

## IMPLEMENTASI TATA KELOLA KLINIS OLEH KOMITE MEDIK DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DI PROVINSI JAWA TENGAH

IMPLEMENTATION OF CLINICAL GOVERNANCE BY THE MEDICAL COMMITTEE  
AT DISTRICT GENERAL HOSPITALS IN CENTRAL JAVA PROVINCE

Kasyfi Hartati<sup>1</sup>, Hanevi Djasri<sup>2</sup>, Adi Utarini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>RSUD Karanganyar, Jawa Tengah

<sup>2</sup>Pusat Manajemen dan Pelayanan Kesehatan, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta

<sup>3</sup>Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

### ABSTRACT

**Background:** Clinical governance aims to deliver the best clinical care for patient as stipulated in Law No. 44 of 2009 about Hospital and the Minister of Health Decree No. 755/Menkes/Per/IV/2011 about Implementation of Medical Committee. Medical committee is in charge of implementing clinical governance so that the medical staff at the hospital maintained their professionalism.

**Objective:** To measure implementation of clinical governance by the medical committee at district general hospitals in Central Java province.

**Methods:** This was a cross-sectional survey study. The subjects were 48 District General Hospitals in Central Java consisting of 1 class A, 17 class B, 26 class C and 4 class D. Data obtained using questionnaire which measure structure and process of clinical governance implementation. There are 8 variables on structures and 13 variables on processes. Questionnaires were sent to respondents through a courier service and answers were given by interviews or written responses and analyzed descriptively.

**Results:** Data obtained from 30 hospitals (1 class A, 12 class B, 14 class C and 3 class D). The average level of clinical governance implementation is 67%. The average fulfillment level of the structure is 75 and 58% for the processes. Implementation of the medical committee assignments is a medical audit 3.3%, credentialing 3.3%, sustainable professional development 50% and medical professional development 70%. There is several constraints in implementation the Minister of Health Decree No. 755/Menkes/Per/IV/2011 because of the uneven spread of specialist and lack of support from hospital management.

**Conclusions:** Implementation of clinical governance by the medical committee in district's hospitals in Central Java has not been in accordance with existing regulations. There is a need to strengthened the medical committee. It would need to manufacture clinical governance guidelines by the authorities and monitoring its implementation.

**Keywords:** clinical governance, medical committee, district general hospital

### ABSTRAK

**Latar belakang:** Tata kelola klinis bertujuan memberikan pelayanan klinis terbaik kepada pasien. Diatur dalam Undang-Undang No. 44/2009 tentang RS dan Permenkes No. 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di RS. Komite Medik adalah perangkat RS untuk menerapkan tata kelola klinis agar staf medis di RS terjaga profesionalismenya. **Tujuan:** Mengukur tingkat implementasi tata kelola klinis oleh Komite Medik di RSUD di Jawa Tengah.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *cross sectional survey*. Subyek penelitian adalah 48 RSUD di Jawa Tengah terdiri: 1 kelas A, 17 kelas B, 26 kelas C dan 4 kelas D. Data diperoleh menggunakan kuesioner untuk menilai implementasi struktur dan proses tata kelola klinis yang diadaptasi dari *Clinical Governance Standards for Western Australian Health Services* dan peraturan di Indonesia yang sesuai. Kuesioner terdiri dari 8 variabel struktur dan 13 variabel proses. Kuesioner dikirimkan kepada responden melalui jasa pengiriman dan jawaban diberikan dengan wawancara atau jawaban tertulis. Analisa data dilakukan secara deskriptif.

**Hasil:** Data diperoleh dari 30 RSUD (1 kelas A, 12 kelas B, 14 kelas C dan 3 kelas D). Rerata tingkat implementasi tata kelola klinis di RSUD di Jawa Tengah 67%, rerata tingkat pemenuhan struktur tata kelola klinis 75% dan rerata tingkat pelaksanaan proses tata kelola klinis 58%. Tingkat pelaksanaan tugas Komite Medik adalah audit medis 3,3%, kredensialing 3,3%, pengembangan profesi berkelanjutan 50% dan pembinaan profesionalisme kedokteran 70%. Kendala dalam pelaksanaan PerMenkes No. 755/Menkes/Per/IV/2011 adalah penyebaran dokter spesialis tidak merata dan kurangnya dukungan dari pihak manajemen RS.

**Kesimpulan:** Implementasi tata kelola klinis oleh Komite Medik di RSUD di Jawa Tengah belum sesuai dengan peraturan yang ada. Perlu adanya penguatan untuk Komite Medik, pembuatan pedoman tata kelola klinis oleh yang berwenang dan monitoring pelaksanaannya.

**Kata kunci:** tata kelola klinis, Komite Medik, rumah sakit umum daerah

### PENGANTAR

Saat ini telah dikembangkan sistem untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit (RS) yang disebut dengan tata kelola klinis (*clinical governance*). Sistem ini pertama kali dikembangkan di Inggris pada dekade 90-an. Tata kelola klinis timbul karena berbagai kenyataan buruk dalam sistem pelayanan kesehatan seperti tingginya kasus malpraktik. Di samping itu, tata kelola klinis muncul karena "putus-asanya" Pemerintah dan manajer sarana pelayanan kesehatan dalam mengimplementasi pendekatan *total quality management* (TQM) atau *continuous quality improvement* (CQI) untuk pelayanan kesehatan dengan alasan tidak dapat diterima secara

luas karena para staf klinik menilai TQM dan CQI tersebut terlalu “berbau” manajemen tanpa identifikasi peran yang jelas untuk para klinisi dalam meningkatkan mutu tersebut.<sup>1</sup>

