

## PENINGKATAN KUALITAS PEMBUATAN *VISUM ET REPERTUM* (VER) KECEDERAAN DI RUMAH SAKIT MELALUI PELATIHAN DOKTER UNIT GAWAT DARURAT (UGD)

*IMPROVING THE QUALITY OF MEDICOLEGAL REPORTS IN HOSPITALS THROUGH  
TRAINING EMERGENCY UNITS PHYSICIANS*

**Herkutanto**

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

### ABSTRACT

**Background:** The quality of medicolegal report of living victims prepared by general physicians in Emergency Unit (EU) in hospital in Jakarta was still low. This study aimed to prove that an intervention on the cognitive (knowledge) and psychomotor (skill) aspects of the doctor could increase quality of medicolegal report writing to an acceptable standard.

**Method:** The research was an experimental study using a before-and-after test design between September and December 2004. The study population was all EU physicians who worked at 19 hospitals in Jakarta, where as the study subjects were those who received intervention in the form of guidelines and training on "The Medicolegal Report Writing with Medicolegal Orientation". Before and after the intervention, subjects were asked to write a medicolegal report using a real case and their quality score. The quality of medicolegal report was measured using a scoring technique based on 14 components in medicolegal report. The value was presented as percentage; the quality was low if it was below 50%, moderate if 50%-75% and good if more than 75%.

**Results:** 22 physicians coming from 19 hospitals in Jakarta received guidelines and attended the training on "The Medicolegal Report Writing with Medicolegal Orientation". Eleven (50%) were men and the median age was 34 years. The mean of the experience as doctor was 9,5 years and the work experience in EU was 1-21 years. Seventy-seven percents of the subjects were permanent staff of the hospital and 72.7% worked in private hospital. After the training, all subjects showed a significant increase in the post-test score ( $p < 0.001$ ) compared to the pre-test score, i.e.  $1.24 \pm 0.55$  vs.  $1.82 \pm 0.06$  for the introductory part,  $3.14 \pm 0.73$  vs.  $5.18 \pm 0.48$  for the findings part,  $2.27 \pm 2.55$  vs.  $6.52 \pm 3.17$  for the conclusion part, and 36.9% vs. 75.1% for the overall quality of medicolegal report. The quality of medicolegal report after intervention reached good quality standard.

**Conclusion:** Increased quality of medicolegal report writing of living victims to an accepted standard could be reached by an intervention in the form of guidelines and training on "The Medicolegal Report Writing with Medicolegal Orientation". The target of intervention on the cognitive and psychomotor domain was proven to be effective in increasing quality of medicolegal report.

**Keywords:** quality, medicolegal report, hospital, clinical forensic medicine

### PENGANTAR

*Visum et Repertum* (VeR) kecederaan bagi korban hidup pada dasarnya merupakan kompilasi akhir pemeriksaan medis forensik, seperti halnya pemeriksaan fisik dalam praktik kedokteran rutin. *Visum et Repertum* (VeR) sebagai alat bukti dalam proses peradilan yang tidak hanya memenuhi standar penulisan rekam medis, tetapi juga harus memenuhi hal-hal yang disyaratkan dalam sistem peradilan.<sup>1</sup> *Visum et Repertum* (VeR) merupakan produk utama pelayanan kedokteran forensik klinik

sebagai aplikasi pelayanan medis klinis pada korban kecederaan dengan melibatkan bukti-bukti forensik yang cukup. Penulisan VeR harus memenuhi suatu disain dan format tertentu karena dokumen tersebut akan digunakan sebagai alat bukti dalam proses peradilan. Unsur penting dalam VeR yang diusulkan oleh banyak ahli adalah sebagai berikut.<sup>2,3</sup>

1. Pro *Justitia*
2. Pendahuluan: tempat pemeriksaan, waktu pemeriksaan, data subjek yang diperiksa, data peminta pemeriksaan, data dokter pemeriksa.

