

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 147/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG
PANDUAN PEMBERIAN KEWENANGAN
KLINIS STAF MEDIK**

RS INTAN HUSADA

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

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS STAF MEDIK
NOMOR: 147/PER/DIR/RSIH/XI/2022

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	dr. Nasir Okbah, Sp.N	Ketua Subkomite Kredensial		30.11.2022
Verifikator	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		30.11.2022
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		30.11.2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		30.11.2022

LEMBAR PENGESAHAN

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 147/PER/DIR/RSIH/XI/2022

TENTANG

PANDUAN PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS STAF MEDIK

DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. bahwa pelayanan asuhan medis pasien hanya boleh dilakukan oleh staf medik yang berkompeten;
- b. bahwa rumah sakit harus melakukan verifikasi kompetensi staf medik sebelum memberikan kewenangan klinis;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Panduan Pemberian Kewenangan Klinis Staf Medik;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
7. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
8. Peraturan Direktur Nomor 3523/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS STAF MEDIK**
- Kesatu : Menetapkan Peraturan Direktur Nomor 147/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Panduan Pemberian Kewenangan Klinis Staf Medik
- Kedua : Panduan Pemberian Kewenangan Klinis Staf Medik digunakan sebagai acuan dalam pemberian kewenangan klinis seluruh jajaran staf medik di RS Intan Husada
- Ketiga : Panduan Pemberian Kewenangan Klinis Staf Medik sebagaimana tercantum dalam Lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 30 November 2022
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
BAB I	1
DEFINISI	1
BAB II	3
RUANG LINGKUP	3
BAB III	3
TATA LAKSANA	4
BAB IV	7
DOKUMENTASI	7

BAB I DEFINISI

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*) dari Direktur. Tanpa adanya kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Intan Husada.

Staf medis yaitu dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspesialis dan dokter gigi subspesialis di rumah sakit. Sebelum mendapatkan kewenangan klinis, RSIH melalui Subkomite Kredensial Komite Medik akan melakukan verifikasi kompetensi staf medis yang disebut sebagai proses kredensial sehingga staf medis dinyatakan kompeten.

Kompetensi staf medis meliputi dua aspek, yaitu 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, namun RSIH perlu melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi staf medis dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasinya, hal ini dilakukan dengan dua alasan utama yaitu:

- A. Banyak faktor yang mempengaruhi kompetensi setelah staf medis mendapatkan sertifikat kompetensi dari kolegium. Perkembangan ilmu di bidang kedokteran untuk suatu pelayanan medis tertentu sangat pesat, sehingga kompetensi yang diperoleh staf medis saat menerima sertifikat kompetensi bisa kedaluarsa, bahkan dapat dianggap sebagai tindakan yang tidak aman bagi pasien. Hal ini mengakibatkan bahwa sekelompok staf medis yang menyandang sertifikat kompetensi tertentu dapat saja memiliki lingkup kompetensi yang berbeda-beda.
- B. Kondisi kesehatan staf medis 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.

Kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis ditetapkan oleh Direktur melalui suatu surat keputusan yang disebut sebagai penugasan klinis (*clinical appointment*). *Clinical appointment* ini berlaku selama 3 (tiga) tahun atau menyesuaikan masa berlaku Surat Izin Praktik (SIP) staf medis, apabila *clinical appointment* staf medis sudah tidak berlaku, maka staf medis harus dilakukan rekredensial untuk mendapatkan kewenangan klinis baru.

Proses Penetapan Kewenangan Klinis diberikan berdasarkan:

1. Atas informasi dan dokumentasi yang diterima dari sumber luar rumah sakit.
2. Standar kompetensi dari KKI, daftar secara detail jenis/ tindak medis dari Perhimpunan profesi
3. Area spesialisasi
4. Verifikasi
5. Pendidikan dan pelatihan tambahan, pengalaman, atau hasil kinerja yang bersangkutan selama bekerja, serta kemampuan motoriknya;

