

**KREDENSIAL TENAGA MEDIS DI FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT LANJUT DI INDONESIA****Sugondo¹, Zuhriyatus Saidah², Esti Aditya Dewi³, M. Khoirul Anwar⁴, Novy
Trianasari⁵, Mira Veranita⁶**^{1,2,3,4,5,6}Universitas Adhirajasa Reswara SanjayaEmail: sugondo296@gmail.com¹, u_c13_gorunt@yahoo.com²,
estiadityadewi@gmail.com³, irul.anwar031@gmail.com⁴, novytrianasariapt@gmail.com⁵,
mirave2198@gmail.com⁶**Abstrak**

Kasus kegagalan proses kredensial, seperti terlihat dalam kasus dokter gadungan, menunjukkan adanya kebutuhan untuk mengevaluasi dan memperbaiki sistem kredensial di rumah sakit. Dalam konteks ini, penelitian ini akan mengkaji peran dan implementasi kredensial dalam mengukur dan memastikan kompetensi staf medis di rumah sakit di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih baik tentang efektivitas dan tantangan dalam implementasi kredensial di rumah sakit Indonesia. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi untuk perbaikan dan penguatan sistem kredensial guna meningkatkan kualitas layanan medis dan keselamatan pasien di rumah sakit.

Kata kunci: Kredensial Tenaga Medis, Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut, Indonesia**Abstract**

Cases of failed credentialing processes, as seen in the case of fake doctors, demonstrate the need to evaluate and improve the credentialing system in hospitals. In this context, this research will examine the role and implementation of credentials in measuring and ensuring the competency of medical staff in hospitals in Indonesia. This research aims to provide a better understanding of the effectiveness and challenges in implementing credentialing in Indonesian hospitals. In addition, it is hoped that the results of this research can provide recommendations for improving and strengthening the credentialing system to improve the quality of medical services and patient safety in hospitals.

Keywords: Medical Personnel Credentials, Health Facilities Advanced Level, Indonesia**PENDAHULUAN**

Pada pertengahan awal tahun 2023, kasus dokter gadungan menjadi sorotan nasional di Indonesia, Seorang warga Surabaya, berinisial S, didakwa akibat aksi penipuan karena berpura-pura sebagai dokter dan bekerja di RS BUMN terkenal di Surabaya selama dua tahun

How to cite:	Sugondo, Zuhriyatus Saidah, Esti Aditya Dewi, M. Khoirul Anwar, Novy Trianasari, Mira Veranita (2023), Kredensial Tenaga Medis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut di Indonesia, (5) 12, https://doi.org/10.46799/syntax-idea.v5i12.2704
E-ISSN:	2684-883X
Published by:	Ridwan Institute

lebih (Murniati & Santoso, 2016), (S. R. Sihotang, n.d.), (Murtiningtias et al., 2022). Dalam menjalankan aksinya, ybs mencuri identitas, data, dan dokumen milik dokter asli asal Bandung, Jawa Barat untuk melamar di salah satu rumah sakit milik Badan Usaha Milik Negara (BUMN) tersebut. Berkaitan dengan hal tersebut, pihak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengatakan bahwa proses verifikasi dari rumah sakit sebelum merekrut tenaga kesehatan (nakes) penting untuk dilakukan demi memastikan kompetensi sesuai dengan surat atau sertifikat yang dilampirkan.

Terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah klaim terhadap dokter dan rumah sakit yang terkait dengan kelalaian tindakan medik dokter. Dari 98.609 kejadian yang tidak di harapkan yang terjadi di rumah sakit di new york pada tahun 1984 ternyata 27.179 di antaranya merupakan kelalaian medis. Leape, dkk melakukan penelitian terhadap tipe kesalahan medis. dari 1.133 pasien yang cedera akibat tindakan medis, komplikasi medika mentosaadalah bentuk yang sering dijumpai (19%) dibandingkan dengan komplikasi teknis (13%). kelalaian terkait pembedahan terkait lebih sedikit (17%) dibandingkan dengan tindakan non bedah (37%). proporsi kelalaian di bidang diagnostic cukup tinggi (75%). sedangkan di bidang terapeutik, proporsi kelalaian prosedur *non invasive* adalah 77%. untuk mencegah terjadinya potensi klaim akibat tindakan medis, setiap rumah sakit harus mengembangkan strategi system kredensial yang adekurat (Leape et al., 1991).

