



## ANALISIS KREDENSIAL APOTEKER RUMAH SAKIT DI WILAYAH YOGYAKARTA

Andyazgo MS Isnandi<sup>1</sup>, Sabtanti Harimurti<sup>2</sup>, Irma Risdiana<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup> Program Pascasarjana Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas  
Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia  
<sup>1</sup>andyazgoi@yahoo.com, <sup>2</sup>sabtanti@gmail.com, <sup>3</sup>irmarisdianapku@gmail.com

**Keywords:** keselamatan pasien, kredensial apoteker, akreditasi

**Abstract:** Tenaga kesehatan yang kompeten seperti dokter, perawat, apoteker dan lain sebagainya akan meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk menilai kompetensi sumber daya manusia rumah sakit, dapat diukur dengan kredensial. Proses kredensial perlu dilakukan kepada apoteker karena walaupun seorang apoteker telah mendapat ijazah apoteker dari suatu perguruan tinggi terakreditasi, rumah sakit tetap wajib melakukan verifikasi kompetensi melalui proses kredensial demi keselamatan pasien di rumah sakit dan menghindari terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan yang dapat membahayakan pasien. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis sistem kredensial apoteker di Indonesia, khususnya sistem kredensial apoteker di rumah sakit wilayah Yogyakarta. Penelitian kualitatif dilakukan di Yogyakarta, Indonesia. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam yang dihadiri oleh perwakilan organisasi profesi dan dikumpulkan melalui Diskusi Kelompok Terarah (FGD) yang dihadiri oleh apoteker yang bekerja di rumah sakit di Yogyakarta. Sebanyak satu perwakilan dari organisasi profesional dan lima belas apoteker berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai dua kelompok responden. Hasil wawancara mendalam dan FGD dianalisis dengan pendekatan kualitatif. Untuk hasil penelitian ini, saat ini diketahui belum ada regulasi khusus yang berkekuatan hukum dari pemerintah terkait sistem kredensial bagi apoteker. Sistem kredensial menjadi kebutuhan rumah sakit setelah adanya akreditasi dan pemenuhan persyaratan administratif akreditasi menjadi motivasi utama diterapkannya kredensial apoteker. Apoteker memiliki kebutuhan perbaikan sistem kredensial baik secara teori maupun aplikasinya. Harapan praktisi apoteker terhadap proses kredensial apoteker yang ideal sangat memungkinkan dilakukan dengan elemen pendukung dari organisasi profesi.

### 1 INTRODUCTION

Saat ini, keselamatan pasien adalah bagian penting dari sistem rumah sakit. Keselamatan pasien dapat dicapai oleh tenaga medis yang kompeten (misalnya dokter, dokter gigi, perawat, apoteker, dll). Tingkat kompetensi tenaga medis dapat diukur dengan kredensial. Kredensial adalah proses mendapatkan, memverifikasi, dan menilai kualifikasi praktisi perawatan kesehatan untuk menyediakan layanan perawatan pasien di organisasi perawatan kesehatan (Joint Commission International, 2014). Tujuan dari kredensial diterapkan untuk beberapa tujuan, yaitu untuk mendukung pengembangan dan pengembangan praktisi melalui pelatihan, mendukung validasi praktisi, untuk memastikan kualitas terjamin, dan evaluasi praktisi tingkat lanjut (Costa et al, 2012).

Secara umum, langkah-langkah kredensial dasar terdiri dari aplikasi, verifikasi, analisis dan

keputusan (Burns et al, 2014). Di Indonesia, proses kredensi tenaga kesehatan telah diatur dalam undang-undang, peraturan atau keputusan Menteri Kesehatan. Misalnya untuk kredensial dokter / dokter gigi, peraturan pemerintah dibuat mengenai Peraturan Internal Staf Medis (Depkes RI, 2005), di mana disepakati bahwa masalah otoritas klinis dokter diatur oleh mandat komite medis rumah sakit. Demikian pula, kredensial keperawatan yang telah dibuat mengenai Komite Keperawatan Rumah Sakit (Depkes RI, 2013).

Standar Akreditasi tahun 2012 Bab 5 Standar 16 tentang Kualifikasi Pendidikan Staf menjelaskan kredensial anggota staf profesional termasuk apoteker. Rumah sakit perlu memastikan bahwa mereka memiliki apoteker yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya dan kebutuhan pasien di rumah sakit. Apoteker bertanggung jawab untuk menyediakan perawatan obat sehingga rumah sakit

harus memastikan bahwa apoteker harus kompeten untuk memberikan perawatan obat.

## 2 MANUSCRIPT PREPARATION

Penelitian kualitatif dengan menggunakan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus (FGD) melibatkan perwakilan apoteker profesi organisasi farmasi di Yogyakarta dan apoteker dua rumah sakit di wilayah Yogyakarta. Wawancara mendalam dihadiri oleh satu peserta, yang terdiri dari perwakilan organisasi profesional. Setiap FGD dihadiri oleh 5-10 peserta, yang terdiri dari apoteker yang bekerja di rumah sakit di Yogyakarta. Lokasi FGD adalah RSUD Panembahan Senopati Bantul dan RSUD Muhammadiyah Bantul. Hasil wawancara mendalam dan FGD dianalisis dengan pendekatan kualitatif.

## 2.1 Results & Discussion

Informan yang terlibat dalam penelitian ini adalah Ketua Hisfarsi yang juga menjabat sebagai Sekretaris Tim Kredensial Asosiasi Administrator Rumah Sakit Daerah Asosiasi Apoteker Indonesia Daerah Yogyakarta sebagai narasumber wawancara yang mewakili organisasi profesi, kemudian informan yang berpartisipasi dalam FGD adalah apoteker RSUD PKU Muhammadiyah Bantul berjumlah 6 orang dan apoteker RSUD Panembahan Senopati Bantul berjumlah 9 orang. Standar karakteristik dalam menentukan informan untuk diwawancarai atau berpartisipasi dalam FGD adalah apoteker yang memiliki pengalaman terlibat dalam proses kredensial, baik yang terlibat sebagai tim penilai atau peserta kredensial.

Pekerja farmasi sebagai salah satu pekerja kesehatan yang memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran penting karena mereka terkait langsung dengan penyediaan layanan, terutama layanan farmasi. Hal ini diklarifikasi dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Farmasi.

Organisasi profesi kemudian membuat pedoman yang dituangkan dalam Surat Keputusan Komite Sentral Asosiasi Apoteker Indonesia No.PO.006 / PP. IAI / 1418 / IX / 2017 sebagai jawaban dari pertanyaan para anggota Asosiasi Apoteker Indonesia mengenai urgensi peraturan terkait dengan surat keterangan farmasi ini dan menjadi dokumen kebijakan utama yang digunakan sebagai dasar dalam proses credential apoteker. Dalam kebijakan tersebut menyatakan bahwa keputusan tersebut merupakan kebijakan nasional dan peraturan organisasi yang mengikat semua apoteker di Indonesia. Komite Sentral Asosiasi Apoteker Indonesia mengamanatkan Komite Wilayah Asosiasi Apoteker Indonesia di seluruh Indonesia untuk membentuk tim kredensial yang keanggotaannya sesuai dengan kompetensi untuk melaksanakan kredensial sesuai dengan bidang spesialisasi dan untuk memantau evaluasi pelaksanaan kredensial.

Beberapa rumah sakit yang telah dilaksanakan credential oleh Komite Wilayah dari Tim Kreditur Asosiasi Apoteker Indonesia yang bersumber dari data primer dari Komite Wilayah dari Asosiasi Apoteker Rumah Sakit Apoteker Tim Kredensial Indonesia adalah sebagai berikut:

Table 1. Data of Credential Participant

Hospital	Credential Date	The Amount of Pharmacist
RS Bethesda Yogyakarta	3 November 2017	7
RS Elizabeth Ganjuran	28 Agustus 2017	1
	30 Agustus 2017	1
RS Islam Yogyakarta PDHI	3 November 2017	3
RS Panti Nugroho	3 Juni 2017	2
	6 Juni 2017	1
RS Panti Rahayu	28 Agustus 2017	3
	30 Agustus 2017	3

RS Panti Rapih	10 November 2016	5
RS Panti Rini	3 Juni 2017	2
	6 Juni 2017	2
RSKB Soedirman	15 Juni 2016	1
RSUD Prambanan	10 November 2016	4
RSUD Panembahan Senopati	25 Februari 2018	13
Total		48

Terkait dengan sistem peraturan kredensial untuk Apoteker, informan menyatakan bahwa memang saat ini tidak ada peraturan khusus dari pemerintah mengenai sistem kredensial untuk apoteker. Informan juga menyatakan bahwa sistem kredensial menjadi persyaratan rumah sakit setelah akreditasi.

Kepercayaan apoteker hanya menggunakan pedoman dari Asosiasi Apoteker Indonesia dan tidak ada pedoman pelaksanaan teknis sehingga potensi masing-masing daerah untuk melaksanakan kredensial dengan cara yang berbeda karena perbedaan persepsi dalam pelaksanaannya.

Sebagai gambaran, di Yogyakarta lebih banyak rumah sakit yang menjalankan mandat secara mandiri. Beberapa bahkan belum melakukannya karena belum terakreditasi atau masih dalam peningkatan akreditasi.

Komite Wilayah dari Tim Kreditur Asosiasi Apoteker Indonesia mencoba untuk mengatasi masalah ini dengan mengadakan sosialisasi melalui media web dan seminar. Komite Wilayah dari Tim Kreditur Asosiasi Apoteker Indonesia mengakui bahwa sosialisasi yang terkait dengan kredensial oleh Asosiasi Apoteker Indonesia belum dilaksanakan secara efektif karena Asosiasi Apoteker Indonesia masih percaya bahwa kepercayaan yang dilakukan oleh Komite Wilayah dari Tim Kreditur Asosiasi Apoteker Indonesia tidak memaksa dan karena keterbatasan tim.

Para informan berpikir bahwa bimbingan organisasi profesi masih bersifat global sehingga diperlukan penyesuaian di setiap daerah, seperti di Yogyakarta, pedoman kredensial dimodifikasi berdasarkan koleksi referensi yang menjadi standar kredensial apoteker dari berbagai negara, termasuk pembelajaran dan mengadopsi mandat dari profesi kesehatan lainnya. Modifikasi yang dibuat masih mengacu pada standar kompetensi Asosiasi Apoteker Indonesia.

Apoteker kredensial disepakati sebagai pengakuan kehadiran apoteker bersama dengan jaminan kualitas dan tanggung jawab mereka di bidangnya masing-masing dengan menilai kompetensi dan jobdesk dari apoteker. Ini akan mempengaruhi kualitas rumah sakit yang terkait dengan masalah klinis dan non-klinis yang dapat berdampak pada efektivitas layanan perawatan pasien untuk menghindari kesalahan pengobatan dan Adverse Event.

Untuk manajemen, apoteker potensial dapat menjadi data dasar untuk pengembangan dan pemetaan jalur karir sumber daya manusia melalui

penilaian kompetensi dan otoritas khusus apoteker. Bagi praktisi apoteker, kredensial apoteker dapat menjadi media pembelajaran dan refleksi diri bagi praktisi lama serta praktisi baru untuk mengingat dasar-dasar farmasi dan meja kerja di rumah sakit sampai mereka tahu otoritas mereka. Hal ini sejalan dengan konsep kredensial yang dalam bentuk proses untuk mengenali pencapaian pengetahuan dan keterampilan praktisi yang dibutuhkan untuk melaksanakan pekerjaan mereka sebagai profesional kesehatan, terutama apoteker di rumah sakit (McKenzie & Borthwick, 2011).

Motivasi utama mengapa kredensial apoteker harus dilakukan adalah hanya untuk memenuhi dokumen akreditasi dan jika itu berpengaruh untuk kelangsungan praktek farmasi. Kredensial apoteker dilakukan hanya untuk berpartisipasi dalam pekerja kesehatan lain yang sudah memiliki kredensial dan hanya formalitas belaka. Hal ini tidak sejalan dengan konsep konseptual dari sistem kredensial profesionalisme di mana keberadaan kontrak sosial antara pekerja kesehatan dan masyarakat bertujuan untuk memastikan kualitas layanan kesehatan dan memprioritaskan kepentingan masyarakat, bukan hanya untuk tujuan administratif ( Cruess et al, 2000; Sullivan, 2000).

Perbedaan pelaksana kredensial saat ini antara kredensial independen dan kredensial dengan tim kredensial dari Asosiasi Apoteker Indonesia juga tidak sesuai dengan penilaian kompetensi yang direkomendasikan yang difokuskan melalui mekanisme tim kredensial dari Asosiasi Apoteker Indonesia atau oleh organisasi profesional untuk apoteker di Indonesia, khususnya di Yogyakarta . Tim penilai direkomendasikan untuk terdiri dari ahli klinis, akademisi dan manajer. Komposisi tim ini akan sulit diperoleh jika kredensial diadakan secara independen (Dager dkk, 2011).

Meskipun pelaksana kredensial berbeda, prinsip dasarnya sama, yaitu mengikuti model kredensial Deutsch & Mobley. Model kredensial Deutsch & Mobley yang dapat diterapkan di setiap pekerja kesehatan sebelum diberikan otoritas klinis terdiri dari empat komponen utama: aplikasi, verifikasi, analisis dan keputusan. Pertama, petugas kesehatan mengajukan permohonan untuk mendapatkan otoritas klinis dengan metode self-assessment. Kedua, tim kredensial meninjau dan merekomendasikan otoritas medis yang diajukan oleh pemohon. Ketiga, kepala rumah sakit menerbitkan surat penugasan klinis berdasarkan rekomendasi dari tim kredensial yang berlaku untuk jangka waktu tertentu. Keempat, pemohon diberitahu tentang penugasan klinis. Proses kredensial ini tidak hanya berlaku pada saat perekrutan, tetapi langkah-langkah ini juga berlaku untuk kredensial awal dan proses rekonsiliasi (Burns et al, 2014).

Kreditur apoteker, terutama kredensial independen, masih belum ideal karena tim kredensial hanya berdasarkan senioritas, penilaian masih subjektif karena tidak ada rincian standar tentang bagaimana seseorang disebut kompeten dan parameter pengukuran terlalu luas dan tidak diperbarui. Bentuk otoritas yang dibuat juga hanya berdasarkan pada pekerjaan yang telah dilakukan.

Kejelasan dalam pelaksanaan tugas kredensial juga bertentangan dengan ketentuan akreditasi dengan keinginan organisasi profesional.

Kendala dari kredensial apoteker adalah bahwa dibutuhkan waktu khusus untuk melihat proses secara langsung sehingga kontradiksi sering terjadi antara kompetensi yang ditulis, hasil wawancara, jumlah sertifikat yang dipegang dan praktik di lapangan. Selain melihat sertifikat dan legalitas, kredensial apoteker juga harus melihat proses praktik dan keterampilan di lapangan secara komprehensif.

Untuk menjawab beberapa kebutuhan proses kredensial di atas yang merupakan hambatan dan yang sesuai dengan kebutuhan Indonesia, sudah ada rekomendasi untuk model kredensial yang: (1) menanggapi tujuan keselamatan pasien, (2) sesuai dengan konsep profesionalisme, (3) telah dicoba di berbagai negara dengan hasil yang baik berdasarkan Komisi Gabungan Akreditasi Organisasi Kesehatan pada tahun 2003. Model kredensial ini bergantung pada tiga proses inti. Pertama, petugas kesehatan melakukan aplikasi privileg klinis dengan metode self assessment. Kedua, kredensial harus dilakukan oleh mitra terbaik, mitra harus meninjau dan menyetujui aplikasi berdasarkan pada kertas putih. Buku putih ini adalah referensi standar yang berisi persyaratan pekerja kesehatan untuk melakukan tindakan medis tertentu. Ketiga, rumah sakit mengeluarkan janji klinis berdasarkan rekomendasi dari mitra terbaik. Secara berkala, tenaga kesehatan akan melalui proses rekonsiliasi, di mana tiga proses inti akan diulang. Selain itu, jika seorang pekerja kesehatan dianggap membahayakan keselamatan pasien, keistimewaan klinisnya dapat ditunda sebagian atau seluruhnya, sehingga petugas kesehatan yang bersangkutan tidak diperbolehkan untuk mengambil tindakan medis di rumah sakit (Herkutanto, 2008).

Mayoritas peserta FGD rumah sakit setuju bahwa kepercayaan apoteker masih memiliki banyak kendala dan tidak ideal. Salah satunya adalah definisi yang kompeten dalam kredensial apoteker masih membingungkan. Dalam hal ini, harapan peserta FGD RSUD Panembahan Senapati Bantul Yogyakarta dalam proses pengesahan apoteker harus diadakan secara singkat pertama tentang proses dan definisi yang terkait dengan kredensial sebelum kredensial apoteker dilakukan. Bahkan, dalam Ketentuan Umum yang diuraikan dalam lampiran pada Keputusan Komite Pusat Asosiasi Apoteker Indonesia, definisi kompeten belum dijelaskan. Jadi perlu untuk membuat definisi kompeten sehingga dapat disampaikan selama briefing sebelum kredensial apoteker dilakukan. Sementara salah satu harapan peserta FGD PKU Muhammadiyah Bantul yang melaksanakan mandat internal dalam proses kredensial apoteker adalah adanya apoteker yang sudah memiliki sertifikat asesor untuk kredensial internal, atau dilakukan oleh organisasi profesi dengan cara yang terstandarisasi dan kredensial langsung dilakukan ketika ada karyawan baru. Sebenarnya masalah ini akan teratasi jika peraturan kredensial apoteker mengharuskan semua rumah sakit untuk memiliki kredensial apoteker oleh

organisasi profesional sebagai mitra terbaik yang sudah memiliki standar mereka sendiri sesuai dengan mekanisme kredensial yang direkomendasikan (Dager dkk, 2011; Herkutanto, 2008). Dalam lampiran Keputusan Komite Sentral Asosiasi Apoteker Indonesia, sudah ada persyaratan tim kredensial standar dalam bentuk: 1) anggota tim yang ditunjuk dari fasilitas pelayanan farmasi, lembaga pendidikan apoteker, asosiasi seminari atau perguruan tinggi yang tepat, 2) integritas, 3) berpartisipasi dalam Training of Trainers (ToT) tentang kredensial, 4) berpengalaman di bidang yang bersangkutan minimal 3 tahun, 5) anggota berjumlah setidaknya tiga orang.

### 3 CONCLUSIONS

Hasil penelitian dapat diringkas sebagai berikut: 1) Asosiasi Apoteker Indonesia sebagai organisasi profesional telah membentuk tim kredensial untuk membantu rumah sakit melaksanakan mandat oleh Tim Kreditur Asosiasi Apoteker Indonesia, 2) Keberadaan tim kredensial Asosiasi Farmasi Indonesia memiliki belum disosialisasikan secara efektif kepada anggota yang membutuhkannya, 3) Pengembangan instrumen kredensial dilakukan secara terus-menerus melalui pencarian referensi untuk kualifikasi apoteker luar negeri dan modifikasi dari profesi kesehatan lainnya, 4) Cakupan rumah sakit yang melibatkan tim kredensial IAI sebagai mitra adalah masih rendah, 5) Rumah sakit telah mengatur kredensial yang dilakukan dengan pelaksana yang berbeda antara tim kredensial organisasi profesional atau tim kredensial internal rumah sakit, 6) Motivasi utama sistem kepercayaan hanya untuk menyelesaikan administrasi akreditasi, 7) Tidak semua rumah sakit mengetahui sosialisasi keberadaan Tim Kreditur Asosiasi Apoteker Indonesia, 8) Apoteker masih memiliki banyak kendala dan tidak ideal.

Pada dasarnya apoteker memiliki kebutuhan untuk meningkatkan sistem kepercayaan baik dalam teori maupun aplikasi. Ketiadaan peraturan yang secara hukum dapat dilaksanakan dan implementasi bebas dari kredensial dilakukan oleh rumah sakit internal atau oleh organisasi profesional yang menghasilkan banyak cita-cita yang ditemukan, sehingga akreditasi dianjurkan yang mengharuskan kreditur apoteker untuk dilakukan oleh mitra terbaik. Sebagai studi kualitatif, temuan ini memberikan informasi kepada organisasi profesional untuk mengembangkan strategi untuk mengembangkan sistem kredensial apoteker di Indonesia, terutama Yogyakarta. Dari penelitian di atas, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk rumah sakit yang terletak di luar Yogyakarta. Manajemen rumah sakit di Yogyakarta juga dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, khususnya di bidang tenaga apoteker rumah sakit.

## REFERENCES

- Joint Commission International. (2014). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 5th Edition, USA.
- Costa M.H., Shulman R.O.B., Bates I. N. (2012). A Credentialing Process for Advanced Level Pharmacists : Participant Feedback. *Pharm J*, 288(May):1–5.
- Burns, A.L., Teeters, J., Witmer D.R., Ellis W. (2014). Credentialing and Privileging of Pharmacists: A Resource Paper from the Council on Credentialing in Pharmacy: Council on Credentialing in Pharmacy. *Am J Heal Pharm*, 71(21):1891–900.
- Depkes RI. (2005). Keputusan Menteri Kesehatan Rumah Sakit No.631/ MENKES/ SK/IV/2005 tentang Peraturan Internal Staf Medis. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 49 th. 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit, Jakarta; Depkes RI.
- McKenzie, C., Borthwick, M. (2011). Developing a Process for Credentialing Advanced Level Practice in the Pharmacy Profession using a Multi-source Evaluation Tool. *Pharm J.*, 286:1-5.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., & Johnston, S.E. (2000). Professionalism and Medicine's Social Contract. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 82 (8), 1189–1189.
- Sullivan, W.M. (2000). Medicine Under Threat: Professionalism and Professional Identity. *Canadian Medical Association Journal*, 162 (5), 673–675.
- Dager W, Bolesta S, Brophy G, Dell K, Gerlach A, Kristeller J, et al. (2011). An Opinion Paper Outlining Recommendations for Training, Credentialing, and Documenting and Justifying Critical Care Pharmacy Services. 31(8):829–829.
- Herkutanto. (2008). Credential and Clinical Privileges, The Way to Patient Safety. Jakarta.