

UPAYA MANAJEMEN RUMAH SAKIT DALAM MENDUKUNG KOLABORASI ANTARA DOKTER UMUM DAN SPESIALIS DI INSTALASI GAWAT DARURAT

HOSPITAL MANAGEMENT INTERVENTION TO SUPPORT COLLABORATION BETWEEN GENERAL PHYSICIAN AND SPECIALISTS AT EMERGENCY DEPARTMENT IN SEHATI HOSPITAL

Lussy Messiana Gustantini¹ dan Mubasysyir Hasanbasri²

Manajemen Rumah Sakit, Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: General practitioners play a major role in running the service in the emergency department. As members of the team, general practitioners often disagree with specialist doctors. Problems in communication and coordination often have an impact on the poor service. They even have legal consequences for the hospital.

Objective: This study identified problems of collaboration between general practitioners and specialists in the management of patients in the emergency unit, factors that impede the collaborative process and evaluated efforts of hospital management in supporting the collaborative process.

Methods: This descriptive and exploratory study obtained data from in-depth interviews, official documents and routing, as well as participant observation and field observations.

Results: General practitioners and specialists have a poor working relationship that can be coined the legal consequences in the management of patients in the emergency unit. Individual factors such as a lack of confidence in the competence of specialist physicians, social closeness, the arrogance of specialists to general practitioners, incomplete standards of care in the emergency unit, and physician adherence to hospital policies and regulations are all obstacles in implementing cooperation teamwork in the emergency unit. The hospital management, on the other hand, takes a losing position in the presence of doctors. Hospital management failed to prioritize the development and the implementation of hospital bylaws that control poor professional coordination and communication. The hospital management still has problems in contract system with the doctor, the procedures in the recruitment process, debriefing doctor, and the standard of care in the emergency unit. This situation becomes more complicated with the existence of blaming culture, no informal meetings between doctors, tacit practices in the supervision and guidance of the medical staff, as well as management's lack of assertiveness offenses committed by doctors on hospital policies and regulations.

Conclusion: This study shows that general practitioners and medical specialists fail to understand the legal consequences of poor cooperation in emergency services. If a hospital manager develop and enforce the hospital bylaws relevant to situational problems in emergency care, reluctance and barriers collaboration between physicians, personal issues, and professional bias in medical practice would no longer a source of

poor team performance. Hospital managers should enforce their hospital bylaws to control personal and professional arrogance.

Keywords: Collaboration between GP and specialists, hospital management, emergency unit.

ABSTRAK

Latar belakang: Dokter umum memainkan peranan besar dalam memberikan pelayanan instalasi gawat darurat. Sebagai anggota tim, dokter umum sering berbeda pendapat dengan spesialis. Masalah dalam komunikasi dan koordinasi sering berdampak pada buruknya pelayanan. Kondisi ini memiliki konsekuensi hukum bagi rumah sakit.

Tujuan: Penelitian ini mengidentifikasi permasalahan kolaborasi antara dokter umum dan spesialis dalam penatalaksanaan pasien di instalasi gawat darurat, faktor yang menghambat proses kolaborasi serta mengevaluasi upaya manajemen rumah sakit dalam mendukung proses kolaborasi.

Metode: Penelitian deskriptif dan eksploratif ini memperoleh data dari wawancara mendalam, dokumen resmi rumah sakit, serta observasi partisipatif dan observasi lapangan.

Hasil: Dokter umum dan spesialis memiliki hubungan kerja yang buruk yang dapat memiliki konsekuensi hukum dalam penatalaksanaan pasien di instalasi gawat darurat. Faktor individu seperti kurangnya kepercayaan spesialis terhadap kompetensi dokter umum, kedekatan sosial, sikap arogansi spesialis terhadap dokter umum, belum lengkapnya standar pelayanan di instalasi gawat darurat, serta ketidakpatuhan dokter terhadap kebijakan dan peraturan rumah sakit yang ke semuanya merupakan hambatan dalam melaksanakan kerja sama *teamwork* di instalasi gawat darurat. Manajemen rumah sakit, di sisi lain, mengambil posisi yang lemah di hadapan dokter-dokter. Manajemen rumah sakit gagal memprioritaskan penyusunan dan pelaksanaan *hospital bylaws* yang mengontrol permasalahan koordinasi dan komunikasi profesi. Manajemen rumah sakit memiliki masalah dalam sistem kontrak dengan dokter masih lemah karena ketidakjelasan prosedur dalam proses rekrutmen, pembekalan dokter jaga, dan standar pelayanan di instalasi gawat darurat. Situasi ini diperberat dengan konteks kerja yang lemah: budaya saling menyalahkan, tidak ada pertemuan-pertemuan informal antar dokter, praktik tahu sama tahu dalam pengawasan dan pembinaan terhadap staf medis, serta kurangnya ketegasan manajemen terhadap pelanggaran yang dilaku-