Rumah sakit diakui merupakan institusi yang sangat kompleks dan berisiko tinggi (*high risk*), terlebih dalam kondisi lingkungan regional dan global yang sangat dinamis perubahannya (Arifuddin et al., 2022), (Zulkifli et al., 2014), (Lossa, n.d.). Salah satu pilar pelayanan medis adalah *clinical governance*, dengan unsur staf medis yang dominan. Direktur rumah sakit bertanggung jawab atas segala sesuatu yang terjadi di rumah sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Salah satu upaya rumah sakit dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya untuk menjaga keselamatan pasiennya adalah dengan menjaga standar dan kompetensi para staf medis yang akan berhadapan langsung dengan para pasien di rumah sakit. Upaya ini dilakukan dengan cara mengatur agar setiap pelayanan medis yang dilakukan terhadap pasien hanya dilakukan oleh staf medis yang benar-benar kompeten. Kompetensi ini meliputi dua aspek, kompetensi profesi medis yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan, dan perilaku profesional, serta kompetensi fisik dan mental. Walaupun seorang staf medis telah mendapatkan brevet spesialisasi dari kolegium ilmu kedokteran yang bersangkutan, namun rumah sakit wajib melakukan verifikasi kembali keabsahan bukti kompetensi seseorang dan menetapkan kewenangan klinis untuk melakukan pelayanan medis dalam lingkup spesialisasi tersebut, hal ini dikenal dengan istilah credentialing.

Keberadaan staf medis dalam rumah sakit merupakan suatu keniscayaan karena kualitas pelayanan rumah sakit sangat ditentukan oleh kinerja para staf medis dirumah sakit tersebut. Yang lebih penting lagi kinerja staf medis akan sangat mempengaruhi keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk itu rumah sakit perlu menyelenggarakan tata kelola klinis

(clinical governance) yang baik untuk melindungi pasien. Hal ini sejalan dengan amanat peraturan perundang-undangan yang terkait dengan kesehatan dan perumahnya sakit. Institusi Rumah Sakit melalui Komite medis memiliki kewajiban melaksanakan proses kredensial Tenaga Medis yang bertujuan untuk melindungi keamanan dan kualitas pelayanan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam studi ini adalah studi kasus multiple yang melibatkan beberapa rumah sakit di Indonesia. Responden yang terlibat dalam penelitian ini mencakup dokter, pemilik rumah sakit, pengelola rumah sakit, dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam proses kredensial. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan analisis dokumen untuk mendapatkan data kualitatif, sementara survei dan analisis statistik digunakan untuk mengumpulkan data kuantitatif. Untuk analisis data, dilakukan analisis tematik untuk data kualitatif dan analisis statistik deskriptif untuk data kuantitatif. Langkah-langkah penelitian melibatkan pengumpulan data melalui wawancara dengan key informants, observasi proses kredensial, dan survei kepada tenaga kesehatan. Analisis data kualitatif dilakukan dengan menggunakan pengkodean tematik, analisis isi, dan triangulasi data. Sementara itu, analisis data kuantitatif melibatkan pengolahan dan analisis data survei menggunakan perangkat lunak statistik. Hasil dari kedua jenis data tersebut kemudian diintegrasikan untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif terkait dengan topik penelitian ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Definisi Kredensial Di Rumah Sakit

