

PUSAT KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN

*KOMPILASI MATERI  
BLENDED LEARNING  
PENGEMBANGAN RESIDEN*

---

Manajemen Kebijakan Residen dalam Era  
Jaminan Kesehatan Nasional

Yogyakarta, 2014

## MANAJEMEN RESIDEN DALAM ERA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL:

# Apakah Residen dapat menjadi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)? Bagaimana sistem kompensasinya?

*Blended Learning* di bulan Maret 2014  
Seminar di tanggal 16 April 2014 di Yogyakarta

## Latar Belakang

Tanggal 1 Januari 2014, BPJS sudah beroperasi dan Jaminan Kesehatan Nasional memulai era baru.

Dalam konteks tenaga kesehatan yang melayani, di berbagai negara lain misal Amerika Serikat dan Australia, residen merupakan tulang punggung pelayanan yang didanai oleh jaminan kesehatan. Sementara itu di Indonesia, peran residen masih belum jelas, apakah sebagai siswa atau sebagai pekerja (hasil diskusi ASM 2013). Pertanyaan yang sangat sering dikemukakan adalah:

- Apakah jumlah dokter spesialis cukup untuk menangani pelayanan kesehatan di layanan sekunder dan tersier?
- Bagaimana posisi dan peran Residen dalam program Jaminan Kesehatan Nasional?
- Bagaimanakah hak dan kewajiban residen, termasuk hak untuk dibayar?
- Bagaimanakah posisi hukum seorang residen?

Pada ASM 2013 (bulan Maret 2013) telah diselenggarakan pertemuan awal mengenai peran dan posisi residen, yang kemudian dilanjutkan dengan pertemuan di FK UI. Ada beberapa hal yang dapat dicatat dari pertemuan tersebut dan perkembangan terbaru yang terkait, termasuk kasus residen dr A yang dihukum pidana 10 bulan oleh Mahkamah Agung.

### A. Fakta-fakta yang terjadi saat ini.

#### 1. Pendidikan residen cenderung menempatkan residen sebagai peserta didik

. Pelaksanaan program pendidikan dokter spesialis di Indonesia saat ini dilakukan di RS pendidikan dan RS jejaring di bawah koordinasi fakultas kedokteran. Penerapan pendidikan dan pelatihan residen dilakukan berdasarkan UU Pendidikan Nasional sehingga disebut sebagai '*university based*'. Pendekatan lain yang banyak diterapkan di beberapa negara adalah pendekatan '*hospital based*' yaitu pendidikan dokter spesialis diserahkan pengelolaannya kepada rumah sakit dengan koordinasi dari kolegium spesialis terkait.

Dengan penerapan program pendidikan dokter spesialis '*university based*', sejarah pendidikan residen lebih kuat penekanan sebagai peserta didik (mahasiswa), bukan sebagai pekerja rumah sakit. Residen dalam hal ini harus membayar SPP ke universitas, dan belum mendapat hak sebagai pekerja khususnya pembayaran yang

jelas dari rumahsakit pendidikan utama/jaringan tempat bekerja kecuali pelayanan di berbagai rumahsakit yang memang membutuhkan residen.

- 2. Dalam konteks pendidikan ini, jumlah residen yang masuk ke RS Pendidikan tidak dihitung berdasarkan kebutuhan.**

Akibatnya terjadi keadaan dimana tidak ada hubungan antara jumlah pasien di RS Pendidikan utama dengan jumlah residen. Hal ini menyebabkan tidak berfungsinya residen sebagai tenaga kerja rumahsakit yang ditetapkan berdasarkan kebutuhan.

- 3. Hubungan dengan Fakultas Kedokteran, dengan penerapan program pendidikan dokter spesialis yang 'university based' di Indonesia, peran RS pendidikan tetap sangat besar walaupun tidak bertanggung jawab langsung pada mutu pendidikan.**

Saat ini, tanggung jawab langsung berada di universitas (Fakultas Kedokteran). Dengan demikian situasi yang terjadi adalah residen dapat dilihat dari dua sisi yaitu universitas (FK) dan RS Pendidikan. Telah banyak dilakukan pengembangan di dalam proses pendidikan di FK. Namun di lain sisi, di RS Pendidikan penataan residen belum banyak ditangani. Residen tetap dianggap sebagai siswa, bukan staf medis RS. Sementara itu, kebutuhan residen (yang sudah kompeten) sebagai pekerja RS semakin tinggi, termasuk untuk BPJS dan usaha pemerataan pelayanan rumahsakit. Di negara lain, residen dianggap sebagai tenaga medis di RS dengan hak dan kewajibannya.

- 4. Walaupun masih banyak dianggap sebagai mahasiswa, secara *de-facto* residen telah bekerja.**

Sebagai gambaran di RS Pendidikan, operasi yang membutuhkan tenaga dokter spesialis anestesi, dikerjakan oleh residen anestesi tanpa kehadiran dosen pendidik di ruang operasi. Demikian juga berbagai pendidikan residen menempatkan residen sebagai pelaku utama pelayanan.

- 5. Selain dalam pelayanan, para residen selama ini juga berperan dalam pendidikan dokter di RS pendidikan dan RS jejaring, yaitu melalui pembimbingan untuk mahasiswa kedokteran yang sedang menjalankan rotasi pendidikan klinik di RS.**

Tugas pembimbingan ini memang menjadi tugas utama para staf pengajar konsultan di masing-masing tempat. Residen berperan besar dalam pendidikan dokter karena berkesempatan untuk berinteraksi dengan para ko asisten dalam kegiatan sehari-hari.

- 6. Posisi penting residen dalam pelayanan ini ternyata belum diimbangi dengan kejelasan aspek hukum.**

Dalam kasus dr. A yang dituntut dan dihukum secara pidana posisi residen sangat memprihatinkan. Terlepas dari tepat atau tidak tepatnya penuntutan pidana, dr. A dan dua orang residen lain dihukum, sementara itu dosen penanggung-jawabnya dapat memperoleh SP3, dan mampu menghentikan penyidikan. Pihak Fakultas Kedokteran dan RS Pendidikan yang terkait dengan dr. A juga tidak terlihat bertanggung-jawab

atas kejadian tersebut. Setelah mengalami proses panjang, dr. A dan rekan bebas dari tuntutan hukum. Kasus ini menjadi pembelajaran menarik untuk kita semua.

## **B. Bagaimana penanganan residen ke depannya?**

Sehubungan dengan penerapan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan penetapan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia, kebutuhan akan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang terstandarisasi meningkat. Jumlah spesialis di Indonesia tidak cukup untuk melayani pasien yang dibayar oleh BPJS dan non-BPJS. Oleh karena itu residen semakin dibutuhkan untuk pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional. Mengingat peran residen dalam pelayanan kesehatan selama ini, ada beberapa hal yang harus dipikirkan di masa mendatang, yaitu:

1. Perlunya residen dimasukkan dalam penyedia layanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional;
2. Perlunya proses penjaminan kualitas yang terjaga melalui credential residen yang berasal dari FK untuk dinilai di RS Pendidikan secara personal dan supervisi yang sistematis, serta kepastian posisi hukum;
3. Residen perlu untuk mendapatkan renumerasi dari pendanaan oleh BPJS.

Berbagai hal tersebut telah didukung secara hukum oleh UU Pendidikan Kedokteran. Dalam UU tersebut, residen bukan mahasiswa biasa namun mahasiswa khusus yang berhak mendapat hak, termasuk insentif, namun juga mempunyai kewajiban layaknya seorang pekerja profesional. Kewajiban dan tanggung jawab residen dalam pendidikan dokter dan pelayanan kesehatan di rumah sakit juga perlu disertai diskursus tentang hak para residen yaitu hak untuk mendapatkan perlindungan hukum dan hak untuk mendapatkan imbal jasa (renumerasi).

Posisi residen di fungsi pendidikan dan pelayanan serta hak dan kewajibannya, perlu ditelaah. Apakah *credential* di RS diperlukan bagi residen? Bagaimana prosesnya dapat dilakukan? Apakah residen berhak mendapatkan renumerasi dalam pelaksanaan perannya sebagai pendidik dan penyedia pelayanan kesehatan? Sejauh mana tanggung jawab residen saat terjadi *medical mishaps* dari kasus yang dikelola? Akankan dokter spesialis konsultan bebas dari pertanggungjawaban atas tindakan yang dilakukan residen?

## **C. Pertanyaan praktis yang timbul: Apakah Residen dapat menjadi Dokter Penanggung Jawab Pasien?**

Dokter spesialis konsultan adalah dokter penanggung jawab pasien (DPJP), termasuk di RS Pendidikan. Berdasarkan Permenkes, seluruh tanggung jawab termasuk tanggung jawab hukum akan berada di tangan RS dan DPJP. Dalam hal ini ada beberapa rumahsakit yang menjadi tempat residen bekerja, yaitu:

1. RS Pendidikan Utama
2. RS Pendidikan Jaringan
3. RS yang membutuhkan

Beberapa pertanyaan:

### 1. Apakah Residen dapat menjadi DPJP di RS Pendidikan Utama?

Secara konseptual, DPJP di RS Pendidikan Utama adalah para spesialis. Namun faktanya, tidak semua spesialis berada di bangsal, di ruang periksa, ataupun di ruang operasi. Sebagai gambaran jumlah dokter spesialis anestesi ataupun bedah tidak mampu menangani seluruh operasi yang dilakukan. Dokter spesialis pendidik sering merangkap bekerja di luar RS Pendidikan. Sebagai catatan, UU Praktek Kedokteran memperbolehkan dokter spesialis praktek di tiga tempat.

