

HAMBATAN DAN HARAPAN SISTEM KREDENSIAL DOKTER: STUDI KUALITATIF DI EMPAT RUMAH SAKIT INDONESIA

OBSTACLES AND EXPECTATION OF PHISICIAN CREDENTIALING SYSTEM:
A QUALITATIVE STUDY IN FOUR INDONESIAN HOSPITALS

Herkutanto¹, Astrid Pratidina Susilo²

¹Departemen Ilmu Kedokteran Forensik, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/ SMF Forensik
Klinik/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

²Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, Samarinda

ABSTRACT

Background : The accountability of the physicians serving in health care is a crucial factor to establish the patient safety. The credentialing system, a process to grant clinical privilege, aims to ensure the accountability. Credentialing processes vary in different Indonesian Institutions, and frequently are inadequately performed. Information about obstacles and expectations on current credentialing process is needed to design a strategy to develop credentialing system.

Methods: A qualitative study using Focus Group Discussions (FGD) were conducted in four hospitals in Indonesia with different characteristics. Every FGD was attended by 10-20 participants, consisted of physicians and hospital management. The results of the FGDs were analyzed with qualitative approach.

Results: The obstacles of the establishment of ideal credential system rooted in the inappropriate perception that credential is the same as physicians recruitment as hospital employees. The expectations of the participants are the needs of monitoring process, sound relationship between credential team and hospital management, standardization of policy and credential instruments, existence of objective credential team, and good relationships among colleagues.

Conclusions: Indonesia needs a credentialing system that is able to establish the patient safety. The expectations of participants are in line with the recommended credential system, which is based on the concept of professionalism.

Keywords: physicians credentialing system, professionalism, patient safety

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu tonggak keselamatan pasien adalah akuntabilitas dokter yang terlibat dalam layanan kesehatan. Akuntabilitas ini dijamin melalui proses kredensial, yaitu suatu proses untuk memberikan kewenangan klinis atas suatu tindakan medis. Proses kredensial di berbagai institusi di Indonesia masih bervariasi dan belum adekuat. Untuk menyusun strategi pengembangan sistem kredensial, dibutuhkan informasi tentang hambatan dan harapan atas sistem kredensial.

Metode: Studi kualitatif dengan diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion* – FGD) dilaksanakan di empat rumah sakit Indonesia dengan karakteristik berbeda-beda. Tiap FGD dihadiri oleh 10-20 partisipan yang terdiri dari dokter dan manajemen rumah sakit. Hasil FGD dianalisis berdasarkan prinsip-prinsip analisis data kualitatif.

Hasil: Hambatan terwujudnya sistem kredensial ideal adalah mispersepsi bahwa kredensial identik dengan proses penerimaan dokter sebagai karyawan rumah sakit. Harapan partisipan tercermin dari kebutuhan proses monitoring, hubungan baik tim kredensial dengan pihak manajemen, standarisasi aturan dan instrumen kredensial, adanya tim kredensial yang obyektif, dan hubungan baik antar sejawat.

Kesimpulan: Indonesia membutuhkan sistem kredensial yang dapat menjamin keselamatan pasien. Harapan partisipan sejalan dengan elemen-elemen sistem kredensial yang direkomendasikan, yaitu yang berdasar pada konsep profesionalisme.

Kata kunci : sistem kredensial dokter, profesionalisme, keselamatan pasien

PENGANTAR

“You medical people will have more lives to answer for in the other world than even we generals.”

(Napoleon Bonaparte)

Salah satu tonggak keselamatan pasien adalah akuntabilitas sumber daya manusia yang terlibat dalam layanan kesehatan. Dokter, perawat, atau tenaga kesehatan lainnya dituntut untuk memiliki kompetensi yang adekuat.^{1,2} Berpijak pada prinsip dasar gerakan keselamatan pasien untuk ‘*non blaming culture*’ atau budaya tidak menyalahkan,^{2,3,4} jaminan kompetensi yang adekuat inipun berbasis pada pendekatan sistem. Oleh karena itu, dalam tataran makro (sistem layanan kesehatan nasional), dibutuhkan suatu sistem yang dapat mengakomodasi kebutuhan jaminan kompetensi tersebut. Jaminan kompetensi ini telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RS No. 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*), dimana ditetapkan bahwa subkomite kredensial komite medis di rumah sakit bertugas mengatur masalah kewenangan klinis (*clinical privilege*) setiap dokter yang bekerja di rumah sakit tersebut.⁵

Terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah klaim terhadap dokter dan rumah sakit yang terkait dengan kelalaian tindakan medik dokter. Dari 98.609 kejadian yang tak diharapkan yang terjadi di rumah sakit di New York tahun 1984 ternyata 27.179 di antaranya merupakan kelalaian medis.⁶ Leape dkk⁷ melakukan penelitian lebih rinci terhadap tipe kesalahan medis. Dari 1.133 pasien yang cedera akibat tindakan medis, komplikasi medikamentosa adalah bentuk yang tersering dijumpai (19%) dibandingkan dengan komplikasi teknis (13%). Kelalaian akibat pembedahan tercatat lebih sedikit (17%) dibandingkan tindakan non-bedah (37%). Proporsi kelalaian di bidang diagnostik cukup tinggi (75%), sedangkan di bidang terapeutik, proporsi kelalaian prosedur non-invasif adalah 77%. Untuk mencegah terjadinya potensi klaim akibat tindakan medis, setiap rumah sakit harus mengembangkan strategi sistem kredensial yang adekuat.⁷

Proses kredensial adalah proses untuk memberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*) bagi tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan klinis tertentu. Kewenangan ini diberikan oleh institusi kesehatan setelah mendapat rekomendasi dari mitra bestari. Dalam proses 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 didelegasikan kepada Direktur Rumah Sakit.^{1,8} Setiap kewenangan klinis tertentu yang dimiliki seorang dokter harus ditinjau secara berkala, sesuai dengan perkembangan kompetensi si dokter atau tenaga kesehatan tersebut.¹

Beberapa literatur memaparkan bahwa proses kredensial merupakan sistem yang terintegrasi dalam layanan kesehatan di berbagai negara. Di USA, proses kredensial telah menjadi standar di setiap rumah sakit.¹ Sebuah publikasi mendeskripsikan proses kredensial untuk dokter spesialis anak.⁹ Sebuah Fakultas Kedokteran Gigi di USA bahkan mengimplementasikan sistem kredensial untuk menjamin kompetensi staf pengajar.¹⁰

Sama seperti negara lain, Indonesia membutuhkan proses kredensial untuk menjamin akuntabilitas tenaga kesehatan. Proses ini adalah bentuk tanggung jawab institusi kesehatan terhadap masyarakat atas kepercayaan yang diberikan untuk menjaga keselamatan pasien.¹¹ Walaupun istilah kredensial sendiri bukan hal yang baru dalam sistem layanan kesehatan Indonesia, namun gambaran implementasi proses dan pencapaian tujuan

kredensial bervariasi di berbagai institusi.⁸ Kondisi ini yang menyebabkan proses kredensial yang dilakukan oleh komite medik di Indonesia saat ini masih belum adekuat.

Di masa mendatang di Indonesia, kredensial yang mengarah kepada pemberian kewenangan klinis yang lebih rinci (*"delineation of clinical privilege"*). Pada proses kredensial dengan sistem *"delineation of clinical privilege"* tersebut, kompetensi dokter untuk setiap jenis tindakan medis disubuh rumah sakit lebih terkendali. Dengan demikian, keselamatan pasien akan lebih terjamin atas setiap jenis tindakan medis yang dilakukan oleh dokter. Dengan terjaminnya keselamatan pasien atas tindakan medis yang dilakukan dokter tentu akan menurunkan jumlah klaim pasien terhadap dokter dan rumah sakit.

Untuk menyusun strategi pengembangan sistem kredensial yang dapat memberikan jaminan akuntabilitas, dibutuhkan informasi tentang kondisi yang ada saat ini. Oleh karena itu, suatu proses penggalan kebutuhan dilaksanakan di empat rumah sakit Indonesia menjawab rumusan masalah berikut: 1) Bagaimana proses kredensial dokter yang ada di lapangan saat ini?, 2) Bagaimana harapan atas sistem kredensial dokter di rumah sakit di masa mendatang?