Kredensial adalah proses evaluasi (memeriksa dokumen dari pelamar), wawancara, dan ketentuan lain sesuai dengan kebutuhan rumah sakit yang dilakukan rumah sakit terhadap seorang tenaga medis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut untuk periode tertentu. Dokumen kredensial adalah dokumen yang dikeluarkan oleh badan resmi untuk menunjukkan bukti telah dipenuhinya persyaratan seperti ijazah dari fakultas kedokteran, surat tanda registrasi, izin praktik, *fellowship*, atau bukti pendidikan dan pelatihan yang telah mendapat pengakuan dari organisasi profesi kedokteran (Novitri & Rany, 2022). Dokumen dokumen ini harus diverifikasi ke sumber utama yang mengeluarkan dokumen tersebut atau *website* verifikasi ijazah Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi. Dokumen kredensial dapat juga diperoleh dari rumah sakit, perorangan, badan hukum yang terkait dengan riwayat profesional, atau riwayat kompetensi dari pelamar seperti surat rekomendasi, semua riwayat pekerjaan sebagai tenaga medis di tempat kerja yang lalu, catatan asuhan klinis yang lalu, riwayat kesehatan, dan foto. Dokumen ini akan diminta rumah sakit sebagai bagian dari proses kredensial dan ijazah serta STR harus diverifikasi ke sumber utamanya. Syarat untuk

verifikasi kredensial disesuaikan dengan posisi pelamar. Sebagai contoh, pelamar untuk kedudukan kepala departemen/unit layanan di rumah sakit dapat diminta verifikasi terkait jabatan dan pengalaman administrasi di masa lalu. Juga untuk posisi tenaga medis di rumah sakit dapat diminta verifikasi riwayat pengalaman kerja beberapa tahun yang lalu.

Rumah sakit menyelenggarakan proses kredensial yang seragam dan transparan bagi tenaga medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri (Wahid et al., 2023). Proses credentialing ini dilakukan dengan dua alasan utama. Alasan pertama, banyak faktor yang mempengaruhi kompetensi setelah seseorang mendapatkan sertifikat kompetensi dari kolegium. Perkembangan ilmu di bidang kedokteran untuk suatu pelayanan medis tertentu sangat pesat, sehingga kompetensi yang diperoleh saat menerima sertifikat kompetensi bisa kedaluarsa, bahkan dapat dianggap sebagai tindakan yang tidak aman bagi pasien. Selain itu, lingkup suatu cabang ilmu kedokteran tertentu senantiasa berkembang dari waktu ke waktu sehingga suatu tindakan yang semula tidak diajarkan pada penerima brevet pada periode tertentu, dapat saja belakangan diajarkan pada periode selanjutnya, bahkan dianggap merupakan suatu kemampuan yang standar. Hal ini mengakibatkan bahwa sekelompok staf medis yang menyandang sertifikat kompetensi tertentu dapat saja memiliki lingkup kompetensi yang berbeda-beda.

Alasan kedua, keadaan kesehatan seseorang dapat saja menurun akibat penyakit tertentu atau bertambahnya usia sehingga mengurangi keamanan pelayanan medis yang dilakukannya. Kompetensi fisik dan mental dinilai melalui uji kelaikan kesehatan baik fisik maupun mental. Tindakan verifikasi kompetensi profesi medis tersebut oleh rumah sakit disebut sebagai mekanisme credentialing, dan hal ini dilakukan demi keselamatan pasien.

Tindakan verifikasi kompetensi ini juga dilakukan pada profesi lain untuk keamanan kliennya. Misalnya kompetensi profesi penerbang (pilot) yang senantiasa diperiksa secara teratur dalam periode tertentu oleh perusahaan penerbangan. Setelah seorang staf medis dinyatakan kompeten melalui suatu proses kredensial, rumah sakit menerbitkan suatu izin bagi yang bersangkutan untuk melakukan serangkaian pelayanan medis tertentu di rumah sakit tersebut, hal ini dikenal sebagai kewenangan klinis (*clinical privilege*). Tanpa adanya kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut seorang staf medis tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.

Luasnya lingkup kewenangan klinis (*clinical privilege*) seseorang dokter spesialis/dokter gigi spesialis dapat saja berbeda dengan koleganya dalam spesialisasi yang sama, tergantung pada ketetapan komite medik tentang kompetensi untuk melakukan tiap pelayanan medis oleh yang bersangkutan berdasarkan hasil proses kredensial. Dalam hal pelayanan medis seorang staf medis membahayakan pasien maka kewenangan klinis (*clinical privilege*) seorang staf medis dapat saja dicabut sehingga tidak diperkenankan untuk melakukan pelayanan medis tertentu di lingkungan rumah sakit tersebut. Pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tersebut dilakukan melalui prosedur tertentu yang melibatkan komite medik.