Salah satu pertanyaan praktisnya: apakah residen anestesi di ruang operasi yang tidak didampingi secara fisik oleh spesialis anestesi merupakan DPJP? Jika bukan DPJP, apakah dokter spesialis anestesi yang DPJP namun tidak berada di ruangan akan bertanggung-jawab secara keseluruhan termasuk aspek hukum pidana dan perdata, serta administratifnya? Bagaimana dengan jasa profesi yang ada di dalam INA-CBG. Apakah akan diberikan penuh ke residen, atau sebagian besar, atau sebagian kecil, atau tidak sama sekali?

### 2. Apakah Residen dapat menjadi DPJP di RS Pendidikan Jaringan dan di RS yang membutuhkan?

Selain berada di RS Pendidikan Utama, residen juga mendapatkan penugasan ke RS jejaring atau RS lain pada suatu tahap tertentu, terutama pada saat tahap mandiri. Dalam kerangka penugasan ini, residen dianggap sebagai tenaga dokter spesialis yang dapat membantu secara penuh proses pelayanan di RS tersebut. Meskipun residen melaksanakan peran pelayanan kesehatan yang besar, proses pelayanan tersebut merupakan bagian dari proses pendidikan. Dalam proses pendidikan yang umumnya terdiri dari tahap awal, tahap menengah dan tahap mandiri, residen memperoleh supervisi secara bertingkat dari para dokter spesialis konsultan di RS pendidikan.

Apakah residen ini yang berada di tempat jauh dapat menjadi DPJP? Dalam konteks ini, memang residen dapat memiliki tanggung jawab penuh dalam pengelolaan pasien sesuai dengan penugasan yang diterimanya (*clinical appointment*) dari RS. Kemudian, hal yang masih dipertanyakan yaitu apakah residen dapat bertanggung jawab penuh secara hukum bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan (*medical mishaps*).

### Catatan penting tentang Standar Rumah Sakit Pendidikan Utama

Saat ini berbagai RS Pendidikan sedang bekerja keras untuk memenuhi standar JCI sebagai rumahsakit akademik. Dalam standar tersebut, pendidikan kedokteran dan penelitian klinis sangat penting untuk upaya organisasi dalam meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien (JCI 2013). Dengan demikian standar JCI perlu diperhitungkan dalam diskusi mengenai bisa tidaknya DPJP untuk residen.



## Tujuan Workshop

---

**Berdasarkan latar belakang tersebut, ada beberapa tujuan Workshop, diantaranya:**

1. Tercapainya pemahaman tentang predikat DPJP dan implikasi hukumnya untuk residen yang bekerja di RS Pendidikan Utama dan RS Pendidikan Jaringan/yang membutuhkan;
2. Tercapainya pemahaman tentang kewajiban Residen di RS Pendidikan Utama dan Jaringan, termasuk *credential* dan *clinical appointment*-nya;
3. Tercapainya pemahaman tentang hal residen dalam penerimaan jasa profesi di sistem Jaminan Kesehatan Nasional.
4. Menyusun Rencana Tindak Lanjut dan Usulan Kebijakan bagi pemerintah untuk Pengembangan Residen dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

**Siapa yang diharapkan menjadi peserta dalam Workshop ini? Diharapkan peserta workshop adalah kelompok yang mewakili:**

- RS Pendidikan Utama
- RS Pendidikan Jaringan
- RS tempat bekerja Residen
- Kantor Regional BPJS
- Pejabat Dinas Kesehatan/Kementrian Kesehatan
- Tim Konsultan

## Minggu 0: 10 – 14 Maret 2014

### Persiapan

Penanggung-jawab: Team hard-ware dari PKMK.



## Pengantar

Pelaksanaan blended-workshop ini membutuhkan kesiapan lembaga peserta untuk mengikuti kegiatan tersebut. Agar prosesnya nanti berjalan lancar, perlu dilakukan persiapan baik untuk pesertanya maupun persiapan peralatan teleconference dan penguasaan teknologi Webinar.

Langkah-langkah Kegiatan:

Peserta adalah dari RS Mitra A dalam program Sister Hospital, dan dari kelompok umum yang mengikuti.

Persiapan bagi RS Mitra A dalam Sister Hospital:

1. Persiapan RS Mitra A dan FK untuk menjadi peserta (harapannya untuk Angkatan 1 adalah Bakordik)
  - a. Peserta Workshop 7 Maret 2014 diharapkan dapat melaporkan hasil workshop sekaligus mengusulkan pada pimpinan RS Mitra A dan FK untuk menunjuk peserta;
  - b. Bagi RS Mitra A dan FK yang tidak mengirimkan peserta saat Workshop 7 Maret 2014 yang lalu, akan diminta untuk menunjuk peserta melalui surat resmi dari PKMK FK UGM.
  - c. Selain peserta, RS Mitra A dan FK diminta untuk menunjuk pegawai yang akan ditugaskan sebagai tim pendukung (IT) proses workshop.
2. Self Assessment Kondisi Awal Lembaga
  - a. Bagi peserta yang mengikuti Workshop 7 Maret 2014, diharapkan dapat melaporkan hasil self assessment kondisi awal lembaga kepada pimpinan masing-masing;
  - b. Bagi lembaga (RS Mitra A dan FK) yang tidak mengikuti Workshop 7 Maret 2014 diminta untuk melakukan self assessment kondisi awal lembaga. Formulir akan dikirimkan bersamaan dengan Surat Permohonan Peserta dari PKMK. Hasil self assesment tersebut agar dikirimkan kembali kepada PKMK.
  - c. Jika dianggap perlu, tim PKMK akan melakukan cross-check baik melalui e-mail, tele-conference, webinar/skype, atau kunjungan lapangan.
3. Persiapan peralatan teleconference
  - a. Lembaga peserta diminta untuk menyiapkan kebutuhan peralatan teleconference yang dibutuhkan.
  - b. Kebutuhan yang memerlukan dukungan anggaran yang besar, diharapkan dapat diusulkan ke lembaga masing-masing.
4. Pelatihan untuk menguasai Webinar
  - a. Sebelum tanggal 20 Maret 2014, akan dilakukan pelatihan untuk menguasai Webinar bagi tim pendukung (IT) masing-masing RS Mitra A dan FK di Yogyakarta.
  - b. Sebelum kegiatan webinar pertama, pada 20 Maret 2014 akan dilakukan gladi resik pelaksanaan webinar yang akan dipandu oleh tim PKMK FK UGM.

**Bagi para peserta umum:**

Menyiapkan peralatan telekomunikasi dan memperdalam kemampuan mengikuti Webbinar.

# Minggu 1: 17 sampai 22 Maret 2014:

## Analisis Situasi

Penanggung Jawab: Dwi Handono



### Pengantar

Dengan penerapan program pendidikan dokter spesialis yang '*university based*' di Indonesia, peran RS pendidikan tetap sangat besar walaupun tidak bertanggung jawab langsung pada mutu pendidikan. Tanggung jawab langsung berada di universitas (FK). Residen secara hukum adalah bagian dari fakultas kedokteran. Pada saat menjalani masa pendidikan, seorang residen dapat bekerja di:

1. RS Pendidikan Utama
2. RS Pendidikan Jaringan
3. RS yang meminta tenaga residen misalnya RS-RS di NTT dalam Program Sister Hospital.

Dengan demikian situasi yang terjadi adalah: Residen dapat dilihat dari dua sisi:

Sisi 1: Sebagai peserta pendidikan di universitas (FK) dan

Sisi 2: Sebagai pekerja sementara di rumahsakit pendidikan.

Di sisi RS Pendidikan penataan residen belum banyak ditangani. Residen ada kemungkinan masih dianggap sebagai siswa, bukan staf medis RS. Sementara itu kebutuhan residen (yang sudah kompeten) sebagai pekerja RS semakin tinggi, termasuk untuk BPJS dan pemerataan.

Di negara lain, residen dianggap sebagai tenaga medis di RS dengan hak dan kewajibannya. Pertanyaan kunci adalah. Apakah residen sebagai siswa atau pekerja professional?