3. Pemberitaan: anamnesis, tanda vital, luka (lokasi, jenis, karakteristik, dan ukuran), pengobatan atau perawatan yang diberikan, hasil pengobatan.
4. Kesimpulan: jenis luka, jenis kekerasan, kualifikasi luka.
5. Penutup

Di berbagai rumah sakit karena adanya keterbatasan jumlah ahli forensik, dalam praktiknya pelayanan tersebut lebih banyak diisi oleh dokter yang belum memiliki kompetensi memadai di bidang medikolegal.<sup>4</sup> Dalam penelitian pendahuluan tahun 1999-2000 terhadap 977 VeR korban hidup di 38 rumah sakit (RS) di Jakarta tampak bahwa sebagian besar VeR di berbagai RS masih berkualitas rendah.<sup>5</sup> Semua VeR tersebut ditulis oleh dokter umum yang bekerja di Unit Gawat Darurat (UGD) RS tersebut.

Faktor kelembagaan 'RS' ternyata berhubungan bermakna dengan kualitas penulisan VeR. Penelitian tersebut menemukan bahwa kualitas VeR 1,5 kali lebih baik di RS swasta dan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) dibandingkan dengan RS pemerintah dan militer. Dokter di RS yang sudah terakreditasi dan RS pendidikan, menghasilkan VeR 2,7 kali dan 3,8 kali lebih baik secara berturut-turut dibandingkan RS yang belum terakreditasi dan RS nonpendidikan. Dokter di RS besar yang diukur dari jumlah dokter spesialis tamu >50 orang, jumlah dokter umum tetap >25 orang, jumlah pasien UGD >1000 orang, dan jumlah pasien rawat jalan >10.000 orang per bulan, menghasilkan VeR dengan kualitas 1,6-2,0 kali lebih baik dibandingkan RS kecil. Status dokter UGD sebagai 'pegawai tetap', adanya pegawai administrasi dan unit organisasi khusus, dapat meningkatkan kualitas VeR sampai 2 kali lebih baik. Namun, terlepas dari faktor kelembagaan RS, dokter yang membuat VeR tanpa format baku tercetak justru menghasilkan kualitas VeR 5,9 kali lebih baik. Dari studi ini disimpulkan bahwa pengetahuan dan keahlian dokter pemeriksa berperan penting untuk menghasilkan VeR berkualitas baik.

Seperti diketahui, kompetensi seorang profesional meliputi pengetahuan (kompetensi intelektual, kemampuan memecahkan masalah, dan penerapan yang sesuai), keterampilan (psikomotor dan kualitas kinerja sebenarnya), serta sikap dan kepedulian terhadap kenyamanan klien.<sup>6</sup> Demikian juga halnya dengan tenaga medik. Jika dilihat dari kondisi di atas, maka upaya intervensi untuk meningkatkan kualitas penulisan VeR yang merupakan bagian dari pelayanan

medikolegal RS dan harus ditujukan untuk peningkatan keterampilan tenaga medis (sumber daya manusia) tanpa mengubah status RS atau merombak struktur didalamnya.

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan bahwa aspek kognitif (pengetahuan) dan psikomotor (keterampilan) dokter umum UGD agar lebih berperan dalam meningkatkan kualitas penulisan VeR pada korban hidup dengan intervensi terhadap kedua aspek tersebut.

## **BAHAN DAN CARA PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan studi eksperimental dengan desain *before-and-after test* di Departemen Ilmu Kedokteran Forensik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI)/RS Cipto Mangunkusumo (RSCM), Jakarta pada bulan September–Desember 2004. Populasi penelitian adalah dokter yang bekerja pada UGD di RS Jakarta. Subjek penelitian adalah dokter UGD yang mengikuti pelatihan "Penyusunan VeR dengan Orientasi Medikolegal" dan telah menjadi dokter minimal satu tahun. Subjek direkrut dengan mengacak RS tempat mereka bekerja dan mengirimkan undangan agar mengikuti pelatihan bagi direktur RS yang bersangkutan. Rumah sakit yang telah mempekerjakan dokter spesialis forensik untuk pelayanan medikolegal tidak diikutsertakan dalam penelitian ini.