Kewajiban rumah sakit untuk menetapkan kewenangan klinis (clinical privilege) tersebut telah diatur dengan tegas dalam peraturan perundang-undangan tentang perumahsakitannya bahwa setiap rumah sakit wajib menyusun dan melaksanakan hospital bylaws, yang dalam penjelasan peraturan perundang-undangan tersebut ditetapkan bahwa setiap rumah sakit wajib melaksanakan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance) (E. Sihotang, 2014). Hal ini harus dirumuskan oleh setiap rumah sakit dalam peraturan staf medis rumah sakit (medical staff bylaw) antara lain diatur kewenangan klinis (clinical privilege). Kelemahan rumah sakit dalam menjalankan fungsi kredensial akan menimbulkan tanggung jawab hukum bagi rumah sakit dalam hal terjadi kecelakaan pelayanan medis.

Hubungan hukum antara dokter dan rumah sakit dimana dokter dalam melakukan praktik atau pekerjaan dalam penyelenggaraan Rumah Sakit dengan kewajiban memiliki Surat Ijin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, memiliki Surat Penugasan (clinical appointment) yang diterbitkan oleh Direktur Rumah dan bekerja sesuai dengan kewenangan klinis (clinical privilege) yang ditetapkan Direksi Rumah Sakit. Hubungan hukum yang timbul antara kedua pihak yang mempunyai hak dan kewajiban masing-masing dan harus dilaksanakan/ditaati yang berlandaskan pada standar profesi. Hal ini dasari pada Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada Pasal 7 ayat (1) dan Pasal 12 ayat (1), (2) dan (3) yang secara implisit menjelaskan bahwa Rumah Sakit membutuhkan sumber daya manusia yaitu tenaga kesehatan dalam menjalankan pelayanan kesehatan yang terdiri dari tenaga medis, tenaga penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian dan tenaga non kesehatan seperti tenaga manajemen Rumah Sakit. Kemudian didalam Pasal 13 ayat (1) yang menyatakan bahwa, "Tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit wajib memiliki Surat Izin Praktik sesuai dengan peraturan perundang-undangan." Sedangkan Rumah Sakit memberikan sarana prasarana serta fasilitas untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan (Maya et al., 2023a).

Untuk memenuhi kebutuhan staf medis di rumah sakit dalam rangka meningkatkan pelayanan rumah sakit memerlukan penambahan staf medis. Kepala/direktur rumah sakit menentukan kebutuhan dan penambahan staf medis. Komite medik dapat diminta oleh kepala/direktur rumah sakit untuk melakukan kajian kompetensi calon staf medis.

Pelaksanaan Kredensial Di Rumah Sakit

Mekanisme kredensial dan rekredensial dirumah sakit adalah tanggung jawab komite medik yang dilaksanakan oleh subkomite kredensial (Herkutanto, 2009), (Kitta, 2021). Proses kredensial tersebut dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil, obyektif, sesuai dengan prosedur, dan terdokumentasi. Dalam proses kredensial, subkomite kredensial melakukan serangkaian kegiatan termasuk menyusun tim mitra bestari, dan melakukan penilaian kompetensi seorang staf medis yang meminta kewenangan klinis tertentu. Selain itu subkomite kredensial juga menyiapkan berbagai instrumen kredensial yang disahkan kepala/direktur rumah sakit.

Instrumen tersebut paling sedikit meliputi kebijakan rumah sakit tentang kredensial dan kewenangan klinis, pedoman penilaian kompetensi klinis, formulir yang diperlukan (Runggandini, 2023). Pada akhir proses kredensial, komite medik menerbitkan rekomendasi kepada kepala /direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis. Proses kredensial harus dibedakan dari penerimaan staf medic untuk bekerja di RS. Selama ini terdapat kesalahpahaman bahwa kredensial adalah penilaian kualifikasi dokter ketika berlangsung proses penerimaan staf medik baik sebagai pegawai maupun sebagai dokter mitra.

