



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK  
MENINGKATKAN MITIGASI PADA *INCIDENT*  
*REPORT* DI RUMAH SAKIT XYZ TAHUN 2000-2009**

TESIS

OLEH:

**TEGUH AGUS SANTOSO**

NPM: 0606021842

**PROGRAM STUDI KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, 2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK MENINGKATKAN  
MITIGASI PADA *INCIDENT REPORT* DI RUMAH SAKIT XYZ TAHUN  
2000-2009**

**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA**

**NAMA: TEGUH AGUS SANTOSO  
NPM: 0606021842**

**PROGRAM STUDI KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2009**

**PROGRAM STUDI KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Desember 2009

Teguh Agus Santoso, NPM 0606021842

**ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK  
MENINGKATKAN MITIGASI PADA *INCIDENT REPORT* DI  
RUMAH SAKIT XYZ TAHUN 2000-2009**

xiii+51 halaman, 7 tabel, 7 gambar, 2 lampiran

**ABSTRAK**

Salah satu program manajemen risiko di rumah sakit yang sedang tren dalam rangka peningkatan mutu adalah Program Keselamatan Pasien (*Patient Safety*). Kesadaran *safety* tentang faktor manusia pada industri rumah sakit mulai banyak menjadi perhatian. Perhatian tersebut tidak hanya dari pemerintah namun juga sektor swasta dan beberapa badan akreditasi mutu yang independen.

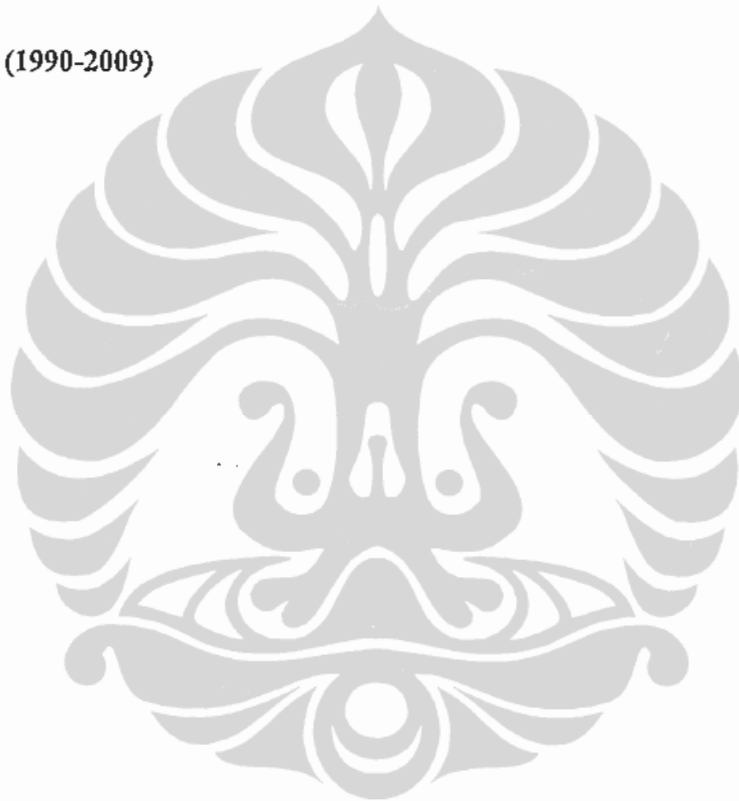
Setiap sistem pelaporan keselamatan pasien di setiap organisasi memiliki taksonomi baik secara implisit maupun eksplisit. Peneliti mengkaji taksonomi dari Badan Kesehatan WHO (*World Health Organization*), Badan Akreditasi JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*), dan KKPRS-Persi (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Pehimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) terutama taksonomi tentang *medical error*.

Dengan mengetahui bentuk-bentuk taksonomi tersebut, peneliti membuat taksonomi yang baru untuk RS XYZ, dengan tujuan memudahkan Para Pembuat Kebijakan RS XYZ melakukan mitigasi. Setelah dilakukan wawancara mendalam dan studi kasus kepada Para Pengambil Kebijakan, taksonomi *medical error* yang ditawarkan oleh peneliti disetujui untuk dilakukan penerapan. Dan penelitian ini

menyimpulkan bahwa taksonomi *medical error* yang baru berdasarkan *framework* James Reason untuk RS XYZ secara umum bisa mempermudah analisis dan mengambil tindakan. Peneliti pun menyarankan perlunya dukungan dari Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan untuk penerapan taksonomi *medical error* di rumah sakit di Indonesia.

**Kata Kunci:** keselamatan pasien, manajemen risiko, *medical error*, taksonomi

**Dafatr Pustaka :** 43 (1990-2009)



**OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PROGRAM STUDY  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

*Thesis, December 2009*

*Teguh Agus Santoso, NPM 0606021842*

**MEDICAL ERROR TAXONOMY ANALYSIS FOR IMPROVING  
INCIDENT REPORT MITIGATION IN XYZ HOSPITAL 2000-2009**

*xiii+51 pages, 7 tables, 7 pictures, 2 appendices*

**ABSTRACT**

*One of risk management program in hospital that in-trend for quality improving is Patient Safety. Safety awareness especially human factor awareness is in attention in healthcare industry. The attention is not only from Government but also from private sector and independent accreditation body.*

*All patient safety reporting system in every organization has taxonomy for implicit or explicit. Researcher assess the taxonomy from World Health Organization, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, and from National Patient Safety Committee KKPRS-Persi (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Pehimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) especially in medical error taxonomy.*

*In knowing the taxonomies form, taxonomy model was made for XYZ Hospital, with goal for making mitigation easily by the XYZ Hospital Policy Maker. The methodology is in-depth interview and qualitative case study to the policy maker, and the result is medical error taxonomy that it is proposed, have been agreed by policy maker to implement. And this research concluded the new medical error taxonomy that based on James Reason framework can make analyze easily to mitigation.*

*Researcher also suggest to government especially Department of Health for medical error taxonomy implementation in hospital in Indonesia.*

*Keywords: patient safety, risk management, medical error, taxonomy*

*Bibliography: 43 (1990-2009)*



## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

### **ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK MENINGKATKAN MITIGASI PADA *INCIDENT REPORT* DI RUMAH SAKIT XYZ TAHUN 2000-2009**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Indonesia

Depok, 9 Desember 2009

Komisi Pembimbing

Ketua



(Dr. Izhar Muhammad Fihir, MOH)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 9 Desember 2009

Ketua



(Dr. Izhar Muhammad Fihir, MOH)

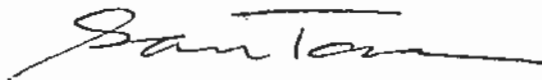
Anggota



(Drs. Ridwan Z. Syaaf, MPH)