Subjek penelitian diminta membuat VeR berdasarkan kasus nyata yang telah dipersiapkan sebelumnya dan melihat kecederaan pada korban melalui foto-foto yang dibuat dengan standar fotografi forensik.<sup>7</sup> Hasil penilaian kualitas VeR yang dibuat sebelum pelatihan ini berlaku sebagai nilai *pre-test*. Setelah itu, subjek penelitian memperoleh buku pedoman "Penyusunan VeR dengan Orientasi Medikolegal" dan pelatihan yang berupa ceramah, kerja kelompok, dan diskusi, yang dilaksanakan selama empat jam. Setelah pelatihan berakhir, subjek penelitian diminta kembali membuat VeR dengan kasus yang sama seperti pada *pre-test*. Hasil penilaian kualitas VeR setelah pelatihan berlaku sebagai nilai *post-test*.

Kualitas VeR diukur dengan metode skoring yang telah dikembangkan dalam penelitian pendahuluan dan disempurnakan oleh *peer-group* Departemen Ilmu Kedokteran Forensik FKUI atau RSCM.<sup>8</sup> Terdapat 14 variabel yang dinilai dan terdiri dari 5 variabel bagian pendahuluan, 6 variabel bagian pemberitaan, dan 3 variabel bagian kesimpulan. Masing-masing variabel diberi skor antara 0-2 sesuai dengan definisi operasional berikut.

**Tabel 1. Pengukuran Kualitas VeR Berdasarkan Skor dari Masing-Masing Variabel**

| Variabel                  | Skor 0  | Skor 1  | Skor 2  |
|---------------------------|---|---|---|
| <b>Bagian Pendahuluan</b> |   |   |   |
| 1. Tempat pemeriksaan     | tidak dicantumkan tempat pemeriksaan sama sekali  | hanya dicantumkan salah satu, nama rumah sakit atau institusi pemeriksa atau bagian atau instalasi tempat pemeriksaan saja                            | mencantumkan dengan lengkap nama rumah sakit atau institusi pemeriksa dan bagian atau instalasi secara lengkap                          |
| 2. Waktu pemeriksaan      | tidak mencantumkan waktu pemeriksaan sama sekali  | hanya mencantumkan tanggal, bulan, dan tahun pemeriksaan saja tanpa mencantumkan jam pemeriksaan  | mencantumkan dengan lengkap tanggal, bulan, dan tahun pemeriksaan serta jam pemeriksaan   |
| 3. Data subjek            | tidak mencantumkan data subjek yang diperiksa sama sekali                               | hanya mencantumkan salah satu unsur saja (nama saja, jenis kelamin saja, umur saja, alamat saja)  | mencantumkan dua unsur atau lebih (nama, jenis kelamin, umur, alamat)   |
| 4. Data peminta           | sama sekali tidak mencantumkan instansi dan identitas penyidik yang meminta pemeriksaan | hanya mencantumkan salah satu unsur saja (nama penyidik, atau unit atau satuan kerja penyidik)  | mencantumkan dua unsur (nama penyidik, dan unit atau satuan kerja penyidik)   |
| 5. Data pemeriksa         | tidak mencantumkan nama dokter yang melakukan pemeriksaan sama sekali                   | hanya mencantumkan nama dokter saja   | mencantumkan dua unsur (nama dokter, kualifikasi dan atau jabatan dokter)   |
| <b>Bagian pemberitaan</b> |   |   |   |
| 6. Anamnesis              | tidak mencantumkan anamnesis atau alloanamnesis   | hanya mencantumkan salah satu unsur saja (informasi tentang riwayat biomekanika trauma atau keluhan korban saat ini)                                  | mencantumkan dua unsur (informasi tentang biomekanika trauma dan keluhan korban saat ini)   |
| 7. Tanda vital            | tidak mencantumkan tanda-tanda vital sama sekali  | hanya mencantumkan salah satu unsur tanda vital saja (tingkat kesadaran, pernafasan, sirkulasi tubuh, dan suhu)                                       | mencantumkan dua atau lebih unsur tanda vital (tingkat kesadaran, pernafasan, sirkulasi tubuh, dan suhu)                                |
| 8. Lokasi luka            | tidak mencantumkan lokasi luka sama sekali  | Hanya mencantumkan regio luka saja  | Mencantumkan regio luka dan sisi luka atau koordinat  |
| 9. Karakteristik luka     | tidak mencantumkan karakteristik luka sama sekali                                       | mencantumkan hanya satu karakteristik luka  | mencantumkan dua atau lebih karakteristik luka  |
| 10. Ukuran luka           | tidak mencantumkan ukuran luka sama sekali  | mencantumkan ukuran luka secara kualitatif  | mencantumkan luka secara kuantitatif  |
| 11. Terapi                | tidak mencantumkan pengobatan dan perawatan sama sekali                                 | hanya menyebutkan secara singkat saja bahwa telah dilakukan pengobatan dan atau perawatan, tanpa memerinci jenis tindakan pengobatan dan perawatan    | mencantumkan secara lengkap jenis pengobatan dan perawatan yang diberikan serta hasil pengobatan dan tindak lanjutnya                   |
| <b>Bagian Kesimpulan</b>  |   |   |   |
| 12. Jenis luka            | tidak mencantumkan jenis luka sama sekali   | mencantumkan jenis luka secara tidak lengkap, dimana masih ada luka-luka lain yang terdapat pada bagian pemberitaan yang belum dicantumkan            | mencantumkan jenis luka secara lengkap, yang meliputi seluruh luka yang terdapat pada bagian pemberitaan                                |
| 13. Jenis kekerasan       | tidak mencantumkan kesimpulan jenis kekerasan   | mencantumkan jenis kekerasan dengan cara deksripsi yang tidak benar, atau tidak lengkap untuk semua jenis luka yang terdapat dalam bagian pemberitaan | mencantumkan jenis kekerasan dengan cara deksripsi yang benar dan lengkap untuk semua jenis luka yang terdapat dalam bagian pemberitaan |
| 14. Kualifikasi luka      | tidak mencantumkan kualifikasi luka sama sekali   | mencantumkan kualifikasi luka, tetapi tidak menggunakan rumusan dalam Pasal 351, 352, dan 90 KUHP   | mencantumkan kualifikasi luka dengan menggunakan rumusan dalam Pasal 351, 352, dan 90 KUHP  |