Selanjutnya pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit juga mewajibkan penyelenggara untuk melakukan Pengelolaan Klinik, sebagaimana dirumuskan pada Pasal 36 Undang-Undang Rumah Sakit bahwa: “Setiap Rumah Sakit harus menyelenggarakan tata kelola Rumah Sakit yang baik (good corporate governance) dan tata kelola klinis yang baik (good clinical governance).”

Dalam menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis rumah sakit yang baik, setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital bylaws); peraturan organisasi Rumah Sakit (corporate bylaws) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (medical staff bylaw/MSBL). Di dalam peraturan staf medis Rumah Sakit (medical staff bylaw/MSBL) diatur Rincian Kewenangan Klinis (Clinical Privilege) yang dibuat oleh Komite Medik. Komite Medik merupakan perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (clinical governance) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis. Melalui kredensial, tenaga medis dapat ditetapkan layak atau tidak untuk memiliki kewenangan klinis dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kemudian hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (clinical appointment). Rumah Sakit harus mencantumkan persyaratan kerja seperti Surat Izin Praktek/SIP, Surat Tanda Registrasi/STR, Rincian Kewenangan Klinis/RKK, dan Surat Penugasan Klinis/SPK ke dalam perjanjian kerja (Maya et al., 2023b).

Apabila proses kredensial dilakukan secara efektif, maka dipastikan dapat menurunkan risiko adverse events pada pasien dengan meminimalkan kesalahan terapi yang diberikan oleh dokter spesialis yang memegang kewenangan klinis tertentu di Rumah Sakit tersebut (Maya et al., 2023b).

Mekanisme Kredensial Dan Pemberian Kewenangan Klinis Bagi Staf Medis Di Rumah Sakit

Kepala/direktur rumah sakit menetapkan berbagai kebijakan dan prosedur bagi stafmedis untuk memperoleh kewenangan klinis dengan berpedoman pada peraturan internal

staf medis (medical staff bylaws). Selain itu Kepala/direktur rumah sakit bertanggung jawab atas tersedianya berbagai sumber daya yang dibutuhkan agar kegiatan ini dapat terselenggara.

Untuk melaksanakan kredensial dibutuhkan beberapa instrumen, antara lain daftar rincian kewenangan klinis untuk tiap spesialisasi medis, daftar mitra bestari yang merepresentasikan tiap spesialisasi medis, dan buku putih (white paper) untuk setiap pelayanan medis. Setiap rumah sakit mengembangkan instrumen tersebut sesuai dengan kebutuhannya.

Secara garis besar tahapan pemberian kewenangan klinis yang harus diatur lebih lanjut oleh rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Staf medis mengajukan permohonan kewenangan klinis kepada Kepala/direktur Rumah Sakit dengan mengisi formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah disediakan rumah sakit dengan dilengkapi bahan-bahan pendukung.
2. Berkas permohonan staf medis yang telah lengkap disampaikan oleh Kepala/direktur rumah sakit kepada komite medik.
3. kajian terhadap formulir daftar rincian kewenangan klinis yang telah diisi oleh pemohon.
4. Dalam melakukan kajian subkomite kredensial dapat membentuk panel atau panitia ad-hoc dengan melibatkan mitra bestari dari disiplin yang sesuai dengan kewenangan klinis yang diminta berdasarkan buku putih (white paper).
5. Subkomite kredensial melakukan seleksi terhadap anggota panel atau panitia ad-hoc dengan mempertimbangkan reputasi, adanya konflik kepentingan, bidang disiplin, dan kompetensi yang bersangkutan.
6. Pengkajian oleh subkomite kredensial meliputi elemen:
 - a. kompetensi:
 - 1) berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang untuk itu;
 - 2) kognitif;
 - 3) afektif;
 - 4) psikomotor.
 - b. kompetensi fisik;
 - c. kompetensi mental/perilaku;
 - d. perilaku etis (ethical standing).
7. Kewenangan klinis yang diberikan mencakup derajat kompetensi dan cakupan praktik.
8. Daftar rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege) diperoleh dengan cara:
 - a) menyusun daftar kewenangan klinis dilakukan dengan meminta masukan dari setiap Kelompok Staf Medis.
 - b) mengkaji kewenangan klinis bagi Pemohon dengan menggunakan daftar rincian kewenangan klinis (delineation of clinical privilege).