### Tujuan Kegiatan Minggu 1:

1. Memahami situasi manajemen residen di lembaga tempat bekerja
2. Mendiskusikan berbagai isu penting dalam manajemen residen
3. Memahami perubahan sistem pembayaran dokter spesialis di JKN dan implikasinya: dari fee-for-service menjadi bulanan.
4. Melakukan identifikasi ruang untuk perubahan menuju masa depan yang lebih baik dalam manajemen residen di era JKN



### **Kegiatan Pelatihan yang dilakukan adalah:**

Bentuk pelatihan pada minggu ini terdiri dari:

- *self learning* dengan mempelajari berbagai materi yang tersedia, dan
- diskusi secara online/webinar pada hari Jum'at, ( 21/3/2014), jam 13.15 – 14.45 WIB.



### **Penugasan**

Para peserta menuliskan mengenai situasi yang terjadi:

- Pencarian Fakta 1: Bagaimana alur penanganan residen di lembaga anda?
- Pencarian Fakta 2: Bagaimana pemenuhan kebutuhan residen di RS Pendidikan Utama, dan berbagai RS jejaring lainnya?
- Pencarian Fakta 3: Proses kredensialing untuk residen
- Pencarian Fakta 4: DPJP
- Pencarian Fakta 4: Pembayaran untuk residen.

# Hasil Minggu 1 BL Residen

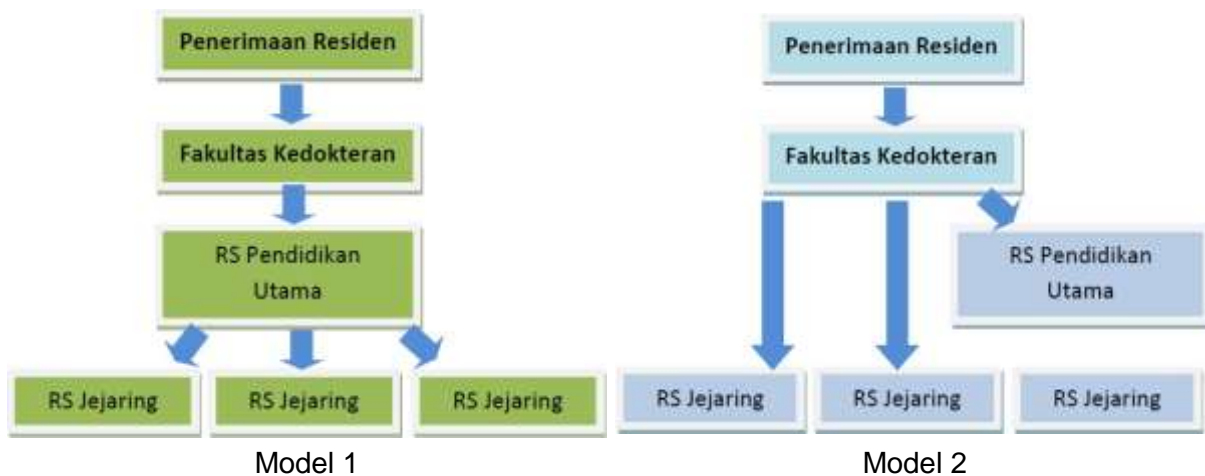


## Hasil Diskusi Webinar Blended Learning Pengembangan Residen, Jumat 21 Maret 2014

Hal-hal yang dapat disimpulkan mengenai fakta-fakta:

### Fakta 1: Alur Penanganan Residen

Ada 2 model penanganan residen, yaitu



Kedua model menunjukkan bahwa cara dokter masuk ke dalam pendidikan menjadi spesialis (menjadi residen) berdasarkan UU Pendidikan nasional adalah melalui fakultas kedokteran (universitas). Dengan demikian Indonesia menerapkan model university-based. Yang menarik dalam sistem ini adalah status residen sebagai peserta didik (yang harus membayar) ada pada fakultas kedokteran. Selanjutnya, residen dikirim ke RS Pendidikan Utama dan/atau RS Pendidikan Jaringan. Dalam pengiriman ini, mekanismenya ada 2 model, sebagai berikut:

#### **Model 1 adalah:**

Fakultas Kedokteran mengirimkan residennya ke RS Pendidikan Utama. Dari RS Pendidikan Utama, residen akan dikirim ke berbagai RS Pendidikan Jaringan atau RS yang membutuhkan. Model ini digunakan oleh RSUP Sardjito, RS Moewardi, dan RS Saiful Anwar.

#### **Model 2 adalah:**

Fakultas Kedokteran mengirimkan residen ke RS Pendidikan Utama, akan tetapi sebagian lainnya dapat dikirimkan langsung ke RS Pendidikan Jaringan. Proses ini tergantung pada Bagian-Bagian Klinik masing-masing. Model 2 ini digunakan oleh RSUP Cipto Mangunkusumo, RS Karyadi

## **Fakta 2: Pemenuhan Kebutuhan Residen di Rumah Sakit Pendidikan**

Fakta menarik dapat dikumpulkan mengenai bagaimana RS Pendidikan Utama memperoleh residen dari fakultas kedokteran. Ada beberapa dasar penghitungan jumlah residen yang dibutuhkan, antara lain:

1. Menggunakan rasio jumlah konsulen (dosen pendidik klinis) dibandingkan dengan jumlah residen, yang saat ini menggunakan rasio 1 : 5. Model ini dipakai di RSUP Dr Sardjito, RS Moewardi dan RS Saiful Anwar.
2. Menggunakan target kompetensi pada saat ujian masuk, dengan tidak mempertimbangkan kuota. Model ini digunakan di RSCM.
3. Menggunakan model negosiasi antara FK dengan RSP untuk menentukan jumlah residen yang diterima. Model ini digunakan di RS Karyadi.

## **Fakta 3. Ada dan Tidaknya Proses Credentialing untuk Residen**

Definisi credential di sini adalah:

*Is the process of initial evaluation of a new applicant based largely on historical data supplemented by the current opinions of individuals who shared in that history*  
Daniel A Lang, *Medical Staff Peer Review, Motivation and Performance in the era of Managed Care*

Menurut Prof. Herkutanto, *credential* ini dilakukan oleh Komite Medik bagi seluruh tenaga medik yang bekerja di rumahsakit.

Dalam diskusi di Webinar disebutkan bahwa:

1. Tidak ada proses kredensialing yang khusus untuk residen. Residen dibekali SIP untuk RSP dan RS Jejaring. Sistem ini dipakai di RSCM.
2. Tidak ada kredensialing khusus untuk residen. Pelaksanaan credential tergantung masing-masing prodi dan yang menentukan adalah KPS. Sistem ini digunakan di RS Karyadi.
3. Ada proses kredensialing pada saat penerimaan residen baru (seleksi masuk). Sistem ini digunakan di RS Moewardi.

Pencarian fakta berikutnya adalah ada tidaknya Clinical Privilege bagi Residen. Definisi Privileging (JCAHO) adalah:

*the process whereby a specific scope and content of patient care services (clinical privileges) are authorized for a healthcare practitioner by a healthcare organization based on evaluation of the individual's credentials and performance.*

Pemberian *Clinical Privilege* seharusnya dilakukan oleh Komite Medik untuk setiap tenaga medik.

Hasil diskusi di Webinar menyebutkan bahwa apa yang dimaksud dengan Clinical privilege adalah hal-hal dalam surat kompetensi yang dikeluarkan oleh KPS sesuai dengan tahapan pendidikan residen yang dikirimkan (RSCM, RS Moewardi,

dan RS Karyadi). Dalam hal ini tidak ada credential yang dilakukan oleh Komite Medik setiap RS Pendidikan Utama.

#### **Fakta 4: Residen sebagai DPJP**

1. Residen belum bisa menjadi DPJP apabila di RS Jejaring tersebut memiliki dokter spesialis (RS Sardjito, RSCM, RS Moewardi, RS Karyadi, dan RS Saiful Anwar). RS Moewardi tidak pernah mengirimkan residen ke RS yang tidak memiliki dokter spesialis.
2. Ketika dokter spesialis di RS Jejaring berhalangan, maka DPJP akan dipegang oleh Direktur RS. Sistem ini dilakukan di RS Karyadi.
3. Pada kasus RS tidak memiliki dokter spesialis, maka residen bisa menjadi DPJP di RS Penugasan Khusus dan Sister Hospital. Sistem ini digunakan di RSCM dan RS Saiful Anwar.

#### **Fakta 5. Insentif untuk Residen**

1. Residen yang ada di RS Pendidikan utama dan jejaring tidak mendapatkan pembayaran jasa medis. (RS Sardjito, RSCM, RS Karyadi, RS Saiful Anwar)
2. Residen mendapatkan jasa pelayanan yang besarnya tergantung kebijakan direktur RS Pendidikan Utama (RS Moewardi)
3. Residen yang dikirim Kemenkes ke RS Penugasan khusus dan sister hospital mendapatkan jasa pelayanan sesuai dengan ketentuan. (RS Saiful Anwar)
4. Di RSCM, pengiriman residen ke RS yang sudah menjalin kerjasama dengan RSCM-FKUI besaran insentif sesuai dengan kesepakatan. (RSCM)
5. Belum ada peraturan pemberian insentif kepada residen di JKN ini.