kan oleh dokter terhadap kebijakan dan peraturan rumah sakit. **Kesimpulan:** Penelitian ini menunjukkan bahwa dokter spesialis dan dokter umum gagal memahami konsekuensi hukum dari kerjasama yang buruk dalam pelayanan darurat. Jika seorang manajer rumah sakit menerapkan *hospital bylaws* secara tegas, keengganan dan hambatan dalam kerja sama antar dokter, isu personal, dan profesional bias dalam praktik kedokteran tidak lagi menjadi sumber layanan yang buruk. Penelitian ini juga menekankan agar manajer rumah sakit tidak ragu-ragu menyusun dan mengimplementasi *hospital bylaws* secara mengikat bagi semua pekerja rumah sakit.

Kata kunci: kolaborasi dokter umum dan spesialis, manajemen RS, IGD

PENDAHULUAN

Komunikasi kolaboratif dan kerjasama tim adalah elemen penting untuk kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. *The Joint Commission* (JCAHO, 2004) melaporkan bahwa selama tahun 1995-2003, komunikasi yang tidak efektif merupakan penyebab 70% kasus *preventable medical errors* dan hampir 75% yang berakibat kematian atau cedera serius¹. Dalam mendukung pelayanan medis di rumah sakit (RS) dokter umum memegang peranan yang cukup strategis. Keterbatasan jumlah spesialis serta belum mampunya RS dalam memberikan kompensasi kepada spesialis, menyebabkan RS masih mengandalkan dokter umum sebagai dokter jaga di Instalasi Gawat Darurat (IGD).

IGD merupakan pintu gerbang masuknya pasien ke RS untuk "menyalurkan" pasien kepada spesialis melalui prosedur rujukan. Unit ini membutuhkan kolaborasi di antara petugas kesehatan dari berbagai profesi dalam memberikan pelayanan pasien melalui seringnya interaksi di antara staf. Kegagalan pemberian informasi dalam pengambilan keputusan mengakibatkan 28% kesalahan di IGD². Dilema yang terjadi adalah ketika dokter umum selaku dokter jaga IGD berbeda pendapat dengan spesialis yang saat itu secara tidak langsung menilai kondisi pasien, sehingga pada beberapa kasus akhirnya menyebabkan keterlambatan dalam penatalaksanaan pasien bahkan sampai berdampak fatal (*sentinel adverse event*).

Para profesional harus lebih konsekuen dalam kolaborasi dan koordinasi kerja yang dibutuhkan dalam pelayanan klinik dan dibutuhkan adanya konsep untuk membantu membangun kolaborasi di antara mereka ke dalam suatu sistem, sekalipun pada saat yang bersamaan mereka memiliki kepentingan pribadi atas otonomi dan kemandirian profesinya³. Penanganan kasus yang menyebabkan *clinical outcome* yang tidak baik masih terjadi karena kurang optimalnya kolaborasi antara dokter umum dan spesialis sehingga membutuhkan pengkajian lebih lanjut untuk mengetahui proses kolaborasi yang

terjadi serta hal-hal yang berkontribusi sebagai penghambat proses kolaborasi tersebut.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi adanya permasalahan kolaborasi antara dokter umum dan spesialis yang berkontribusi terhadap pengambilan keputusan penatalaksanaan pasien di IGD, mengidentifikasi faktor individu yang menghambat proses kolaborasi serta mengevaluasi upaya yang telah dilakukan oleh manajemen RS dalam mendukung proses kolaborasi antara dokter umum dan spesialis.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini menggunakan penelitian studi kasus yang bersifat deskriptif dan diperdalam dengan mengeksplorasi suatu peristiwa, situasi dan proses yang terjadi dalam kolaborasi antar dokter umum dan spesialis dalam penatalaksanaan pasien di instalasi gawat darurat, termasuk evaluasi terhadap upaya manajemen rumah sakit dalam mengatasi situasi tersebut. Data bersumber dari 1) wawancara mendalam; 2) analisis dokumen RS sebagai pendukung data; 3) observasi situasi pelayanan di instalasi gawat darurat 4) observasi partisipatif pada pertemuan pembahasan kasus. Pengumpulan data dilakukan pada Januari-Februari 2013.