- c) mengkaji ulang daftar rincian kewenangan klinis bagi staf medis dilakukan secara periodik.
- 9. Rekomendasi pemberian kewenangan klinis dilakukan oleh komite medik berdasarkan masukan dari subkomite kredensial.
- 10. Subkomite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis yang mengajukan permohonan pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis (clinical appointment), dengan rekomendasi berupa:
 - a) kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b) kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c) kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d) kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e) kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi;
 - f) kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- 11. Bagi staf medis yang ingin memulihkan kewenangan klinis yang dikurangi atau menambah kewenangan klinis yang dimiliki dapat mengajukan permohonan kepada komite medik melalui kepala/direktur rumah sakit. Selanjutnya, komite medic menyelenggarakan pembinaan profesi antara lain melalui mekanisme pendampingan (proctoring).
- 12. Kriteria yang harus dipertimbangkan dalam memberikan rekomendasi kewenangan klinis:
 - a. pendidikan:
 - 1) lulus dari sekolah kedokteran yang terakreditasi, atau dari sekolah kedokteran luar negeri dan sudah diregistrasi;
 - 2) menyelesaikan program pendidikan konsultan.
 - b. Perizinan (lisensi):
 - 1) memiliki surat tanda registrasi yang sesuai dengan bidang profesi;
 - 2) memiliki izin praktek dari dinas kesehatan setempat yang masih berlaku.
 - c. Kegiatan penjagaan mutu profesi:
 - 1) menjadi anggota organisasi yang melakukan penilaian kompetensi bagi anggotanya;
 - 2) berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi mutu klinis.
 - d. Kualifikasi personal:
 - 1) riwayat disiplin dan etik profesi;
 - 2) keanggotaan dalam perhimpunan profesi yang diakui;
 - 3) keadaan sehat jasmani dan mental, termasuk tidak terlibat penggunaan obat terlarang dan alkohol, yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan terhadap pasien;
 - 4) riwayat keterlibatan dalam tindakan kekerasan;
 - 5) memiliki asuransi proteksi profesi (professional indemnity Insurance).

e. Pengalaman dibidang keprofesian:

- 1) riwayat tempat pelaksanaan praktik profesi;
- 2) riwayat tuntutan medis atau klaim oleh pasien selama menjalankan profesi.

13. Berakhirnya kewenangan klinis . Kewenangan klinis akan berakhir bila surat penugasan klinis (clinical appointment) habis masa berlakunya atau dicabut oleh kepala/direktur rumah sakit. Surat penugasan klinis untuk setiap staf medis memiliki masa berlaku untuk periode tertentu, misalnya dua tahun. Pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap staf medis yang bersangkutan. Proses rekredensial ini lebih sederhana dibandingkan dengan proses kredensial awal sebagaimana diuraikan di atas karena rumah sakit telah memiliki informasi setiap staf medis yang melakukan pelayanan medis di rumah sakit tersebut.

14. Pencabutan, perubahan/modifikasi, dan pemberian kembali kewenangan klinis. Pertimbangan pencabutan kewenangan klinis tertentu oleh kepala/direktur rumah sakit didasarkan pada kinerja profesi dilapangan, misalnya staf medis yang bersangkutan terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental. Selain itu, pencabutan kewenangan klinis juga dapat dilakukan bila terjadi kecelakaan medis yang diduga karena inkompetensi atau karena tindakan disiplin dari komite medik. Namun demikian, kewenangan klinis yang dicabut tersebut dapat diberikan kembali bila staf medis tersebut dianggap telah pulih kompetensinya. Dalam hal kewenangan klinis tertentu seorang staf medis diakhiri, komite medik akan meminta subkomite mutu profesi untuk melakukan berbagai upaya pembinaan agar kompetensi yang bersangkutan pulih kembali. Komite medik dapat merekomendasikan kepada kepala/direktur rumah sakit pemberian kembali kewenangan klinis tertentu setelah melalui proses pembinaan.