(Prof. Dr. Amal C. Syaaf, SKM, DRPH)



(Dr. Santoso Soeroso, Sp. A, MARS)



(Dr. Sugma Agung Purbowo, MARS)



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Teguh Agus Santoso  
NPM : 0606021842  
Kekhususan : Keselamatan dan Kesehatan Kerja  
Angkatan : 2006  
Jenjang : Magister

menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK MENINGKATKAN MITIGASI PADA *INCIDENT REPORT* DI RUMAH SAKIT XYZ TAHUN 2000-2009**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 9 Desember 2009



(Teguh Agus Santoso)

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Teguh Agus Santoso  
Tempat/Tanggal Lahir : Indramayu, 2 Agustus 1977  
Alamat : Jl. H. Jaenudin No. 7 Gandaria Utara  
Jakarta Selatan 12140

Status Keluarga : Menikah

Alamat Instansi : Swasta

Riwayat Pendidikan :

1. TK Tunas Bahari, Eretan Wetan, Indramayu, lulus tahun 1983
2. SDN Eretan wetan I, Indramayu, lulus tahun 1989
3. SMP Islam Al-Azhar, Cirebon, lulus tahun 1992
4. SMA Taruna Nusantara, Magelang, lulus tahun 1995
5. PPDU Universitas Indonesia, Jakarta, lulus tahun 2002

Riwayat Pekerjaan :

1. Dokter Umum Pegawai Tidak Tetap (PTT) di Pusat Kesehatan Mahasiswa Universitas Indonesia
2. Auditor Medis pada JPKM Mitra Kesehatan Jaya
3. *Risk Management Officer*
4. *Patient Safety Consultant*

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah. Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan barokah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini. Shalawat dan salam teruntuk Muhammad SAW yang telah membawa risalah kebenaran kepada umat manusia.

Setelah melaksanakan penelitian dalam beberapa waktu, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tesis ini. Namun demikian tesis ini dapat diselesaikan atas bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak untuk terwujudnya tesis ini, peneliti dengan segala kerendahan hati mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Izhar Muhammad Fihir, MOH, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan dorongan serta arahan-arahan.
2. Prof. Dr. Amal C. Syaaf, SKM, DR.PH, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan dorongan serta arahan-arahan.
3. Ibu Dra. Evi Martha, M. Kes, selaku pengarah untuk memperlancar penelitian ini.
4. Drs. Ridwan Z. Syaaf, MPH, selaku Ketua Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, atas segala bantuan dan dorongan yang diberikan.
5. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah membimbing peneliti selama mengikuti pendidikan.
6. Titis Purnawati, Istri tercinta dan Kaka Ukis serta Ade Mawa, Anak-anak tersayang.
7. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu disini, yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan kepada peneliti.



(Teguh Agus Santoso)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
ABSTRAK .....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	vii
SURAT PERNYATAAN.....	ix
RIWAYAT HIDUP .....	x
KATA PENGANTAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
<b>1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Batasan Penelitian .....	5
<b>2 KAJIAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Keselamatan Pasien di Industri Rumah Sakit .....	6
2.2 Taksonomi Keselamatan Pasien .....	7
2.2.1 Definisi Taksonomi.....	7
2.2.2 Keuntungan Taksonomi Keselamatan Pasien.....	7
2.3 <i>Medical error</i> di Industri Rumah Sakit .....	8
2.3.1 <i>Human error</i> .....	9
2.3.2 <i>Medical error</i> versi WHO .....	11
2.3.3 <i>Medical error</i> versi JCAHO.....	15
2.3.4 <i>Medical error</i> versi Persi.....	17
2.4 <i>Medical error</i> Dalam Perundang-undangan.....	21
2.5 Profil Mitigasi <i>Medical Error</i> di RS XYZ .....	22
<b>3 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>26</b>
<b>4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
<b>5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>35</b>
<b>6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>46</b>
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>47</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	
Tabel 2.1 Perbandingan antar Taksonomi <i>Medical Error</i> .....	23
Tabel 3.1 Kerangka Teori yang Dipakai pada Setiap <i>Medical Error Incident</i> .....	27
Tabel 3.2 Kerangka Wawancara Tahap 1 .....	30
Tabel 3.3 Kerangka Wawancara Tahap 2 .....	30
Tabel 4 Metode Pengumpulan Data Kualitatif.....	32
Tabel 5.1 Data Insiden <i>Medical Error</i> RS XYZ Tahun 2000-2009.....	35
Tabel 5.2 Taksonomi yang Menjadi Dasar Kebijakan <i>Medical Error</i> .....	45

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1 <i>Clinical Governance Pilars</i> .....	2
Gambar 2.1 Bagan Taksonomi Kejadian <i>Medical error</i> versi WHO .....	13
Gambar 2.2 Bagan Taksonomi Kejadian <i>Medical error</i> versi JCAHO .....	15
Gambar 2.3 Prosedur Manual Pelaporan Insiden di RS XYZ .....	24
Gambar 2.4 <i>Incident Analysis and Action Plan Form</i> .....	25
Gambar 3.1 Teori Reduksi <i>Error</i> .....	28
Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian .....	29

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 *Matrix of Perception on Medical Error Taxonomy*

Lampiran 2 Instrumen Penelitian



## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada hakekatnya rumah sakit ingin memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, namun kekritisannya menuntut standar yang lebih aman sehingga pengelolaan rumah sakit perlu suatu manajemen untuk meminimalkan risiko<sup>1,2</sup>. Salah satu program manajemen risiko di rumah sakit yang sedang tren dalam rangka peningkatan mutu adalah Program Keselamatan Pasien.

Kejadian atau insiden yang menunjukkan kearah *patient harm* atau kecacatan pasien sebanyak 3% sampai 17% pada pasien yang dirawat di rumah sakit<sup>3</sup>. Setelah diterbitkannya standar tentang manajemen risiko secara nasional pada tahun 1995, rumah sakit di Inggris berhasil menerapkan sistem pelaporan yang baik, dimana insiden sudah diklasifikasikan dan masuk kedalam suatu *database*<sup>4</sup>.

Kemudian pada tahun 1998, Inggris mulai menerapkan tata kelola klinik atau *clinical governance*<sup>5</sup>, dimana didalamnya terdapat 7 pilar yang harus ditegakkan agar pelayanan klinik kepada klien (pasien) lebih bermutu. Ketujuh pilar, yang terlihat pada Gambar 1 tersebut adalah<sup>6</sup>: manajemen risiko, training dan edukasi, audit klinik, keefektifan klinik, riset dan pengembangan, keterbukaan dan *clinical governance* itu sendiri.