Setelah masing-masing variabel mendapat skor, kemudian dilakukan penghitungan nilai skor rata-rata dan pembobotan. Pembobotan dilakukan dengan cara mengalikan nilai skor rata-rata dengan suatu faktor pengali, sebagai berikut: 'skor rata-rata bagian pendahuluan dikalikan 1', 'skor rata-rata bagian pemberitaan dikalikan 3', dan 'skor rata-rata bagian kesimpulan dikalikan 5'. Nilai kualitas VeR merupakan jumlah nilai dari kelompok variabel 1, 2, dan 3 dibagi bobot total dikalikan dengan 100%. Kualitas VeR buruk bila nilai persentase (< 50%), sedang (50%-75%), dan baik (>75%).

Data karakteristik subjek penelitian ditampilkan secara deskriptif, sedangkan uji perbandingan nilai kualitas VeR sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) intervensi dilakukan dengan *Wilcoxon's signed rank test*. Analisis statistik dilakukan dengan bantuan perangkat lunak SPSS versi 10.05. Nilai p dianggap bermakna bila < 0,05.

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam tahap penelitian ini, sebanyak 22 dokter umum dari 19 RS umum di DKI Jakarta bersedia datang mengikuti pelatihan dan menjadi subjek penelitian. Rerata lama menjadi dokter adalah 9,5 tahun dan pengalaman bekerja di UGD bervariasi, antara < 1 tahun sampai 21 tahun (Tabel 1). Sebagian besar dokter berusia < 45 tahun dengan puncak usia 30-35 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa RS cenderung merekrut dokter yang masih muda untuk bekerja di UGD. Rentang waktu "lama menjadi dokter" dan "pengalaman kerja di UGD" yang paralel menunjukkan bahwa rekrutmen dokter UGD terjadi saat dokter baru tersebut menyelesaikan studi S1 dan tidak membutuhkan prasyarat pengalaman menjadi dokter sebelumnya.