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.

Di masa mendatang di Indonesia, Kredensial yang mengarah pada pemberian kewenangan klinis yang lebih rinci (“declination of clinical privilege”) pada proses tersebut, kompetensi dokter untuk setiap jenis tindakan media di 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 tentukan akan menurunkan jumlah klaim pasien terhadap dokter dan rumah sakit.

Permasalahan Pelaksanaan Kredensial Tenaga Kesehatan Di Indonesia

Dalam pelaksanaannya di rumah sakit, proses kredensial sering kali tidak berjalan dengan sempurna dikarenakan beberapa hal dibawah ini:

1. Mispersepsi tentang konsep kredensial: pada penelitian Herkutanto, tahun 2009 terlihat bahwa proses kredensial mispersepsi 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 di rumah sakit.

2. Adanya Benturan Kepentingan Pemilik Dengan Pengelola: Dalam pelaksanaan manajemen kerumahsakitian terjadi perbedaan persepsi dan orientasi antara pemilik dengan pengelola. Pemilik selaku komisaris hanya berorientasi pada profit. Dalam pandangan pemilik rumah sakit beroperasi untuk mendapatkan keuntungan, artinya prinsip nirlaba hanya sebagai slogan. Sedangkan pengelola menginginkan rumah sakit beroperasi untuk memberikan pelayanan medis yang optimal bagi masyarakat dengan memaksimalkan peran seluruh elemen struktural rumah sakit agar kepercayaan masyarakat terus meningkat. Benturan kepentingan ini berimbas pada manajemen struktur rumah sakit salah satunya komite medik yang melaksanakan fungsi kredensial (PURWANINGSIH, 2013).
3. Kurangnya Pengetahuan tentang Standarisasi Proses Kredensial: Kebutuhan standarisasi aturan dan instrumen kredensial merupakan usaha untuk mengurangi subjektivitas kolega pada proses kredensial. standarisasi proses kredensial mengacu pada tugas Subkomite Kredensial Komite Medik yang tercantum Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/Iv /2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit.
4. Penggunaan Dokumen Palsu: Adanya risiko penggunaan dokumen palsu atau informasi yang tidak akurat dalam proses kredensial. Ini dapat membahayakan keamanan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan. Upaya penegakan hukum terhadap praktik kedokteran ilegal yang dilakukan oleh dokter palsu ini adalah menggunakan hukum pidana (penal) dan non penal. Non penal artinya secara preventif yaitu pencegahan sebelum terjadinya kejahatan yang lebih ditekankan dengan mengadakan sosialisasi atau pelatihan di bidang kesehatan khususnya praktik kedokteran dan dokter palsu terhadap masyarakat (Ngabehi, 2015).

KESIMPULAN

Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (clinical privilege) yang bertujuan untuk memastikan bahwa dokter tersebut memiliki kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh rumah sakit.

Kewajiban dan tanggung jawab rumah sakit dalam melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (hospital bylaws); peraturan organisasi Rumah Sakit (corporate bylaws) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (medical staff bylaw/MSBL) terkait proses kredensial adalah sebuah keharusan. Pemberian pelayanan medis oleh tenaga medis yang bukan kompetensinya berpotensi menimbulkan kesalahan berupa kelalaian dan secara hukum rumah sakit harus bertanggung jawab atas kesalahan tersebut. Model kredensial ini bertumpu

pada tiga proses yaitu: (a) Praktisi medis melakukan aplikasi *clinical privilege* dengan metode *selfassessment*. (b) Mitra bestari mengkaji dan memberikan persetujuan aplikasi berdasarkan buku putih (*white paper*) yang memuat syarat seorang dokter melakukan tindakan medis tertentu. (c) Rumah sakit menerbitkan *clinical appointment* berdasarkan rekomendasi dari mitra bestari.