Subyek penelitian adalah dokter umum, spesialis serta manajemen medis. Identitas informan dirahasiakan. Dokumen yang dianalisis adalah laporan insiden keselamatan pasien RS tahun 2011- 2012, berkas rekam medis kasus terkait untuk melengkapi data, *hospital bylaws*, *medical staff bylaws*, kontrak kerja dokter, struktur ketenagaan dokter, sistem penugasan dokter, kebijakan rumah sakit terkait pelayanan di instalasi gawat darurat, panduan pelayanan klinik termasuk sistem konsultasi dan rujukan, serta data pendukung lainnya. Penelitian dilakukan di instalasi gawat darurat RS "Sehati" di Jawa Barat.

Seluruh data hasil rekaman wawancara dibuat transkripsi, kemudian dilakukan koding data dan editing untuk melihat kelengkapan data. Apabila ditemukan hasil yang tidak lengkap akan segera dilengkapi dan disusun menjadi satu kesatuan dalam bentuk kalimat. Koding dilakukan dengan mengelompokkan menjadi pola dan kategori tertentu. Untuk meningkatkan *trustworthines* peneliti melakukan konfirmasi kembali kepada informan terhadap data yang telah dikelola serta dilakukan validasi dengan mencocokkan dengan dokumen RS yang diteliti. Data disajikan dalam bentuk kutasi langsung dan narasi yang digunakan untuk analisis dan interpretasi data. Hasil pengumpulan data melalui analisa dokumen dilakukan pengolahan dan disajikan dalam bentuk teks dan bersifat naratif.

HASIL PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan pada Januari-Februari 2013. Wawancara mendalam dilakukan terhadap tujuh responden.

Permasalahan kolaborasi sering terjadi, bahkan seluruh responden menyatakan pernah mengalami masalah kolaborasi dengan spesialis selama pengalaman mereka bekerja sebagai dokter jaga IGD.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Responden	Usia (tahun)	Jenis Kelamin	Pengalaman dokter jaga (tahun)	Jabatan saat ini
D1	42	Pria	14	Dokter umum IGD (purna waktu)
D2	25	Wanita	1,5	Dokter umum IGD (paruh waktu)
D3	35	Wanita	6	Dokter umum IGD (purna waktu)
S1	46	Pria	0	Dokter spesialis
S2	52	Wanita	0	Dokter spesialis
M1	50	Pria	8	Kepala IGD (Dokter umum)
M3	45	Wanita	4	Wakil Direktur Medis (Dokter umum)

Jumlah dokter umum IGD dua belas orang, terdiri dari 60% dokter purna waktu dan 40% dokter paruh waktu. Rentang usia antara 25-53 tahun dengan pengalaman sebagai dokter jaga IGD bervariasi antara 1-15 tahun.

Konsultasi ke spesialis dilakukan oleh dokter umum melalui telepon dan spesialis akan memberikan saran jika sifatnya konsultasi terapi atau menginstruksikan untuk tindakan medis tertentu. Jika diperlukan maka dokter umum meminta spesialis untuk datang ke IGD menilai langsung keadaan pasien.

1. Permasalahan kolaborasi antara dokter umum dan spesialis di instalasi gawat darurat

Berdasarkan dokumen hasil pembahasan kasus didapatkan bukti adanya permasalahan kolaborasi berupa ketidaksepakatan dalam pengambilan keputusan penatalaksanaan pasien. Peneliti menemukan perbedaan pendapat antara terapi yang diberikan oleh dokter umum dan pendapat spesialis sebagaimana tergambar dalam contoh kasus di bawah ini:

Pada pasien anak dengan diagnosa kejang demam, dokter umum merencanakan rawat inap untuk observasi pasca kejang. Dokter umum melaporkan kepada spesialis yang saat itu sedang praktik di poliklinik RS. Setelah dijelaskan oleh dokter umum akhirnya spesialis setuju untuk rawat inap walaupun pada awalnya tidak menyetujui. Spesialis tersebut tidak bersedia memenuhi permintaan dokter umum untuk hadir ke IGD agar menilai langsung kondisi pasien. Beberapa jam dirawat kondisi pasien memburuk dan pasien meninggal dunia di ICU. Keluarga pasien menggugat manajemen RS dan spesialis karena tidak bersedia hadir memeriksa pasien dan awalnya bersikeras tidak menganjurkan rawat inap seperti yang disarankan oleh dokter umum. Perbedaan pendapat antar dokter tersebut diketahui oleh pasien. Hasil gugatan berakibat kerugian materi dan non materi, di pihak RS serta pencabutan ijin praktik spesialis oleh MKDKI.