Ketujuh pilar tersebut merupakan sistem yang saling bersinggungan dimana sang dokter sebagai sisi manusia menjadi fondasi utamanya. Faktor manusia dalam sistem *safety-critical* dianggap memiliki *hazard* tersendiri yang harus diidentifikasi

walaupun masih sulit untuk dianalisis<sup>7</sup>, memang karena *human error* adalah kesalahan yang sulit diduga, dan kesalahan tersebut sangat mudah untuk terulang<sup>8-10</sup>.



Gambar 1 *Clinical Governance Pillars*<sup>6</sup>

*National Patient Safety Agency* (NPSA), sebuah organisasi dibawah Departemen Kesehatan (Depkes) Inggris merintis sistem pelaporan insiden secara nasional pada tahun 2003<sup>11</sup>. Tujuan sistem ini salah satunya adalah untuk mengidentifikasi tren *medical error* yang terjadi.

Di Indonesia gerakan keselamatan pasien rumah sakit diawali dengan membentuk KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) oleh Persi (Pehimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) pada 1 Juni 2005 sebagai hasil rapat kerja pada 24 – 26 Maret 2005 di Surabaya<sup>12</sup>.

KKPRS kemudian menyusun panduan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Sejalan dengan itu KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) Depkes menyusun standar keselamatan pasien rumah sakit. Kedua upaya ini

kemudian disinergikan menjadi Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit<sup>12</sup>.

Namun baru tahun 2007 KKPRS menerbitkan Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)<sup>13</sup>. Didalam pedoman ini pun telah dijelaskan klasifikasi-klasifikasi insiden akan tetapi belum menjelaskan secara eksplisit mengenai klasifikasi *medical error*.

RS XYZ menerapkan *Incident Report* (Pelaporan Insiden) secara baik sejak tahun 2000. Hal yang dilaporkan tidak hanya Insiden Keselamatan Pasien tetapi juga Insiden Kecelakaan Kerja. Semua staf termasuk pihak ketiga (*outsorce*) berhak melaporkan insiden. Insiden dilaporkan kepada Pejabat Manajemen Risiko (*Risk Management Officer*) dan selanjutnya akan ditindaklanjuti (dimitigasi) oleh kepala divisi dalam hal ini direktur yang terkait.

Pada penelitian ini, *hazard* manusia sebagai fondasi *clinical governance* yakni *medical error* menjadi topik yang akan dibuat taksonomi dengan cara mengkaji berbagai kepustakaan sebagai wacana dalam mengembangkan kerangka teori. Karena dengan jelasnya kerangka teori terjadinya suatu *medical error*, maka taksonomi akan mudah dibuat<sup>14</sup>. Dalam proses ini pun dilakukan pengkajian pada penelitian-penelitian sebelumnya.

Memang banyak penelitian sebelumnya yang mengkaji lebih banyak dari luar Indonesia, sehingga peneliti bermotivasi melakukan proses penelitian tersebut di sebuah rumah sakit Indonesia. Pengukuran *patient safety* yang kurang adekuat, walaupun pengukuran itu dilakukan di negara yang memiliki sistem pelayanan kesehatan yang baik<sup>15</sup> turut mendukung motivasi peneliti. Hal ini dikarenakan pertama taksonominya yang cukup rumit<sup>16</sup>, kedua banyaknya ahli yang bervariasi



menafsirkan *medical error*<sup>17,18</sup>, dan yang ketiga kurangnya insiden yang dilaporkan, padahal hal tersebut sangat berguna untuk dipelajari<sup>19</sup>.

## 1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana *hazard medical error* di RS XYZ diklasifikasikan menjadi sebuah taksonomi dan bagaimana para pengambil kebijakan melakukan mitigasi terhadap *medical error* yang pernah terjadi di RS XYZ tersebut.

Sehingga peneliti bisa mengetahui apakah dengan adanya taksonomi *medical error* akan mempermudah melakukan mitigasi? Dan bagaimana pendapat para pengambil kebijakan RS XYZ terhadap taksonomi tersebut? Apakah bisa diterapkan sebagai kebijakan?

## 1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui pendapat para pengambil kebijakan RS XYZ tentang taksonomi *medical error* dalam meningkatkan proses mitigasi insiden di RS XYZ.

Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui *medical error incident* di RS XYZ, untuk identifikasi pengetahuan para pengambil kebijakan tentang taksonomi *medical error*, untuk mengetahui persepsi para pengambil kebijakan terhadap taksonomi *medical error*, untuk mengetahui kemungkinan persetujuan penerapan taksonomi *medical error* sebagai kebijakan di RS XYZ, dan untuk mengetahui kemungkinan menerapkan taksonomi *medical error*.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini untuk pendidikan adalah untuk menambah informasi dan kajian mengenai taksonomi *medical error* di rumah sakit dan juga faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya *medical error* di rumah sakit.

Sedangkan manfaat penelitian untuk perusahaan adalah untuk memperoleh gambaran data *medical error* yang telah terjadi, untuk memperoleh masukan dalam mengklasifikasikan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya *medical error* tersebut dan masukan untuk mitigasi atau menindaklanjutinya.

Untuk peneliti sendiri, penelitian ini bermanfaat memberi jawaban atas keingintahuan peneliti mengenai taksonomi *medical error* para dokter yang melakukan tindakan medis di RS XYZ dan sebagai salah satu syarat untuk kelulusan pendidikan Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3).

#### 1.5 Batasan Penelitian

Penelitian dilakukan pada data sekunder berupa laporan insiden *medical error* yang terjadi di RS XYZ dari tahun 2000 sampai dengan tahun 2009.

Penelitian ini dilakukan selama bulan Agustus sampai dengan November tahun 2009 dengan pendekatan studi eksploratif, artinya peneliti melakukan kajian pustaka yang menjadi rujukan untuk pembuatan taksonomi *medical error* lalu menganalisis secara sederhana *incident report* yang ada dengan taksonomi tersebut, kemudian dibandingkan dengan wawancara mendalam terhadap para pengambil kebijakan serta ditunjang dengan metode studi kasus.

## KAJIAN PUSTAKA

### 2.1 Keselamatan Pasien di Industri Rumah Sakit

Belajar pada industri aviasi dan tenaga nuklir yang menempatkan faktor manusia sebagai fokus utama *safety*<sup>20</sup>, kesadaran tentang faktor manusia pada industri rumah sakit mulai banyak menjadi perhatian. Perhatian tersebut tidak hanya dari pemerintah namun juga sektor swasta dan beberapa badan akreditasi mutu yang independen.