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Untuk menjawab rumusan masalah di atas, suatu studi kualitatif dengan diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion – FGD*) dilaksanakan di empat rumah sakit di Indonesia. Metode ini dipilih karena diharapkan dapat memberikan informasi naratif yang diperkaya dengan interaksi antar partisipan.^{12,13}

Sesuai dengan prinsip studi kualitatif yang mementingkan *maximum diversity*,¹² rumah sakit yang dipilih memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Rumah Sakit 1 (RS1) adalah rumah sakit pemerintah tipe A. Rumah Sakit 2 (RS2) adalah rumah sakit swasta tipe B berbasis agama. Rumah Sakit 3 (RS3) adalah rumah sakit khusus yang melayani satu jenis spesialisasi, sedangkan Rumah Sakit 4 (RS4) adalah rumah sakit khusus yang membutuhkan layanan terpadu multispesialisasi. Keempat rumah sakit berlokasi di ibukota provinsi di Pulau Jawa dan berperan sebagai rumah sakit pendidikan. Rumah Sakit 2 (RS2) hanya menjadi pusat pendidikan keperawatan saja, bukan kedokteran.

Setiap FGD dilaksanakan dalam forum pertemuan Komite Medis di tiap-tiap rumah sakit

dan tiap FGD dihadiri oleh 10-20 partisipan yang terdiri dari dokter dan pihak manajemen rumah sakit. *Focus Group Discussion* (FGD) ini dilaksanakan selama satu jam, dipimpin oleh seorang moderator dan didampingi oleh seorang sekretaris. Partisipan melakukan diskusi atas beberapa pertanyaan yang dilemparkan oleh moderator. Pertanyaan disusun oleh para penulis, dimodifikasi sesuai kondisi rumah sakit, serta direvisi berdasarkan hasil FGD rumah sakit sebelumnya, tanpa mengubah topik-topik utama (Tabel 1).

Tabel 1. Daftar Pertanyaan Focus Group Discussion

1	Hal-hal apa yang menurut pengalaman sejawat telah Anda ketahui tentang proses kredensial selama menjalankan profesi?
2	Bagaimanakah proses kredensial yang seharusnya menurut pendapat sejawat?
3	Bagaimana pendapat sejawat tentang proses kredensial di Rumah Sakit Anda a. Apakah telah cukup ideal? b. Hambatan-hambatan apa yang dijumpai? c. Hal-hal yang bisa dikembangkan?

Tidak semua FGD direkam secara elektronik karena tidak semua partisipan berkenan. Seluruh FGD dituangkan dalam notulensi terperinci. Notulensi FGD dianalisis berdasarkan prinsip-prinsip analisis data kualitatif.¹⁴ Analisis dilakukan oleh tiap-tiap penulis, kemudian didiskusikan sampai kesepakatan tercapai. Pada akhir FGD atau pada pertemuan berikutnya, hasil analisis FGD dipresentasikan kepada partisipan. Partisipan diberi kesempatan bertanya dan melakukan klarifikasi. Prosedur yang disebut *member checking* ini bertujuan meyakinkan bahwa interpretasi penulis sesuai dengan informasi yang disampaikan oleh partisipan. Pada studi kualitatif, prosedur ini bermanfaat untuk meningkatkan kualitas studi.¹²

Sebelum FGD dilaksanakan, para partisipan diberi informasi bahwa hasil FGD akan dipublikasikan untuk kepentingan advokasi pengembangan sistem kredensial di Indonesia, dan diminta persetujuan. Nama partisipan dirahasiakan. Partisipan memahami bahwa FGD ini dilakukan bukan sebagai studi ilmiah, namun sebagai penggalian kebutuhan untuk pengembangan proses kredensial di rumah sakit masing-masing.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Proses Kredensial Saat Ini

Pada keempat FGD, persepsi dominan adalah bahwa kredensial identik dengan proses penerimaan dokter sebagai karyawan rumah sakit. Beberapa partisipan memiliki pendapat lain, bahwa tujuan proses kredensial dokter adalah untuk mencari

dokter dengan kualifikasi tertentu serta untuk menjamin keselamatan pasien.