“.....bagaimana ya itu sudah menjadi bagian yang sehari-hari kita alami, menghadapi sikap spesialis yang terkadang sulit menerima pendapat kita” (D2)

Perbedaan pendapat yang paling sering terjadi adalah dalam memutuskan indikasi rawat terutama untuk perawatan intensif, selain itu juga dalam hal pemberian terapi serta penetapan indikasi operasi *cito* pada pasien yang tidak diperiksa langsung oleh spesialis bedah.

“Iya ini dilema, di satu sisi kita sebetulnya pinginnya kondisi seperti ini harusnya dirawat, tapi disisi lain dokter spesialis tidak setuju... akhirnya kami turuti saja tetapi setelah dua jam atau lebih pasien jadi tidak tertolong.” (D2)

2. Faktor individu dalam proses kolaborasi antara dokter umum dan spesialis di IGD

Spesialis menyatakan kurangnya kompetensi dokter umum menyebabkan keraguan termasuk ketidakmampuan dalam melaporkan dan meyakinkan spesialis tentang keadaan pasien.

“....ibaratnya jika kita ingin percaya orang lain kita harus tahu siapa orangnya... masalahnya mungkin dari dokter umumnya sendiri, kompetensi mereka kan berbeda-beda dan asesmennya juga berbeda-beda. Hal tersebut yang menjadi awal kami sulit untuk percaya karena meragukan dokter umum yang sedang melapor ini sebenarnya pintar atau tidak...” (S1)

Spesialis lebih senang bekerjasama dengan dokter umum purna waktu. Menurut kepala IGD, dokter jaga paruh waktu kurang menguasai kebijakan RS, standar prosedur serta kemampuan dalam berkomunikasi dan keberanian mengambil keputusan.

“...kalau menerima laporan dari dokter jaga paruh waktu... terus terang saja saya kurang percaya dengan laporannya dan agak sulit berdiskusi dengan mereka...” (S1)

Dokter umum dan spesialis merasakan bahwa kedekatan individu turut menentukan keberhasilan kolaborasi. Dokter umum merasakan adanya sikap arogansi yang ditunjukkan oleh beberapa individu spesialis, bahkan sebagian besar dokter umum telah menganggapnya sebagai bagian dari risiko pekerjaan.

“Spesialis terkadang marah..., akibatnya kami tidak berani mengambil tindakan karena takut dimarahi. Spesialis sering menyepelkan dokter umum...” (D2)

Kedekatan pribadi antar individu dokter meningkatkan rasa percaya diri dokter umum dalam berkomunikasi dengan spesialis, terutama dialami oleh dokter-dokter umum yang lebih senior. Demi kepentingan keselamatan pasien beberapa dokter umum memiliki keberanian untuk meminta pendapat spesialis yang lain untuk *second opinion* jika terjadi keraguan dan perbedaan pendapat dengan spesialis yang dimintai konsultasi sebelumnya.

“...saya *second opinion* ke dokter anak yang ada dan ternyata setuju bahwa sepertinya bukan kasus akut dan cito. Pada akhirnya dokter bedah marah... karena saya lihat untuk kepentingan pasien kenapa saya harus takut.” (D2)

Pada beberapa kasus ternyata hasil penilaian klinik dokter umum lebih tepat dari penilaian spesialis namun dokter umum kurang berani untuk berdiskusi atau berargumentasi dengan spesialis, terlebih saat berada dihadapan orang tua pasien, sehingga dengan terpaksa mengikuti instruksi spesialis.

“Pernah ada kejadian berdasarkan hasil pemeriksaan saya ngotot untuk dirawat di PICU tapi ternyata spesialis tidak setuju..., ternyata 1 jam di ruangan perawatan terjadi kesulitan pemasangan infus sehubungan dengan kondisi pasien yang sudah berat, pasien apnoe dan akhirnya meninggal” (D2).

Hal ini juga dikarenakan masyarakat lebih percaya kepada spesialis daripada dokter umum walaupun pada akhirnya beberapa kasus mengakibatkan keterlambatan penatalaksanaan, bahkan berdampak fatal sampai kematian pasien.

Permasalahan kolaborasi juga terjadi karena kurang dipatuhinya kebijakan RS dan keputusan komite medik oleh spesialis.

“Pernah dalam hal tata laksana pada bayi dengan nebulizer pada bayi kurang dari satu tahun kami tidak boleh memberikan nebulizer dengan *combivent* menurut standar pelayanan medik, namun... kami terpaksa mengikuti instruksi spesialis walaupun saya tahu itu melanggar standar” (D3).