Beberapa kendala dalam pelaksanaan proses kredensial tenaga medis di Indonesia diantaranya, Mispersepsi tentang konsep kredensia, Adanya Benturan Benturan Kepentingan Pemilik Dengan Pengelola, Kurangnya Pengetahuan tentang Standarisasi Proses Kredensial, dan Penggunaan Dokumen Palsu.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifuddin, A., Rochmiyati, S., Nur, A. F., Dyastuti, N. E., & Arifuddin, H. (2022). Peranan Clinical Governance terhadap Penjaminan Mutu Rumah Sakit: Sistematis Review. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 8(2), 84–96.
- Herkutanto, H. (2009). Profil Komite Medis di Indonesia dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerjanya dalam Menjamin Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 12(01).
- Kitta, P. (2021). *Implementasi Peraturan Internal Rumah Sakit Oleh Komite Medik dalam Peningkatan Tata Kelola Klinis yang Baik di Rumah Sakit (Doctoral dissertation, Universitas Hasanuddin)*.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 377–384.
- Lossa, C. (n.d.). Tanggung Jawab Hukum RSUD Tora Belo Kabupaten Sigi Terhadap Pelayanan Kesehatan Masyarakat. *Katalogis*, 4(6).
- Maya, F., Sarwo, B., & Wibowo, D. B. (2023a). Juridical Study of the Work Relations Between Doctors and Hospitals in the Implementation of Health Services. *SOEPR*, 9(1), 116–136.
- Maya, F., Sarwo, B., & Wibowo, D. B. (2023b). Juridical Study of the Work Relations Between Doctors and Hospitals in the Implementation of Health Services. *SOEPR*, 9(1), 116–136.
- Murniati, L., & Santoso, S. P. (2016). Implementasi Hospital Bylaws Di Rumah Sakit Santo Antonio Baturaja Setelah Berlakunya Permenkes Nomor: 755/Menkes/Per/Iv/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit. *SOEPR*, 2(2), 143–153.

Sugondo, Zuhriyatus Saidah, Esti Aditya Dewi, M. Khoirul Anwar, Novy Trianasari, Mira Veranita

Murtiningtias, F., Ibrahim, H. Z., & Ridwan, M. R. M. (2022). Perjanjian Kerjasama Antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dengan Rsup Dr. Mohammad Hoesin Dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan. *Lex Lata*, 3(1).

Ngabehi, A. H. (2015). *Penegakan Hukum Pidana Terhadap Praktik Kedokteran Ilegal Yang Dilakukan Oleh Dokter Palsu (Doctoral Dissertation, Fakultas Hukum)*.

Novitri, L., & Rany, N. (2022). Analisa Proses Kredensial Untuk Penerbitan Surat Penugasan Klinis (Spk) Dan Rincian Kewenangan Klinis (Rkk) Tenaga Kesehatan Lainnya Di Rsd Arifin Achmad Tahun 2022. *Prosiding Forum Ilmiah Tahunan (FIT) IAKMI*.

Purwaningsih, D. (2013). *Implementasi Hospital By Laws Pada Rumah Sakit Umum Daerah Yang Berbentuk Badan Layanan Umum (Doctoral dissertation, Universitas Islam Indonesia)*.

Runggandini, S. A. (2023). BAB 2 Pelayanan Medis Rumah Sakit. *Administrasi Rumah Sakit*, 13.

Sihotang, E. (2014). *Prinsip hukum dalam tata kelola rumah sakit*. Menara Madinah.

Sihotang, S. R. (n.d.). Pelaksanaan Patient Safety Aspek Tujuh Langkah berdasarkan Peran Komite Medik di Rumah Sakit Islam Nahlahatul Ulama Demak. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(1).

Wahid, R. A. H., Lepangkari, J. S., & Wardani, T. S. (2023). *Manajemen Rumah Sakit*. Pustaka Baru Press.

Zulkifli, Z., Widjanarko, B., & Widagdo, L. (2014). Analisis Media Audio terhadap Perubahan Perilaku Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada Petugas Laboratorium Kesehatan Kota Banjar. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 218–225.

Copyright Holder:

Sugondo, Zuhriyatus Saidah, Esti Aditya Dewi, M. Khoirul Anwar, Novy Trianasari, Mira Veranita (2023)

First publication right:

Syntax Idea

This article is licensed under:

