporkan kepada direktur
3. Komite medik melakukan evaluasi pelaksanaan audit Medis dan dilaporkan kepada Direktur
4. Komite medik melakukan evaluasi pembinaan etik dan disiplin profesi staf medis dan dilaporkan kepada Direktur

III.4 PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

1. Pencatatan kegiatan sub komite dilakukan masing - masing sub komite dilaporkan ke Ketua Komite Medik setelah melaksanakan kegiatan
2. Pencatatan kegiatan yang dilaksanakan komite dilakukan oleh sekretaris dilaporkan kepada ketua Komite medik setelah selesai melaksanakan kegiatan
3. Evaluasi kegiatan dilakukan oleh ketua komite medik setelah selesai melakukan kegiatan dan setiap tahun seluruh kegiatan dilaporkan kepada Direktur

4. Evaluasi kegiatan tahunan dilakukan setiap tahun dilaporkan kepada Direktur dalam bentuk laporan tahunan.

IV. SASARAN

Sasaran program komite medik bagi staf medis yang akan dicapai dalam satu tahun adalah sebagai berikut :

NO	KEGIATAN	SASARAN
1	Penyusunan Panduan Kredensial dan Rekredensial	Tercapainya 100 % Penyusunan Panduan Kredensial dan Rekredensial
2	pengumpulan <i>database</i> dokter berdasarkan data SIM –RS	Tercapainya 100 % pengumpulan <i>database</i> dokter berdasarkan data SIM –RS
3	pengumpulan data SIP	Tercapainya 100 % pengumpulan data SIP
4	pengumpulan <i>database</i> dokter berdasarkan data pendidikan dari kolegium ataupun seminar	Terlaksananya pengumpulan <i>database</i> dokter 100 %
5	pemeriksaan kesehatan	Tercapainya 100% Pemeriksaan kesehatan
6	Rekredensial	Tercapainya 100% Rekredensial dokter.
7	Penyusunan rekomendasi <i>Clinical Previllege</i>	Tercapainya 100% penyusunan rekomendasi <i>Clinical Previllege</i>
8	Penerbitan <i>Clinical Appointment</i>	100% tercapainya penerbitan <i>Clinical Appointment</i>
9	Sosialisasi audit kinerja dokter	Tercapainya 100% Sosialisasi audit kinerja dokter
10	pengumpulan audit kinerja dokter	Tercapainya 85% Audit kinerja dokter
11	Pengumpulan PPK	Tercapainya 100% pengumpulan PPK
12	Evaluasi PPK	Tercapainya 85% evaluasi PPK
13	Pengumpulan dan Revisi TMO	Seluruh KSM
14	Pengumpulan Clinical Pathway	Seluruh KSM
15	Evaluasi Clinical Pathway	Seluruh KSM
16	Sosialisasi Audit Medik	Seluruh anggota KSM
17	Pemantauan Audit Medik 1 st Party	Seluruh KSM

18	Audit Medik 2 nd Party	KSM terkait
19	Pengumpulan Renstra p2KB seluruh KSM	Seluruh Anggota KSM
20	Rekomendasi P2KB KSM	Seluruh Anggota KSM
21	Sosialisasi Etika dan Disiplin Medik	Seluruh Anggota KSM
	a. Refrehing etika dan disiplin profesi narsum	Seluruh anggota KSM
	b. Pemasangan banner etika dan disiplin profesiditiap KSM	Bangsas Rawat Inap, IGD & Rawat Jalan
	c. penerbitan bulletin etika profesi / rubrik etika di majalah	Seluruh anggota KSM
22	Pemantauan berkala Etika dan Disiplin Medik	DPJP
23	Menyusun tatalaksana alur pelaopran dan penanganan masalah etika dan disiplin medik	Anggota Sub Komite Etik dan Disiplin Profesi
24	Pembentukan Komite Etik RS	Terlaksananya Pembentukan Komite etik RS
25	Pembentukan Komite Etik Penelitian & RS	Terlaksananya pembentukan Komite etik dan Penelitian RS

V. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

1. SUB KOMITE KREDENSIAL		TAHUN 2016											
NO	KEGIATAN	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
		A	e	a	p	e	u	u	g	e	k	o	e
		n	b	r	r	i	n	l	t	p	t	v	s
1	Penyusunan Panduan Kredensial dan Rekredensial												
2	pengumpulan <i>databledokter</i> berdasarkan												

	data SIM –RS																		
3	pengumpulan data SIP																		
4	pengumpulan <i>database</i> dokter berdasarkan data pendidikan dari kolegium ataupun seminar																		
5	pemeriksaan kesehatan																		
6	Rekredensial																		
7	Penyusunan rekomendasi <i>Clinical Privilege</i>																		
8	Penerbitan <i>Clinical Appointment</i>																		
2. SUB KOMITE MUTU PROFESI																			
1	Sosialisasi audit kinerja dokter																		
2	pengumpulan audit kinerja dokter																		
3	Pengumpulan PPK																		
4	Evaluasi PPK																		
5	Pengumpulan dan Revisi TMO																		
6	Pengumpulan Clinical Pathway																		
7	Evaluasi Clinical Pathway																		
8	Sosialisasi Audit Medik																		
9	Pemantauan Audit Medik 1 st Party																		
10	Audit Medik 2 nd Party																		
11	Pengumpulan Renstra p2KB seluruh KSM																		
12	Rekomendasi P2KB KSM																		
3. SUB KOMITE ETIKA DAN DISIPLIN PROFESI																			
1	Sosialisasi Etika dan Disiplin Medik																		
	a. Refrehing etika dan disiplin profesi																		