Ketidakpatuhan terhadap peraturan RS juga sering terjadi terutama masalah kedisiplinan spesialis dalam mentaati jadwal jaga yang telah ditetapkan. Ketidakhadiran spesialis untuk melakukan penilaian langsung terhadap pasien juga menimbulkan perbedaan pendapat antara dokter umum dan spesialis, terutama pada kasus-kasus yang membutuhkan tindakan operasi segera. Hal ini menunjukkan ketidakpatuhan spesialis terhadap aturan rumah sakit.

“...Dokter spesialis tersebut mengambil keputusan hanya berdasarkan laporan dokter jaga di RS pengirim saja... Saya ingin beliau datang untuk menilai keadaan pasien, tapi tidak bersedia, namun langsung menginstruksikan persiapan operasi cito...” (D1).

3. Evaluasi terhadap upaya manajemen RS dalam mendukung kolaborasi antara dokter umum dengan spesialis di instalasi gawat darurat

a. Upaya untuk mengatasi faktor individu dokter yang menghambat kolaborasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa upaya menyiapkan dokter umum yang kompeten belum optimal pelaksanaannya. Proses rekrutmen dokter umum bervariasi, belum terstandarisasi, dan sebagian belum melalui proses kredensial. Hal ini antara lain disebabkan sulitnya mencari dokter umum yang telah memenuhi persyaratan yang diinginkan, serta peran komite medik yang belum optimal dalam kredensial dokter baru, sedangkan kebutuhan pengisian dokter harus cepat dipenuhi. Pemberian materi pembekalan calon dokter jaga meliputi kemampuan teknis medis dan kemampuan berkomunikasi, termasuk cara melaporkan kasus ke spesialis pada pelaksanaannya belum berjalan secara seragam ke seluruh calon dokter jaga karena masih belum adanya standar.

“Idealnya dokter *emergency* harusnya bisa ACLS, ATLS dan paling tidak sudah ada sertifikasi, tapi ternyata masih ada beberapa yang terpaksa kita terima tanpa pelatihan tersebut” (M2).

Kegiatan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi dokter umum belum secara rutin dilakukan oleh manajemen, dan biasanya hanya dilakukan menindaklanjuti setelah terjadinya suatu kasus. Penilaian terhadap kompetensi dokter umum yang dilakukan secara sistematis belum dilakukan.

“Masalah kesenjangan kompetensi biasanya terungkap pada pembahasan kasus, ... sedangkan penilaian yang khusus belum pernah dilakukan” (M1).

Pertemuan pembahasan kasus yang diadakan manajemen yang seharusnya dapat dimanfaatkan untuk menambah pengetahuan dan mengakrabkan ternyata tidak dihadiri oleh dokter jaga paruh waktu yang menangani kasus. Selain itu suasana “*blaming*” masih terjadi, dan spesialis masih mendominasi proses diskusi. Upaya untuk mengakrabkan dokter melalui pertemuan-pertemuan informal secara rutin belum dilaksanakan.

b. Upaya dalam pengelolaan pelayanan medis di instalasi gawat darurat

Panduan praktik klinik belum lengkap terutama tentang indikasi rawat.

“... untuk di IGD kita dihadapkan dengan suatu kondisi *emergency* yang harus ditangani secara cepat, misal bagaimana menangani pasien dengan kejang, dengan sesak napas, trauma, standar pelayanan berupa algoritma berdasarkan gejala jauh lebih dibutuhkan” (D1)

Penyusunan panduan praktik klinik belum seluruhnya melibatkan spesialis. Kondisi ini berakibat seringnya terjadi perbedaan pendapat antara dokter umum dan spesialis pada saat pelaksanaannya. Kriteria yang telah dijadikan standar dalam penentuan indikasi rawat hanya ada untuk perawatan NICU dan PICU, dan ternyata hal itu dapat mengatasi sebagian masalah perbedaan pendapat.

Permasalahan kolaborasi merugikan pasien karena dokter umum tidak berani menyampaikan dan berdiskusi dengan spesialis untuk menyampaikan pendapatnya.

“Saya sudah mengingatkan kondisi pasien tapi spesialis berpendapat lain dan itu terjadi di hadapan pasien, sehingga saya tidak berani meneruskan dan akhirnya saya mengikuti instruksinya” (D2)

Belum seluruh dokter baik dokter umum maupun spesialis memahami dan mengimplementasikan kebijakan tentang dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) di instalasi gawat darurat, sehingga dalam prakteknya masih sering terjadi kesalahpahaman. Sebagian dokter umum menyatakan kebijakan ini cukup membantu dokter umum dalam mencegah keterlambatan pelayanan.

