

EVALUASI PELAKSANAAN KREDENSIALING DOKTER UMUM DI RUMAH SAKIT YOGYAKARTA

Dyah Ayuning Tyas, Elsy Maria Rosa

Magister Manajemen Rumah Sakit – Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRAK

Latar Belakang: Kredensialing adalah proses untuk memenuhi standar sebagai upaya mengedepankan keselamatan pasien, memiliki kompetensi dan akuntabilitas yang baik sehingga dapat memberikan pelayanan yang professional dan bermutu.

Tujuan Penelitian: Menganalisa pelaksanaan kredensialing dokter umum dan outcome yang dihasilkan dari pelaksanaan kredensialing di Rumah Sakit Yogyakarta

Metode Penelitian: Peneliti menggunakan desain case study dengan pendekatan kualitatif deskriptif. Peneliti menggunakan penelitian kualitatif untuk mendapatkan data deskriptif berupa lisan maupun tulisan dari sumber yang didapat. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit di Yogyakarta pada bulan Juni 2018.

Hasil: Proses kredensial dokter yang dilakukan di Rumah Sakit Yogyakarta sering dicampuradukkan dengan proses penerimaan karyawan. Adanya proses kredensial, pemberian kewenangan klinis tertulis, pengembangan profesi, sistem audit, disiplin profesi dan pemberian sanksi mencerminkan kinerja komite medis yang lebih baik. Harapan Dokter selaras dengan model kredensial yang mengarah kepada “delineation of clinical privilege”. Model ini bertonggak pada proses segitiga kredensial yang terdiri dari clinical privilege, white paper, dan peer group, dengan keluaran berupa clinical appointment.

Kesimpulan: Sistem kredensial dokter di rumah sakit dengan menggunakan model “delineation of clinical privilege” sangat memungkinkan untuk diterapkan karena berbagai elemen yang diperlukan telah terdapat dalam profesi medis di Indonesia saat ini.

Kata Kunci: *kredensialing*, dokter umum, Rumah Sakit Yogyakarta

LATAR BELAKANG

Peraturan terbaru yang diberlakukan oleh rumah sakit saat ini adalah mengutamakan dan menjaga keselamatan pasien. Di Indonesia sendiri saat ini juga memberlakukan *clinical governance* bagi para seluruh staf medis. Setiap tenaga medis khususnya dokter umum yang bekerja di rumah sakit harus dalam wilayah kewenangan klinis (*clinical privilege*) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit agar para tenaga medis ataupun dokter tidak melakukan pelanggaran standar profesi (*professional misconduct*) dan diharapkan tidak melakukan malpraktik (Traina 2009). Jika dokter melakukan malpraktek maka surat ijin prakteknya akan ditangguhkan (Kim 2015)

Kredensialing adalah proses pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk para tenaga medis (perawat, dokter umum, dan dokter spesialis) dalam melaksanakan tindakan medis. Kewenangan ini diberikan oleh institusi kesehatan terkait setelah mendapat rekomendasi dari mitra bestari yang menyatakan dokter umum layak. Dalam tahapan ini, jika seorang dokter atau tenaga kesehatan dianggap memiliki kompetensi tertentu, ia akan mendapat penugasan klinis (*clinical appointment*) dari Badan Pengampu (Governing Board) rumah sakit yang dapat saja dipercayakan kepada Direktur Rumah Sakit (Herkutanto and Astrid Pratidina Susilo 2009). Setiap kewenangan klinis tertentu yang dimiliki seorang dokter harus ditinjau secara berkala, untuk melihat apakah dokter tersebut masih berkompeten dibidangnya sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran.

Untuk proses *kredensialing* ini

sendiri sebenarnya tidaklah asing di Indonesia, kondisi ini yang menyebabkan proses kredensial yang dilakukan oleh komite medik di Indonesia saat ini masih belum adekuat karena saat itu belum ada hukum yang mendasar untuk jaminan keselamatan pasien. Oleh sebab itu, pedoman ini disusun oleh Tim Penyusun Pedoman Mekanisme Kredensial Dokter di Rumah Sakit berdasarkan SK Pengurus Pusat PERSI No. 41/SK/PP.PERSI/II/2008 pada kelaziman praktik perumahsakit yang baik di negara maju, antara lain JCAH. Pedoman inilah yang digunakan sebagai pedoman di setiap rumah sakit agar dapat bekerja dengan baik dan benar dan dapat dipertanggungjawabkan (Lindawaty S. Sewu dan Tri Wahyu Murni S 2017)

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara pendahuluan yang dilakukan di RSAU Hardjolukito, diketahui bahwa bentuk *kredensialing* pada dokter umum yang ada di RSAU Harjolukito belum optimal. Proses kredensial dilakukan sebatas pemberkasan ketika melamar pekerjaan. Calon karyawan diminta untuk melengkapi berkas yang diperlukan termasuk semua sertifikat pelatihan yang akan menunjang kompetensi yang mereka miliki, dan yang diwajibkan adalah sertifikat ACLS dan ATLS. Hal tersebut digunakan sebagai bentuk kompetisi seorang dokter umum dalam psikomotorik dilapangan. Namun belum diketahui bagaimana proses keberlanjutan dari evaluasi kredensial ini saat karyawan sudah bertugas selama beberapa waktu.

Adapun hambatan dalam proses kredensialing di RSAU dr

Hardjolukito sendiri yang sering ditemukan bagi dokter umum adalah proses verifikasi ijazah dari rumah sakit dan tidak mendapatkan balasan ketika dikirim untuk kampus dan terkendala untuk SIP. Selain itu belum ada pengkajian lagi mengenai proses kredensialing dokter umum dan permasalahannya yang ada di RSAU Hardjolukito, maka dari itu perlu dilakukan pengkajian mendalam mengenai kegiatan dan evaluasi kredensialing ini baik saat awal seleksi sampai dengan evaluasi saat bertugas sebagai dokter umum.

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, muncul pertanyaan penelitian sebagai berikut: bagaimana evaluasi pelaksanaan *kredensialing* dokter umum dan outcome yang dihasilkan dari pelaksanaan *kredensialing* di RSAU dr Hardjolukito ?

DESAIN PENELITIAN

Dalam penelitian ini penelitian ini nanti akan menggunakan jenis penelitian *case study* dan sifatnya deskriptif. Peneliti menggunakan penelitian kualitatif untuk mendapatkan data deskriptif berupa lisan maupun tulisan dari sumber yang didapat. Penelitian ini akan dilakukan di RSAU dr.Hardjolukito pada bulan Mei 2018.

Responen dalam penelitian ini adalah seluruh dokter umum dan komite medik di RSAU dr Hardjolukito yang berwenang untuk kredensialing.

DEFINISI OPERASIONAL

Kredensial adalah tahapan evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kompetensi kerja sehingga dinilai layak dan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*),

adapun responden pada pelaksanaan kredensialing sendiri adalah dokter umum yang melamar pekerjaan di RSAU dr Hardjolukito. Dokter umum yang dimaksud dipenelitian ini adalah dokter umum yang bertugas di RSAU dr Hardjolukito sebanyak 13 orang baik yang pegawai tetap maupun honorer. Penelitian mengukur :

Verifikasi ijazah;

Suatu cara yang berfungsi untuk memastikan atau mengkoscek keabsahan ijazah yang dimiliki dengan institusi atau lembaga yang mengeluarkan.

Verifikasi STR

Suatu cara untuk memastikan keaslian dan leabsahan STR yang merupakan berkas pengajuan kredensial bagi tenaga kesehatan. Adapun tujuannya adalah untuk mendapatkan kepastian tentang keaslian berkas yang diajukan untuk proses kredensialing.

Sertifikasi kompetensi

Adalah surat tanda pengakuan terhadap kemampuan seseorang dokter untuk menjalankan praktik kedokteran yang dikeluarkan oleh kolegium Dokter dan Dokter Keluarga Indonesia

Sertifikat ACLS & ATLS

Adalah lembar sertifikat yang dikeluarkan oleh panitia penyelenggara Seminar khusus kegawat daruratan saat penanganan yang diwajibkan dokter umum untuk bekerja di Rumah Sakit.

INSTRUMEN PENELITIAN

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan 2 jenis instrumen

penelitian yakni pedoman wawancara dan pedoman observasi.

Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara berisi 13 pertanyaan yang ditujukan pada subjek yang telah ditentukan, yaitu Ketua Komite Medik, Wakil Ketua Komite Medik, Sekretaris Komite Medik, Panitia Kredensial, Panitia Rekam Medis, dan Anggota Komite Medik.

Pedoman Observasi

Menurut Polit & Beck (2012) observasi atau pengamatan adalah suatu teknik atau cara mengumpulkan data dengan jalan pengamatan terhadap kegiatan yang sedang berlangsung. Pada penelitian ini, observasi dilakukan langsung oleh peneliti dengan melihat berkas-berkas terkait proses kredensial dan re-kredensial. Observasi dilakukan dengan pedoman observasi yang berisi 17 item yang menunjukkan kelengkapan berkas dan proses kredensial yang idealnya ada. Peneliti mencantumkan “ada” jika proses kredensial sesuai dengan standard an “tidak” jika tidak sesuai standar atau berkas tidak lengkap.

TAHAP PENELITIAN

Peneliti memulai penelitian dengan melakukan survey terlebih dahulu di RSAU dr Hardjolukito tentang system *kredencialing* rumah sakit militer. Apakah ada hambatan didalam proses kredencialing. Peneliti kemudian mengajukan proposal kepada Bagian Umum RSAU dr Hardjolukito yang dilakukan pada bulan Mei 2018.

Setelah memperoleh ijin, peneliti melakukan observasi dan

wawancara kepada subjek yang telah ditentukan. Sebelum wawancara maka yang dilakukan oleh peneliti adalah:

1. Memperkenalkan diri
2. Menunjukkan surat legalitas dari RS
3. Menanyakan kesediaan untuk diwawancara dan direkam.
4. Memberikan inform consent.
5. Membuat kesepakatan tentang waktu wawancara.

ANALISIS DATA

Analisa data dalam penelitian ini dilakukan secara kualitatif. Data kualitatif yang diperoleh berupa data yang direkam dari hasil wawancara dan observasi. Kemudian dari data tersebut dibuat transkrip. Transkrip tersebut selanjutnya dianalisis menggunakan *content analysis*.

ETIKA PENELITIAN

Penelitian ini akan melibatkan 13 orang dokter umum di RSAU dr Hardjolukito dan komite medic yang berwenang dalam hal *kredencialing*, sebelum melakukan penelitian, peneliti akan menjelaskan tujuan, maksud, serta bagaimana proses kegiatan penelitian kepada seluruh responden. Data yang diambil akan dijaga kerahasiannya oleh peneliti. Dalam penelitian ini nanti, responden berhak untuk memutuskan untuk setuju ataupun tidak setuju. Calon responden yang nantinya menyetujui akan diberikan lembar *inform consent* dan diisi. Rincian mengenai etika penelitian tercantum dalam *ethical clearance*.

HASIL PENELITIAN

Proses Kredensial di RSPAU Hardjolukito

Berdasarkan wawancara mendalam, topik yang dominan diungkapkan oleh informan adalah mengenai kredensial yang dianggap sama dengan prosedur penerimaan dokter sebagai karyawan RS. Hal ini terungkap dalam wawancara mendalam.

“Tugas bagian kredensial komite medis itu ya dilakukan sebelum calon dokter kerja, oleh ketua kredensial”
[informan 1]

“kredensiiial tu syarat yang dilaksanakan saat diterima menjadi pegawai di RSPAU Hardjolukito”
[informan 2]

Persepsi bahwa proses kredensial adalah proses penerimaan karyawan melandasi bagaimana prosedur kredensial saat ini. Dokter kandidat yang dikredensial diminta menyerahkan lamaran dan dokumen penyerta seperti ijazah, transkrip akademis, dan surat rekomendasi. Selanjutnya kandidat akan menjalani wawancara serta beberapa tes tambahan seperti tes kesehatan dan tes psikologi.

Pelaksanaan kredensialing sebagai instrument untuk penerimaan karyawan terlaksana cukup baik berdasarkan bukti observasi yang dilakukan peneliti seperti ditampilkan pada tabel 1

Tabel 1 Kelengkapan Berkas Kredensial Penerimaan Karyawan

No	Kelengkapan Berkas	Ada/Tidak
1	Prosedur Tetap mengenai Kredensial Tenaga Medis	Ada
2	Kebijakan, pedoman, atau standar prosedur operasinal mengenai alur rekrutmen Tenaga Medis (Dokter)	Ada
3	Formulir baku untuk penilaian kredensial	Ada
4	Berita acara hasil penilaian kredensial	Ada
5	Surat Keputusan pengangkatan staf	Ada

Pelaksana kredensial bisa Tim Kredensial Komite Medis, panitia kredensial atau kelompok sejenis yang ditunjuk Direksi.. Prinsipnya, proses kredensial yang ada saat ini mencoba memotret pengetahuan, sikap, karakter, keterampilan, dan profesionalisme kandidat.

Namun penilaian kredensialing yang dilakukan tidak tersosialisasi dengan baik, dan tidak semua dokter paham. Seperti yang diungkapkan informan penelitian berikut.

“Prosesnya tu pakai pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik,mental, perilaku, etika profesi. Ada wawancaranya juga. Tapi prosedur seleksi selanjutnya dan penilaiannya seperti apa saya tidak tahu karena tidak melibatkan dokter-dokter yang lain”.
[informan 3]

Penilaian dan kelengkapan berkas kredensial di RSPAU Hardjolukito kurang terdokumentasi dengan baik.

Tabel 2 Kelengkapan Berkas Follow Up Kredensial

No	Kelengkapan Berkas	Ada/Tidak
1	Catatan tentang dokter umum yang diijinkan memberikan pelayanan kepada pasien tanpa supervise beserta uraian tugasnya (Rincian Kewenangan Klinik /RKK)	Tidak ada
2	Penerbitan surat penugasan klinis (clinical appointment) dari direktur kepada staf medis tersebut sudah bergabung dengan Rumah Sakit	Tidak ada
3	Semua dokumen pendidikan, registrasi telah diverifikasi oleh sumber yang menerbitkan, sebelum yang bersangkutan bekerja memberikan pelayanan kepada pasien. Verifikasi meliputi 1. Ijazah 2. Surat Tanda Registrasi (STR) 3. Sertifikat kompetensi 4. Logbook yang berisi uraian capaian kinerja 5. Surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi rumah sakit atau orientasi di unit tertentu 6. Surat hasil pemeriksaan kesehatan 7. Sertifikat ACLS dan atau ATLS dan auatu Resusitasi Neonatus dan atau Hiperkes	Ada
4	Pada pengangkatan awal ada Surat Penugasan Klinik dan Rincian Kewenangan klinis dari direktur	Tidak ada
5	RS menggunakan proses terstandar memberikan kewenangan klinis kepada setiap staf medik untuk memberikan layanan pada saat awal diangkat(Kredensial) dan pada saat diangkat kembali (Rekredensial)	Tidak ada
6	SPK dan RKK setiap staf medis telah diinformasikan ke seluruh unit di rumah sakit	Tidak ada
7	Setiap staf medik hanya memberi pelayanan yang ditetapkan dalam SPK/RKK	Tidak ada

Meskipun penyimpanan berkas seperti ijazah, STR, dan sertifikat dilakukan dengan baik, namun tidak ada followup seperti Surat Penugasan

Klinik, Rincian Kewenangan Klinis, dan Surat Penugasan Klinis kepada setiap dokter.

Hasil proses kredensial adalah rekomendasi kepada Direksi tentang kelayakan dokter. Berdasarkan rekomendasi ini, Direksi akan mengeluarkan Surat Keputusan pengangkatan kandidat sebagai dokter karyawan. Pada kasus saat kandidat melamar sebagai dokter tamu, maka yang bersangkutan mendapat surat ijin merawat di rumah sakit.

Sebagian besar informan berpendapat bahwa proses ini belum ideal, karena sering kali ditemukan false positive. Dokter yang di awal nampak “baik-baik saja”, seiring dengan berjalannya waktu mulai menunjukkan sikap-sikap yang bermasalah. Rumah sakit kesulitan untuk memutuskan hubungan kerja dokter yang telah berstatus karyawan tetap karena dibatasi oleh UU Tenaga

Kerja atau karena rasa segan antar kolega. Sebagian besar informan melihat masalah ini timbul karena proses kredensial saat ini hanya memotret kandidat pada satu titik waktu. Ketiadaan rekredensialing diungkap oleh informan pada wawancara sebagai berikut

“Selama saya disini tidak pernah ada evaluasi baik itu tentang tugas,CME. Kerja mengalir gitu aja. Penilaian cuma pas awal-awal masuk sini” [informan 2]

Pendapat tersebut sejalan dengan yang ditemukan pada observasi berkas. Yaitu tidak ada kebijakan yang jelas untuk mengatur proses re-kredensialing, seperti terlihat pada tabel 3

Tabel 3 Kelengkapan Berkas Re-Kredensial

No	Kelengkapan Berkas	Ada / Tidak
1	Ada kebijakan tentang proses evaluasi file kredensial dari setiap staf paling kurang setiap 3 tahun (Rekredensial)	Tidak ada
2	Ada proses evaluasi dan mutu dari pelayanan yang diberikan oleh setiap staf medic, dan dikaji setiap tahun dan dikomunikasikan ke staf medik lain	Tidak ada
3	Hasil evaluasi dicatat di file kredensial staf medik dan di file lain tentang kepegawaian	Tidak ada
4	Ada berkas mengenai re-kredensial staf yaitu : a. STR yang masih berlaku b. Surat sehat atau hasil Medical Check Up c. Surat rekomendasi dari Sub Komite Etik d. Sertifikat terbaru sesuai kompetensi 3 (tiga) tahun terakhir e. Salinan asuransi profesi yang dimiliki f. Kandidat rekredensial mengajukan permohonan kewenangan klinis kembali kepada direktur dengan mengisi formulir daftar kewenangan klinis yang telah disediakan Rumah Sakit	Tidak ada
5	Ada penetapan dan penerbitan kembali surat penugasan klinis (clinical appointment) kepada para staf medis.	Tidak ada

Follow-up dari proses kredensialing di RSPAU Harjolutomo yang banyak disampaikan oleh informan adalah mengenai kesempatan mengakses pendidikan berkelanjutan (Continuing Medical Education), seperti disampaikan saat wawancara.

“Iya, kadang rumah sakit memberi info kalau ada seminar atau workshop. Kita diberi giliran bergantian mewakili seminar itu, dan nantinya membuat laporan untuk bisa share materi ke rekan sejawat lain”. [informan 1]

“Pertemuan ilmiah rutin dulu pernah ada, tapi akhir-akhir ini jarang banget ada”. [informan 4]

“Ada, dilakukan beberapa kali berupa in-house training dan refreshing materi pelatihan berkala”. [informan 5].

Evaluasi Proses Kredensialing

Harapan Sistem Kredensial di Masa Datang adalah suatu sistem kredensial yang baik akan menjamin kualitas layanan rumah sakit terhadap pasien. Informan menyatakan bahwa proses kredensial belum ideal. Harapan partisipan tercermin dari kebutuhan yang tercetus dalam wawancara mendalam, yaitu kebutuhan proses monitoring, hubungan baik tim kredensial dengan pihak manajemen, standarisasi aturan dan instrumen kredensial, serta kebutuhan tim kredensial yang ideal. Selain itu, partisipan juga menggarisbawahi bahwa hubungan baik antar kolega sangat penting untuk dijaga.

Kebutuhan monitoring muncul dari keterbatasan proses kredensial yang hanya memotret kandidat pada satu titik waktu. Salah satu usul adalah

diterapkannya periode uji coba bagi kandidat. Dalam periode ini kompetensi kandidat diobservasi dan disupervisi saat bekerja di lapangan. Usul lain adalah pemanfaatan data rekam medis sebagai bahan evaluasi track record dokter di rumah sakit. Salah seorang informan mengusulkan proses rekredensial. Kewenangan klinis tidak diberikan seumur hidup, namun disesuaikan dengan kompetensi dan kondisi fisik dokter.

Kebutuhan hubungan baik tim kredensial dengan pihak manajemen muncul sebagai salah satu harapan perbaikan sistem kredensial. Tim Kredensial ingin tahu apakah dokter yang direkomendasikan pada akhirnya diterima di rumah sakit atau tidak.

“Kita hanya melakukan pertemuan pertama dengan calon karyawan, tetapi kita tidak mendapat evaluasinya.” [informan 3]

Informan melihat umpan-balik sebagai salah satu motivasi bagi anggota tim kredensial, supaya proses ini tidak dipersepsi sebagai formalitas belaka. Selain itu kewenangan lebih untuk memutuskan diterima atau tidaknya seorang dokter, sebagai bentuk kepercayaan Direksi. Informan 3 melihat hubungan baik dapat dibangun melalui kesepakatan wewenang dan kedudukan tim kredensial dalam rumah sakit. Kebutuhan standarisasi aturan dan instrumen kredensial merupakan usaha untuk mengurangi subjektivitas kolega pada proses kredensial. Aturan dan instrumen dikembangkan sesuai kebutuhan lokal rumah sakit, dan divalidasi oleh komite medis. Informan 1 menyebutkan bahwa proses kredensial menghasilkan

kewenangan klinis. Panitia kredensial membuat suatu kebijakan atau petunjuk berdasarkan rekomendasi mitra bestari. Tiap tahap proses kredensial diberi batas waktu. Sanksi dapat diterapkan jika batas waktu terlewati. Selanjutnya, kebutuhan tim ideal untuk proses kredensial digambarkan sebagai tim yang solid, sungguh-sungguh bekerja, dan netral. Anggota tim berasal dari komite medis maupun dokter tamu. Mereka adalah orang-orang bijak dan berpengaruh dari setiap spesialisasi. Partisipan juga berharap supaya budaya segan tidak menghambat proses kredensial.

“Kalau ada hubungan senioritas, hubungan kerja, atau sering menggantikan praktik, kayaknya kurang pas....” [informan 1]

Terakhir, sistem kredensial seharusnya tidak menjadi sumber konflik antar dokter, misalnya karena perebutan lahan antar spesialisasi. Proses kredensial diharapkan dapat menjaga hubungan baik antar sejawat. Kompetisi yang muncul diharapkan bersifat positif, yaitu untuk meningkatkan mutu dokter. Proses kredensial dapat menjadi sarana untuk legitimasi kompetensi seorang dokter yang telah memiliki kewenangan klinis. Dan agar kredensial tidak kontradiktif dengan proses yang dilakukan oleh kolegium.

PEMBAHASAN

Rumah sakit (RS) harus memberdayakan komite medis sebagai salah satu sarana untuk menjamin keselamatan pasien. Proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis (clinical privilege) merupakan tugas

dan wewenang komite medis yang penting. Adanya mekanisme kewenangan klinis (clinical privilege) memberikan peluang pada RS mengendalikan para praktisi medis melalui komite medis. Komite medis 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 (Blaes dan Knigh, 1990). Evaluasi dokter untuk rekredensial juga perlu dilakukan meskipun lebih sulit dilakukan secara objektif (Haun, 1992). 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 (Appelbee, 2002).

Subkomite kredensial dalam komite medis 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 oleh karenanya bertanggung jawab terhadap manajemen RS dan badan pengampu melalui manajemen RS (Wilson, 2000).

Tujuan utama pembentukan komite medis adalah menjaga profesionalisme para tenaga medis di sebuah rumah sakit. Dengan dijaminnya profesionalisme tenaga

medis maka keselamatan dan harkat martabat pasien di rumah sakit akan senantiasa terjaga dengan baik. Dua komponen utama profesionalisme kedokteran yang harus senantiasa dijaga rumah sakit adalah masalah perilaku (conduct) dan kompetensi tenaga medis (Wachter, 2008).

Rumah sakit berkewajiban menjaga kedua komponen utama profesionalisme kedokteran tersebut melalui komite medis, bahkan memiliki tanggung jawab hukum atas akibat tidak diterapkannya profesionalisme (non-delegable duty). Sayangnya, komite medis pada kebanyakan rumah sakit di Indonesia belum melaksanakan tugas untuk menjaga kedua komponen utama profesionalisme tenaga medis dengan baik. Komite medis masih dipersepsikan sebagai kelompok yang berfungsi untuk menjaga kepentingan (ekonomis) para dokter di rumah sakit (Herkutanto, 2009).

Fungsi kredensial, peningkatan mutu profesi, dan penjagaan disiplin profesi belum terlaksana dengan baik karena konsep profesionalisme belum diimplementasikan oleh komite medis. Upaya utama untuk melindungi keselamatan pasien adalah rumah sakit menjamin kompetensi setiap dokter yang melakukan tindakan medis melalui mekanisme kredensial. Dengan kurang berfungsinya komite medis, tentu ingin diketahui hal apa sajakah yang dapat menghambat proses kredensial yang baik di rumah sakit. Penelitian ini telah menunjukkan bahwa proses kredensial belum seperti yang diharapkan karena adanya mispersepsi dari para dokter. Namun demikian, perbaikan terhadap proses kredensial di rumah sakit sangat memungkinkan dilakukan karena para dokter masih

memiliki kebutuhan untuk perbaikan dan telah memiliki pemikiran yang sejalan dengan elemen-elemen proses kredensial yang ideal (Herkutanto, 2008).

Mispersepsi Dokter tentang Konsep Kredensial Dalam penelitian ini nampak bahwa akar mispersepsi proses kredensial adalah tumpang tindih proses kredensial dengan proses penerimaan karyawan. Persepsi dominan ini melandasi seluruh proses kredensial yang ada saat ini. Selama ini, kredensial bukan menjadi prosedur untuk menjamin profesionalisme dokter, tetapi berperan sebagai bagian proses seleksi karyawan rumah sakit. Studi ini juga menunjukkan bahwa dokter berpendapat bahwa proses kredensial yang ada sekarang belum ideal.

Model kredensial ini bertumpu pada tiga proses inti. Pertama, praktisi medis melakukan aplikasi clinical privilege dengan metode self assessment. Kedua, mitra bestari mengkaji dan memberikan persetujuan aplikasi berdasarkan buku putih (white paper) yang memuat syarat seorang dokter melakukan tindakan medis tertentu. Ketiga, rumah sakit menerbitkan clinical appointment berdasarkan rekomendasi dari mitra bestari. Secara periodik, dokter akan melalui proses rekredensial, di mana tiga proses inti tersebut akan berulang. Selain itu, jika seorang dokter dianggap akan membahayakan keselamatan pasien, clinical privilegenya dapat ditangguhkan (suspension of clinical privilege) sebagian atau seluruhnya, sehingga dokter yang bersangkutan tidak diperkenankan melakukan tindakan medis di rumah sakit tersebut (Herkutanto, 2008).

Keputusan akhir untuk menerima seorang staf medic berada pada badan pengampu RS, komite medik mempunyai peran penting dalam keputusan itu. Komite medis perlu memeriksa dengan kritis aplikasi dokter baru untuk menjaga standar kinerja yang tinggi. 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 komite medik. Dari hasil penelitian tampak bahwa kinerja pada aspek ini masih rendah. Padahal keselamatan pasien dapat ditingkatkan dengan memperbaiki sistem, terutama pada kebiasaankebiasaan 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.

Komite medis (KM) perlu memperhatikan tugas ini karena merupakan fungsi mempertahankan profesionalisme praktisi medis di RS.

Mungkin saja ada pendapat yang mempertanyakan kewenangan rumah sakit dalam mengatur dokter dalam melakukan tindakan medis di rumah sakit tersebut. Dokter yang memiliki surat tanda registrasi (STR) dari Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) memang berwenang untuk melakukan tindakan medis di wilayah Indonesia sesuai dengan ijazah spesialisnya yang diterbitkan oleh kolegium. Namun demikian, KKI dan Kolegium tidak dapat digugat atau dituntut oleh pihak pasien bila ternyata seorang dokter tidak kompeten melakukan tindakan medis tertentu, sehingga menimbulkan kecederaan. Selain dokter tersebut, rumah sakit juga bertanggung jawab terhadap dokter yang tidak kompeten (non-delegable duty). Rumah sakit berkewajiban melindungi pasien dari dokter yang tidak kompeten dengan menerapkan mekanisme kredensial. Konsep kredensial rumah sakit model ini (delineation of clinical privileges) diikuti di dunia internasional dalam akreditasi rumah sakit oleh Joint Commission International (JCI). (Joint Commission Internationa, 2007)

Model kredensial banyak diterapkan di berbagai negara karena merupakan bentuk klasik konsep professionalisme yang didasarkan pada kontrak sosial. Konsep kontrak sosial ini berawal dari daratan Eropa sekitar lebih dari 150 tahun yang lalu, dan tetap bertahan hingga saat ini yang di banyak negara dituangkan dalam bentuk Undang- Undang Praktik Kedokteran (medical practice act). Dalam kontrak sosial tersebut,

kelompok profesi dokter terikat untuk memproteksi masyarakat dengan melakukan penapisan (kredensial) terhadap dokter yang akan menjalankan praktik dalam masyarakat. Sebaliknya, kelompok profesi dokter memperoleh hak istimewa (privilege) untuk melakukan praktik kedokteran dengan mekanisme perizinan. Perizinan ini dilaksanakan oleh suatu lembaga yang dibentuk oleh UU (statutory body) yang biasanya disebut sebagai medical council atau medical board. Mereka yang tidak mempunyai izin praktik dilarang melakukan praktik kedokteran dengan ancaman pidana. Dokter yang telah memiliki izin praktik (clinical privilege) akan menikmati manfaat ekonomis dalam bentuk honorarium dari pasien. Namun demikian, bila dokter itu melakukan pelanggaran standar profesi (professional misconduct) maka izin praktik tersebut dapat ditangguhkan (suspension of clinical privilege) agar masyarakat terhindar dari praktisi medis yang tidak profesional (Royal College of Physicians, 2005).

Pada awalnya profesi medis Indonesia memang belum mengenal konsep profesionalisme dengan model kontrak sosial karena pemerintahan Kolonial Belanda tidak memperkenalkan hal tersebut di Hindia Belanda pada masa lampau (Herkutanto, 2009). Namun saat ini, dasar utama untuk menerapkan model kredensial tersebut telah terdapat di Indonesia karena konsep profesionalisme dengan model kontrak sosial di atas telah mulai diterapkan di dunia kedokteran Indonesia sejak tahun 2004. Penerapan konsep profesionalisme dengan model kontrak sosial saat di Indonesia ini telah

dilakukan oleh KKI dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (Konsil Kedokteran Indonesia, 2007).

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 komite medis. 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 (Devers et al., 2004)

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. 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 (Leappe dan Berwick, 2005).

KESIMPULAN

1. Proses kredensial dokter di RSPA Harjolutomo sering dicampuradukkan dengan proses penerimaan karyawan.
2. Adanya proses kredensial, pemberian kewenangan klinis tertulis, pengembangan profesi, sistem audit, disiplin profesi dan pemberian sanksi mencerminkan kinerja komite medis yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak melakukan hal-hal tersebut.
3. Pada dasarnya dokter memiliki kebutuhan perbaikan sistem kredensial. Harapan Dokter selaras dengan model kredensial yang mengarah kepada "delineation of clinical privilege". Model ini bertonggak pada proses segitiga kredensial yang terdiri dari clinical privilege, white paper, dan peer group, dengan keluaran berupa clinical appointment.
4. Sistem kredensial dokter di rumah sakit dengan menggunakan model "delineation of clinical privilege" sangat memungkinkan untuk diterapkan karena berbagai elemen yang diperlukan telah terdapat dalam profesi medis di Indonesia saat ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah L. N. A. 2016. Kredensial Keperawatan Dan Mutu Pelayanan Keperawatan Di RS Wawa Husada Kepanjen Malang Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Malang
- Alwahabi S., Bahloul A., Almutairi Y., Alsulhi H. 2017. Credentialing and Privileging in the Kingdom of Saudi Arabia. Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions
- 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.
- Appelbee L. Hospital credentialing: identifying and managing the risks. *J Law Med*, 2000;8:112-25.
- Behinfar D.J. 1996. Exclusive Contracting Between Hospitals and Physicians and the Use of Economic Credentialing. *DePaul Journal of Health Care Law*. Volume 1. Issue 1. Article 4
- Benson M., Benson J., Stein M. 2016. Hospital Quality Improvement: Are Peer Review Immunity Privilege and Confidentiality in the Public Interest. *Northwestern Journal of Law & Social Policy*. Vol 11. Issue 1. Article 1.
- Blaes SM, Knight GE. Effective physician credentialing. Properly monitoring medical staffs can

- protect hospitals from liability. *Health Prog*, 1990;71:60-5.
- Brunett S. 2012. Centralized Credentialing Creates Staffing Efficiencies Prevents Billing Losses. *Grup Practice Journal*
- Devers KJ, Pham HH, Liu G. What is driving hospital's patient-safety efforts? *Health Aff*, 2004;23:103-15.
- DiFranco. 2001. Denying Medical Staff Privileges Based on Economic Credentials. *Journal of Law and Health* Vol. 15:247
- Foster W. 2009. Health Law Negligent Credentialing and You - What Happens When Hospitals Fail to Monitor Physicians. *University of Arkansas at Little Rock Law Review*. Volume 31. Issue 2. Article 5
- Haun JP. A process for objective review of physician performance. *Physician Exec* 1992;18:51-5.
- Herkutanto, Susilo A.P. 2009. Hambatan Dan Harapan Sistem Kredensial Dokter - Studi Kualitatif Di Empat Rumah Sakit Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Volume 12 No. 03. Halaman 140 - 147
- Herkutanto. 2009. Profil Komite Medis Di Indonesia Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerjanya Dalam Menjamin Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Volume 12. No. 01. Hal 41 - 47
- Herkutanto. Credential and Clinical Privileges, The Way to Patient Safety. Presentasi pada Kongres Nasional PERSI, Jakarta, 2008.
- Herkutanto. Profil Komite Medis di Indonesia dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerjanya dalam Menjamin Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2009; 2(1) Maret: 41-7.
- Hofstra P.S. 2006. The Cost of Silence in Medical Staff Credentialing. *Modern Healthcare Magazine*, August 2006.
- Holley S.L. 2016. Ongoing Professional Performance Evaluation - Advanced Practice Registered Nurse Practice Competency Assessment. *The Journal for Nurse Practitioners*. Volume 12, Issue 2. [dx.doi.org/10.1016/j.nurpra](https://doi.org/10.1016/j.nurpra)
- Joint Commission International, Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition, USA, 2007.
- Konsil Kedokteran Indonesia, Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia. Jakarta, 2007.
- Lawson R.H., Lewis N.B., Blanchard C.J., Ryan E. 2012. Credentialing and Peer Review of Health Care Provider - The Process and Protections. Texas: Carrington Coleman
- Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human. What have we learned? *JAMA*, 2005;293:2384-90.
- Pugh M. 2011. Monitoring Quality of Healthcare. *Healthcare*

- Governance. Colorado: Health Administration Press
- Ramdhani. 2009. Analisis Fungsi Operasional Manajemen Sumber Daya Manusia Sehubungan Perubahan Bentuk Badan Hukum Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Tahun 1996-2009. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Shorr A.S. 2013. Oversight of the Hospital-Based Credentialing and Peer Review Process. *Journal of American Physicians and Surgeons* Volume 18 No 4
- Stanley K. 2009. Crafting a Sustainable Model for Physician Recruitment and Retention. Coker Group
- Storch T. 2007. Medical Peer Review in Florida: Is the Privilege Under Attack. *Nova Law Review*. Volume 32. Issue 1. Article 8
- Sud A. 2015. Criteria-based core privileging: Best form of privileging. *J Nat Accred Board Hosp Healthcare Providers* 2015;2:61-8
- The Royal College of Physicians. *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World*. The Royal College of Physicians 2005;18.
- Torrise D.L. Katz Z.N., 2015. Keeping Physicians Staff Privilege Files Exempt from Discovery - What Tools Are Available to Defense Counsel. *The Illinois Association Defense Trial Counsel Volume* 25, Number 3. Page 1
- Wachter RM. *Understanding Patient Safety*. McGraw Hills, USA, 2008.
- Wicaksono D.A., Rattu A.J., Lopian J. 2016. Kajian Tentang Medical Privilege Terhadap Economic Credentialing Di Siloam Hospitals Manado. Program Pascasarjana. Universitas Sam Ratulangi
- 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.