Di Indonesia sendiri kesadaran *safety* di rumah sakit sudah cukup lama. Diawali dengan terbitnya Surat Edaran Dirjen Yanmed (Direktorat Jendral Pelayanan Medik) No. HK.00.06.6.4.0.1497 tanggal 27 Februari 1995 tentang pembentukan Panitia Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. Namun secara fungsional hanya menyinggung masalah lingkungan saja, walaupun yang ditetapkan menjadi pimpinan adalah semuanya berkompetensi dalam hal klinis.

Dalam industri rumah sakit yang bisnis intinya bersandar pada pasien, kesadaran untuk *patient safety* baru muncul sepuluh tahun kemudian yakni ketika gerakan keselamatan pasien muncul.

Pada tahun 2003, *Institute of Medicine*, suatu badan independen di Amerika Serikat, merekomendasikan perlunya standarisasi untuk menangani *patient safety* di rumah sakit<sup>21</sup>. Namun tidak sedikit standarisasi yang telah dilakukan memberikan terminologi yang tidak sama, sehingga mengakibatkan susahny melakukan klasifikasi ataupun taksonomi.

## 2.2 Taksonomi Keselamatan Pasien

### 2.2.1 Definisi Taksonomi

Taksonomi keselamatan pasien mulai dikembangkan pada tahun 1987 di Australia<sup>22</sup>. Taksonomi sendiri berarti sebuah sistem klasifikasi<sup>23</sup>. Ada pula yang mengartikan ilmu pengklasifikasian yang berdasar pada sistem dan menghasilkan skema sehingga mudah untuk menganalisis dan melakukan tindakan mitigasi<sup>24</sup>.

Setiap sistem pelaporan keselamatan pasien di setiap organisasi memiliki taksonomi baik secara implisit<sup>24</sup> maupun eksplisit. Dalam Buku Pedoman Pelaporan IKP yang diterbitkan oleh KKPRS-Persi, taksonomi tersebut tidak disebutkan secara eksplisit.

Contoh taksonomi yang menggambarkan skema secara eksplisit adalah AIMS (*the Advanced Incident Management System*)<sup>22</sup>, NRLS (*the National Reporting and Learning System*)<sup>14</sup>, PSET (*the Patient Safety Event Taxonomy*)<sup>25</sup>, MERS (*the Medical Event Reporting System*)<sup>14</sup> dan yang terbaru tahun 2009 dari WHO yang akan dikaji dalam penelitian ini.

### 2.2.2 Keuntungan Taksonomi Keselamatan Pasien

Dari pengamatan peneliti, setiap Persi melakukan seminar tentang *patient safety*, organisasi tersebut menyampaikan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien. Peneliti tidak menjadikan rujukan karena tidak semua insiden *medical error* dilaporkan. Namun kegiatan tersebut bisa menjadi bukti keuntungan adanya taksonomi.

Keuntungan taksonomi keselamatan pasien yang penting lainnya adalah mengetahui mengapa insiden tersebut bisa terjadi sehingga strategi pencegahan apa yang bisa dilakukan untuk meminimalkan pengulangan insiden<sup>25</sup>. Sehingga suatu contoh program yang dilakukan oleh *National Surgical Quality Improvement* Amerika Serikat, berhasil menurunkan *surgical mortality* menjadi 27%, dan menurunkan komplikasi bedah menjadi 45%, berkat adanya taksonomi disertai dengan mitigasi yang baik<sup>26</sup>.

### 2.3 *Medical Error* di Industri Rumah Sakit

Pengertian *medical error* yang sering diterjemahkan secara langsung menjadi kesalahan medik oleh beberapa rumah sakit perlu ditinjau ulang<sup>25</sup>. Ada rumah sakit yang memasukkan kegagalan suatu rencana yang benar, ada yang memasukkan melakukan rencana tindakan yang salah, ada pula yang memasukkan *omission* (gagal melaksanakan prosedur yang benar) serta *commission* (melaksanakan prosedur yang salah)<sup>27,28</sup>.

Definisi yang pernah disampaikan Idris F<sup>29</sup>, *medical error* lebih menitikberatkan pada kebenaran tindakan dokter yang masih menyebabkan Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD). *Medical error*, menurut Idris F, sangat berbeda dengan *medical violation*, dimana dokter bertindak benar sesuai dengan prosedur yang adekuat dan sudah terakreditasi di rumah sakit. Bila dokter bertindak tidak sesuai dengan prosedur yang ada, itu yang disebut *violance*.

*Medical error* termasuk kedalam *human error*. Hal ini dikarenakan faktor manusia merupakan penyebab utama kejadian *medical error*<sup>30,31</sup>. Dimana *error*

sendiri bisa merupakan penyebab suatu kegagalan, atau kegagalan itu sendiri, atau *error* tersebut merupakan proses kegagalan<sup>28,32</sup>.

Sesuai dengan latar belakang masalah pada penelitian ini bahwa banyaknya variasi penafsiran *medical error*, James Reason seorang ahli *human error*, mengembalikan lagi esensi industri rumah sakit<sup>22</sup>. Dimana di rumah sakit terdapat berbagai macam aktivitas dari berbagai macam profesi dan peralatan namun memiliki produk yang berbeda untuk setiap pasiennya, karena satu pasien memang berbeda dengan pasien yang lain.

### 2.3.1 *Human Error*

*Human error* diartikan sebagai suatu keputusan atau perilaku manusia yang tidak diharapkan yang dapat menurunkan atau berpotensi menurunkan daya guna, keamanan atau kinerja sistem<sup>33</sup>. Jadi *human error* adalah sebuah gejala di dalam sistem.

Karena sebuah gejala, tentunya harus ada faktor-faktor yang berkontribusi dalam terjadinya sebuah *human error*. Selain Reason, para pionir tentang *human error* seperti Perrow dan Rasmussen pun sepakat bahwa faktor kontribusi terbesar terjadinya *human error* adalah sistem. Sehingga taksonomi yang muncul lebih banyak yang mencantumkan faktor diluar manusianya (lihat pada Subbab 2.2.1).

Salah satu taksonomi *human error* yang paling baik adalah taksonomi yang dibuat oleh Reason<sup>7,30,34</sup>. Peneliti mengambil taksonomi tersebut karena ia telah menjadi *framework* seluruh taksonomi yang telah disebutkan pada contoh (lihat pada Subbab 2.2.1). Dimana bagiannya adalah sebagai berikut:

### 2.3.1.1 *Person Approach (Active Error*<sup>15</sup>)

Pendekatan kepada faktor manusia ini dibagi menjadi *error* dan *violation*. Dimana *error* terdiri dari *slip* dan *mistake*. *Slip* didapat dari *lapse*, *absentmindedness*, kealpaan atau semua yang berdasar pada *skill*. Sedangkan *mistake* berdasar pada *knowledge* dan *rule*.

Pada perilaku yang *violation*, bisa dibagi menjadi *violation* yang dilakukan secara rutin dan *violation* yang dilakukan secara eksepsional.

### 2.3.1.2 *System Approach (Latent Error*<sup>26</sup>)

Pendekatan kepada sistem merupakan pendekatan terbaru dalam *human error*, dimana *error* lebih banyak dilihat sebagai konsekuensi dibandingkan sebagai penyebab. Sehingga muncullah Teori Reason yang dikenal sebagai *The Swiss Cheese Model*.

Sistem dapat dilihat sebagai suatu set<sup>35</sup> dari bagian yang sudah interelasi yang bekerja bersama untuk mencapai suatu tujuan. Sehingga dalam sistem terdapat orang dalam hal ini *system designer*, prosesnya dan atau infrastrukturnya.

Jadi batasan *medical error* yang akan dikaji pada beberapa taksonomi nantinya adalah kesalahan akibat kekurangan *skill*<sup>36</sup>, dimana dokter salah pada pekerjaan rutin yang hanya membutuhkan sedikit perhatian (*immediate perception for direct action*); kesalahan akibat salah mengaplikasikan prosedur<sup>37</sup>, dimana dokter salah persepsi dalam menyelesaikan suatu masalah (*recognition/prior knowledge for mental action*); kesalahan akibat kekurangan *knowledge*<sup>37</sup>, dimana dokter salah menginterpretasikan suatu masalah (*identification for planning*); dan kesalahan

akibat sistem, dimana pengaruh Organisasi Pelayan Kesehatan (rumah sakit) sangat berperan, terutama *technical design*.

### 2.3.2 Medical Error Versi WHO

Dalam *International Patient Safety Event Classification*<sup>36</sup> yang diterbitkan oleh WHO (*World Health Organization*), *hazard medical error* ditempatkan dalam satu kelas yakni Kelas Faktor Kontributor (lihat pada Gambar 2.1). Berikut pembagian *medical error* versi WHO.

#### 2.3.2.1 Faktor Staf (Dokter)

Kontributor terjadinya *medical error* yang dilakukan dokter yang pertama adalah faktor kognitif. *Hazard* ini merupakan kemampuan seorang dokter dalam memecahkan masalah (*knowledge based*), dalam hal ini dokter gagal mensintesis tindakan pada informasi yang ada, dokter tidak tahu sebab akibat, dokter mendapatkan "*halo effect*" atau yang berkorelasi dengan ilusi.

Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* karena sesuai dengan batasan *medical error* yang peneliti kaji dimana dokter salah menginterpretasikan suatu masalah.

Sedangkan faktor yang kedua adalah faktor kinerja. Kinerja seorang dokter memiliki *hazard* berupa kejadian *technical error (skill based)* dan kejadian misaplikasi (*rule based*). Sesuai dengan batasan *medical error* yang peneliti kaji dimana dokter salah pada pekerjaan rutin yang hanya membutuhkan sedikit perhatian. Sehingga peneliti perlu membedakan jenis tindakan medis, apakah tindakan tersebut rutin atau *emergency*.



Faktor kontributor terjadinya *medical error* yang ketiga adalah perilaku. Perilaku seorang dokter ada yang mengakibatkan *medical error* dan ada yang mengakibatkan *medical violation*. Yang peneliti kaji adalah yang mengakibatkan *medical error* seperti inatensi, kelelahan, dan terlalu percaya diri.

Namun faktor perilaku ini tidak termasuk kedalam batasan *medical error*, sehingga tidak dimasukkan kedalam taksonomi *medical error*.

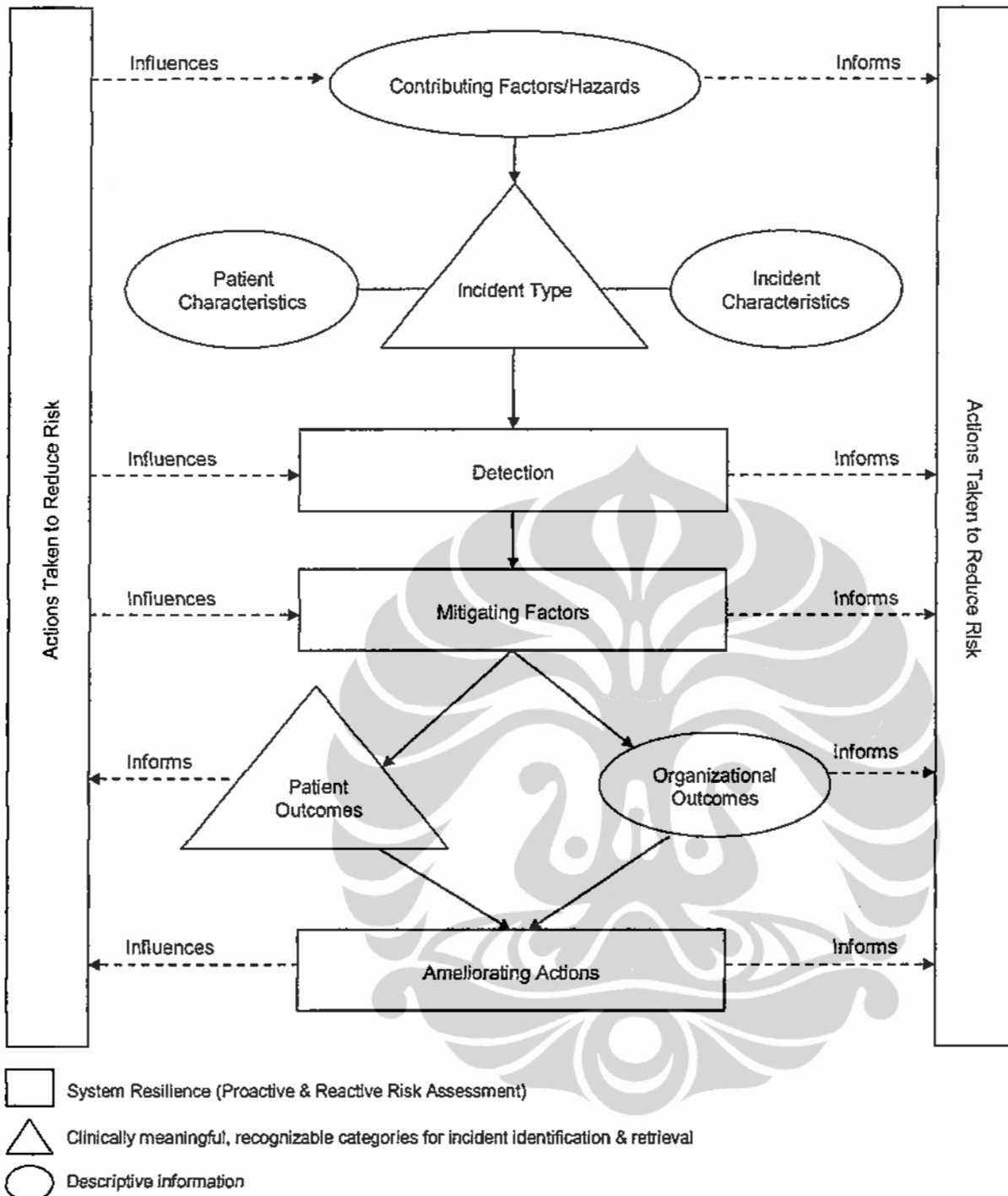
Selanjutnya adalah faktor komunikasi. Versi WHO memasukkan faktor ini kedalam faktor kontributor dokter yang menyebabkan *medical error*. Tapi peneliti melihat bahwa faktor ini bisa termasuk kedalam *latent error*, karena komunikasi dipengaruhi juga oleh sistem.

*Hazard* pada faktor ini bisa dilihat pada cara komunikasi, apakah *paper based*, apakah elektronik ataukah dengan cara verbal. Bisa juga dilihat pada kendala bahasa, atau dilihat dengan siapa dokter berbicara, apakah antara dokter itu sendiri atau apakah dengan pasien.

Faktor lainnya yakni penyakit yang diderita dokter pun bisa menjadi kontributor pada insiden *medical error*, namun tidak dikaji dalam penelitian ini karena tidak termasuk dalam batasan *medical error*, begitu pula untuk faktor emosi dan faktor sosial.

#### **2.3.2.2 Faktor Pasien**

Sama halnya dengan faktor kontribusi dokter, dibagi juga dalam 7 bagian, yakni faktor kognitif, faktor kinerja atau tampilan pasien, faktor perilaku, faktor komunikasi, faktor penyakitnya, faktor emosi dan terakhir faktor sosialnya. Namun faktor ini tidak dikaji dalam penelitian ini karena tidak termasuk dalam batasan *medical error*.



Gambar 2.1 Bagan Taksonomi Kejadian *Medical Error* Versi WHO<sup>35</sup>

#### 2.3.2.4 Faktor Organisasi

Faktor ini pun berkontribusi pada *medical error* secara langsung maupun tidak langsung. Klasifikasinya terdiri dari 6 bagian, yaitu ada tidaknya protokol atau

kebijakan, prosedur, serta proses, kemudian permasalahan budaya organisasi, pengorganisasian tim, serta ada tidaknya sumber daya atau beban kerjanya. Peneliti memasukkan semua faktor kontributor tersebut kedalam taksonomi *medical error* sebagai bagian dari *latent error*.

#### 2.3.2.5 Faktor Eksternal

Faktor ini merupakan faktor yang diluar jangkauan sistem RS atau tenaga medik itu sendiri, misalnya *natural environment*, perkembangan produk, teknologi & infrastruktur, serta perubahan pelayanan, sistem dan kebijakan. Namun faktor ini tidak dikaji dalam penelitian ini karena tidak termasuk dalam batasan *medical error*.

#### 2.3.2 Medical Error Versi JCAHO

Taksonomi *medical error* yang diterbitkan oleh JCAHO (*Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organization*), suatu badan akreditasi swasta khusus untuk industri *healthcare* terlihat pada Gambar 2.2<sup>25</sup>. Berikut Kelas Faktor Kontributor yang dibuat oleh JCAHO.

##### 2.3.3.1 Faktor Manusia

Faktor ini berkontribusi pada kejadian *medical error*, dimana faktor ini diklasifikasikan menjadi faktor pada pasien, praktisi dan faktor eksternal atau diluar kendali. Peneliti hanya memasukkan faktor praktisi (*practitioner*) kedalam taksonomi, karena termasuk kedalam batasan *medical error*.

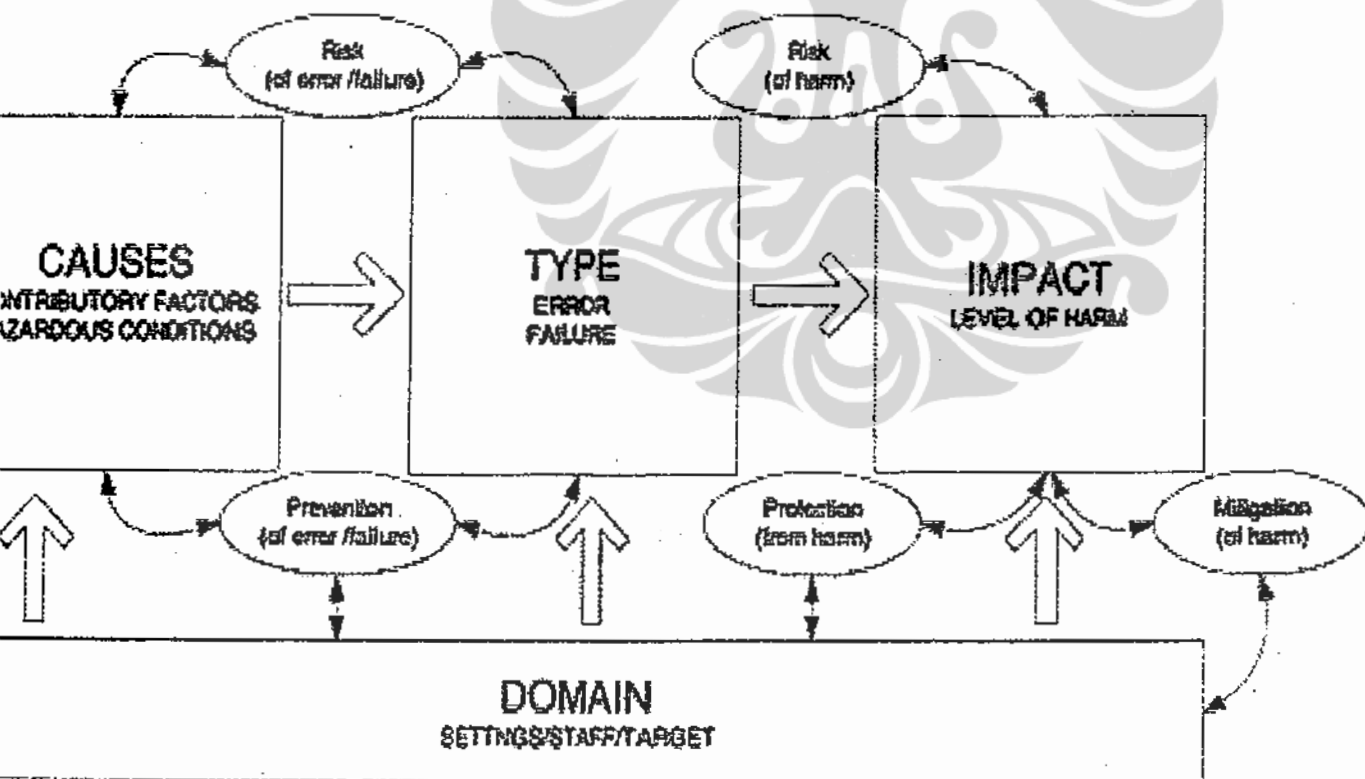
Faktor ini diklasifikasikan menjadi kejadian karena *skill based*, kejadian karena *rule based*, kejadian karena *knowledge based* dan kejadian tidak terklasifikasi. Namun JCAHO tidak menjelaskan secara detail klasifikasi tersebut..

##### 2.3.3.2 Faktor Sistem (Struktur/Proses)

Faktor ini diklasifikasikan menjadi faktor organisasi dan faktor teknik.

Dalam faktor organisasi, kejadian *medical error* dapat ditinjau dari faktor manajemen. Apakah ada *maintenance of organizational resources* (misalnya seleksi dan penempatan dokter)? Apakah ada *monetary safety budget*? Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah administrasi rumah sakit.

Faktor lain dalam organisasi adalah budaya organisasi. Apakah ada rantai komando? Apakah ada delegasi wewenang dan atau tanggung jawab? Apakah ada *communication channels*? Apakah ada akuntabilitas formal, dan yang terpenting adakah budaya *safety*? Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi sebagai *latent error* masalah komunikasi.



Gambar 2.2 Bagan Taksonomi Kejadian *Medical Error* Versi JCAHO<sup>22</sup>

Faktor organisasi lain yang menjadi kontributor terjadinya *medical error* adalah protokol. Apakah ada proses (*time pressures*, sistem insentif, dan penjadwalan)? Apakah ada prosedur (standar kinerja)? Apakah ada kesalahan protokol (*oversight*)? Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah protokol atau kebijakan rumah sakit.

Faktor alih pengetahuan. Apakah ada supervisi dan apakah ada training? JCAHO menempatkan faktor ini kedalam faktor kontributor organisasi. Namun peneliti mengkaji bahwa faktor ini bukan kontributor terjadinya *medical error* melainkan salah satu cara mitigasi yang harus dilakukan oleh pembuat kebijakan.

Faktor eksternal lainnya, misalnya apakah ada hal-hal lain yang diluar kendali? JCAHO menempatkan faktor ini kedalam faktor kontributor organisasi. Namun peneliti tidak memasukkannya kedalam taksonomi karena tidak termasuk kedalam batasan *medical error*.

Sedangkan penyebab *medical error* dari kontributor sistem faktor teknik lebih banyak kearah fasilitas, misalnya masalah disain dan konstruksi, malfungsi dan ketersediaan peralatan, serta faktor eksternal lainnya dalam hal ini apakah ada hal-hal lain yang diluar kendali. Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah *enviroment* dan *equipment* rumah sakit.

Namun peneliti tidak memasukkan faktor eksternal lainnya kedalam taksonomi karena tidak termasuk kedalam batasan *medical error*.

### **2.3.3.3 Faktor Penyebab Lain**

Beberapa penyebab lain yang mengakibatkan kejadian *medical error* adalah *negligence* (tidak ada attensi), *recklessness* (kurang bertanggung jawab), dan

*intentional rule* atau *violation*. Namun penyebab lain ini tidak dikaji dalam penelitian karena tidak termasuk dalam batasan *medical error*.

#### **2.3.4 Medical Error Versi Persi**

Taksonomi *medical error* yang diterbitkan oleh Persi<sup>13</sup>, didapatkan dari Buku Pedoman Pelaporan IKP tahun 2008. Berikut kelas taksonomi yang dibuat oleh Persi secara implisit yang berhasil peneliti kaji:

##### **2.3.4.1 Faktor Eksternal/Di luar RS**

Faktor ini merupakan faktor yang diluar jangkauan sistem RS atau tenaga medik itu sendiri, misalnya regulator dan ekonomi, Peraturan dan Kebijakan Depkes, peraturan nasional dan hubungan dengan organisasi lain. Seperti pada Versi WHO dan Versi JCAHO, faktor ini tidak dikaji dalam penelitian ini karena tidak termasuk dalam batasan *medical error*.

##### **2.3.4.2 Faktor Organisasi dan Manajemen**

Organisasi dan manajemen yang dimaksud oleh Persi meliputi struktur organisasi, pengawasan dan jenjang pengambilan keputusan. Seperti pada Versi WHO dan Versi JCAHO, peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah organisasi rumah sakit.

Namun Persi menempatkan pula kebijakan, standar dan tujuan kedalam faktor organisasi dan manajemen yang meliputi tujuan dan misi rumah sakit, penyusunan fungsi manajemen, *contract service*, sumber keuangan, pelayanan informasi, kebijakan diklat, prosedur dan kebijakan untuk fasilitas dan perlengkapan, manajemen risiko, manajemen K3, serta *Quality Improvement*. Peneliti memasukkan

faktor-faktor tersebut kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah protokol dan kebijakan rumah sakit.

Untuk sistem administrasi, Persi tidak menjelaskan secara detail. Seperti pada Versi WHO dan Versi JCAHO, peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah administrasi rumah sakit.

Untuk budaya organisasi, Persi hanya memasukkan budaya keselamatan, yang meliputi perilaku kerja dan dukungan manajemen oleh seluruh dokter. Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah organisasi rumah sakit, terutama masalah *safety check*.

Faktor SDM yang meliputi ketersediaan, tingkat pendidikan dan ketrampilan dokter yang berbeda serta beban kerja yang optimal, peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah *manpower* rumah sakit, terutama masalah keefektifan *roister*.

Faktor manajemen training, pelatihan atau *refreshing*. Persi menempatkan faktor ini kedalam faktor kontributor organisasi dan manajemen. Namun peneliti mengkaji bahwa faktor ini bukan kontributor terjadinya *medical error* melainkan salah satu cara mitigasi yang harus dilakukan oleh pembuat kebijakan, sehingga peneliti tidak memasukkan kedalam taksonomi.

#### **2.3.4.3 Faktor Lingkungan Kerja**

Lingkungan kerja yang dimaksud oleh Persi adalah faktor desain dan bangunan yang meliputi manajemen pemeliharaan, penilaian ergonomik dan fungsionalitas. Dan juga faktor lingkungan itu sendiri yang meliputi *housekeeping*, pengawasan lingkungan fisik, dan perpindahan pasien antar ruangan. Seperti pada

Versi WHO dan Versi JCAHO, peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah *enviroment* rumah sakit.