“... dokter jaga tahu sebenarnya tentang kebijakan Dokter Penanggung Jawaban Pasien (DPJP) tersebut tetapi tetap saja belum berani. Seharusnya kebijakan ini harus dipahami juga oleh spesialis sehingga mereka mengerti tanggung jawab dokter umum...” (M1)

Kebijakan RS tentang konsultasi ke atasan secara berjenjang saat terjadi keraguan dokter umum dalam pengambilan keputusan cukup membantu da-

lam meningkatkan rasa percaya diri dokter umum sehingga dapat mempercepat pengambilan keputusan. Budaya menyalahkan yang masih terjadi membuat dokter umum semakin tidak percaya diri karena selalu menjadi pihak yang dipersalahkan. Peneliti mengikuti salah satu rapat pembahasan kasus dan mendapatkan situasi dimana bahwa dokter umum paruh waktu yang langsung menangani kasus tersebut tidak hadir karena keterbatasan waktu sehubungan masih bertugas di tempat lain. Situasi diskusi dalam pertemuan yang bersifat formal ini cenderung didominasi oleh spesialis.

“... padahal jelas tertulis di status, dokter IGD sudah mengusulkan rawat PICU tapi DPJP merasa belum perlu. Kembali lagi yang disalahkan tetap dokter umumnya, padahal dia sudah mengingatkan, jadi menurut saya sangat membantu kalau manajemen mau *back-up* dokter IGD yang disalahkan” (D3)

Kegiatan pertemuan non formal antar dokter untuk tujuan keakraban yang dilaksanakan secara rutin oleh manajemen belum ada. Dokter umum dan spesialis mengharapkan adanya pertemuan yang bersifat non formal agar mereka saling mengenal lebih dekat. Pernah dilakukan beberapa kali pertemuan yang mendatangkan dokter jaga IGD. Hasilnya lebih mengakrabkan antar dokter, saling mengenal secara pribadi, sehingga dokter jaga tidak terlalu takut lagi untuk melapor dan berdiskusi dengan spesialis.

c. Upaya pembinaan disiplin staf medis untuk mematuhi kebijakan RS

Sistem pembinaan profesi dokter yang meliputi mekanisme atau proses penegakan disiplin jika terjadi pelanggaran pada etika profesi maupun administratif belum diatur secara terinci baik di dalam *hospital bylaws*, *medical staff bylaws*, maupun kontrak kerja dokter.

“Pemberian sanksi terhadap dokter yang melakukan kesalahan belum berjalan dengan baik... Ketidaktegasan manajemen dalam membina spesialis yang bermasalah membuat dokter umum semakin sulit untuk melaksanakan aturan...” (M1).

Peran kepala IGD dalam menjembatani kolaborasi antara dokter umum dengan spesialis sangat dibutuhkan, sehingga harus menguasai permasalahan di lapangan dan memiliki kepemimpinan yang kuat.

“Kepala IGD harus betul-betul menguasai aspek klinik, memiliki keberanian dan kemampuan berkomunikasi yang baik sehingga dapat membantu menyelesaikan masalah-masalah kolaborasi antara spesialis dan dokter jaga...” (D1).

PEMBAHASAN

Penelitian ini membuktikan adanya permasalahan dalam kolaborasi antara dokter umum dengan spesialis, berupa ketidaksepakatan dalam pengambilan keputusan terapi maupun tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien, yang akhirnya memicu tumbuhnya hubungan yang kurang harmonis sebagai suatu tim kerja. Dokter umum merasa pendapatnya kurang dihargai oleh spesialis, sebaliknya spesialis kurang mempercayai dokter umum.

Dua atau lebih profesional dapat berkolaborasi, namun jika tidak ada pengambilan keputusan secara bersama maka kerja tim tidak terjadi, padahal kerja tim adalah bagian dari kolaborasi⁴. Banyak hambatan menyatukan dokter dalam proses kolaborasi karena adanya tanggung jawab terhadap pengambilan keputusan⁵.

Kurangnya kepercayaan spesialis kepada dokter umum paling sering dikemukakan sebagai faktor yang mendasari permasalahan kolaborasi, utamanya adalah karena kurangnya kompetensi klinik dokter umum sebagai dokter jaga IGD termasuk cara pelaporan kasus yang kurang informatif. Kepercayaan didasari oleh persepsi terhadap kompetensi orang lain, tanpa kepercayaan tampaknya tidak mungkin membangun pendekatan kolaborasi³. Suatu hubungan kolaboratif tidak dapat dibangun jika setiap individu tidak menghargai kompetensi individu yang lain⁶. Penelitian ini membuktikan bahwa dokter umum paruh waktu kurang dapat dipercaya oleh spesialis dibandingkan dengan dokter umum penuh waktu.