#### **Kesimpulan:**

1. Dalam pencarian fakta tersebut terlihat bahwa sistem manajemen residen belum menempatkan residen sebagai tenaga kerja medik di RS Pendidikan Utama dan Jaringan.
2. Proses Credential dan Clinical Priviledge untuk Residen belum dilakukan oleh RS Pendidikan.
3. Status sebagai DPJP masih belum jelas
4. Insentif sebagai residen belum jelas, kecuali kalau residen diperbantukan ke rumahsakit yang membutuhkan seperti di program Sister Hospital NTT.

## **Minggu 2: 24 - 28 Maret 2014:**

### **Memahami situasi manajemen residen di negara maju**

Penanggung Jawab: Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD



#### **Pengantar**

Selamat bertemu di minggu ke 2 dalam Blended Learning tentang manajemen residen. Dalam pengembangan sistem pendidikan dan pelayanan kesehatan, pertanyaan penting adalah apakah Residen merupakan siswa atau pekerja di

rumahsakit? Dalam hal ini memang ada perbedaan antara sistem di Indonesia dengan berbagai negara lain. Di Indonesia pendidikan residen merupakan program yang “university based”, sementara itu di berbagai negara merupakan “hospital based”.

Dengan demikian Residen merupakan anggota dari lembaga pendidikan di fakultas kedokteran namun dididik di rumahsakit pendidikan. Tentunya saat berada di RS Pendidikan merupakan pekerja yang mempunyai hak dan kewajiban yang jelas. Hal inilah yang menjadi masalah di Indonesia. Keadaannya tidak jelas dan saat ini sedang diperjelas dengan aturan dari UU Pendidikan Kedokteran (Pasal 31) yang intinya menyatakan bahwa mahasiswa program pendidikan dokter spesialis bukanlah siswa biasa, namun juga pekerja.

Ketika menjadi pekerja, maka pertanyaannya adalah: Dari mana pendapatan residen? Di berbagai negara jelas bahwa penghasilan berasal dari sistem jaminan kesehatan yang membutuhkan tenaga dokter yang lebih dibanding dokter umum untuk melayani masyarakat yang berhak mendapat jaminan. Dengan situasi ini maka diperlukan usaha untuk mempelajari sistem pendidikan residen di luar negeri.



## Tujuan:

1. Memahami manajemen residen di berbagai negara
  - a. Memahami hubungan kontraktual antara residen dengan RS Pendidikan.
  - b. Memahami sistem kompensasi residen
  - c. Memahami pembayaran residen dan hubungannya dengan sistem Jaminan Kesehatan.
2. Memahami Perubahan yang mungkin harus dilakukan dalam manajemen pendidikan Residen karena:
  - a. Adanya UU Pendidikan Kedokteran
  - b. Adanya kebutuhan akan dokter spesialis di seluruh Indonesia akibat adanya Jaminan Kesehatan Nasional



## Kegiatan minggu ini

1. Mencermati berbagai bahan bacaan dan web untuk memahami bagaimana pendidikan residen dilakukan di negara maju
2. Melakukan identifikasi mengenai perubahan apa yang harus dilakukan

## **Bagaimana manajemen residen di masa mendatang? Faktor-faktor apa yang mendorong perubahan?**

Pertanyaan kritis untuk RS Pendidikan di Indonesia adalah:

Apakah akan ada perubahan, ataukah akan tetap seperti yang ada di fakta-fakta saat ini.

Dalam konteks manajemen perubahan ada berbagai faktor yang mendorong untuk perubahan sistem manajemen residen di masa mendatang. Faktor-faktor pendorong tersebut antara lain:

1. **Faktor Hukum: Adanya UU Pendidikan Kedokteran.**
2. **Faktor akreditasi RS Pendidikan: JCI**
3. **Kebutuhan akan tenaga spesialis untuk menjalankan Jaminan Kesehatan Nasional yang memenuhi sila Keadilan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dalam Pancasila.**

Secara lebih rinci, penjelasannya adalah sebagai berikut:

### 1. Faktor Hukum: Adanya UU Pendidikan Kedokteran

UU Pendidikan Kedokteran menyatakan bahwa residen berhak memperoleh insentif di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran.

Isi lengkap pasal ini adalah:

Paragraf 3  
Hak dan Kewajiban Mahasiswa

Pasal 31  
(1) Setiap Mahasiswa berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum dalam mengikuti proses belajarmengajar, baik di Fakultas Kedokteran atau Fakultas Kedokteran GIGI maupun di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran;
- b. memperoleh insentif di Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran bagi Mahasiswa program dokter layanan primer, dokter spesialis-subspesialis, dan dokter gigi spesialis-subspesialis; dan
- c. memperoleh waktu istirahat sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

Insentif ini diperjelas lebih lanjut dalam Pasal Penjelasan yang berisi:

Yang dimaksud dengan “insentif” adalah imbalan dalam bentuk materi yang diberikan oleh Rumah Sakit Pendidikan dan Wahana Pendidikan Kedokteran atas jasa pelayanan medis yang dilakukan sesuai kompetensinya.

Menjadi pertanyaan menarik:

Apakah pasal-pasal ini hanya akan dibiarkan saja? Ataukah ada pemimpin di FK dan RS Pendidikan yang berani untuk melaksanakannya?

Referensi:

[http://pendidikankedokteran.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=290:kebijakan-pendidikan-kedokteran&catid=60:halaman](http://pendidikankedokteran.net/index.php?option=com_content&view=article&id=290:kebijakan-pendidikan-kedokteran&catid=60:halaman)

## 2. Faktor akreditasi RS Pendidikan: JCI

Saat ini di Indonesia sudah ada beberapa RS Pendidikan yang mendapatkan sertifikat kelulusan JCI. Namun sebagian masih berupa standar akreditasi JCI yang bukan untuk RS Pendidikan. Dalam buku baru mengenai akreditasi JCI Pendidikan, ada dua isu besar yang dinilai yaitu: (1) Standar Pendidikan Tenaga Medis; dan (2) Standar Penelitian dengan subyek manusia. Oleh karena itu akreditasi JCI sebagai RS Pendidikan, termasuk manajemen residen harus diperhatikan sebagai salah satu faktor pendorong untuk melakukan perubahan dalam mengelola residen.

### Standard Pendidikan Tenaga Medis

Berikut ini adalah daftar standard tugas. Daftar ini ditulis untuk kemudahan peserta JCI dengan tanpa mencantumkan target dan elemen pengukuran. Untuk informasi lebih jauh mengenai setiap detailnya, anda bisa melihat bagian selanjutnya dari bab ini tentang Standard, Target dan Elemen Pengukuran

1. Mereka yang bertanggung jawab atas pengaturan dan kepemimpinan di dalam organisasi RS menyetujui dan memonitor keikutsertaan organisasi RS dalam menyediakan pendidikan kesehatan.
2. Para staf profesional, pasien, teknologi, dan fasilitas harus selaras dengan maksud dan tujuan program pendidikan.
3. Anggota staf pengajar klinis harus dikenal dengan jelas, dan setiap anggota staf harus mempunyai peran dan kaitan yang jelas dengan institusi.
4. Organisasi memahami dan menyediakan frekuensi dan intensitas yang disyaratkan supervisi medis untuk setiap tipe dan level siswa kedokteran dan dokter magang.
5. Pendidikan kedokteran yang dilaksanakan harus terkoordinasi dan diatur melalui sebuah mekanisme operasional dan struktur kepemimpinan yang jelas.
6. Dokter magang harus mematuhi semua peraturan dan prosedur organisasi dan semua pelayanan medis harus dilakukan dalam parameter kualitas dan keselamatan pasien yang ditetapkan organisasi.

Dokter magang yang melaksanakan pelayanan medis atau tindakan dalam organisasi – yang dilakukan di luar parameter program akademis mereka – diberi ijin untuk melaksanakan pelayanan medis tersebut dengan menetapkan melalui surat tugas, dispensasi, spesifikasi tugas, atau program lain yang sesuai.

### Referensi pedoman survey untuk RS Pendidikan:

<http://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-hospital-survey-process-guide-4th-edition-for-academic-medical-centers/>

## 3. Kebutuhan akan tenaga spesialis untuk menjalankan Jaminan Kesehatan Nasional yang memenuhi sila Keadilan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dalam Pancasila.

Dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional, sistem claim INA CBG menjadi hal yang mendorong ketidakadilan baru. Kabupaten/Kota/Propinsi yang paling lengkap fasilitas kesehatan, jumlah tenaga medis dan kesehatannya serta mampu melakukan claim akan mendapatkan anggaran terbesar.

Sebagai gambaran: Di NTT untuk 4.7 juta penduduk tersedia sekitar 65 spesialis. Di DIY dengan jumlah penduduk 3.5 juta orang, tersedia 1350 spesialis. Dapat dibayangkan berapa jumlah Claim yang dapat diserap oleh NTT dan DIY.