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. Pelaksana kredensial bisa Tim Kredensial Komite Medis, panitia kredensial atau kelompok sejenis yang ditunjuk Direksi. Proses ini bervariasi di keempat rumah sakit dan terdapat perbedaan pelaksana dan tes yang diterapkan. Namun ide dasarnya sama yaitu seleksi karyawan. Prinsipnya, proses kredensial yang ada saat ini mencoba memotret pengetahuan, sikap, karakter, keterampilan, dan profesionalisme kandidat.

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.

Partisipan FGD 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 (*ewuh pakewuh* – bahasa Jawa) antar kolega. Partisipan FGD melihat masalah ini timbul karena proses kredensial saat ini hanya memotret kandidat pada satu titik waktu.

Harapan Sistem Kredensial di Masa Datang

Partisipan keempat FGD sepakat bahwa suatu sistem kredensial yang baik akan menjamin kualitas layanan rumah sakit terhadap pasien. Partisipan juga sepakat bahwa proses kredensial belum ideal. Harapan partisipan tercermin dari kebutuhan yang tercetus dalam FGD, yaitu kebutuhan proses *monitoring*, hubungan baik tim kredensial dengan pihak manajemen, standardisasi 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* lahir 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 partisipan FGD RS3 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. Pada FGD di RS1 dan RS2, hubungan baik ini tercermin salah satunya dalam bentuk umpan-balik atas rekomendasi Tim Kredensial kepada Direksi. 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.” [dr X, RS2]

Partisipan melihat umpan-balik sebagai salah satu motivasi bagi anggota tim kredensial, supaya proses ini tidak dipersepsi sebagai formalitas belaka. Partisipan juga mengharapkan kewenangan lebih untuk memutuskan diterima atau tidaknya seorang dokter, sebagai bentuk kepercayaan Direksi. *Focus Group Discussion* (FGD) RS3 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. Pada FGD di RS1, seorang partisipan yang 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 terlewat.

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 (*ewuh pakewuh* – bahasa Jawa) tidak menghambat proses kredensial.

“Kalau ada hubungan senioritas, hubungan kerja, atau sering menggantikan praktik, kayaknya kurang pas....” [dr Y, RS2]

Terakhir, FGD juga menunjukkan bahwa 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. Selain itu, peserta FGD RS1 juga berharap agar kredensial tidak kontradiktif dengan proses yang dilakukan oleh kolegium.

Tabel 2. Rangkuman Topik Hasil Analisis FGD Empat Rumah Sakit

1	Proses kredensial saat ini
1.1	Tujuan
	a. Penerimaan karyawan
	b. Keselamatan pasien
1.2	Prosedur
	Melalui dokumen aplikasi, wawancara, tes untuk memotret pengetahuan, sikap, karakter, keterampilan, dan profesionalisme
1.3	Pelaksana
	Tim/panitia kredensial
1.4	Keluaran kredensial
	Rekomendasi kepada Direksi, diikuti SK penerimaan karyawan
	Proses kredensial saat ini dianggap tidak ideal karena banyak <i>false positive</i>
2	Harapan sistem kredensial masa datang
2.1	Kebutuhan <i>monitoring</i>
	a. Periode uji coba
	b. Analisis <i>track record</i> dokter melalui data rekam medis
	c. Proses rekredensial
2.2	Kebutuhan hubungan baik dengan pihak manajemen
	a. Umpan balik manajemen atas rekomendasi dari tim kredensial
	b. Kesepakatan atas kewenangan dan kedudukan tim kredensial di rumah sakit
2.3	Kebutuhan standarisasi aturan dan instrumen
	a. Mengurangi subjektivitas
	b. Kebijakan atau petunjuk dibuat oleh mitra bestari
2.4	Kebutuhan tim ideal
	a. Anggota Komite Medis atau dokter tamu
	b. Bijak, berpengaruh, netral
	c. Menghindari budaya <i>ewuh pakewuh</i>
2.5	Kebutuhan hubungan baik antar sejawat

PEMBAHASAN

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.^{15,16} 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.¹¹ 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.