Tata kelola klinis adalah suatu sistem yang menjamin organisasi pemberi pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk terus-menerus melakukan perbaikan mutu pelayanannya dan menjamin memberikan pelayanan dengan standar yang tinggi dengan menciptakan lingkungan dimana pelayanan prima akan berkembang.<sup>2</sup> Departemen Kesehatan Australia Barat mendefinisikannya sebagai pendekatan sistematis dan terintegrasi untuk menjamin dan menilai tanggung jawab dan tanggung gugat klinis melalui peningkatan mutu dan keselamatan yang membawa hasil outcome klinis yang optimal.<sup>3</sup>

Konsep dasar dari tata kelola klinis adalah: (1) *accountability*, yaitu bahwa setiap upaya medis harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, etik, moral dan berbasis pada bukti terkini dan terpercaya (*evidence-based medicine*); (2) *continuous quality improvement* (CQI), yaitu bahwa upaya peningkatan mutu harus dilaksanakan secara sistematis, komprehensif dan berkesinambungan; (3) *high quality standard of care*, yang mengisyaratkan agar setiap upaya medis selalu didasarkan pada standar tertinggi yang diakui secara profesional; dan (4) memfasilitasi dan menciptakan lingkungan yang menjamin terlaksananya pelaksanaan pelayanan kesehatan yang bermutu.<sup>4</sup>

Implementasi kerangka kerja tata kelola klinis di tiap-tiap negara melalui pendekatan yang berbeda-beda, dikembangkan sesuai dengan kebijakan dan kebutuhan kesehatan lokal yang diputuskan Pemerintah setempat.<sup>5</sup> Di Indonesia pengaturan tentang tata kelola klinis terdapat pada Undang-Undang No. 44/2009 tentang RS. Di tingkat peraturan pelaksanaan terdapat Permenkes Republik Indonesia No. 755/Menkes/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di RS. Peraturan ini bertujuan untuk mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien di RS lebih terjamin dan terlindungi serta mengatur penyelenggaraan Komite Medik di setiap RS dalam rangka peningkatan profesionalisme staf medis.<sup>6</sup>

## BAHAN DAN CARA

Penelitian ini adalah penelitian diskriptif dengan rancangan penelitian *cross sectional survey*. Lokasi penelitian di 48 RSUD di Jawa Tengah terdiri 1 RSUD kelas A, 17 RSUD kelas B, 26 RSUD kelas C dan 4 RSUD kelas D dengan Responden Ketua Komite Medik.

Data diperoleh menggunakan kuesioner yang diadaptasi dari *Clinical Governance Standards for Western Australian Health Services*<sup>7</sup>, *Clinical Governance Survey* dari Lugon & Secker-Walker<sup>8</sup>, *Optimizing Health Care Governance* (OPTIGOV)<sup>9</sup>, Permenkes Republik Indonesia No. 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di RS<sup>6</sup> dan Standar Akreditasi KARS 2007.<sup>10</sup> Kuesioner untuk mengukur implementasi struktur dan proses tata kelola klinis. Pengukuran implementasi tata kelola klinis ini ada 8 variabel pada struktur dan 13 variabel pada proses. Kuesioner dikirimkan ke-48 RSUD menggunakan jasa pengiriman dan jawaban diberikan responden melalui wawancara melalui telepon, wawancara tatap muka atau jawaban tertulis. Data dianalisis secara diskriptif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari kuesioner yang dikirimkan ke-48 RSUD di Jawa Tengah didapatkan 30 jawaban responden, dengan rincian 1 responden dari RSUD Kelas A, 12 responden dari RSUD Kelas B, 14 responden dari RSUD Kelas C, dan 3 responden dari RSUD Kelas D. Dengan demikian *response rate* adalah 62,5%. Delapan belas RSUD tidak memberikan jawaban kuesionernya, karena: Ketua Komite Medik sakit (1 RSUD), Ketua Komite Medik sibuk (2 RSUD), faktor jarak dan keterbatasan waktu (15 RSUD), sehingga penulis tidak dapat mendatangi responden. Karakteristik RS responden adalah RSUD Kelas A telah terakreditasi 16 pokja; RSUD kelas B: 2 terakreditasi 12 pokja, 10 terakreditasi 16 pokja; RSUD Kelas C: 4 terakreditasi 5 pokja, 4 terakreditasi 12 pokja, 6 terakreditasi 16 pokja; 3 RSUD Kelas D terakreditasi 5 pokja.

Tabel 1. Profil Ketua Komite Medik RSUD di Provinsi Jawa Tengah

Profil Ketua Komite Medik	Jumlah	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	28	93%
Perempuan	2	7%
Usia (tahun)		
36-40	1	3%
41-45	4	13%
46-50	10	33%
51-55	10	33%
56-60	5	17%
Profesi		
Dokter Umum	3	10%
Dokter Spesialis	27	90%
Lama menjabat Ketua Komite Medik		
≤ 3 tahun	23	77%
> 3 tahun	7	23%
Sebagai pengurus organisasi lain di luar RS		
Ya	21	70%
Tidak	9	30%
Total	30	100%

Profil responden pada Tabel 1 menunjukkan bahwa Ketua Komite Medik di RSUD sebagian besar adalah laki-laki (93%), mayoritas berprofesi sebagai dokter spesialis yaitu sebanyak 27 orang (90%), dan tidak ada yang berprofesi sebagai dokter gigi/dokter gigi spesialis. Berdasarkan lamanya menjabat sebagai Ketua Komite Medik proporsi terbanyak kurang atau sama dengan tiga tahun (berkisar antara 1 bulan–9 tahun). Keaktifan ketua medik di luar RSUD dilihat dari kedudukan sebagai pengurus organisasi, 70% dari Ketua Komite Medik menjadi pengurus di organisasi luar RSUD. Sebagian besar menjadi pengurus di organisasi profesi (Ikatan Dokter Indonesia) dan organisasi lainnya, antara lain: Yayasan Kanker, Yayasan Stroke, koperasi, KORPRI, Paguyuban Donor Darah.