Pengalaman FK UGM dalam mengembangkan program Sister Hospital bersama dengan DinKes Propinsi NTT dan Ausaid selama tahun 2009 – 2014 menghasilkan pengalaman yang sangat berharga. Untuk menyebarluaskan tenaga yang kompeten seperti spesialis, cara paling cepat adalah dengan mengirimkan residen. Selama pengiriman ini, juga disertai dengan pendidikan residensi bagi dokter umum setempat agar dapat meneruskan perannya. Oleh karena itu pengiriman residen perlu menjadi pilihan utama untuk menyeimbangkan jumlah spesialis dalam waktu pendek.

Dalam pengiriman ini, diperlukan perlindungan hukum dan sistem insentif yang baik bagi residen dan supervisornya. Juga diperlukan kejelasan mengenai fungsi DPJP di rumahsakit-rumahsakit yang menjadi tempat bekerja sementara residen. Rumahsakit-rumahsakit tersebut dapat berjarak ribuan kilometer dari FK dan RS Pendidikan Utama. Tanpa pengiriman residen yang sudah kompeten, maka akan terjadi sebuah situasi yang buruk.

Jaminan Kesehatan Nasional akan memperburuk jurang pemisah antara Indonesia yang sudah maju seperti DIY dengan NTT yang masih banyak kekurangannya. Hal ini menjadi salahsatu factor pendorong perubahan manajemen residen, termasuk posisi DPJPnya. Silahkan anda baca lebih lanjut pada Seminar mengenai hal ini pada tanggal 6 dan 7 Maret 2014 di Yogyakarta.

Referensi:

[http://pendidikankedokteran.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=573&Itemid=/](http://pendidikankedokteran.net/index.php?option=com_content&view=article&id=573&Itemid=/)

### **Sebagai analisis maka ada perubahan yang harus dilakukan, antara lain:**

- Perubahan status Residen di RS Pendidikan, dari peserta didik menjadi tenaga kerja khusus.
- Perubahan sistem Credentialing dan Clinical Privilege
- Perubahan mengenai Status DPJP agar terjadi kepastian hukum.
- Perubahan Residen dari peserta didik yang tidak mendapatkan insentif atas jasa pelayanan yang diberikan sesuai kompetensinya, menjadi mendapatkan insentif.
- Perubahan dalam menerima jumlah residen di RS Pendidikan yaitu kriteria Kemampuan memberikan insentif kepada residen.

### **Dukungan terhadap Perubahan:**

Ada berbagai kondisi pemimpin (dalam hal ini Dekanat) dan Direktur RS Pendidikan dalam mensikapi perubahan-perubahan ini:

1. Tidak tahu adanya tuntutan perubahan.
2. Tahu adanya tuntutan perubahan dan menentang terjadinya perubahan, termasuk menentang pelaksanaan UU Pendidikan Kedokteran.



3. Tahu adanya tuntutan perubahan dan bersikap netral tentang terjadinya perubahan ini
4. Tahu adanya tuntutan perubahan dan bersikap mendukung terjadinya perubahan

Bahan diskusi internal (tidak dikumpulkan):

1. Bagi Dekan: Anda termasuk kelompok mana?
2. Bagi Kelompok Kerja: Dekan dan Direktur RS anda termasuk kelompok mana?
3. Bagaimana proses perubahan manajemen residen di tempat anda?

### **Kegiatan 1: Mencermati berbagai berbagai bacaan dan web untuk memahami bagaimana pendidikan residen dilakukan di negara maju**

Sebelum menulis tugas kami berharap anda dapat meluangkan waktu untuk membaca bahan-bahan di internet. Bahan-bahan bacaan ini berasal dari pengalaman di berbagai negara maju yang mungkin akan menjadi arahan untuk perubahan manajemen residen di kelak kemudian hari:

1. manajemen residen di Amerika Serikat. (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/residents/residents.page>)
2. contoh kontrak Credential dan Clinical Privilege residen. (<https://drive.google.com/file/d/0Bzt046lJwc-DX0hIbndVfVWZibk1BaUhjaDB3RzNqbC1iV24w/edit?usp=sharing>)
3. hubungan Kontraktual antara RS dengan residen. (<http://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2013/klikd.png>)
4. pendapatan residen di Inggris dibandingkan dengan spesialis dan GP (<http://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2013/klikd.png>)
5. pendapatan residen di Amerika Serikat. (<http://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2013/klikd.png>)

### **Kegiatan 2: Melakukan identifikasi mengenai perubahan apa yang harus dilakukan**

Kegiatan ini dilakukan dengan Diskusi Kelompok bersama anggota Tim. Apa perbedaan yang terjadi di tempat anda dengan di luar negeri?Harap anda bandingkan dengan satu contoh di RS Pendidikan.

- Sistem alur residen:
- Sistem Credentialing dan Clinical Privilege
- Sistem DPJP residen:
- Sistem Kontrak dan Pembayaran untuk residen

Menurut Kelompok Kerja anda, dalam konteks adanya UU Pendidikan Tinggi, adanya akreditasi JCI RS Akademik, serta kebutuhan akan spesialis dalam Jaminan Kesehatan Nasional, perubahan apa yang mungkin dilakukan dan bagaimana dengan waktu perubahannya. Sampai berapa tahun ke depan?Identifikasi dengan detail.

## Hasil Minggu 2 BL Residen

1. Apakah bisa mewujudkan sistem pengelolaan residen yang tidak menganggap hanya sebagai siswa didik tetapi juga sebagai pekerja yang berhak mendapat jasa medis?

Jawaban:

**a. Prof Budi selaku mantan direktur RSUP Sardjito.**

Menyatakan bahwa di Sardjito telah dibuat rancangan untuk memperlakukan residen seperti pekerja dengan memberi insentif sesuai tahapan/kompetensi residen tersebut dan juga memberikan jamina kesehatan. Namun, hal ini belum terlaksana karena masih banyak pihak yang menentang rancangan ini terutama dari perwakilan SMF masing-masing sehingga untuk bisa mewujudkan rancangan ini masih butuh perjuangan lebih lanjut terutama di RSUP Sardjito

**b. dr Eko RSSA Malang**

Menurut dr Eko dari RSS Malang, mengubah sistem ini pastilah sulit. Hambatan terbesar adalah secara hukum, apakah ada status pengakuan residen ? karena selama ini status yang bisa dipekerjakan adalah dokter umum dan dokter spesialis. Residen itu sendiri adalah masih dokter umum yang melakukan keterampilan dokter spesialis. Jika memang residen dalam undang-undang Dikdok berhak mendapat insentif, bagaimana dengan undang2 lain seperti dari permenkes dan juga undang-undang daerah yang masih belum mendukung UU dikdok tersebut?

**c. dr Kanadi RSCM**

Pendapat dr Kanadi dari RSCM mengatakan bahwa dalam studi banding ke Singapore yang telah menerapkan sistem Hospital Based yang membayar jasa residen ternyata jumlah residennya sangat sedikit jika dibandingkan dengan jumlah residen di RS pendidikan Indonesia yang mengambil sistem university based.

Apakah tidak lebih baik jika memberikan subsidi biaya pendidikan saja kepada residen daripada memikirkan insentif jasa untuk residen karena akan lebih mudah daripada merombak sistem keseluruhan. Kesulitan menentukan insentif itu seperti bagaimana menentukan insentif residen yang akan berotasi ke RS jejaring untuk mencapai target kompetensi? Dan bagaimana bisa memberikan insentif jika residen bekerja dibawah supervisi DPJP? Akan lebih mudah pemberian insentif pada residen yang memang sudah tidak bekerja di bawah supervisi konsulen.

**d. Dr Sudadi RS Sardjito**

Dr Sudadi dari RS Sardjito sangat mendukung dengan perubahan sistem ini. Pembayaran jasa residen harus disesuaikan sesuai kompetensi residen tersebut. hambatan utama adalah pelaksanaannya karena hingga kini saja dokter spesialis /konsulen saja belum jelas sistem renumerasinya.

**e. Dr Anggi RS Moewardi**

Dr Anggi dari RS Moewardi sangat mendukung perubahan sistem ini. Di RS Moewardi pun telah diterapkan sistem insentif untuk residen yang meskipun jumlahnya kecil karena dana terbatas dan harus dibagi dengan jumlah total residen yaitu 800an orang.

**f. Dr Budi RSSA Malang**

Menurut dr Budi RSSA Malang, secara normatif residen bisa dianggap sebagai pekerja dan dibayar. Masalah utama adalah bagaimana mengatur pembagian insentif tersebut. Sebaiknya ada kesepakatan dari komite medis dengan memberi kewenangan PPDS/residen oleh KPS dalam melakukan suatu tugas sesuai kompetensinya sehingga berhak mendapat insentif.

**2. Pertanyaan dari dr. Sudadi dari RSUP Sardjito : Bagaimana menghitung kebutuhan residen berdasarkan kebutuhan nasional?**

Jawaban : standar kebutuhan dokter spesialis didasarkan permenkes, yang menggunakan standar minimal. Perlu reformulasi perhitungan kebutuhan tenaga spesialis.

