

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum Rumah Sakit

Penelitian ini dilakukan di RSPAU Dr Suhardi Hardjolukito Yogyakarta yang terletak di Jl. Janti Blok O, Yogyakarta. Rumah sakit Pusat TNI AU Dr Suhardi Hardjolukito Yogyakarta awal mulanya adalah merupakan tindak lanjut dari perkembangan balai pengobatan yang biasanya disebut TPS (Tempat Pengobatan Sementara) yang dalam operasinya menunjang kelancaran operasi penerbangan yang merupakan mata system pembinaan kesehatan TNI Angkatan Udara. TPS berdiri pada tahun 1945 dan setelah beberapa lama beroperasi fasilitasnya semakin berkembang dan kemudian atas izin Departemen Kesehatan RI pada tanggal 9 April 1990 TPS secara resmi diubah menjadi Rumah Sakit Pusat TNI Angkatan Udara dr Hardjolukito yang bertepatan hari ulang tahun TNI Angkatan Udara.

Penandatanganan prasasti dan pemberian nama rumah sakit TNI Angkatan Udara oleh Kepala staf TNI Angkatan Udara pada waktu itu dijabat oleh marsekal Madya Siboen, dan rumah tersebut tergolong dalam rumah sakit kelas VI / tipe D, pemberian nama rumah sakit ini sendiri berawal dari bentuk penghormatan atau penghargaan kepada

Almarhum Dr. Suhardi Hardjolukito mengingat jasa – jasa beliau yang besar kepada TNI khususnya TNI Angkatan Udara, maka nama beliau diabadikan sebagai nama Rumah Sakit. Pada Tanggal 9 April 1990 secara Resmi Rumah sakit Lanud Adisujipto menjadi Rumah Sakit TNI AU Dr. Suhardi Hardjolukito Yogyakarta.

Kemudian pada tahun 2004 tepatnya tanggal 1 Maret 2004 status Rumah SakitPusat TNI AU Dr. Suhardi Hardjolukito telah dinaikan menjadi rumah sakit Tingkat III dengan Skep KASAU nomor : Kep / 5 / III / 2004 Tanggal 1 Maret 2004. Akibat Gempa Bumi yang terjadi di Yogyakarta pada Tanggal 27 Mei 2006 bangunan lama Rumah SakitPusat TNI AU Lanud Adisutjipto mengalami rusak berat. Oleh karena itu mulai tanggal 29 Mei 2006 secara bertahap kegiatan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Pusat TNI AU Dr. Suhardi Hardjolukito Yogyakarta dipindahkan ke bangunan rumah sakit baru yang berlokasi di jalan Janti Yogyakarta. Rumah Sakit TNI AU Dr. Suhardi Hardjolukito Yogyakarta diresmikan penggunaannya pada tanggal 2 Agustus 2007 oleh Kepala Staf Angkatan Udara Marsekal TNI Herman Prayitno, dengan Fasilitas antara lain : UGD, Poliklinik, Apotek, Laboratorium, Rontgen, Kamar Operasi, Kamar Bersalin, Ruang Perawatan, Kamar Jenazah dan Pengelolaan Limbah Padat maupun Limbah Cair.

Perubahan Rumah Sakit TNI-AU Hardjolukito dari Rumah Sakit Tingkat II menjadi Rumah Sakit Pusat AU. Peningkatan status ini terhitung sejak diresmikan Staf Angkatan Udara (KASAU) Marsekal TNI Imam Sufaat pada tanggal 22 Oktober 2012, peningkatan status ini bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan baik bagi anggota TNI AU, dengan demikian RSPAU Dr. Suhardi Hardjolukito akan menjadikannya rujukan kesehatan TNI-AU, TNI dan Kemham RI yang berada di wilayah Yogyakarta dan Jawa Tengah. Selain itu juga RSP AU Dr. Suhardi Hardjolukito juga menjadi rujukan bagi pasien dari wilayah bagian timur dan tengah Indonesia. Sejak peningkatan status tersebut, rumah sakit ini diarahkan untuk bisa melaksanakan pelayanan tugas kesehatan yang sesuai dengan tugas TNI, yakni baik dalam situasi perang maupun situasi nonperang.

2. Visi dan Misi

Visi Rumah Sakit Pusat TNI AU Dr. Suhardi Hardjolukito Yogyakarta adalah erwujudnya RSAU Dr. S Hardjolukito Menjadi Rumah Sakit Rujukan TNI di DIY dan Jawa Tengah.

Sedangkan Misi Rumah Sakit Pusat TNI AU Dr. Suhardi Hardjolukito Yogyakarta adalah:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, terhadap anggota TNI AU, keluarga serta masyarakat umum.

- b. Menyelenggarakan dukungan kesehatan yang diperlukan oleh setiap operasi TNI / TNI AU.
- c. Meningkatkan kemampuan profesionalisme personel secara berkesinambungan.

1) Motto

Motto Rumah Sakit Pusat TNI AU Dr. Suhardi Hardjolukito Yogyakarta adalah “Melayani dengan sepenuh hati bagi setiap insani”.

2) Akreditasi

Akreditasi secara umum B sedangkan akreditasi TNI tingkat I/Tipe A.

3. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia RSP TNI-AU Dr. Suhardi Hardjolukito adalah

- a. Dokter spesialis : 20 orang
- b. Dokter umum : 7 orang
- c. Dokter spesialis gigi : 1 orang
- d. Keperawatan : 135 orang
- e. Kebidanan : 9 orang
- f. SPK atau SPRG : 30 orang
- g. Farmasi : 8 orang
- h. Kesehatan Masyarakat : 3 orang

- i. Sanitarian : 3 orang
- j. Fisioterapi : 6 orang
- k. Analisis Kesehatan : 9 orang
- l. SMA atau SMK : 20 orang

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]

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

Persepsi bahwa proses kredensial adalah proses penerimaan karyawan melandasi bagaimanaprosedur kredensial saat ini. Dokter kandidat yangdikredensial diminta menyerahkan lamaran dandokumen penyerta seperti ijazah, transkripakademis, dan surat rekomendasi. Selanjutnyakandidat akan menjalani wawancara serta beberapates tambahan seperti tes kesehatan dan tespsikologi.

Pelaksanaan kredensialing sebagai instrument untuk penerimaan karyawan terlaksana cukup baik berdasarkan bukti observasi yang dilakukan peneliti seperti ditampilkan pada tabel 5.1

Tabel 5.1 Kelengkapan Berkas Kredensial Penerimaan Karyawan

No	Kelengkapan Berkas	Ada/Tidak	Jumlah
1	Prosedur Tetap mengenai Kredensial Tenaga Medis	Ada	8 orang
2	Kebijakan, pedoman, atau standar prosedur operasinal mengenai alur rekrutmen Tenaga Medis (Dokter)	Ada	8 orang
3	Formulir baku untuk penilaian kredensial	Ada	8 orang
4	Berita acara hasil penilaian kredensial	Ada	8 orang
5	Surat Keputusan pengangkatan staf	Ada	8 orang

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 kredensial 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 Hardjolutito kurang terdokumentasi dengan baik. Rincian terlihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Kelengkapan Berkas Follow Up Kredensial

No	Kelengkapan Berkas	Jumlah	Ada/Tidak
1	Catatan tentang dokter umum yang diijinkan memberikan pelayanan kepada pasien tanpa supervise beserta uraian tugasnya (Rincian Kewenangan Klinik /RKK)	0	Tidak
2	Penerbitan surat penugasan klinis (clinical appointment) dari direktur kepada staf medis tersebut sudah bergabung dengan Rumah Sakit	8 orang	Ada
3	Pada pengangkatan awal ada Surat Penugasan Klinik dan Rincian Kewenangan klinis dari direktur	8 orang	Ada
4	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)	8 orang	Ada
5	SPK dan RKK setiap staf medis telah diinformasikan ke seluruh unit di rumah sakit	0	Tidak
6	Setiap staf medik hanya memberi pelayanan yang ditetapkan dalam SPK/RKK	0	Tidak

Tabel 5.3 Verikasi dokumen pendidikan

No	Verivikasi Dokumen	Jumlah	Jumlah
1	Ijazah	Ada	8 orang
2	STR	Ada	8 orang
4	SIP	Ada	7 orang
5.	Sertifikasi kompetensi ACLS	Ada	7 orang
6.	Sertifikasi kompetensi ATLS	Ada	3 orang

Meskipun penyimpanan berkas seperti ijazah dan STR dilakukan dengan baik, namun tidak ada followup seperti Surat Penugasan Klinik, Rincian Kewenangan Klinis, dan Surat Penugasan Klinik kepada setiap dokter.

Hasil proses kredensial adalah rekomendasikepada Direksi tentang kelayakan dokter.Berdasarkan rekomendasi ini, Direksi

akan mengeluarkan Surat Keputusan pengangkatankandidat sebagai dokter karyawan. Pada kasus saatkandidat melamar sebagai dokter tamu, maka yang bersangkutan mendapat surat ijin merawat di rumahsakit.

Sebagian besar informan berpendapat bahwa proses ini belum ideal, karena sering kali ditemukan falsepositive. Dokter yang di awal nampak “baik-baiksaja”, seiring dengan berjalannya waktu mulai menunjukkan sikap-sikap yang bermasalah. Rumahsakit kesulitan untuk memutuskan hubungan kerjadokter yang telah berstatus karyawan tetap karenadibatasi oleh UU Tenaga Kerja atau karena rasasegan antar kolega. Sebagian besar informan melihat masalah ini timbul karenaproses 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 rekredensialing, seperti terlihat pada tabel 5.3

Tabel 5.4 Kelengkapan Berkas Re-Kredensial

No	Kelengkapan Berkas	Ada / Tidak	Jumlah
1	Ada kebijakan tentang proses evaluasi file kredensial dari setiap staf paling kurang setiap 3 tahun (Rekredensial)	Tidak ada	0
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	0
3	Hasil evaluasi dicatat di file kredensial staf medik dan di file lain tentang kepegawaian	Tidak ada	0
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	0
5	Ada penetapan dan penerbitan kembali surat penugasan klinis (clinical appointment) kepada para staf medis.	Tidak ada	0

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”a [informan 5].

4. 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 instrument 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 terlampaui. 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.

B. 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 mencabut atau penangguhan clinical privileges tertentu.

Kredensial merupakan elemen kunci dalam menurunkan risiko litigasi (gugatan hukum dipengadilan) terhadap RS dan dokter yang bekerja didalamnya (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

dijaminnyaprofesionalisme 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 di 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 saja 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 (whitepaper) 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 medik 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 kebiasaan-kebiasaan rutin di RS seperti: ronde, cara membuat rekam medik, pertemuan, program pelatihan, petunjuk pelaksanaan kebijakan, dan peninjauan terhadap protokol-protokol penanganan pasien 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 International, 2007)

Model kredensial banyak diterapkan diberbagai negara karena merupakan bentuk klasik konsep profesionalisme 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 dibanyak 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

daripatient. 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 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).