### Struktur Tata Kelola Klinis

Tabel 2 menjelaskan bahwa tingkat pemenuhan tertinggi adalah “ada ruangan untuk Komite Medik dan RS telah terakreditasi nasional” (100%) dan tingkat pemenuhan terendah adalah “RS telah mengkomunikasikan kebijakan dan strategi tata kelola klinis kepada seluruh staf dan masyarakat dan stakeholder lain (7%)”. Tingkat pemenuhan yang masih rendah juga terjadi pada variabel indikator kinerja (43%). Tingkat pemenuhan struktur tata kelola klinis tentang organisasi Komite Medik baru 70%, sedangkan untuk sumber daya pendukung komite medis antara 83%-100%.

Dari jawaban responden terhadap pertanyaan terbuka dalam kuesioner tentang struktur kita mendapatkan informasi bahwa indikator kinerja yang diterapkan di RSUD untuk menunjukkan penggunaan dan efektivitas kebijakan dan strategi tata kelola klinis pada semua level organisasi bervariasi tidak sama antara satu RS dengan RS yang lain. Indikator ter-

sebut antara lain: Angka Infeksi Luka Operasi, Angka Dekubitus, Angka Infeksi RS/Nosokomial, *Response Time* UGD, NDR dan GDR, Rerata Lama Masa Rawat Per Diagnose Utama, Kelengkapan Pengisian Rekam Medik, Angka kematian Ibu, Angka kematian Perinatal, BOR, LOS, Angka Kunjungan, Kepuasan Pasien.

Penanggung jawab mengenai manajemen komplain, manajemen risiko klinis/keselamatan pasien dan penyusunan standar pelayanan di RSUD di Jawa Tengah tidak sama antar RS. Penanggung jawab manajemen komplain ada yang bidang/sie pelayanan (11), tim komplain (2), subbag hukum dan humas/informasi (4) dan lain-lain (6). Penanggung jawab manajemen risiko/keselamatan pasien: Tim Keselamatan Pasien RS (11), Bidang/wadir pelayanan (6), Komite Medik (3), Komite mutu (2), SPI (1). Penanggung jawab penyusunan standar mutu pelayanan: Komite Medik (11), komite mutu (6), SMF (4), bidang pelayanan (5), direktur (1).

## 2. Proses Tata Kelola Klinis

Pada pelaksanaan proses tata kelola klinis didapatkan hasil terbesar adalah adanya *informed consent* untuk tindakan terhadap pasien dan adanya standar dalam pelayanan medis di RS (100%). Pelaksanaan yang paling rendah adalah keterlibatan semua petugas yang terlibat dalam pelayanan dalam audit klinis/audit medis (0). Hasil yang rendah juga didapatkan pada pelaksanaan audit klinis/audit medis dan pelaksanaan kredensialing yang masing-masing baru dilaksanakan oleh 1 RSUD (3,3%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 3.

Jawaban responden tentang audit klinis/audit medis menyebutkan bahwa 27 RS telah melaksanakannya, namun RS yang menjalankan audit medis sebagaimana yang diatur dalam Permenkes No. 755/

Tabel 2. Implementasi Struktur Tata Kelola Klinis di RSUD di Provinsi Jawa Tengah

Variabel	Ada		Tidak Ada		Tidak Tahu	
	N	%	n	%	n	%
Ada pengaturan tentang tanggung jawab dan tugas dalam tata kelola klinis bagi para petugas	26	87%	3	10%	1	3%
RS telah mempunyai <i>Hospital by Laws</i> dan <i>Staff Medic by Laws</i>	26	87%	4	13%	0	0%
Ada Komite Medik sesuai keputusan menteri kesehatan No 755/Menkes/IV/2011	21	70%	9	30%	0	0%
Ada penanggung jawab mengenai manajemen komplain	23	77%	3	10%	4	13%
Ada penanggung jawab mengenai manajemen risiko klinis/keselamatan pasien	23	77%	3	10%	4	13%
Ada penanggungjawab terhadap penyusunan standar mutu pelayanan	27	90%	2	7%	1	3%
Ada tenaga administrasi yang membantu kelancaran tugas Komite Medik.	25	83%	5	17%	0	0%
Ada ruangan untuk Komite Medik	30	100%	0	0%	0	0%
Ada alat komunikasi di ruang Komite Medik	27	90%	3	10%	0	0%
RS telah mengkomunikasikan kebijakan dan strategi tata kelola klinis kepada seluruh staf dan masyarakat dan stakeholder lain	2	7%	23	77%	5	17%
Ada program pendidikan dan pelatihan	23	77%	7	23%	0	0%
Ada program orientasi tentang tata kelola klinis bagi seluruh staf baru	18	60%	11	37%	1	3%
Ada indikator kinerja	13	43%	11	37%	6	20%
Rumah sakit telah terakreditasi nasional	30	100%	0	0%	0	0%

Menkes/SK/IV/2011 hanya 1. Di dalam Permenkes tersebut disebutkan tahapan audit medis adalah pemilihan topik yang akan dilakukan audit, penetapan standar dan kriteria, penetapan jumlah kasus/sampel yang akan dilakukan audit, membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan, melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria, menerapkan perbaikan dan rencana reaudit. Pelaksanaan di lapangan pada umumnya yang diaudit adalah kasus sulit, kematian yang tidak wajar atau kasus menarik lainnya. Apabila ada kasus demikian, maka dilakukan pembahasan bersama-sama oleh para dokter yang dikoordinir oleh Komite Medik. Ada juga RS yang melakukan audit medis hanya untuk kasus-kasus kebidanan dan perinatal yaitu program ini diadakan oleh kementerian kesehatan dalam rangka penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Hasil penilaian pelaksanaan kredensialing oleh Komite Medik adalah 3,3% RS sudah melaksanakan sesuai dengan Permenkes No. 755/Menkes/Per/IV/2011. Hal ini disebabkan terbatasnya dokter spesialis dan pembiayaan. Pada umumnya kredensialing dilaksanakan untuk pengkondisian suasana kerja di RS sehubungan dengan akan masuknya dokter baru. Untuk RS yang belum melaksanakan kredensialing dengan alasan adanya dokter yang bersedia bekerja di RS tersebut saja sudah merupakan keuntungan bagi RS. Apabila kredensialing dilaksanakan secara benar bisa jadi RS tidak mempunyai dokter terutama dokter spesialis. Kendala lain dari pelaksanaan kredensialing adalah sistem perekrutan dokter khususnya pengangkatan pegawai negeri dimana RS tinggal menerima dokter yang sudah menerima SK pengangkatan pegawai.

Program pengembangan profesi umumnya dilaksanakan dengan mengikuti kegiatan di luar RS yang diselenggarakan oleh organisasi profesi. Tingkat pelaksanaan standar ini masih rendah karena dukungan dana dari manajemen sangat terbatas, selebihnya dengan biaya pribadi.

### 3. Struktur dan Proses Tata Kelola Klinis

Gambaran tingkat pemenuhan struktur dan proses tata kelola klinis menurut kelas RS dapat kita Gambar 5. Rerata tingkat pemenuhan struktur adalah 75%, pelaksanaan proses adalah 58%, dan implementasi tata kelola klinis adalah 67%

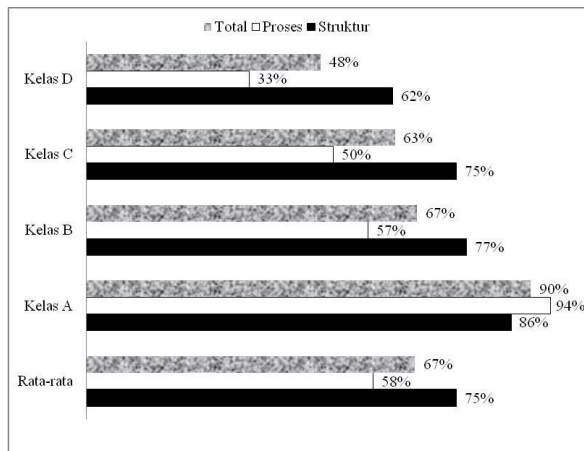
Umumnya responden memberikan tanggapan positif terhadap Permenkes No. 755/Menkes/Per/IV/2011. Mereka berpendapat bahwa tugas Komite Medik lebih berfokus pada penjagaan dan peningkatan profesionalisme tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, tidak ada kerancuan tugas Komite Medik dan struktural, namun ada juga yang berpendapat bahwa Komite Medik dikebiri dan kewenangannya lebih sempit. Ada kekhawatiran tidak dilibatkan dalam pengadaan alat, kesejahteraan, penentuan tarif dan dalam penyediaan obat. Setelah terbit aturan baru ini tak ada hubungan struktural antara kelompok SMF dan Komite Medik. Ada pendapat yang menyatakan bahwa peraturan tentang Komite Medik sulit diterapkan di lapangan karena keterbatasan sumber daya manusia, keterbatasan dana dari RS, serta kurangnya dukungan dari manajemen.

Jawaban terhadap pertanyaan tentang materi pelatihan/*workshop* bagi Komite Medik adalah: tata laksana kredensialing, penyusunan kewenangan

Tabel 3. Pelaksanaan Proses Tata Kelola Klinis di RSUD di Provinsi Jawa Tengah

Variabel	Ada/ya		Tidak ada/Tidak		Tidak Tahu	
	n	%	n	%	n	%
Ada sistem untuk menangani complain	18	60%	11	37%	1	3%
Ada survey kebutuhan dan kepuasan pelanggan	24	80%	6	20%	0	0%
Komite Medik dilibatkan dalam survey kebutuhan dan kepuasan pelanggan	12	40%	12	40%	0	0%
Tersedia informasi yang mudah diakses oleh pasien, keluarga dan masyarakat	28	93%	2	7%	0	0%
Ada informed consent untuk tindakan terhadap pasien	30	100%	0	0%	0	0%
Adanya standar dalam pelayanan medis di RS	30	100%	0	0%	0	0%
Adanya pengumpulan, pengolahan, dan analisa terhadap data indikator klinis di RS	19	63%	10	33%	1	3%
Diadakan audit klinis / audit medis	1	3%	29	97%	0	0%
Keterlibatan semua petugas yang terlibat dlm pelayanan dlm audit klinis	0	0%	30	100%	0	0%
Pemanfaatan hasil audit untuk penyempurnaan pelayanan	1	100%	29	97%	0	0%
Adanya sistem pelaporan yang menjamin bahwa KTD teridentifikasi	20	67%	9	30%	1	3%
Adanya penilaian risiko klinis secara rutin	16	53%	12	40%	2	7%
Adanya penyelidikan secara terbuka apabila ada KTD dan KTD tersebut sebagai pelajaran dan dijadikan dasar untuk perubahan	16	53%	13	43%	1	3%
Adanya proses kredensialing oleh Komite Medik	1	3%	29	97%	0	0%
Ada program pengembangan profesi berkelanjutan bagi staf medik	15	50%	15	50%	0	0%
Ada kegiatan pembinaan profesionalisme kedokteran	21	70%	9	30%	0	0%

klinis, penyusunan peraturan internal staf medis, audit medis, penyusunan program.



Gambar 1. Tingkat Implementasi Tata kelola Klinis di RSUD di Provinsi Jawa Tengah

## PEMBAHASAN

Pengukuran implementasi tata kelola klinis ini berdasarkan pengakuan dari responden tanpa melihat pelaksanaan di lapangan. Hal ini dapat menimbulkan bias pada hasil yang didapatkan. Hasil yang diperoleh akan berbeda dan lebih *valid* apabila selain kuesioner juga melihat pelaksanaan di lapangan secara langsung ataupun melihat dokumen pelaksanaan. Namun hal ini tidak dilakukan peneliti karena keterbatasan waktu dan tenaga. Untuk memperkecil bias, kuesioner dibuat dengan pertanyaan semi terbuka. Menggunakan cara tersebut diharapkan memperoleh jawaban yang dapat menggambarkan keadaan sebenarnya.

Pengukuran implementasi tata kelola klinis ini ada 8 variabel pada struktur tata kelola klinis dan 13 variabel pada proses tata kelola klinis. Dari 21 variabel ini yang menjadi tugas dan tanggung jawab Komite Medik atau berhubungan langsung dengan Komite Medik ada tujuh, yaitu: struktur organisasi, penyediaan sumber daya, survei kebutuhan dan kepuasan pelanggan, audit klinis, standar kompetensi, pengembangan profesi berkelanjutan dan pembinaan profesionalisme kedokteran. Hal ini yang menyebabkan jawaban responden untuk beberapa pertanyaan adalah "tidak tahu" walaupun sebenarnya apabila semua standar struktur tata kelola klinis dijalankan maka hal ini tidak terjadi karena dalam tata kelola klinis disyaratkan kebijakan dan strategi tata kelola klinis dikomunikasikan kepada seluruh staf dan juga kepada masyarakat dan *stakeholder* lain. Namun dalam penelitian ini ternyata capaian terhadap standar komunikasi baru 7%. Hal ini karena di Indonesia

belum ada peraturan yang menyebutkan bahwa kebijakan tata kelola klinis dan strategi pencapaiannya juga harus dikomunikasikan kepada publik. Hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian Djasri<sup>4</sup> yang menyatakan belum terdapat bukti bahwa kebijakan tata kelola klinis dan strategi pencapaiannya dikomunikasikan dengan tepat kepada para staf dan juga publik (masyarakat/pasien).

Hasil yang rendah juga didapatkan pada variabel adanya penentuan indikator kinerja untuk menunjukkan penggunaan dan efektivitas kebijakan dan strategi tata kelola klinis pada semua level organisasi yaitu 43%. Pemenuhan indikator kinerja yang masih rendah meskipun RS telah terakreditasi karena indikator kinerja tidak menjadi penilaian dalam akreditasi RS pada era sebelum 2012. Dengan belum ditetapkannya indikator kinerja pada suatu RS maka akan sulit untuk melakukan penilaian mutu pelayanan. Sebenarnya oleh Kementerian Kesehatan telah disusun indikator kinerja RS pada tahun 2008 dan telah diterbitkan pula standar pelayanan minimal untuk RS. Namun pada penelitian ini penggunaan indikator baru 43%.

Pemenuhan variabel pertanggungjawaban yang didefinisikan adanya pengaturan tentang tanggung jawab dan tugas dalam tata kelola klinis bagi para petugas telah mencapai 87%. Untuk standar kebijakan dan strategi, 85% RS telah mempunyai *hospital by laws* dan *staff medic by laws*. Namun demikian walaupun kedua standar tersebut sudah baik karena standar komunikasi masih rendah kemungkinan tidak seluruh staf mengerti dan mematuhi kewajiban untuk menerapkan tata kelola klinis.<sup>4</sup>

Hasil pengukuran variabel struktur organisasi yang terdiri dari empat subvariabel sebagai berikut: ada Komite Medik sesuai dengan Permenkes No. 755/Menkes/Per/IV/2011 adalah 70%, ada penanggung jawab mengenai manajemen komplain adalah 77%, ada penanggung jawab mengenai manajemen risiko klinis/keselamatan pasien adalah 77%, dan ada penanggung jawab terhadap penyusunan standar mutu pelayanan adalah 90%. Pemenuhan terendah pada variabel adanya Komite Medik sesuai dengan Permenkes No. 755/Menkes/Per/IV/ 2011. Informasi yang didapatkan, RS yang belum memenuhi standar tersebut masih menunggu masa kepengurusan berakhir untuk merubah struktur organisasi komite sesuai dengan peraturan yang baru. Untuk pemenuhan tiga subvariabel lainnya dapat terjadi bias karena ada responden yang menjawab tidak tahu. Hal ini karena manajemen komplain, keselamatan pasien, dan standar mutu pelayanan bukan menjadi tugas Komite Medik dan walaupun kebijakan tentang hal



tersebut sudah ada namun belum dikomunikasikan kepada seluruh staf RS, merujuk pada pemenuhan standar komunikasi yang masih rendah.

Pemenuhan sumber daya oleh RS, hanya adanya ruangan untuk Komite Medik yang dipenuhi oleh seluruh RS. Tenaga administrasi penuh waktu yang membantu kelancaran tugas Komite Medik hanya 83%. Alat komunikasi di ruang Komite Medik yang dapat menjangkau seluruh ruang perawatan dan klinik di RS, dapat menjangkau luar RS sebesar 90%. Berdasarkan kelasnya berturut-turut dari yang tertinggi sampai yang terendah adalah kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D. Kelas D yang terendah disebabkan terbatasnya sumber daya di RSUD kelas D.

Tenaga administrasi penuh waktu sangat penting untuk kelancaran Komite Medik menjalankan tugasnya, sehingga seharusnya pihak manajemen memperhatikan hal ini. Untuk standar akreditasi yang sekarang berlaku tidak ada ketentuan tentang standar sumber daya pendukung untuk Komite Medik. Namun demikian, penulis berpendapat bahwa ketentuan tersebut masih relevan untuk dilaksanakan oleh pihak manajemen RS, sehingga Komite Medik bisa menjalankan tugasnya dengan baik.

Semua RSUD tempat responden bekerja telah terakreditasi meskipun dengan tingkat akreditasi yang berbeda-beda, 5 pokja, 12 pokja, maupun 16 pokja. Walaupun RS telah terakreditasi namun untuk hasil variabel struktur yang lain ternyata masih ada yang capaiannya rendah karena sistem akreditasi di Indonesia pada saat itu tidak mengacu pada standar tata kelola klinis.<sup>11</sup> Selain itu, pertama sistem akreditasi yang berlaku saat itu mempunyai beberapa kelemahan yaitu sifat program akreditasi yang dilaksanakan oleh Pemerintah menimbulkan konflik antara peran Pemerintah sebagai pembina, pemberi supervisi dengan penilai dalam akreditasi. Kedua, standar yang digunakan masih berfokus pada indikator input, sehingga dalam penerapannya lebih memungkinkan untuk terjadinya kesalahan dan manipulasi, dan membatasi dampak terhadap mutu pelayanan itu sendiri. Ketiga, standar yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan untuk akreditasi dan indikator klinis tidak dikembangkan secara sinkron dan terintegrasi. Penerapan standar yang berbeda secara terpisah, dengan sistem monitoring dan evaluasi yang berbeda pula, tidak memotivasi organisasi kesehatan untuk menerapkan standar tersebut.<sup>11</sup> Menurut Utarini<sup>12</sup> bahwa di Indonesia pengembangan sistem manajemen mutu dan tata kelola klinis berjalan paralel tanpa titik temu.

Pada akhir tahun 2011 telah dilakukan revisi standar akreditasi RS di Indonesia oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bekerja sama dengan

Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan dan diberlakukan mulai 1 Januari 2012. Standar akreditasi yang baru ini mengacu pada standar akreditasi internasional. Perbedaan dengan standar akreditasi yang lama: berfokus pada pasien, kuat pada proses, *output*, dan *outcome*, kuat pada implementasi karena melibatkan seluruh petugas, serta kesinambungan pelayanan.<sup>6,13</sup> Namun dalam standar akreditasi yang baru ini tidak mencantumkan secara eksplisit mengenai tata kelola klinis, tetapi secara isi lebih mendekati ke dasar-dasar tata kelola klinis daripada standar akreditasi yang lama dengan telah dimasukkannya indikator klinis ke dalam standar akreditasi.

Hasil pengukuran pelaksanaan proses tata kelola klinis untuk variabel manajemen komplain menunjukkan bahwa 60% dari RS telah mempunyai sistem untuk menangani komplain. Namun bila dilihat berdasarkan kelas RS tampak bahwa RS kelas A (100%), RS kelas B 75%, RS kelas C 57% dan RS kelas D belum ada yang mempunyai sistem penanganan komplain. Penanganan komplain di suatu RS merupakan hal penting oleh karena suatu komplain dapat menunjukkan kesedihan atau kemarahan yang dalam beberapa kejadian berakibat kompensasi keuangan<sup>14</sup> walaupun persentasinya kecil hanya 7%.<sup>15</sup>

Salah satu standar proses tata kelola klinis adalah adanya *survey* untuk mengetahui kebutuhan dan kepuasan pelanggan. Pada penelitian ini standar tersebut telah dilaksanakan oleh 80% RSUD. Namun demikian, baru 40% yang melibatkan Komite Medik dalam survei tersebut. Dokter adalah pelaku utama dalam pelayanan di RS sehingga Komite Medik yang melakukan pengawasan dan pembinaan terhadap dokter sudah seharusnya dilibatkan sehingga mengetahui langsung bagaimana kepuasan dan harapan pasien. Kepuasan pelanggan sangat penting di RS karena dapat sebagai indikator mutu layanan dan sebagai alat untuk memperkirakan hal yang berhubungan dengan kelakuan pelanggan<sup>16</sup>.

RS dalam memberikan pelayanan kepada pelanggannya harus memberikan informasi yang cukup agar memudahkan pasien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan. Hasil pelaksanaan penyediaan informasi yang mudah diakses oleh pasien, keluarga dan masyarakat adalah 93%. Persentase RS kelas D yang telah menyediakan informasi lebih besar daripada persentase RS kelas B dan kelas C. Ada beberapa kemungkinan mengapa RS kelas D persentasenya lebih besar: jumlahnya yang lebih sedikit daripada kelas B dan Kelas C, apa yang disampaikan responden tidak sesuai keadaan sebenarnya.

Di semua RS yang menjadi tempat responden bekerja telah ada *informed consent* untuk tindakan

terhadap pasien. Meskipun semua RS telah mem-berlakukan *informed consent* perlu penelitian lebih lanjut bagaimanakah pelaksanaan *informed consent* ini di lapangan. Sebagai gambaran penelitian di Saudi Arabia menyatakan bahwa kualitas *informed consent* umumnya tidak baik.<sup>17</sup> Penelitian di Nigeria menyebutkan bahwa pengetahuan dokter bedah tentang *informed consent* cukup baik, tetapi tidak demikian dalam praktiknya.<sup>1</sup>

Hasil penelitian ini adalah bahwa kegiatan pengumpulan, pengolahan, dan analisis terhadap data indikator klinis di RS telah dilaksanakan oleh 70% RS. Hasil ini kurang sinkron dengan hasil penilaian pemenuhan struktur adanya indikator kinerja yang hanya 43%, sehingga perlu penelitian lebih lanjut apakah benar dilaksanakan.

Audit klinis/audit medis baru dilaksanakan oleh 3,3% (1) RS. Jawaban dalam kuesioner menyebutkan 27 RS melaksanakan audit. Namun audit medis umumnya masih dilaksanakan hanya apabila ada kasus, sedangkan dalam Permenkes No. 755/Menkes/Per/IV/2011 disebutkan tahapan audit medis adalah: pemilihan topik yang akan dilakukan audit, penetapan standar dan kriteria, penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit, membandingkan standar/kriteria dengan pelaksanaan pelayanan, melakukan analisis kasus yang tidak sesuai dengan standar/kriteria, menerapkan perbaikan dan rencana re-audit. Menurut batasan tersebut yang telah melaksanakan audit medis adalah satu RSUD (kelas A). Melihat hasil ini RS melalui Komite Medik perlu didorong lagi untuk melaksanakan audit medik dengan benar. Mengacu pada aturan yang ada, Komite Medik harus melaksanakan audit medik, sehingga keterlibatan petugas dalam audit klinis/audit medis 0%. Tuntutan dalam tata kelola klinis adalah audit klinis dan semua petugas yang terlibat dalam pelayanan dilibatkan dalam audit klinis. Perlu kiranya kementerian kesehatan menetapkan regulasi mengatur masalah audit klinis oleh karena di Indonesia regulasi untuk audit klinis belum ada.

Saat ini keselamatan pasien adalah satu hal terbesar yang penting sekali dalam pelayanan kesehatan.<sup>19</sup> Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa 67% RS sudah ada sistem pelaporan yang menjamin bahwa KTD teridentifikasi. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian Nasution<sup>20</sup> yang menyatakan 91% RS ada sistem pelaporan dan analisis *advers event*. Hasil untuk variabel manajemen terhadap KTD, adanya penyelidikan secara terbuka apabila ada KTD dan KTD tersebut sebagai pelajaran dan dijadikan dasar untuk perubahan adalah 53%. Melihat ini sangat dimungkinkan bahwa budaya tidak menyalahkan serta KTD sebagai pelajaran dan dijadikan

dasar untuk perubahan yang menjadi syarat untuk berhasilnya gerakan keselamatan pasien belum tumbuh dengan baik.

Hasil yang sama didapatkan pada variabel analisis terhadap potensi terjadinya risiko klinis yaitu 53% RS menyatakan adanya penilaian risiko klinis secara rutin. Analisis terhadap potensi terjadinya risiko klinis sangat penting untuk mencegah terjadinya KTD, sehingga apabila ini belum dilaksanakan sangat memungkinkan terjadinya KTD.

Survei menunjukkan bahwa kredensialing baru dilaksanakan di 1 (3,3%) RSUD (kelas A). Jawaban terhadap pertanyaan apakah dilakukan kredensialing di RS 90% menjawab ya. Namun dari jawaban responden terhadap pertanyaan terbuka didapatkan bahwa pelaksanaan kredensialing masih sebatas "penjajagan" kepada sejawat yang akan masuk ke sebuah RS, dan yang sesuai dengan Permenkes No. 755/Menkes/Per/IV/2011 baru satu RS. Ada beberapa alasan yang dikemukakan responden mengapa belum dilaksanakannya kredensialing, antara lain: keterbatasan dokter spesialis di RS sebagai pelaksana kredensialing, keterbatasan dana, tidak meratanya distribusi dokter spesialis. Tidak meratanya distribusi dokter spesialis ini sesuai dengan hasil penelitian Ilyas<sup>21</sup> yang menyatakan rerata rasio dokter spesialis di kabupaten adalah 0,8, sedangkan di kota adalah 8,4. Agar program kredensialing ini dapat berjalan seperti yang diharapkan harus ada komitmen dari pihak manajemen dan pemilik RS untuk melaksanakannya. Tanpa dukungan dan komitmen pihak manajemen serta pemilik RS tidak mungkin Komite Medik dapat melaksanakannya.

Pelaksanaan program pengembangan profesi belum mendapat dukungan sepenuhnya dari pihak manajemen dengan alasan terbatasnya pendanaan. Hal ini juga didapatkan dalam penelitian Djasri<sup>4</sup> yang menyebutkan RS hanya mendukung dalam bentuk pemberian ijin untuk program pengembangan profesi. Pelaksanaan proses tata kelola klinis tugas Komite Medik adalah kredensialing, menyusun program pengembangan profesi berkelanjutan bagi staf medik dan mengadakan pembinaan profesionalisme kedokteran. Hasil penilaian dalam penelitian ini menunjukkan bahwa Komite Medik belum dapat melaksanakan tugasnya utamanya kredensialing yang baru dilaksanakan oleh 1 RSUD kelas A dan program pengembangan profesi dan pembinaan profesionalisme di RSUD kelas D juga belum dilaksanakan. Dari hasil ini Komite Medik di RSUD perlu diberikan penguatan agar dapat lebih optimal dalam melaksanakan tugasnya. Kebutuhan ini dikuatkan dengan usulan materi apabila diadakan *workshop* atau pelatihan: audit medis, tata laksana kredensialing, penyusunan

kewenangan klinis, penyusunan peraturan internal staf medis dan penyusunan program. Selain penguatan kepada Komite Medik, Pemerintah ataupun asosiasi RS harus lebih mendorong pihak manajemen RS untuk menerapkan tata kelola klinis.

Rerata pemenuhan standar struktur tata kelola klinis lebih baik daripada rerata pelaksanaan proses tata kelola klinis. Berdasarkan kelas RS pemenuhan standar struktur juga lebih baik dari pada pelaksanaan proses tata kelola klinis, kecuali pada RS kelas A. Hasil struktur yang lebih tinggi daripada proses menunjukkan bahwa RS yang telah memenuhi struktur belum tentu diikuti pelaksanaan proses/kegiatannya.

Implementasi kerangka kerja tata kelola klinis di tiap-tiap negara melalui pendekatan yang berbeda-beda, dikembangkan sesuai dengan kebijakan dan kebutuhan kesehatan lokal yang diputuskan Pemerintah setempat.<sup>5</sup> Di Indonesia pengaturan tentang tata kelola klinis ada dalam UU No. 44/2009 tentang RS. UU ini mensyaratkan RS harus melaksanakan tata kelola klinis yang baik. Menurut UU tersebut tata kelola klinis yang baik adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi RS.

Kegiatan untuk menerapkan konsep dasar tata kelola klinik terdiri dari kegiatan: audit klinik, menyediakan data klinik dengan mutu yang baik, pengukuran outcome, manajemen risiko klinik, praktik berdasarkan evidens, manajemen kinerja klinik yang buruk, dan mekanisme untuk memonitor *outcome* pelayanan.<sup>4</sup> Aturan pelaksanaannya ada dalam Keputusan Menteri yaitu: Permenkes Republik Indonesia No. 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Komite Medik yang didalamnya mengatur juga audit medis dan pengembangan profesional, Permenkes Republik Indonesia No. 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Permenkes Republik Indonesia No. 12/2012 tentang Akreditasi RS.

Terlihat di sini pengaturan tentang tata kelola klinis terpisah-pisah sehingga dapat menimbulkan persepsi yang salah, seolah-olah sebagai kegiatan yang berdiri sendiri tidak ada keterkaitan satu dengan yang lain. Hal ini berbeda dengan negara lainnya. Australia misalnya pengaturannya terdapat dalam satu kesatuan yang tertuang dalam buku pedoman tata kelola klinis yang diberlakukan secara nasional sehingga terjalin benang merah yang jelas dasar-dasar pelaksanaan tata kelola klinis, cara melaksanakan dan penilaian/akreditasi yang dilaksanakan. Pengambil kebijakan perlu membuat pedoman

tata kelola klinis secara nasional sehingga pelaksanaannya akan lebih baik dan tujuan tata kelola klinis tercapai.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini adalah *self-reported*, kesimpulan didasarkan pada data yang dilaporkan responden tanpa melihat pelaksanaan di lapangan maupun dokumen pelaksanaannya. Dari hasil dan pembahasan yang ditulis dapat diambil kesimpulan bahwa rerata tingkat implementasi tata kelola klinis di RSUD di Jawa Tengah adalah 67%, rerata tingkat pemenuhan struktur tata kelola klinis adalah 75% dan rerata tingkat pelaksanaan proses tata kelola klinis 58%. Pelaksanaan tata kelola klinis oleh Komite Medik di RSUD di Provinsi Jawa Tengah belum sesuai dengan peraturan yang ada. Pelaksanaan tugas Komite Medik adalah audit medis 3,3%, kredensialing 3,3%, pengembangan profesi berkelanjutan bagi staf medik 50% dan pembinaan profesionalisme kedokteran 70%. Penguatan Komite Medik perlu dilakukan agar dapat menjalankan tugasnya sesuai dengan peraturan yang ada, serta dibuatnya pedoman pelaksanaan tata kelola klinis secara nasional dan monitoring pelaksanaannya.

## REFERENSI

1. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*. 2001;322:1413-17.
2. Scally G, Donaldson LJ. Clinical Governance and The Drive for Quality Improvement in The New NHS in England. *BMJ*. 1998;317(7150):61-5.
3. Department of Health G of WA. Western Australian Clinical Governance Guidelines. information series.2005;1.2
4. Djasri H. Penerapan Clinical Governance Melalui ISO 9000 : Studi Kasus di Dua RSUD Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2006;09(03):121-8.
5. Pridmore JA. A comparative review of clinical governance arrangements in the UK. *Independent Review*. 2007 ;16(12):720-4.
6. Menteri Kesehatan. PerMenkes Republik Indonesia No 755 /Menkes / PER /IV /2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit. 2011;1-46.
7. Department of Health G of WA. Clinical Governance Standards for Western Australian Health Services. Information Series. 2005;1.4.
8. Burca S, Williams P, Armstrong C. The Pursuit of Quality : A Clinical Directorate's Progress in Clinical Governance. *Galway University Hospitals Report*. 2008 ;1619(December).



9. Specchia ML, Torre GL, Siliquini R, Capizzi S, Valerio L, Nardella P. OPTIGOV - A new methodology for evaluating Clinical Governance implementation by health providers. *BMC Health Services Research*. 2010.
10. KARS. Pedoman Survey Akreditasi Rumah Sakit. Standar Pelayanan Medis. Jakarta. 2007.
11. Utari A, Thobari JA, Mahendradhata Y., Wardhani V., Lazuardi L., Koentjoro T, Laporan Studi Akreditasi Lembaga Pelayanan Kesehatan dan Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan (Research Report: Accreditation of health care organization and higher education institutions). Health Personnel V Central Java Province-The World Bank. 2002.
12. Utarini A. Mutu Pelayanan Kesehatan di Indonesia: Sistem Regulasi yang Responsif. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 2011.
13. KARS. Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta. 2011.
14. Giugliani C, Gault N, Fares V, Jegu J, Eleni S, Biga J, et al. Evolution of patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights? *BMC Health Services Research*. 2009;91-9.
15. Cave J, Dacre J. Dealing with complaints. *BMJ*. 2008 ;326-28.
16. Mo A, Eri A, Ba F. Construct validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services in Nigerian hospitals. *African Health Sciences*. 2012;12(4):538 -44.
17. Abolfotouh MA, Adlan AA. Quality of informed consent for invasive procedures in central Saudi Arabia. *International Journal of General Medicine*. 2012;269-75.
18. Ogundiran TO, Adebamowo CA. Surgeons' opinions and practice of informed consent in Nieria. *Journal of Medicine (Cincinnati)*. 2012 ; 36(12):741-5.
19. Martie van Beuzekom, Fredrik Boer, Simone Akerboom and Patrick Hudson. Patient safety in the operating room/ : an intervention study on latent risk factors. *BMC Surgery*, 2012;12:10.
20. Nasution PCCA. Implementasi Program Patient Safety di Rumah Sakit Umum di Daerah Istimewa Yogyakarta. 2012.
21. Ilyas Y. Determinan Distribusi Dokter Spesialis di Kota/Kabupaten Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2006 ; 09(03):146-55.
22. Heyrani A, Maleki M, Marnani AB, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, Farsi D, Khajavi A, Abdi Z., Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. *Implementation Science*, Available at: *Implementation Science*. 2012;7(84).