## **Minggu 3: 31 Maret - 4 April 2014**

### **Residen dan DPJP**

Penanggung Jawab: Rimawati, SH dan Sri Mulatsih

---



#### **Pengantar**

Minggu ini akan membahas bahan Tatap muka tanggal 6 Maret 2014 dalam sesi hukum dan pengawasan residen dengan pembicara Prof Herqutanto SH MLM, Dr. Agung Sutiyoso SpBO, dan Rimawati SH MH. Harap diperhatikan mengenai diskusi dalam Aspek hukum residen dan konsep DPJP.

- Kasus Dr.A: Mengapa residen tidak dihukum?
- Konsep DPJP dan pelaksanaannya

Pada minggu ini akan dilakukan Webbinar untuk mendiskusikan masalah ini. Para peserta diharapkan menyiapkan diri untuk pembahasannya.



#### **Tugas:**

- Apa yang terjadi di RS di Indonesia; APakah memang benar kekurangan spesialis sehingga residen harus bekerja dan menjadi DPJP?
- Bagaimana seharusnya posisi hukum residen: Apakah mungkin sebagai DPJP?

## Hasil Minggu 3 BL Residen

Setelah mencermati Isi Seminar tanggal 6 dan 7 Maret 2014 terutama sesi yang terkait dengan Residen sebagai DPJP. Prof Herkutanto SH MLM, Dr. Agung Sutiyoso SpBO, dan Rimawati SH MH maka dilakukan Webinar dengan pemberi pemaparan yaitu:

Rimawati SH, M.Hum, Dosen Fakultas Hukum UGM.

Pembicara memulai presentasi dengan membahas kasus hukum dr.A di Manado yang merupakan residen. Rinciannya adalah sebagai berikut:

Kronologi kasus dr Ayu tahun 2010 :

- Pasien meninggal pada bulan April tahun 2010 di RS Kandau Malalayang, Manado dan pada bulan itu juga keluarga menggugat ke PN Manado.
- Pada bulan Juni tahun 2010 keluar SP 3 oleh penyidik terhadap DPJP kasus tersebut dan menyatakan bahwa DPJP pasien tidak bersalah oleh karena dr Ayu dan tiga rekannya yang masih berstatus residen.
- Pada Februari tahun 2011, dilakukan sidang MKEK yang menyatakan bahwa dr. A terbukti tidak melakukan malpraktik medis dan pada September tahun 2011 berdasarkan putusan tingkat 1 PN Manado menyatakan dr. A tidak bersalah.
- Pada September 2012, MA mengabulkan permohonan kasasi dan membatalkan putusan PN Manado dengan hasil menyatakan dr. A dkk terbukti bersalah dan dijatuhi hukuman pidana penjara masing-masing selama 10 bulan.
- Pada bulan September 2013, dilakukan upaya PK oleh IDI dan MDKI untuk kasus dr.A. Pada Februari tahun 2014 putusan PK menyatakan dr.A dkk tidak bersalah, kemudian diputus bebas dan membatalkan putusan kasasi MA sebelumnya.

Kasus ini menarik karena ada SP3 dari polisi untuk DPJP Pasien, SP3 ini memang tidak banyak diketahui. DPJP dalam kasus Dr. A ini seorang dosen senior yang tidak pernah diketahui namanya dalam sidang-sidang dr. A. Hal ini menunjukkan bahwa memang sebenarnya ada risiko hukum sebagai DPJP dalam kaitannya dengan residen yang diawasinya. Untuk mengetahui uraian lebih lanjut silakan membaca dan melihat:

- Powerpoint ([http://pendidikankedokteran.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=578](http://pendidikankedokteran.net/index.php?option=com_content&view=article&id=578))
- Video (<http://www.kebijakankesehatanindonesia.net/images/2013/klikd.png>)

Pada sesi ini juga hadir Dr. dr. Sri Mulatsih SpA(K), Dokter Spesialis Anak RSUP Dr. Sardjito dan aktif dalam penilaian akreditasi JCI untuk rumah sakit pendidikan utama (*academic medical center*). Berikut adalah jalannya diskusi webinar minggu ketiga.



**Jalannya diskusi:**

**Dr Yulianto RSCM**

Apakah residen bisa secara penuh menjadi DPJP? Jika residen bisa menjadi DPJP, apakah peserta didik akan berhak atas jasa/renumerasi dari jasa yang diberikan?

Sebagai peserta didik mereka membayar kepada universitas sebagai

PPDS, apakah universitas juga akan terkena pidana/perdata jika residen melakukan pelanggaran?

### **Tanggapan-tanggapan:**

#### **Rimawati, SH, M. Hum**

Dari aspek hukum, kewenangan yang dapat dilakukan residen adalah sesuai dengan surat atau sertifikat kompetensi yang diberikan dari kolegium. Dengan demikian residen sebagai DPJP memiliki tanggung jawab hukum adalah berdasarkan sejauh kompetensi residen tersebut.

Secara umum universitas dalam hal ini fakultas kedokteran apakah akan ikut terkena imbas hukum atau tidak, tergantung dari MOU yang dibuat antara FK-Dinkes-RS. Konsep MOU yang dibuat antar FK-Dinkes-RS adalah bentuk perlindungan hukum yang diberikan institusi terhadap Residen.

Masing-masing institusi dalam hal ini FK, Dinkes dan RS memiliki hak dan kewajiban di dalam penyelenggaraan perlindungan hukum untuk residen. Jadi kalau terjadi suatu kasus hukum mal praktik medik yang dilakukan oleh residen maka akan dilihat kesalahannya pada sejauh mana tanggung jawab dari institusi sebagaimana tertuang dalam MOU. Bentuk pertanggungjawaban yang muncul disini adalah tanggung jawab perdata (tanggung renteng). Namun, secara umum semua tergantung dengan kewenangan kompetensi DPJP, yaitu clinical privilege yg dikeluarkan.

Clinical privilege diberikan oleh direktur RS yang diberikan kepada residen berdasarkan rekomendasi dari komite medik. Clinical privilege ini merupakan kewenangan residen untuk melakukan tindakan medik dan harapannya akan mendapat jasa medis. Jika dokter spesialis DPJP mendelegasikan tanggung jawab kepada residen tanpa kebijakan tertulis, berarti tanggung jawab hukum tetap berada pada DPJP. Jika supervisi mendelegasikan tanggung jawab kepada residen, berarti tetap di DPJP yang bertanggung jawab di mata hukum

#### **Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A(K)**

Bisa tidaknya residen menjadi DPJP adalah tergantung dari kemadirian residen tersebut dalam menangani kasus. Permasalahan utama adalah bagaimana melakukan supervisi kepada residen yang menjadi DPJP tersebut. Dari kebijakan di RSUP Dr Sardjito yang terakhir, residen belum bisa menjadi DPJP, meskipun dalam prakteknya terutama di IGD dan unit lain banyak residen yg telah melakukan tugas selayaknya DPJP.

Residen yang dianggap belum bisa menjadi DPJP adalah residen junior dan madya, yang memang belum secara penuh bisa menjalankan kompetensi spesialisik. Sementara residen mandiri bisa dipertimbangkan melakukan fungsi menjadi DPJP terutama di RS yang tidak ada staf spesialisnya.

Seharusnya, jika residen yang sudah dalam tingkat mandiri maka sudah bisa menjadi DPJP karena dapat melakukan tugas secara penuh sesuai kompetensi spesialisik secara penuh. Jika akan ditugaskan penuh maka perlu dilakukan proses credentialing terlebih dahulu pada residen itu sebelum bertugas serta berhak menjadi DPJP.

Berdasarkan salah satu elemen standar *Medical Professional Education* (MPE) dalam penilaian survey JCI bahwa apabila rumah sakit mempekerjakan seorang residen di luar pendidikan untuk melakukan pelayanan atau pekerjaan tertentu, maka kepada yang bersangkutan harus dilakukan *credentialing*, diberikan hak istimewa sesuai kompetensi klinisnya untuk melakukan tugas-tugas pelayanan. Selanjutnya residen tersebut harus mengikuti standar *Staff Qualification and Education* (SQE).

### **Tanggapan Prof. Laksono Trisnantoro**

Residen mempunyai dua sisi: Satu sisi berada sebagai peserta didik di universitas dan membayar biaya pendidikan dan di sisi lain di RS Pendidikan yang pada kompetensi tertentu sudah ikut memberikan pelayanan kesehatan dan berhak dibayar oleh RS Pendidikan. Di RS yang jauh dari dosen pendidik maka residen diharapkan menjadi DPJP. Akan tetapi, di RS Pendidikan Utama menjadi pertanyaan. Kalau dokter spesialisnya tidak cukup, misal untuk jaga *on-site* di IGD, maka residen mandiri di IGD apakah mungkin menjadi DPJP.

## **Diskusi**

# **2**

### **Dr Rudi RS Moewardi**

Kenapa DPJP tidak terkena tuntutan dalam kasus dr ayu padahal dr Ayu bukan sebagai DPJP?