Ketidakkelengkapan standar menimbulkan banyaknya variasi dalam pemberian layanan yang memicu timbulnya perbedaan pendapat antara dokter umum dan spesialis. Kebutuhan adanya algoritme yang berisi langkah-langkah penatalaksanaan pasien yang datang dengan kondisi kegawat-daruratan tertentu merupakan pedoman yang akan mengurangi perbedaan pendapat.

Kolaborasi terfasilitasi ketika para dokter mengenal satu sama lain secara lebih personal. Interaksi antar dokter umum dan spesialis terutama terjadi hanya pada saat penanganan kasus, sehingga mereka kurang mengenal satu sama lain. Dokter umum merasakan sikap arogansi dari spesialis. Sebuah hirarki menyebabkan kesenjangan antara spesialis dan dokter umum yang dapat menjadi hambatan penting dalam praktik kolaborasi⁷. Kedekatan secara individu terbukti sangat membantu dokter umum dalam berkolaborasi tanpa disertai rasa takut, terutama dirasakan oleh dokter umum yang lebih senior.

Manajemen telah membuat regulasi dan standarisasi dalam pelayanan namun kurang ditindaklanjuti dengan sosialisasi dan pengawasan terhadap

implementasinya di lapangan termasuk pengawasan terhadap profesi dokter khususnya kepatuhannya dalam menjalankan standar. Peneliti menemukan bahwa terjadi ketidakpatuhan spesialis terhadap peraturan rumah sakit. Spesialis umumnya resisten terhadap pedoman, cenderung kurang menerima dan khawatir akan kehilangan otonomi mereka⁸. Belum tersosialisasinya kebijakan dan standar pelayanan kepada seluruh dokter di RS tempat penelitian dapat menjadi penyebab terjadinya ketidaksesuaian antara pelaksanaan di lapangan dengan kebijakan dan standar yang telah ditetapkan oleh manajemen. Belum terlaksananya kebijakan rumah sakit yang mengatur sistem rekrutmen dokter umum termasuk proses kredensial dan standarisasi pelatihan yang dipersyaratkan dalam pembekalan awal merupakan sebagian kontribusi manajemen terhadap permasalahan ini.

Pertemuan pembahasan kasus yang diadakan oleh rumah sakit merupakan salah satu sarana untuk meningkatkan kompetensi dokter umum namun tidak dihadiri oleh dokter umum yang terkait langsung dengan kasus yang terjadi. Pertemuan dirancang ketika dokter umum dan spesialis membahas area yang tumpang tindih dalam pelayanan dan kolaborasi, serta alih pengetahuan dan saling mengenal satu sama lain⁹.

Peneliti mendapatkan belum lengkapnya standar pelayanan yang sangat dibutuhkan sebagai pedoman oleh dokter jaga berakibat banyaknya variasi dari masing-masing individu dokter dalam langkah-langkah penatalaksanaan pasien. Adanya standar tentang indikasi perawatan *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU) dan *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU) yang disusun dengan melibatkan spesialis terbukti dapat mengurangi perbedaan pendapat. Standarisasi dan proses yang konsisten penting dalam kompleksnya manajemen kesehatan, setiap standarisasi dihubungkan dengan kontrol birokrasi yang berbeda dengan otonomi profesional¹⁰.

Dokter umum merasakan dapat berkolaborasi baik dengan spesialis jika terjadi kedekatan secara individu satu sama lain, terutama dirasakan oleh dokter umum dengan masa kerja yang lebih lama, sedangkan dokter umum baru sering merasakan sikap arogansi spesialis terhadap mereka. Manajemen berupaya membentuk budaya belajar dan budaya tidak saling menyalahkan namun pelaksanaannya belum berjalan konsisten. Sikap menyalahkan terhadap dokter umum masih tampak dan mudahnya manajemen menjatuhkan sanksi. Baik dokter umum maupun spesialis menginginkan adanya pertemuan informal namun manajemen kurang memfasilitasinya. Pertemuan informal kadang lebih efektif daripada pertemuan formal¹¹. Ketiadaan aturan rinci yang me-

nyangkut pembinaan profesi staf medis berkontribusi terhadap belum terlaksananya secara konsisten tindakan terhadap dokter yang melakukan pelanggaran. Hal ini berdampak pada tidak adanya perubahan perilaku dokter yang bersangkutan dan kesalahan yang sama cenderung terulang kembali.