Sebagian besar dokter (77,3%) merupakan pegawai tetap RS, sedangkan sisanya adalah pegawai kontrak. Semua subjek penelitian merupakan pegawai sipil dan 72,7% diantaranya bekerja di RS swasta.

Secara keseluruhan dapat dilihat bahwa intervensi dalam penelitian ini dapat meningkatkan skor kualitas VeR secara bermakna pada semua subjek (Tabel 2). Ini menunjukkan efektivitas intervensi dalam memperbaiki aspek kognitif dan psikomotor subjek penelitian dalam penyusunan VeR.

Permasalahan dalam pembuatan VeR luka telah ditengarai sejak zaman Hindia Belanda ketika Tjokronegoro mengemukakan bahwa menulis VeR luka merupakan hal yang rumit, namun dianggap sepiantas lalu seolah-olah merupakan hal yang mudah.<sup>9</sup> Hal ini cukup menimbulkan kontroversi dengan penegak hukum karena VeR luka yang tidak memenuhi syarat, khususnya pada bagian kesimpulan. Kontroversi antara dokter dan penegak hukum (polisi, jaksa, hakim) telah terjadi sejak 1935-1947 karena adanya kelemahan ketentuan hukum Hindia Belanda (salah tafsir VeR). Salah satu penyebabnya adalah dualisme kompetensi dalam pelayanan medikolegal saat itu. Dualisme kompetensi terjadi karena pelayanan medikolegal dilakukan oleh kelompok dokter yang mendapat pendidikan forensik dan yang tidak mendapatkan pendidikan forensik. Tidak semua dokter yang bekerja di Indonesia sebelum 1942 memahami tentang Ilmu Kedokteran Forensik (IKF), tetapi tetap dipekerjakan dan dianggap mengetahui IKF oleh penegak hukum. Lulusan dokter Indonesia mendapat pelajaran teori dan praktik kedokteran forensik, tetapi tidak demikian dengan yang bukan lulusan Indonesia.

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian (n=22)

| Jenis kelamin              | Laki-laki: 11 orang (50%)<br>Perempuan: 11 orang (50%) |
|----------------------------|--|
| Umur, median               | 34 tahun   |
| Minimum                    | 24 tahun   |
| Maksimum                   | 53 tahun   |
| Rerata lama menjadi dokter | 9,5 tahun (2-28 tahun)                                 |
| Rerata pengalaman di UGD   | 3,8 tahun (0-21 tahun)                                 |

Tabel 2. Perbedaan Skor *Pre-Test* dan *Post-Test* pada Semua Subjek

| Variabel           | <i>Pre-Test</i> |       | <i>Post-Test</i> |       | Nilai p |
|--------------------|-----------------|-------|------------------|-------|---------|
|                    | Rerata          | SD    | Rerata           | SD    |         |
| Bagian Pendahuluan | 1,24            | 0,55  | 1,82             | 0,06  | <0,001  |
| Bagian Pemberitaan | 3,14            | 0,73  | 5,18             | 0,48  | <0,001  |
| Bagian Kesimpulan  | 2,27            | 2,55  | 6,52             | 3,17  | <0,001  |
| Skor Total         | 36,92           | 14,85 | 75,08            | 18,91 | <0,001  |

Ada kelemahan mendasar pada pelayanan VeR karena Pemerintah Hindia Belanda tidak mewajibkan dokter-dokter tersebut untuk mengikuti pelatihan forensik melalui ujian. Proporsi dokter yang tidak belajar forensik lebih besar daripada dokter yang belajar forensik, sedangkan untuk dokter yang mendapat pelajaran forensik perhatiannya lebih tercurah pada tugas klinis, sehingga hasil penulisan VeR lebih berorientasi klinik daripada orientasi medikolegal.

Keadaan ini pun berlanjut setelah kemerdekaan, ketika dokter asing melakukan kontrak jangka pendek dengan pemerintah Indonesia juga tidak dicek kemampuan medikolegalnya. Terdapat perbedaan mendasar antara tujuan ilmu kedokteran forensik dan ilmu kedokteran umum. Tugas ilmu kedokteran forensik adalah menentukan hubungan kausal dalam suatu tindak pidana yang menyebabkan kecederaan atau gangguan kesehatan dan sama sekali tidak bertujuan untuk menyembuhkan. Adapun bagi ilmu kedokteran umum mempunyai tujuan untuk menyembuhkan. Cara berpikir dan bertindak juga berbeda antara ilmu kedokteran forensik. Hal ini dikarenakan fenomena klinis yang tidak berhubungan dengan penyembuhan penyakit, tidak akan diperhatikan. Di sini perlu ditekankan pentingnya peran tenaga medis (atau paramedis) di UGD untuk menyadari adanya kepentingan hukum pada pasien yang ditanganinya.

Kelangkaan dokter forensik menyebabkan banyak tindakan kedokteran forensik dilakukan oleh dokter tanpa kompetensi yang cukup. Hal yang memprihatinkan bahwa pihak penegak hukum (polisi, jaksa, hakim) menerima apapun kesimpulan VeR yang dibuat secara "seadanya" sebagai suatu kebenaran. Kondisi ini berkaitan dengan lemahnya peraturan tentang pembuatan VeR yang menyebabkan banyaknya kesalahan pembuatan VeR pada periode tahun 1939–1946. Oleh karena itu, perlu dilakukan intervensi berupa pengembangan pedoman-pedoman<sup>10</sup> dan pelatihan-pelatihan, mengingat korban kekerasan umumnya banyak ditemui dalam praktik umum. Untuk itu, maka ilmu kedokteran forensik klinik perlu dipertimbangkan agar dapat dimasukkan dalam kurikulum pendidikan dokter.<sup>11</sup>

Dari aspek hukum, VeR dikatakan baik apabila substansi yang terdapat dalam VeR tersebut dapat memenuhi delik rumusan dalam KUHP. Sebagai contoh, untuk kasus penganiayaan diatur dalam Pasal 351, 352, dan 90 KUHP yang mencantumkan tiga tingkatan kualifikasi luka, yaitu luka ringan, sedang, dan berat. Namun dalam praktik sehari-hari, seorang dokter sering mengalami kerancuan

dan kebingungan dalam penentuan kualifikasi luka ringan dan sedang, sedangkan untuk luka berat dapat dikatakan lebih mudah karena rumusan yang terdapat dalam Pasal 90 KUHP telah mengatur dengan jelas.

Strategi utama penelitian ini adalah dengan mengubah perilaku dokter dalam melakukan pemeriksaan medik forensik dan menyusun VeR. Salah satu upaya untuk mengubah perilaku dokter dalam melaksanakan profesinya adalah dengan pendekatan edukatif-persuasif, walaupun pendekatan ini hanya menghasilkan peningkatan domain kognitif saja.<sup>12</sup> Pemilihan strategi intervensi dalam penelitian ini didasarkan pada pendekatan epidemiologis,<sup>13</sup> yaitu rendahnya kualitas VeR di Jakarta. Dalam pendekatan ini, sasaran intervensi adalah domain kognitif peserta dengan fokus tujuan mencari peningkatan kompetensi di dalam pengambilan keputusan klinis. Strategi intervensi dalam pendekatan ini adalah pengembangan panduan berdasarkan bukti dan kursus-kursus.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa buku pedoman dan pelatihan mampu meningkatkan kualitas penyusunan VeR ke nilai standar. Ini membuktikan bahwa strategi intervensi yang dipilih efektif untuk meningkatkan kemampuan penulisan VeR. Penelitian ini menggunakan desain pelatihan *real-life problem solving*,<sup>14</sup> dengan penyampaian materi melalui demonstrasi, studi kasus, pengajaran terpimpin, pendalaman kelompok, tugas baca dan diskusi, serta penelusuran informasi. Desain pelatihan ini bertujuan untuk membantu peserta dalam memecahkan masalah aktual sehari-hari yang dialami secara nyata. Peserta dapat belajar dengan baik bila mereka bekerja pada contoh-contoh kasus yang biasa dihadapi setiap hari, sehingga aplikasi di lapangan dapat lebih sesuai.