Menanggapi pertanyaan Prof. Laksono, di RS Moewardi secara staf sudah cukup untuk menjadi DPJP, tapi jika dalam kasus emergensi seringnya yang berpartisipasi adalah residennya. Dari obsgin dan anak sudah ada DPJP yang jaga 24 jam di RS tetapi Anastesi belum bisa *standby* 24 jam

### **Rima, SH, M Hum**

Tidak dihukumnya DPJP pada kasus dr. A adalah pada kasus tersebut terbitnya SP3 dari kepolisian Manado yang membebaskan DPJP. Dasar SP3 pada saat itu adalah karena prosedur yang dilakukan diluar jam prakteknya. Penyidik melihat korelasi tersebut sehingga mengeluarkan aturan khusus dan bukan melihat dari aturan umum mengenai penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh residen secara jelas diatur dalam UU PK, UU Kesehatan, UU RS dan PMK lainnya. Harusnya penyidik menggunakan cukup dasar pertimbangan dan alat bukti dalam penerbitan SP3 terhadap DPJP dr. A.

### **Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A(K)**

Secara *de facto* jika staf tidak bisa secara langsung menangani kasus, maka selainya residen mandiri bisa menjadi DPJP untuk mengatasi kasus tersebut. Dalam proses pendidikan, selama residen tersebut masih dalam supervisi DPJP, maka semua tanggung jawab pelayanan medis ada pada DPJP tersebut. Bukti tanggung jawab residen dan DPJP ini dituangkan dalam bentuk bukti catatan medis perawatan pasien dan bukti kehadiran dalam catatan medis tersebut berupa tanda tangan keduanya baik residen dan DPJP.

## Diskusi

# 3

### Pertanyaan dr A. Andyk Asmoro Sp.An RSSA Malang

Bagaimana realita di lapangan jika residen sebagai DPJP yang melakukan tugas sesuai kompetensinya bertanggung jawab terhadap hukum? DPJP untuk residen ini berlaku secara umum atau partial, misalnya kasus di ICU yang ditangani banyak dokter?

#### Rimawati, SH, M Hum

Tanggung jawab hukum residen adalah sejauh kompetensi yang dimilikinya. DPJP memiliki kewenangan untuk memberikan delegasi pada residen sesuai clinical privilege residen tersebut. Pemberian delegasi harus tertulis.

Apabila delegasi atau instruksi sudah dilakukan dalam bentuk tertulis dan tetap terjadi gugatan yang dilakukan oleh residen maka dalam hal ini akan dilihat dari kasus sejauh mana delegasi yang diberikan kepada Residen maka sejauh itu pula tanggung jawab hukum yang diberikan oleh DPJP. Delegasi atau instruksi harus dituliskan. Bila ada gugatan diluar tanggung jawab/kompetensi maka DPJP bisa dibebaskan dari tuntutan tersebut hal ini sesuai dengan Permenkes no. 2052 tahun 2011.

#### Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A(K)

Residen yg menjadi DPJP sebaiknya yang sudah mandiri dan sudah memiliki kompetensi seperti dokter spesialis dan bukan residen madya atau di bawahnya. Sejauh mana menjadi DPJP utama atau DPJP kedua adalah tergantung kasus yg ditangani tersebut.

#### Tanggapan Prof Laksono

Apakah mungkin residen yang bertugas di IGD RS Pendidikan Utama menjadi DPJP? Misalkan di IGD dengan kasus emergensi jika diharuskan konsul terlebih dahulu pastinya akan memperpanjang waktu penanganan pasien, apakah residen bisa menjadi DPJP?

#### Jawaban Dr Andyk Asmoro Sp.An RSSA Malang

Setiap semester residen ada level kompetensinya, termasuk di IGD. Level kompetensi bermacam-macam dari manajemen *airway* hingga tindakan kegawatan pasien, dan begitu seterusnya hingga level di atasnya. Jika residen dengan level 1, menangani pasien, dan ada masalah hukum. Apakah residen tersebut bertanggung jawab secara *partial* atau tetap menjadi tanggung jawab DPJP?

### **Jawaban Prof Laksono**

Jika residen belum menjadi DPJP, berarti yang bertanggung jawab adalah tetap *supervisor*. Hal ini yang menjadi tantangan teman-teman anastesi. Dengan banyaknya residen yang menangani sendiri di OK, kalau ada apa-apa maka tetap DPJP-nya dapat terkena tuntutan pidana atau perdata.

### **Rima, SH, M Hum**

DPJP bertanggung jawab terhadap semua yang dilakukan residen meskipun residen tersebut sudah kompeten. Seharusnya ada kewenangan secara tertulis pada residen di IGD untuk melakukan tindakan life saving emergensi secara tepat dan cepat tanpa harus berkonsultasi ke staf dulu.

### **Dr Andyk Asmoro Sp.An RSSA Malang**

Apakah kewenangan klinis diberikan pada residen dari kolegium atau komite medik?

### **Jawaban Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A(K)**

Pemberian kewenangan klinis adalah oleh KPS, jika ada perubahan kebijakan yang membolehkan residen menjadi DPJP, maka harus ada proses credentialing terlebih dahulu oleh komite medik. Jika residen masih dalam supervisi, dalam setiap tindakan dan pengambilan keputusan harus tertulis di Rekam Medis dengan 2 tanda tangan, yaitu residen dan DPJP.

### **Tanggapan Prof Laksono**

Hal ini perlu pembahasan mendalam di setiap kolegium dan KPS untuk bisa mewujudkan adanya kewenangan residen menjadi DPJP dan juga berhak mendapat insentif terutama dari JKN dengan sistem gaji sesuai level kompetensi residen tersebut. Tujuan *Blended Learning* ini salah satunya untuk memicu diskusi di kolegium/perhimpunan ahli dan di KPS-KPS.



### **Pertanyaan dr Rudi RS moewardi**

Kenyataannya Di RS jejaring hanya ada satu dokter spesialis selaku DPJP utk 1 kabupaten, di luar jam kerja dokter tersebut apakah tanggung jawabnya dipegang DPJP atau residen itu? Bagaimana perlindungan hukumnya?

### **Rima, SH, M Hum**

Secara hukum, DPJP bisa memberikan delegasi wewenang pada residen. Hal yang mesti digarisbawahi dalam wewenang ini adalah harus dengan instruksi tertulis, misal pada kasus-kasus emergensi, sejauh apa kewenangan yang diberikan pada residen. Bentuk wewenang ini bisa delegasi, mandat, atau atributif dan harus tertulis untuk perlindungan



hukum.

### **Jawaban Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A(K)**

Yang terpenting dalam menghindari tuntutan adalah bagaimana melakukan komunikasi efektif untuk menghindari harm. Dalam proses pelayanan, setiap ada kasus yang DPJP tidak ada di tempat, bisa perawat atau residen dapat segera melaporkan ke DPJP via telp dan harus ada readback instruksi balik yang diterima baik oleh perawat/residen, dan semua itu harus tertulis di RM dan ditandatangani oleh residen atau perawat dan DPJP.

### **Tanggapan Dr Sudadi Sp.An RS Sardjito**

Tidak semuanya DPJP harus *stand by* 24 jam karena ada sistem pendelegasian. Setiap kasus yang dihadapi residen dilaporkan ke staf dan staf akan memberikan instruksi kepada residen. Jika kasus yang ditemui sangat *complicated*, maka akan didelegasikan kepada senior atau jika perlu oleh staf sendiri.

### **Tanggapan Prof Laksono**

Di RS Sardjito terlihat mulai ada spesialis yang *stand by* jaga *on-site* di IGD untuk penanganan kasus. Hal ini juga dinilai tim akreditasi JCI RS Akademik. Sangat diharapkan bahwa jangan sampai DPJP menanggung beban yang banyak dalam satu waktu, misalnya praktek di banyak tempat. Pertanyaan saya: Apakah jumlah spesialis anestesi cukup untuk jaga *on-site* 24 jam di RS Sardjito?

### **Jawaban Dr Sudadi Sp.An RS Sardjito**

Di DIY sudah ada sekitar 50 ahli anastesi. Jika dilihat dari jumlah, angka ini sudah cukup untuk wilayah DIY. Di RS Sardjito sendiri sudah ada jaga onsite staf anastesi di IGD namun masalah dana yang masih menjadi kendala.

## **Minggu 4: 7 - 11 April 2014**

### **Pembahasan Hasil Minggu 3 dan Situasi Masa Depan Manajemen Residen**

Penanggung Jawab: Sri Mulatsih dan Laksono Trisnantoro



### **Pengantar**

Tidak terasa kita sudah sampai Minggu 4 Program Pengembangan Residen dalam rangka PPE Dekan Fakultas Kedokteran. Minggu ini merupakan minggu terakhir sebelum masuk ke pertemuan penutupan pada tanggal 16 April 2014.

Minggu ini akan dipergunakan untuk menyusun kerangka kebijakan

mengenai manajemen residen di lembaga pendidikan tinggi dan di rumah sakit pendidikan. Akan dilakukan beberapa kegiatan untuk membahas tujuan ini. Namun sebelumnya mari kita *review* kegiatan minggu lalu.