Mispersepsi Dokter tentang Konsep Kredensial dan Kebutuhan Masa Mendatang di Indonesia

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.

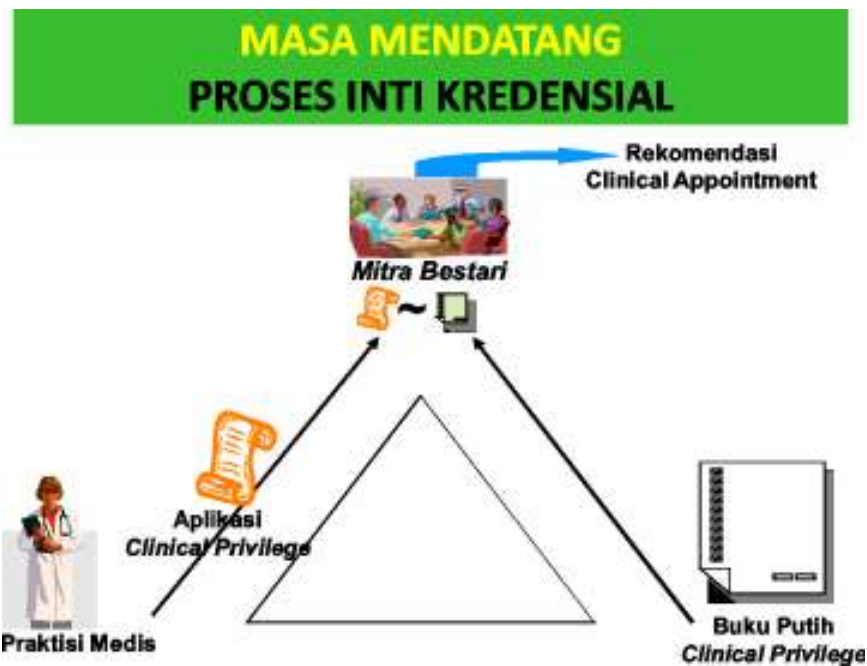
Studi ini juga menunjukkan bahwa dokter berpendapat bahwa proses kredensial yang ada sekarang belum ideal. Untuk menjawab kebutuhan Indonesia, kami merekomendasikan suatu model yang: (1) menjawab tujuan keselamatan pasien, (2) sesuai dengan konsep profesionalisme, (3) telah dicoba di berbagai negara dengan hasil yang baik.¹

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.⁸

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).¹⁷

Model kredensial ini dapat dilihat pada Gambar 1, sementara Tabel 3 membandingkan mispersepsi dan rekomendasi model.

Model kredensial di atas banyak diterapkan di berbagai negara karena merupakan bentuk klasik konsep profesionalisme yang didasarkan pada kontrak sosial.¹⁸ 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



Gambar 1. Tiga proses inti kredensial

Tabel 3. Mispersepsi Sistem Kredensial dan Rekomendasi Masa Depan

	Mispersepsi	Rekomendasi
Tujuan	Seleksi karyawan	Keselamatan Pasien
Prosedur	Telaah dokumen aplikasi, wawancara, dan tes atas dokter pelamar	Self assessment atas clinical privilege dan approval dari Mitra Bestari
Standar		White Paper
Pelaksana	Tim kredensial	Mitra Bestari
Keluaran	SK penerimaan karyawan	Clinical Appointment

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*.¹⁹ 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.¹⁹

Model kredensial di atas sangat dimungkinkan untuk diterapkan pada berbagai rumah sakit di Indonesia. 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.²⁰ 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.^{21,22} Penerapan konsep profesionalisme dengan model kontrak sosial saat di Indonesia ini telah dilakukan oleh KKI dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia.^{20,21,22,23}

Adanya Pemikiran Dokter yang Sejalan dengan Elemen-Elemen Sistem Kredensial yang Ideal

Walaupun ada mispersepsi atas proses kredensial, studi ini juga menunjukkan bahwa harapan para dokter sebenarnya sejalan dengan elemen-elemen sistem kredensial yang direkomendasikan oleh penulis seperti terangkum dalam Tabel 4.