Kebijakan tentang dokter penanggung jawab pelayanan belum berjalan optimal sehingga dilema masalah pengambilan keputusan masih sering terjadi. Belum adanya sanksi atau tindakan tegas dari manajemen terhadap pelanggaran yang terjadi terhadap peraturan yang berpotensi membuat kebijakan/peraturan rumah sakit menjadi kurang efektif pelaksanaannya. Situasi ini membuat dokter umum menjadi kurang berani bersikap tegas dan percaya diri dalam menghadapi spesialis yang diketahuinya tidak mematuhi kebijakan maupun peraturan rumah sakit, selain itu juga terjadi kesulitan dalam melakukan fungsi kontrol terhadap para dokter terutama spesialis.

Keberhasilan dari penerapan standar membutuhkan kolaborasi antara klinisi dengan manajer RS¹². Hambatan dalam kolaborasi interdisiplin, bahwa organisasi kesehatan penuh dengan kesulitan berupa lemahnya kepemimpinan, dan rentan terhadap tuntutan banyak profesi yang berusaha mengelola praktik profesi mereka masing-masing¹⁰.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RS 'Sehati', dibuktikan adanya permasalahan kolaborasi antara dokter umum dan spesialis dalam penatalaksanaan pasien di IGD. Faktor-faktor individu dokter merupakan unsur utama yang berkontribusi terhadap timbulnya permasalahan ini terutama kurangnya kepercayaan spesialis terhadap kompetensi dokter umum, selain itu faktor kedekatan individu antara dokter umum dengan spesialis, serta kurangnya kepatuhan dokter dalam melaksanakan kebijakan dan peraturan yang telah ditetapkan oleh RS.

Evaluasi terhadap upaya-upaya yang telah dilakukan oleh manajemen dalam mendukung proses kolaborasi antara dokter umum dan spesialis terbukti belum efektif dengan adanya beberapa kondisi yang ditemukan yaitu; 1) belum terlaksananya secara konsisten proses kredensial serta program pembekalan yang menentukan tingkat kompetensi dokter umum sebagai dokter jaga IGD sehingga akhirnya membuat kurangnya kepercayaan spesialis terhadap dokter umum; 2) upaya mendekatkan antar individu dokter melalui untuk menjalin komunikasi dan keakraban belum dilaksanakan secara rutin; serta 3) standar pelayanan yang tidak lengkap serta belum tersosialisasinya kebijakan dan standar pelayanan RS kepa-

da seluruh dokter memicu terjadinya perbedaan pendapat antara dokter umum dan spesialis.

Kondisi di atas juga diperberat dengan belum optimalnya sistem pengawasan dan pembinaan serta kurangnya ketegasan manajemen terhadap terjadinya pelanggaran yang dilakukan oleh staf medis. Penelitian ini juga menekankan bahwa manajemen harus mengimplementasikan *hospital bylaws* secara mengikat bagi semua pekerja rumah sakit agar hambatan dalam kerja sama antar dokter, isu personal, arogansi profesi dan profesional bias dalam praktik kedokteran tidak lagi menjadi sumber layanan yang buruk.

DAFTAR PUSTAKA

1. Baker, DP, Day, R, & Salas, E (2006) Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *Health Research and Educational Trust Part II*; 41 (4): 1475-6773
2. Creswick, N, Westbrook, JI and Braithwaite, J (2009) Understanding Communication Networks in The Emergency Department. *BMC Health Services Research*; 9:247
3. D'Amour, D, Goulet, L, Labadie, J (2008) A Model and Typologi of Collaboration Between Professionals in Healthcare Organizations. *BMC Health Services Research* 8:188
4. Xyrichis, A & Ream, E (2008) Teamwork: A Concept Analysis. *Journal of Advances Nursing*;61(2):232-241
5. Whitehead, C (2007) The Doctor Dilemma in Interprofessional Education and Care: How and Why Will Physicians Collaborate? *Medical Education*; 41: 1010-10125.
6. McCallin, AM (2006) Interdisciplinary Researching: Exploring the Opportunities and Risks of Working Together, *Nursing and Health Sciences*; 8: 88-94 5.
7. Berendsen, AJ, Benneker, WHGM, Schuling, J, et al (2006) Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialist a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 6:155
8. Hanafiah, MJ (2009) Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan, edisi 4
9. Annette J Berendsen*, Annegriet Kuiken, Wim HGM Benneker, Betty Meyboom-de Jong, Theo B Voorn and Jan Schuling (2009) How Do General Practitioners and Specialists Value Their Mutual Communication? A Survey. *BMC Health Services Research*; 9:143
10. Heckscher, C, Rubinstein, S, Flynn, L, et al (2008) Collaboration and the Quality of Health Care Delivery

11. Gittel, JH, Seidner, R, Wimbush, J (2009) A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science, Articles in Advance* pp 1-17.
12. The Governance Institute (2009) Leadership in Healthcare Organization, a Guide to Joint Commission Leadership Standards. San Diego.