#### **Catatan kegiatan minggu lalu:**

Minggu lalu ada tiga tujuan yang kita capai yaitu: (1) Memahami posisi hukum residen dalam kasus pidana dan perdata (2) Memahami makna DPJP untuk residen; dan (3) Memahami situasi yang terjadi di rumah sakit pendidikan dan fakultas kedokteran masing-masing.

## **Analisis Diskusi**

Ada beberapa isu dalam diskusi yang dapat dianalisis:

- **Beban berat DPJP.**

Dokter DPJP bebannya berat, dalam kasus Dr. A ada SP3 dari Polisi untuk DPJP. Dalam kasus Perdata masih ada kemungkinan gugatan tanggung renteng. Semakin banyak pasien yang ditangani seorang DPJP, dan semakin banyak pasien yang ditangani residen maka semakin besar tanggung-jawabnya DPJP. Adanya fakta bahwa DPJP tidak *on-site* dan mendelegasikan ke residen tanpa kebijakan tertulis mempunyai potensi menjadi permasalahan hukum. Dalam hal ini, perlu ada manajemen risiko yang baik. Apa yang dinyatakan dr Sudadi bahwa jumlah Spesialis Anestesi sudah cukup di DIY perlu diteliti dengan cermat untuk menghindari risiko buruk.

- **Apakah mungkin Residen menjadi DPJP?**

Para peserta diskusi (juga sejak minggu lalu) setuju bahwa Residen mandiri yang bekerja jauh dari RS Pendidikan Utama (misal dalam kontrak kerja Sister Hospital) dan tidak ada spesialis yang sama bidangnya seharusnya sudah mendapat predikat DPJP. Akan tetapi residen di RS Pendidikan Utama berbeda penanganannya karena banyak spesialis yang dapat menjadi DPJP.

Residen mandiri di RS Pendidikan Utama dapat menjadi DPJP apabila memang kekurangan tenaga spesialis. Penunjukan Residen sebagai DPJP merupakan salah satu cara untuk mengurangi beban. Sebagai gambaran jika dalam operasi tidak terjadi pendampingan *on-site* oleh dosen/dokter pendidik klinis yang DPJP, sebenarnya hal ini berisiko.

- **Residen yang tidak menjadi DPJP namun sudah memberikan pelayanan sesuai UU Pendidikan Kedokteran seharusnya diberi insentif.**

Insentif ini diberikan berjenjang berupa semacam gaji bulanan sesuai dengan tingkat kompetensinya. Hal ini merupakan implikasi dari UU Pendidikan Kedokteran dan perlu diatur kebijakannya secara tertulis oleh RS Pendidikan dan fakultas kedokteran.

- **Situasi mengenai Residen sebagai DPJP di RS Pendidikan Utama dan di RS Jaringan masih ada perdebatan.**

Diharapkan perlu ada penelitian operasional mengenai hal ini. Namun yang patut dicatat bahwa diperlukan para pemimpin RS Pendidikan dan Dekan serta klinisi yang perhatian pada pengembangan manajemen residen. Tanpa ada perhatian pada manajemen residen, usaha peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RS Pendidikan akan sulit mencapai tujuannya.

### **Bagaimana masa depan situasi manajemen residen?**

Setelah melakukan pengamatan dalam waktu satu tahun terakhir ini, masa depan manajemen Residen tergantung dari pelaksanaan UU Pendidikan Kedokteran sebagai kebijakan publik. Dalam UU Pendidikan Kedokteran jelas maknanya bahwa residen (disebut sebagai Mahasiswa dengan pemahaman sebagai peserta didik yang mengikuti Pendidikan Kedokteran) adalah tenaga medik yang bekerja di RS Pendidikan dan mempunyai hak serta kewajiban. Jadi residen bukan mahasiswa biasa. Permasalahan yang muncul adalah:

- **Bagaimana kebijakan di level Fakultas Kedokteran dan RS Pendidikan ?**
- **Bagaimana kebijakan di Perhimpunan Ahli dan Kolegium ?**

Apakah kebijakan-kebijakan di berbagai lembaga tersebut akan mengikuti UU Pendidikan Kedokteran?

Sebagai catatan: Kebijakan-kebijakan ini yang terkait dengan UU Pendidikan Kedokteran dan juga menjadi hal yang terkait dengan akreditasi JCI rumah sakit pendidikan perlu diperhatikan, antara lain:

1. **Bagaimana hubungan antara FK dengan RS Pendidikan Utama/Jaringan dalam manajemen residen?**
2. **Bagaimana proses *credentialing* dan *clinical privilege* untuk residen?**
3. **Dalam *credentialing* apakah mungkin ada predikat DPJP untuk residen?**
4. **Bagaimana pembayaran untuk residen di RS Pendidikan? Apakah digaji bulanan atau *fee-for-service*? Darimana sumber dananya? Apakah dari dana klaim INA CBG yang berasal dari BPJS?**

Perumusan dan pelaksanaan kebijakan UU Pendidikan Kedokteran masih belum tentu dikerjakan oleh Kolegium/Perhimpunan ahli dan RS Pendidikan serta Fakultas Kedokteran. Dalam hal ini masih ada ketidakpastian.

Oleh karena itu ada berbagai Skenario ke depan:

#### **Skenario 1.**

UU Pendidikan Kedokteran dapat berjalan dan ada berbagai kebijakan di perhimpunan ahli, dan di lembaga pendidikan serta RS Pendidikan.

#### **Skenario 2:**

Di sisi ekstrim lainnya, ada kemungkinan UU Pendidikan kedokteran tidak diikuti dan tidak dijalankan. Perhimpunan profesi, fakultas kedokteran,

dan rumahsakit pendidikan tidak menyusun kebijakan baru pasca disahkannya UU Pendidikan Kedokteran.

Kedua skenario tersebut mempunyai berbagai implikasi. Jika UU Pendidikan Kedokteran terlaksana dalam hal manajemen residen (Skenario 1), memang diperlukan banyak perubahan antara lain:

- perubahan kultural,
- perubahan hukum,
- perubahan prosedur
- dan berbagai hal lainnya yang perlu dipikirkan dan disusun dengan detail.

Di sinilah pembelajaran dari negara lain sangat penting untuk terjadinya perubahan yang sangat radikal ini.

Jika Skenario 2 yang berjalan dimana UU Pendidikan Kedokteran mengenai manajemen residen tidak dijalankan, implikasinya adalah:

- Mutu dan keselamatan pasien di RS Pendidikan menjadi sulit ada perbaikan;
- Jaminan Kesehatan Nasional akan kesulitan dalam melakukan kegiatannya karena kekurangan spesialis;
- Ada kemungkinan akan terjadi lebih banyak kasus tuntutan perdata, ataupun pidana yang melibatkan DPJP;
- Indonesia akan dikenal sebagai negara yang “aneh” dalam manajemen residen. Disebut aneh karena berbeda dengan negara-negara lain yang lebih maju dan mempunyai standar yang jelas.

#### **Catatan akhir: Perlu penelitian operasional**

Untuk melihat kecenderungan Skenario mana yang akan terjadi, diharapkan ada peneliti ataupun mahasiswa S2 kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan dan rumahsakit yang tertarik untuk menelitinya. Atau diharapkan RS Pendidikan atau Perhimpunan Ahli dapat meneliti agar masalah pengembangan residen dapat dilakukan dengan lebih baik lagi, dan masalah tuntutan hukum dapat dihindari.



---

### **Tujuan Minggu 4**

Berdasarkan latar belakang dan hasil di diskusi-diskusi sebelumnya maka tujuan kegiatan di minggu 4 adalah:

1. **Memahami lebih lanjut aplikasi kebijakan negara dalam Manajemen Residen**
2. **Memahami Kebijakan Kolegium**
3. **Memahami Kebijakan Level Rumahsakit dan Fakultas Kedokteran**

Kegiatan yang dilakukan Minggu ini:

---

**Kegiatan 1:**

Mencermati dan membahas Hasil Diskusi Minggu 3. Bagaimana pendapat Kelompok Kerja mengenai aplikasi UU Pendidikan Kedokteran dalam hal manajemen residen. Skenario mana yang perlu diusahakan?

**Kegiatan 2:**

Kelompok Kerja melakukan analisis situasi kebijakan di kolegium/perhimpunan ahli. Apa yang terjadi dan bagaimana perkiraan untuk kebijakan di masa mendatang.

**Kegiatan 3:**

Kelompok Kerja 1 diharapkan menguraikan situasi manajemen residen di fakultas kedokteran masing-masing.

**Tugas yang dikumpulkan:**

1. Kelompok Kerja anda diharapkan mencocokkan dengan pasal-pasal tentang residen di UU Pendidikan Kedokteran (sebagai kebijakan nasional) dengan situasi yang ada di tempat anda bekerja. Apa saja yang sudah sesuai dan apa saja yang belum sesuai?
2. Uraikan rencana kebijakan mengenai Residen di berbagai Kolegium yang anda ketahui?
3. Bagaimana dengan rencana kebijakan terkait dengan manajemen residen fakultas kedokteran anda dan RS Pendidikan di masa sekarang dan mendatang.