6. Hasil monitor pimpinan unit pelayanan klinis
7. g. Penilaian kinerja staf medis berkelanjutan setiap tahun berisi Jml pasien/ tindakan, LOS, Kepatuhan PPK.
8. Hasil OPPE dan FPPE
9. Hasil pendidikan dan pelatihan tambahan
10. Untuk kewenangan tambahan pada pelayanan risiko tinggi maka rumah sakit menentukan area pelayanan risiko tinggi
11. kewenangan klinis tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak mempunyai peralatan medis khusus atau staf khusus untuk mendukung pelaksanaan kewenangan klinis

Rekredensial ini juga dapat dilakukan untuk alasan lain seperti permintaan staf medis untuk menambahkan atau mengurangi kewenangan klinis atau permintaan dari Direktur dengan pertimbangan untuk menentukan apakah kewenangan klinis staf medis akan dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasarkan kesehatan staf medis, hasil proses tinjauan praktik professional berkelanjutan, pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi serta temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain.

BAB II RUANG LINGKUP

Ruang lingkup pemberian kewenangan klinis staf medis di RSIH terdiri dari 2 mekanisme, yaitu:

- A. Mekanisme Kredensial
- B. Mekanisme Rekredensial

Dalam proses Kredensial dan Rekredensial, Subkomite Kredensial harus menyiapkan Instrumen Kredensial yaitu:

- A. Daftar rincian kewenangan klinis untuk tiap spesialisasi medis;
- B. Daftar mitra bestari yang merepresentasikan tiap spesialisasi medis; dan
- C. Buku putih (*white paper*), yaitu dokumentasi syarat untuk melakukan pelayanan medis untuk setiap pelayanan medis.

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.

Mitra bestari tersebut dibentuk oleh Komite Medik bersama Direktur yang bertugas untuk menjalankan fungsi Kredensial dan Rekredensial, penjaminan mutu profesi, maupun penegakan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

Pada akhir proses Kredensial dan Rekredensial, komite medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis. Kewenangan klinis tersebut setelah disetujui oleh Direktur maka Direktur akan menerbitkan suatu surat keputusan untuk menugaskan staf medis yang bersangkutan untuk melakukan pelayanan medis di RSIH.

BAB III TATALAKSANA

Tata laksana pemberian kewenangan klinis staf medis di RSIH dilakukan yaitu sebagai berikut.

A. Mekanisme Kredensial

1. Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Direktur dengan melampirkan bahan-bahan pendukung antara lain:
 - a) Ijazah pendidikan staf medis.
 - b) Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku.
 - c) Surat Izin Praktik (SIP) dari Dinas Kesehatan Kota Garut yang masih berlaku.
 - d) Sertifikat kompetensi.
 - e) Surat keanggotaan organisasi/perhimpunan profesi.
 - f) Surat keterangan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien.
 - g) Daftar riwayat hidup termasuk riwayat praktik kedokteran.
 - h) Isian formulir daftar rincian kewenangan klinis yang diusulkan.
 - i) Hasil proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan (*Ongoing Professional Practice Evaluation = OPPE*) di institusi pelayanan kesehatan lain tempat staf medis bekerja (apabila staf medis tersebut bekerja di institusi pelayanan kesehatan lain).
 - j) Rekapitulasi pelayanan yang disahkan oleh pimpinan institusi pelayanan kesehatan lain (apabila staf medis tersebut bekerja di institusi pelayanan kesehatan lain).
2. Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Direktur kepada Ketua Komite Medik.
3. Komite Medik melalui Subkomite Kredensial melakukan kajian terhadap isian formulir daftar rincian kewenangan klinis yang diusulkan oleh staf medis 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,
 - 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 serta beberapa kriteria pertimbangan, antara lain:
 - 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 (STR) yang sesuai dengan bidang profesi yang masih berlaku.
 - 2) Memiliki izin praktik dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yang masih berlaku.
 - c) Kegiatan penjagaan 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 di bidang keprofesian:
 - 1) Riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi.
 - 2) Riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi
8. Subkomite Kredensial menyusun daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*) diperoleh dengan cara:
 - a) Meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis.
 - b) Mengkaji kewenangan klinis bagi staf medis pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*).
9. Komite medik menerbitkan rekomendasi kepada Direktur tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis berdasarkan masukan dari Subkomite Kredensial.
10. Kewenangan klinis tersebut setelah disetujui oleh Direktur maka Direktur akan menerbitkan suatu surat keputusan untuk menugaskan staf medis yang disebut sebagai penugasan klinis (*clinical appointment*).

B. Mekanisme Rekredensial

Mekanisme Rekredensial dilakukan dengan alasan:

1. Berakhirnya kewenangan klinis.
Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya. Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki

masa berlaku 3 (tiga) tahun dengan memperhatikan masa berlaku SIP staf medis.

2. Pencabutan, perubahan/modifikasi kewenangan klinis tertentu oleh Direktur. Pertimbangan pencabutan, perubahan/modifikasi kewenangan klinis tertentu oleh Direktur didasarkan pada kinerja profesi dilapangan, antara lain :
 - a) Staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
 - b) Apabila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik.
 - c) Hasil dari tinjauan praktik professional berkelanjutan.
 - d) Adanya pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Majelis Kode Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan dan (MKDKI).
 - e) Permintaan staf medis.

Mekanisme Rekredensial mempunyai tata laksana yang sama dengan Mekanisme Kredensial, namun pada pada akhir proses rekredensial, Subkomite Kredensial akan memberikan rekomendasi berupa:

1. Kewenangan klinis staf medis dilanjutkan.
2. Kewenangan klinis staf medis ditambah.
3. Kewenangan klinis staf medis dikurangi.
4. Kewenangan klinis staf medis dibekukan untuk waktu tertentu.
5. Kewenangan klinis staf medis diubah/dimodifikasi.
6. Kewenangan klinis staf medis diakhiri

BAB IV DOKUMENTASI

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan pemberian kewenangan klinis staf medis antara lain:

A. Dokumentasi Mekanisme Kredensial

1. Surat permohonan kewenangan klinis dari staf medis kepada Direktur dengan melampirkan bahan-bahan pendukung seperti:
 - a) Ijazah pendidikan staf medis.
 - b) Surat Tanda Registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku.
 - c) Surat Izin Praktik (SIP) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Garut yang masih berlaku.
 - d) Sertifikat kompetensi.
 - e) Surat keanggotaan organisasi/perhimpunan profesi.
 - f) Surat keterangan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien.
 - g) Daftar riwayat hidup termasuk riwayat praktik kedokteran.
 - h) Isian formulir daftar rincian kewenangan klinis yang diusulkan.
 - i) Hasil proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan (*Ongoing Professional Practice Evaluation = OPPE*) di institusi pelayanan kesehatan lain tempat staf medis bekerja (apabila staf medis tersebut bekerja di institusi pelayanan kesehatan lain).
 - j) Rekapitulasi kegiatan pelayanan yang disahkan oleh pimpinan institusi pelayanan kesehatan lain (apabila staf medis tersebut bekerja di institusi pelayanan kesehatan lain).
2. Surat permohonan dari Direktur kepada Ketua Komite Medik untuk melakukan kredensial staf medis.
3. Formulir hasil kajian rincian kewenangan klinis.
4. Surat dari Ketua Komite Medik kepada Direktur tentang rekomendasi kewenangan klinis staf medis (*clinical privilege*).

B. Dokumentasi Mekanisme Rekredensial

Dokumentasian proses rekredensial dengan alasan berakhirnya masa berlaku kewenangan klinis staf medis secara prinsip adalah sama dengan proses kredensial. Hanya perlu ditambahkan:

1. Surat permohonan Rekredensial dari staf medis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan RSIH dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung yang sama seperti proses kredensial
2. Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) terakhir.
3. Hasil proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan (*Ongoing Professional Practice Evaluation = OPPE*).

Dokumentasian proses rekredensial dengan alasan pencabutan, perubahan/modifikasi kewenangan klinis tertentu oleh Direktur, secara prinsip adalah sama dengan proses kredensial. Hanya perlu ditambahkan:

1. Surat permohonan Rekredensial dari staf medis kepada Direktur dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan RSIH dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung yang sama seperti proses kredensial.
2. Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) terakhir.
3. Hasil proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan (*Ongoing Professional Practice Evaluation = OPPE*).
4. Apabila ada, surat keterangan pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, Konsil Kedokteran Indonesia (KKI), Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK), Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), atau badan resmi lainnya.
5. Hasil audit medis atas temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain.
6. Apabila diperlukan, surat keterangan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien.