

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Credentialing

Credentialing adalah tahapan evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kompetensi kerja sehingga dinilai layak dan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*)(Baker-Whitcomb and Harvey 2018). Rekredensial adalah tahapan evaluasi kompetensi ulang terhadap staf medis di rumah sakit telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk mendapatkan kewenangan klinis tersebut(Herkutanto and Astrid 2009)

2. Proses Terjadinya Credentialing

Pada saat proses *credentialing*, dilaksanakan verifikasi untuk menentukan kompetensi staf medis di rumah sakit, inilah yang disebut dengan mekanisme kredencialing. Proses ini diharapkan semata-mata untuk keselamatan pasien. Dalam hal penentuan uji kelayakan dokter umum dalam bekerja tetap harus dilakukan evaluasi ulang karena seiring berjalannya waktu, staf medis sendiri terkadang mendapatkan kendala, salah satunya bertambahnya usia, kesehatan yang menurun dan fisik maupun mental yang mengalami permasalahan.

Salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasiennya yaitu dengan menjaga standar profesi dan kompetensi para dokter yang melaksanakan tindakan medis terhadap pasiennya. Salah satunya adalah melaksanakan proses *credentialing*.

Meskipun staf medis sudah pernah mendapatkan sertifikasi dari kolegium ilmu kedokteran namun dari rumah sakit dimana tempat staf medis itu melamar kerja, rumah sakit tersebut berhak untuk melakukan uji kelayakan kompetensi staf medis. Hali ini lebih dikenal dengan preoses *credentialing*. Saat ini dalam sertifikasi dokter banyak yang sudah kadarluasa, dan ilmu kedokteran berkembang pesat, maka dari itu proses kredentialing sangat diperlukan yang bertujuan untuk menjaga keselamatan pasien agar tercipta rumah sakit yang professional.

Saat rumah sakit tersebut menyatakan dokter umum diterima bekerja, maka rumah sakit tersebut berhak untuk melakukan kredentialing kembali terhadap dokter umum tersebut(*clinical privilege*).Jika dokter umum tersebut tidak melaksanakan, maka dokter umum tersebut dinilai tidak layak dan tidak diperkenankan melaksanakan tindakan medis.Kewajiban rumah sakit untuk menetapkan kewenangan klinis (*clinical privilege*) Undang-undang tentang Rumah sakit sudah diatur dalam Undang-undang Rumah Sakit

pasal 29 ayat (1) butir r. Komite medic berhak untuk melakukan verifikasi dan menguji kelayakan kompetensi dokter umum, berdasarkan hasil kredensialing. Apabila nanti disaat melakukan tindakan medis, dokter umum tersebut melakukan kelalainan, maka surat ijin praktik dapat dicabut karena dinilai membahayakan keselamatan pasien. Pencabutan kewenangan klinis akan dilakukan melalui prosedur tertentu dan melibatkan komite medis untuk keputusannya (Traina 2009).

Rumah sakit wajib melindungi pasiennya apabila terdapat kelalainan yang dilakukan oleh dokter umum, hali ini disebut dengan istilah *the duty of due care*. Tanggung jawab rumah sakit tidak hanya meliputi tindakan yang dilakukan oleh dokter pegawai tetap, tetapi juga dokter yang berstatus bukan pegawai tetapnya (honorar). Rumah sakit juga wajib untuk mengetahui dan menjaga keamanan setiap tindakan medis yang dilakukan dalam lingkungan demi keselamatan semua pasien yang dilayani.

Setelah proses kredensialing dilaksanakan, dan dokter umum dinyatakan layak, maka dokter tersebut dinilai berkompeten untuk melaksanakan tindakan medis.

3. Mekanisme Kredensial

Untuk melaksanakan mekanisme *kredensialing*, rumah sakit akan melaksanakan kerjasama dengan bagian komite medik dan dilaksanakan oleh subkomite kredensiling untuk dikirimkan kepada serangkaian mitra bestari yang nantinya akan dilakukan penilaian kompetensi seorang staf medis untuk meminta kewenangan klinis dalam menyiapkan instrument kredensialing yang disahkan oleh kepala rumah sakit, pedoman penilaian kompetensi klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan. Dalam hal ini, Rekomendasi kepada kepala/direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis seperti yang tertera pada Permenkes 755/MENKES/PER/IV/2011.

Adapun tugas dari subkomite dan mekanisme kredensialing dirumah sakit adalah sebagai berikut :

- a. Menyusun daftar rincian kewenangan klinis dan log book
- b. Melaksanakan verifikasi persyaratan kredensialing.
- c. Merekomendasikan kewenangan klinis dan pemulihan klinis dokter.
- d. Melakukan kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditentukan.

Verifikasi meliputi:

- a. Ijazah yang sudah dilegalisir
- b. Surat Tanda Registrasi (STR)
- c. Sertifikat untuk dokter umum diharapkan memiliki ACLS dan ATLS
- d. Surat pernyataan telah menyelesaikan program orientasi rumah sakit atau orientasi di unit tertentu contoh saat ini dokter umum dituntut sudah melaksanakan program Internship atau pengalaman kerja
- e. Surat hasil pemeriksaan kesehatan

Adapun tahapan proses kredensial pada dokter umum adalah staf medis mengajukan permohonan kepada komite medic untuk mendapatkan kewenangan klinis. Selanjutnya komite medik memberikan tugas kepada subkomite medic untuk melakukan proses kredensial. Dalam hal ini sub komite membentuk panitia yang bertugas sebagai review ulang pada staf medis untuk di verifikasi. Setelah itu sub komite memberikan laporan hasil kredensial dokter umum yang melamar sebagai bahan rapat untuk menentukan kewenangan klinis bagi setiap staf medis yang nantinya akan dinilai berhak lolos kompetensi, dan sebagai bahan pertimbangan berupa merekomendasikan pemulihan kewenangan klinis bagi setiap staf medis untuk melaksanakan kredensialing ulang secara berkala atau yang disebut rekredensialing. Sub komite membuat laporan seluruh proses

kredensial yang telah dilaksanakan dan diajukan kepada ketua komite medik untuk diteruskan ke direktur rumah sakit. Dan untuk hasil akhir, kewenangan dari sub komite berupa kredensialing adalah sebagai berikut Kewenangan Klinis untuk memperoleh surat Penugasan Klinis (clinical appointment). Untuk melaksanakan tugas sub komite kredensial, maka ditetapkan mekanisme kerja sebagai berikut :

- a. Menyediakan dan menyiapkan kewenangan klinis dokter umum mencakup kompetensi sesuai wilayah praktek.
- b. Menyusun kewenangan klinis dengan kriteria sesuai dengan persyaratan kredensial yang dilakukan dari awal.
- c. Melakukan assemen kewenangan klinis dengan berbagai metode yang disepakati.
- d. Menyerahkan laporan hasil kredensialing kepada direktur rumah sakit untuk memperoleh penugasan
- e. Mengajukan permohonan kepada komite medic untuk memperoleh penugasan kewenangan klinis

B. Kompetensi Dokter Umum

Seorang dokter umum ketika sudah melaksanakan sumpah dan mendapatkan predikat dokter umum, maka dalam hal ini Ikatan Dokter Indonesia atau yang sering disebut IDI secara tidak langsung akan menetapkan kompetensi untuk dokter umum tersebut. Adapun

fungsinya adalah agar dokter umum dapat menjalankan tugas sesuai porsinya. Jika memang tidak dapat dikerjakan, maka dokter umum berhak untuk merujuk ketingkatan selanjutnya yaitu dokter spesialis. Dokter umum dituntut agar dapat mendiagnosa dengan tepat, melaksanakan penatalaksanaan sejak awal dan dapat merujuk. IDI sebagai lembaga yang menaungi dokter diseluruh Indonesia menyusun standar profesi bagi seluruh dokter. Standar Kompetensi yang harus dikuasai oleh dokter umum jika selesai menempuh Pendidikan Kedokteran dan Standar Pelayanan Kedokteran ketika berada didalam lokasi pelayanan yang terdiri dari Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran dan Standar Prosedur Operasional. Hal ini diharapkan dalam Implementasi praktek dokter umum yang mengacu pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) adalah Standar Pelayanan Kedokteran. Sebagai jaminan mutu pelayanan, maka dokter umum pun dituntut harus bisa mengikuti kegiatan Pendidikan Pengembangan Keprofesian Berkelanjutan (P2KB) dalam naungan IDI agar dokter umum bias dalam koridornya.

Tahapan kemampuan dokter dalam pengelolaan penyakit yang ada di dalam SKDI dapat dikelompokan menjadi 4 tahapan. Adapun tahapan sebagai berikut :

1. Kemampuan 1: Memahami dan menjelaskan, Setiap dokter harus mampu memahami dan menjelaskan klinis penyakit dan mengetahui

cara yang tepat untuk penanganan penyakit tersebut dan menentukan rujukan yang tepat untuk pasiennya,

2. Kemampuan 2: Mendiagnosa dan merujuk pasien. Setiap dokter harus mampu membuat diagnosa klinis terhadap penyakit dan menentukan rujukan yang paling tepat untuk penanganan pada pasien tersebut agar rumah sakit tempat merujuk tidak perlu melakukan pemeriksaan ulang.
3. Kemampuan 3 : Mendiagnosa, melakukan penatalaksanaan paling awal dan merujuk.
 - a. Tingkat kemampuan 3A : Bukan gawat darurat Setiap dokter mampu membuat diagnosis klinis dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang tidak gawat darurat serta memberikan rujukan yang tepat pada pasien.
 - b. Tingkat kemampuan 3B : Gawat darurat, dokter umum dituntut mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi awal dalam keadaan gawat darurat untuk mencegah keparahan atau kecacatan pada pasien serta memberikan rujukan yang tepat pada pasien untuk memberi keselamatan.
4. Kemampuan 4 : Mendiagnosa, melaksanakan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas. Setiap dokter harus mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit tersebut secara tuntas dan terperinci pada pasien yang sedang ditangani.

- a. Kemampuan 4A yaitu kompetensi yang dicapai pada saat dokter tersebut lulus.
- b. Kemampuan 4B yaitu profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah internship. Dengan menjalankan dan memiliki 4 pedoman diatas, dokter umum diharapkan dapat mendiagnosis dan memberikan penatalaksanaan penyakit pada pasien secara tuntas. Namun apabila pada pasien tersebut dinilai kronis dan melemah maka diharapkan dokter layanan primer dapat merujuknya. Untuk itu diperlukan adanya panduan bagi dokter pelayanan primer yang merupakan bagian dari standar pelayanan dokter pada pelayanan dokter primer yang mengacu pada SKDI.

Tujuan dari adanya panduan ini yaitu untuk mewujudkan pelayanan kedokteran yang sadar mutu sadar biaya yang dibutuhkan oleh masyarakat, memiliki pedoman baku minimal dengan mengutamakan upaya maksimal sesuai kompetensi dan fasilitas yang ada serta memiliki tolok ukur dalam melaksanakan jaminan mutu pelayanan. Nama-nama penyakit dalam pedoman ini yaitu penyakit dengan tingkat kemampuan dokter 4A, 3B dan 3A terpilih, dimana dokter diharapkan mampu mendiagnosis, memberikan penatalaksanaan dan rujukan yang sesuai. Pemilihan penyakit pada panduan praktik klinis ini berdasarkan kriteria berikut:

- a. Penyakit dengan tingkat prevalensi tinggi.
- b. Penyakit beresiko tinggi
- c. Penyakit yang memakan biaya tinggi (high cost)

C. Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai *Credentialing* terhadap dokter umum sebelumnya juga pernah dilakukan. Dibawah ini adalah beberapa penelitian yang dilakukan sebelumnya namun dengan metode yang berbeda :

1. Herkutanto, and Astrid Pratidina Susilo. 2009.

Penelitian ini merupakan penelitian dengan *system kualitatif (FGD)*. Penelitian ini dilakukan untuk penilaian saat melamar pekerjaan . Prinsipnya, proses kredensial yang ada saat ini mencoba memotret pengetahuan, sikap, karakter, profesionalitas dan keterampilan di keempat rumah sakit yang diteliti.. Dalam penelitian ini ditemukan hambatan berupa adanya hubungan yang tidak baik dalam komite medic dan pihak manajemen yang cenderung menjadi konflik sehingga tidak menciptakan kredensial yang ideal.

Persamaan dengan penelitian ini adalah topik mengenai proses kredensial, namun terdapat perbedaan yaitu pada metode yang digunakan. Peneliti menggunakan metode wawancara dan observasi bukan dengan *focus group discussion*.

2. Lutfi Nurina A. Abdullah. 2016.

Penelitian ini menggunakan metode survey deskriptif, dan menggunakan teknik metode survey pendapat umum (*public opinion survey*), untuk mendeskripsikan kredensialing keperawatan dan mutu pelayanan keperawatan RS Wawa Husada Kepanjen Malang. Adapun hasil dari penelitian ini berupa dari jumlah total perawat sebanyak 319 orang ternyata 54.5% baru melaksanakan kredensialing, dengan proses verifikasi berupa ijazah, sertifikat pelatihan, SIP dan STR, Formulir SPO, dan formulir permohonan wilayah kompetensi dan formulir rician kewenangan klinis keperawatan terakhir dan surat keterangan sehat. Penelitian ini dimaksudkan agar tingkat profesionalitas perawat semakin meningkat.

Persamaan penelitian ini adalah mengenai kelengkapan berkas kredensialing, namun terdapat perbedaan pada subjek penelitian. Subjek penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah fokus pada dokter umum.

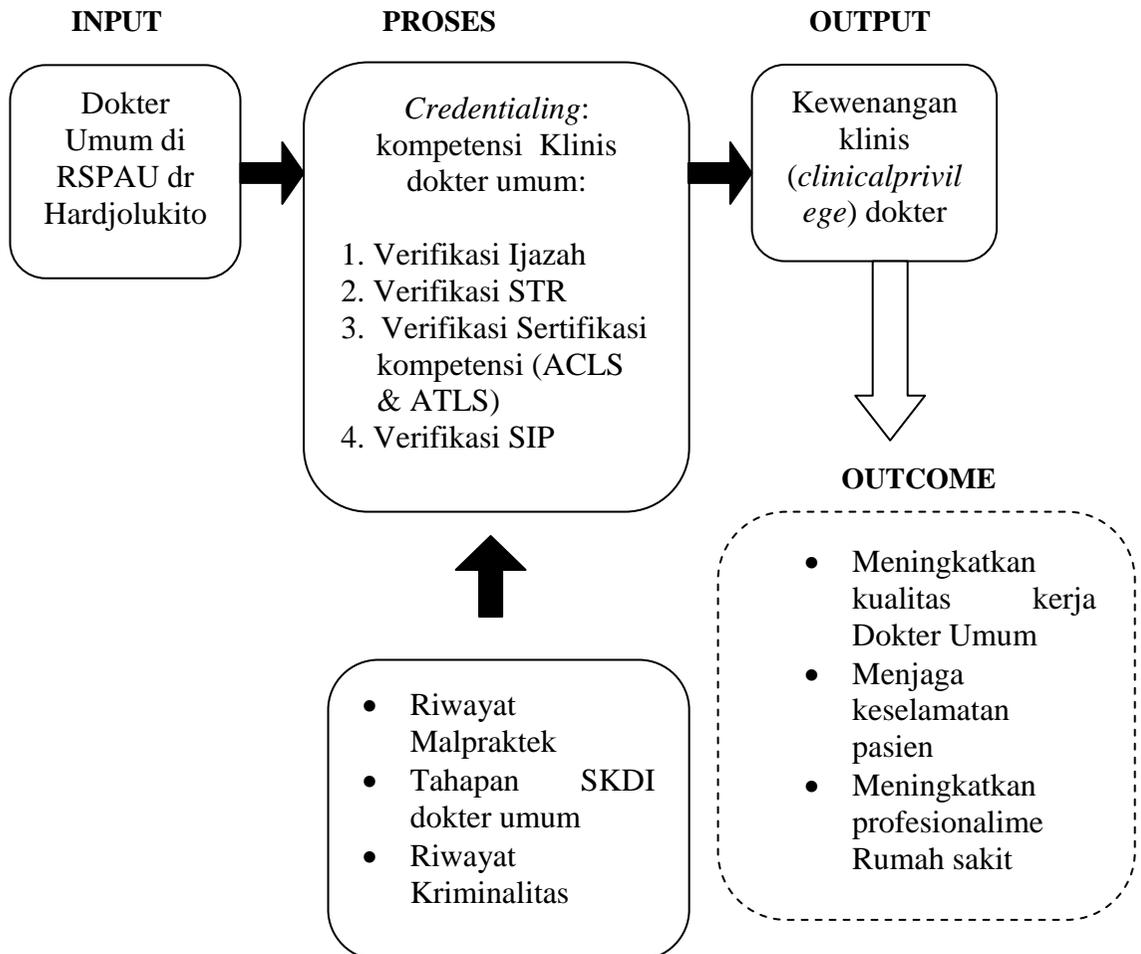
3. Fatikhah, Fatikhah, Edy Dharmana, and Wahyu Hidayat. 2016.

Metode yang dilakukan untuk penelitian ini adalah dengan metode kualitatif fenomenologi. Adapun pengambilan data dilakukan dengan studi dokumentasi dan wawancara mendalam. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman komite keperawatan di RSUD Tugurejo Semarang. Teknik content analysis, dan hasil

penelitian berupa terdapat perbedaan dengan proses kredensialing keperawatan di rumah sakit dengan peraturan menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 serta Nursing Staf by Laws sebagai dasar pelaksanaan kredensial pada perawat.

Persamaan dengan penelitian ini adalah persamaan metode yaitu kualitatif mengkaji fenomena secara mendalam, namun terdapat perbedaan yaitu subjek yang digunakan. Pada penelitian ini fokus pada kredensial dokter umum

D. Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana menganalisa verifikasi ijazah dokter umum di Rumah sakit di Yogyakarta
2. Bagaimana menganalisa verifikasi STR dokter umum di dokter umum di Rumah sakit di Yogyakarta
3. Bagaimana menganalisa sertifikat (ACLS &ATLS) dokter umum di Rumah sakit di Yogyakarta
4. Bagaimana menganalisa kewenangan klinis dokter umum di Rumah sakit di Yogyakarta
5. Bagaimana menganalisa SIP pada dokter Rumah sakit di Yogyakarta