Pedoman praktik adalah pernyataan-pernyataan yang disusun secara sistematis untuk memberikan informasi dalam membuat keputusan klinis.<sup>15</sup> Penyusunan suatu pedoman harus didasarkan pada bukti-bukti (*evidence-based guidelines*) dan bukan didasarkan pada *subjective judgment* atau konsensus.<sup>16</sup> Sejak diperkenalkannya *evidence-based medicine* di awal tahun 1990-an,<sup>17</sup> banyak pedoman berbasis bukti telah disusun sebagai upaya memberikan dasar ilmiah yang lebih kuat untuk praktik klinis, serta untuk mencapai konsistensi, efisiensi, efektivitas, kualitas, dan keamanan dalam pelayanan medik.<sup>18</sup> Buku-buku yang memuat informasi tentang teknik penyusunan VeR sebenarnya telah banyak ditulis oleh *peer-group* IKF di Indonesia, baik sebagai bagian dari buku ajar,<sup>19</sup> maupun berupa buku khusus tentang VeR.<sup>20</sup>

Namun, tidak ada buku pedoman yang dikeluarkan dengan dukungan kebijakan pemberlakuannya di berbagai RS di Indonesia. Ini berarti, kebijakan pemberlakuan pedoman mutlak diperlukan demi peningkatan kualitas VeR.

Hal lain yang turut mempengaruhi perilaku dokter adalah masalah insentif. Di negara-negara maju, insentif untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan telah menjadi agenda pembicaraan yang hangat.<sup>21</sup> Implementasi pedoman berbasis bukti bahkan dijadikan salah satu daya tarik untuk memperoleh insentif atas kinerja dokter.<sup>22</sup> Di Indonesia, masalah pembiayaan pelayanan medikolegal belum menjadi prioritas untuk dibicarakan, namun tidak tertutup kemungkinan untuk dijadikan pertimbangan baik oleh penyedia jasa kesehatan dan praktisi hukum.

Penilaian terhadap tingkat pengetahuan yang telah dicapai seorang tenaga kesehatan merupakan komponen penting dalam program pelatihan pelayanan kesehatan. Seorang tenaga profesional dapat dianggap '*proficient*' secara klinis hanya jika ia memperlihatkan 'kompetensi' dalam *clinical setting* yang sebenarnya. Suatu cara untuk menilai apakah seorang tenaga kesehatan memenuhi persyaratan pengetahuan yaitu dengan mengamati kinerja tenaga kesehatan tersebut dalam *clinical setting* yang sebenarnya.<sup>23</sup> Hal tersebut karena diperlukan biaya yang mahal dan tidak efisien untuk dilakukan, maka pada sebagian besar keadaan, pengetahuan dinilai dengan cara lain, yaitu melalui kuis tertulis, tes, dan ujian. Sistem skoring VeR dalam penelitian ini hampir sama dengan ujian tertulis yang sewaktu-waktu dapat dilakukan untuk menilai kualitas pembuatan VeR di RS.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Intervensi dari penelitian ini berupa pemberian buku pedoman dan pelatihan "Penyusunan VeR dengan Orientasi Medikolegal" agar dapat meningkatkan kualitas VeR kecederaan pada korban hidup. Strategi intervensi berdasarkan pendekatan epidemiologis dengan sasaran domain kognitif dan psikomotor telah dapat dibuktikan bisa mengubah perilaku dokter untuk melakukan pemeriksaan medik dalam konteks proses hukum (medikolegal). Ke depan, buku pedoman "Penyusunan VeR dengan Orientasi Medikolegal" perlu segera diberlakukan di RS dengan atau tanpa pelatihan rutin, demi peningkatan kualitas pelayanan VeR secara khusus dan pelayanan medikolegal secara umum di RS.