Tabel 4. Sistem Kredensial: Harapan dan Bentuk Ideal Mekanisme Kredensial

Harapan dokter	Bentuk Ideal
Kebutuhan <i>monitoring</i>	Proses rekredensial dan audit medis
Kebutuhan hubungan baik dengan pihak manajemen	<i>Clinical Appointment dan Clinical Privilege</i>
Kebutuhan standarisasi aturan dan instrumen	<i>Clinical Privilege Forms, White Papers</i>
Kebutuhan tim ideal	Mitra Bestari

Dengan 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.

Keterbatasan Studi

Keterbatasan dalam studi ini adalah: 1) Keempat rumah sakit ini berlokasi di ibu kota provinsi yang berada di Pulau Jawa. Gambaran proses kredensial di lokasi-lokasi lain, misalnya di rumah sakit kabupaten atau di rumah sakit di luar Pulau Jawa perlu digali.

Sebagai suatu studi kualitatif, temuan ini menyumbang informasi untuk menyusun strategi pengembangan sistem kredensial di Indonesia. Untuk menguji penerapan model dengan konteks layanan kesehatan di Indonesia, dibutuhkan suatu studi eksperimental atau evaluasi lebih lanjut.

KESIMPULAN DAN SARAN

Studi ini menunjukkan tiga hal utama yaitu : 1) Proses kredensial dokter di rumah sakit Indonesia sering dicampuradukkan dengan proses penerimaan karyawan. 2) Pada dasarnya dokter memiliki kebutuhan perbaikan sistem kredensial. 3) 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.

KEPUSTAKAAN

1. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Credentialing, Privileging, Competency, and Peer Review. Joint Commission Resources, Illinois, 2003.

2. Wachter RM. Understanding Patient Safety. McGraw Hills, USA, 2008.
3. WHO. World Alliance For Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. World Health Organization, Geneva, 2008.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2006.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Rumah Sakit No. 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staff Bylaws). Jakarta. 2005.
6. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. Relation Between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med. 1991;25(Juli):245-51.
7. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991;7:324(6)Feb:377-84.
8. Herkutanto. Credential and Clinical Privileges, The Way to Patient Safety. Presentasi pada Kongres Nasional PERSI, Jakarta, 2008.
9. O'Connor, ME, Committee on Hospital Care. Medical Staff Appointment and Delineation of Pediatric Privileges in Hospitals. Pediatrics, 2002; 110:414-8.
10. Valenza JA, George LA, O'Neil PN. A Model for Clinical Credentialing of Dental School Faculty, Journal of Dental Education, 2005; 69:8.
11. 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.
12. Berg BL. Qualitative Research Methods for the Social Sciences. Pearson Education, Boston, 2004.
13. Wong LP. Focus Group Discussion: A Tool for Health and Medical Research. Singapore Med J, 2008;49(3):256.
14. Lacey A, Luff D. Qualitative Research Analysis. Trent RDSU, Sheffield, 2007.
15. Browne K, Freeling P. The Doctor-Patient Relationship. E&S Livingstone Ltd., Edinburgh, 1967.
16. Tahka V. The Patient Doctor Relationship. ADIS Health Science Press, Sydney, 1984.

17. Joint Commission International, Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition, USA, 2007.
18. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE. Professionalism and Medicine's Social Contract. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 2000;82A:1189.
19. The Royal College of Physicians. Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World. The Royal College of Physicians, 2005;18.
20. Herkutanto, Protecting Patient's Rights and Safety: A Comparative Study of Recent Regulatory Reforms in Indonesia and Victoria, Master of Laws Thesis, La Trobe University, Melbourne, 2006.
21. Herkutanto, Freckelton. I, Indonesian Health Practitioners Regulation. *Law in Context, Special Edition: Regulating Health Practitioners*, The Federation Press, New South Wales, 2006; 23 (2): 229-42.
22. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. Jakarta, 2004.
23. Konsil Kedokteran Indonesia, Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia. Jakarta, 2007.