## KEPUSTAKAAN

1. Ranson, D. The Forensic Medical Examination. In: Ranson D, editor. Forensic Medicine and the Law. Melbourne University, Press. Melbourne. 1996:119-27.
2. Briggs, C., Leigh, M. The Legal Wiewpoint. In: Foy MA, Fagg PS, Editors. Medicolegal Reporting in Orthopaedic Trauma. Churcill Livingstone. London. 1996.
3. Plueckhahn, V.D., Cordner, S.M. Chapter 15. The Examination and Interpretation of Injuries. In: Plueckhahn VD, Cordner SM, editors. Ethics, Legal Medicine and Forensic Pathology. 2nd Ed. Melbourne University Press. Melbourne. 1991:214-30.
4. Lynch, V.A. Forensic Nursing in the Emergency Department: a New Role for the 1990s. Crit Care Nurs Q.1991;14(3):69-86.
5. Herkutanto. Kualitas Visum Et Repertum (VeR) Perlukaan di Jakarta dan Faktor yang Mempengaruhinya. Majalah Kedokteran Indonesia. 2004;54(9):355-61.
6. Ilott, I., Murphy, R. Success and Failure in Professional Education: Assessing the Evidence. Whurr Publishers, Ltd. London. 1999.
7. Wells, D. Injury Interpretation Study Guide. Monash Distance Education. Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Monash University. Melbourne.1999.
8. Herkutanto. Pemberlakuan Pedoman Pembuatan Visum et Repertum (VeR) Korban Hidup dan Trauma-Related Injury Severity Score (TRISS) untuk Meningkatkan Kualitas VeR. Disertasi. Universitas Indonesia. Jakarta. 2005.
9. Tjokronegoro, S. Beberapa Kekurangan dan Tjatjat dalam Perundang-Undangan Warisan Pemerintah Hindia Belanda Jang Sekarang Masih Berlaku, Ditilik dari Sudut Ilmu Kedokteran Kehakiman. Majalah Kedokteran Indonesia.1965;1(Istimewa):11-12.
10. Lipskin, B.A., Field, K.S. Death Investigation and Examination. Medicolegal Guidelines and Checklists. The Forensic Sciences Foundation Press. Colorado. 1983.
11. Davies, N. Clinical Forensic Medicine Needs To Become Part Of The Syllabus. BMJ. 2003;326:1038.
12. Muchtar, A. Pemberlakuan Pedoman Klinik Antibiotika Profilaksis Bedah di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta. Dampak Terhadap Pengetahuan, Sikap, Perilaku

- Dokter Bedah; Efek Terhadap Penderita; dan Kendala Penerapan. Disertasi. Universitas Indonesia. Jakarta. 2003.
13. Grol, R. Beliefs and Evidence In Changing Clinical Practice. *BMJ*.1997;315(7105):418-21.
  14. Silberman, M.L. Active Training. Lexington Books. San Diego.1990.
  15. Weingarten, S. Translating Practice Guidelines Into Patient Care. *Guidelines at the Bedside*. *Chest*.2000;118:4S-7S.
  16. Eddy, D.M. Practice Policies: Where Do They Come From?. *JAMA*.1990;264(9):1265-75.
  17. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A New Approach To Teaching The Practice of Medicine. *JAMA*.1992;268(17):2420-5.
  18. Timmermans, S., Mauck, A. The Promise And Pitfalls of Evidence-Based Medicine. *Health Aff*.2005;24(1):18-28
  19. Budiyanto, Ad. Ilmu Kedokteran Forensik. Bagian Ilmu Kedokteran Forensik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 1997.
  20. Soekanto, S., Herkutanto, Sampurna, B. *Visum Et Repertum: Teknik Penyusunan dan Pemerian*. Ind Hill-Co. Jakarta. 1987.
  21. Rosenthal, M.B. Fernandopulle R, Song HSR, Landon B. Paying for Quality: Provider's Incentives For Quality Improvement. *Health Aff*. 2004;23(2):127-41.
  22. Garber, A.M. Evidence-Based Guidelines as a Foundation for Performance Incentives. *Health Aff*. 2005;24(1):174-9.
  23. Stiggins, R.J. Assessment of Knowledge In The Evaluation of Clinical Competence. In: Morgan MK, Irby DM, editors. *Evaluating Clinical Competence in the Health Professions*. The CV Mosby Company. Saint Louis. 1978.