Untuk peralatan atau sarana dan prasarana yang meliputi malfungsi alat, ketersediaan, manajemen pemeliharaan, fungsionalitas serta desain, penggunaan dan pemeliharaan peralatan, peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah *equipment* rumah sakit.

#### 2.3.4.4 Faktor Tim

Berbeda dengan Versi WHO dan Versi JCAHO, Persi tidak menempatkan *person approach* pada *active error*, melainkan *team approach* yang meliputi supervisi dan konsultasi seperti kemauan dokter junior berkomunikasi dan cepat tanggap. Namun peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* bukan *active error*, karena sangat berdekatan dengan masalah komunikasi.

Faktor tim lainnya adalah konsistensi yang meliputi kesamaan tugas antar profesi dan antar staf yang setingkat. Namun peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* bukan *active error*, karena sangat berdekatan dengan masalah *manpower*.

Masalah kepemimpinan dan tanggung jawab, meliputi kepemimpinan efektif dan kejelasan deskripsi kerja, peneliti pun memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* bukan *active error*, karena sangat berdekatan dengan masalah organisasi.

Respon terhadap insiden berupa dukungan *peer group* dimasukkan oleh Persi kedalam faktor kontributor terjadinya *medical error*. Namun peneliti mengkaji bahwa



bahwa faktor ini bukan kontributor terjadinya *medical error* melainkan salah satu cara mitigasi yang harus dilakukan oleh pembuat kebijakan, sehingga peneliti tidak memasukkan kedalam taksonomi.

#### 2.3.4.5 Faktor Petugas & Kinerja

Berbeda dengan Versi WHO dan Versi JCAHO, Persi tidak menempatkan *person approach* pada *active error*, melainkan *team approach* dimana kompetensi yang dinilai meliputi verifikasi kualifikasi dan verifikasi pengetahuan dan ketrampilan.

Jadi Persi cenderung menempatkan *system factor* sebagai faktor kontributor terjadinya *medical error*. Hal ini terlihat bahwa harus dilihat *stressor* dari sistem yang ada baik fisik dan mental seperti motivasi dan lain-lain sehingga peneliti pun memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* bukan *active error*, karena sangat berdekatan dengan masalah organisasi.

#### 2.3.4.6 Faktor Tugas

Satu-satunya faktor kontributor terjadinya *medical error* yang dimasukkan oleh peneliti kedalam *active error* adalah faktor tugas. Faktor ini meliputi faktor Standar Prosedur Operasional (SPO), seperti prosedur peninjauan dan revisi SPO, ketersediaan SPO, kualitas informasi dan prosedur investigasi.

Faktor yang lain adalah ketersediaan dan akurasi hasil tes yang meliputi tes tidak dilakukan, dan ketidaksesuaian antara interpretasi dan hasil tes. Kemudian faktor penunjang dalam validasi alat medik, meliputi ketersediaan, penggunaan, reliabilitas dan kalibrasi. Dan faktor desain tugas yang meliputi penyelesaian tugas

tepat waktu dan sesuai SPO. Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *active error*, karena sangat berdekatan dengan masalah *skill*.

#### 2.3.4.7 Faktor Pasien

Faktor ini tidak dikaji dalam penelitian ini karena tidak termasuk dalam batasan *medical error*.

#### 2.3.4.8 Faktor Komunikasi

Berbeda dengan Versi WHO dan Versi JCAHO, Persi membagi komunikasi menjadi verbal dan tertulis. Komunikasi verbal meliputi komunikasi antar dokter junior dan senior, komunikasi antar profesi, antar staf dan pasien dan komunikasi antar departemen.

Sedangkan komunikasi tertulis menilai apakah informasi yang ditulis lengkap atau tidak. Peneliti memasukkan faktor ini kedalam taksonomi *medical error* sebagai *latent error* masalah komunikasi.

### 2.4 *Medical Error* dalam Perundangan-undangan.

Secara nasional, di Indonesia dahulu hak dan kewajiban dokter hanya diatur dalam permenkes, sekarang sudah diatur dalam undang-undang, yakni UU No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran. Namun sayangnya istilah *medical error* belum tertulis secara eksplisit dalam peraturan tersebut. Dalam peraturan yang ditetapkan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) hanya menjelaskan bentuk pelanggaran disiplin yang dilakukan<sup>38</sup>, begitu pula dalam level RS, baik itu dalam *medical staf by law*, atau perjanjian kerjasama dengan dokter.

Pelanggaran disiplin yang dikemukakan oleh MKDKI semua disandarkan atas dasar peraturan perundang-undangan (*rule based*) baik itu kode etik, undang-undang, peraturan menteri atau peraturan konsil. Peneliti tidak bisa mengkajinya karena tidak bisa dikelompokkan kedalam *medical error hazard*.

## 2.5 Profil Mitigasi *Medical Error* di RS XYZ

Pelaporan *medical error* di RS XYZ sudah dimulai sejak tahun 1998, dimana laporan ditulis pada *Incident Report Form*. Form ditulis selambat-lambatnya 24 jam setelah insiden terjadi. *Risk Management Officer* (RMO) selaku penanggung jawab kegiatan ini akan menentukan *Safety Assessment Code* (SAC)<sup>22</sup> score insiden yang diterima, baru kemudian RMO akan memeriksa asuransi yang bersangkutan (dalam hal ini dokter yang terlibat). Untuk SAC score dengan nilai 3, RMO akan berdiskusi dengan *Chief Executive Officer* (CEO), *Devisional Head* dan *Tim Root Cause Analysis*.

Bila diduga adanya indikasi implikasi legal/mediko-legal RMO akan berdiskusi dengan Tim Mediko-Legal dengan Manajer Medik selaku ketua tim-nya. Terakhir RMO akan menuliskan semua proses pelaporan insiden di *Risk Log Book*.

RMO dan Komite Keselamatan Pasien RS XYZ juga akan melaporkan beberapa *incident report* kepada KKPRS Persi, namun melewati persetujuan CEO setelah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi dan solusinya serta pembelajaran.

RMO bersama Internal Auditor akan mem-verifikasi tindakan-tindakan implementatif yang telah dilakukan oleh divisi terkait. Berikut *flow chart* pelaporan insiden di RS XYZ seperti yang terlihat dalam Gambar 2.3 dan *Incident Analysis and*

*Action Plan Form* yang telah digunakan sejak tahun 2008 seperti terlihat dalam Gambar 2.4.

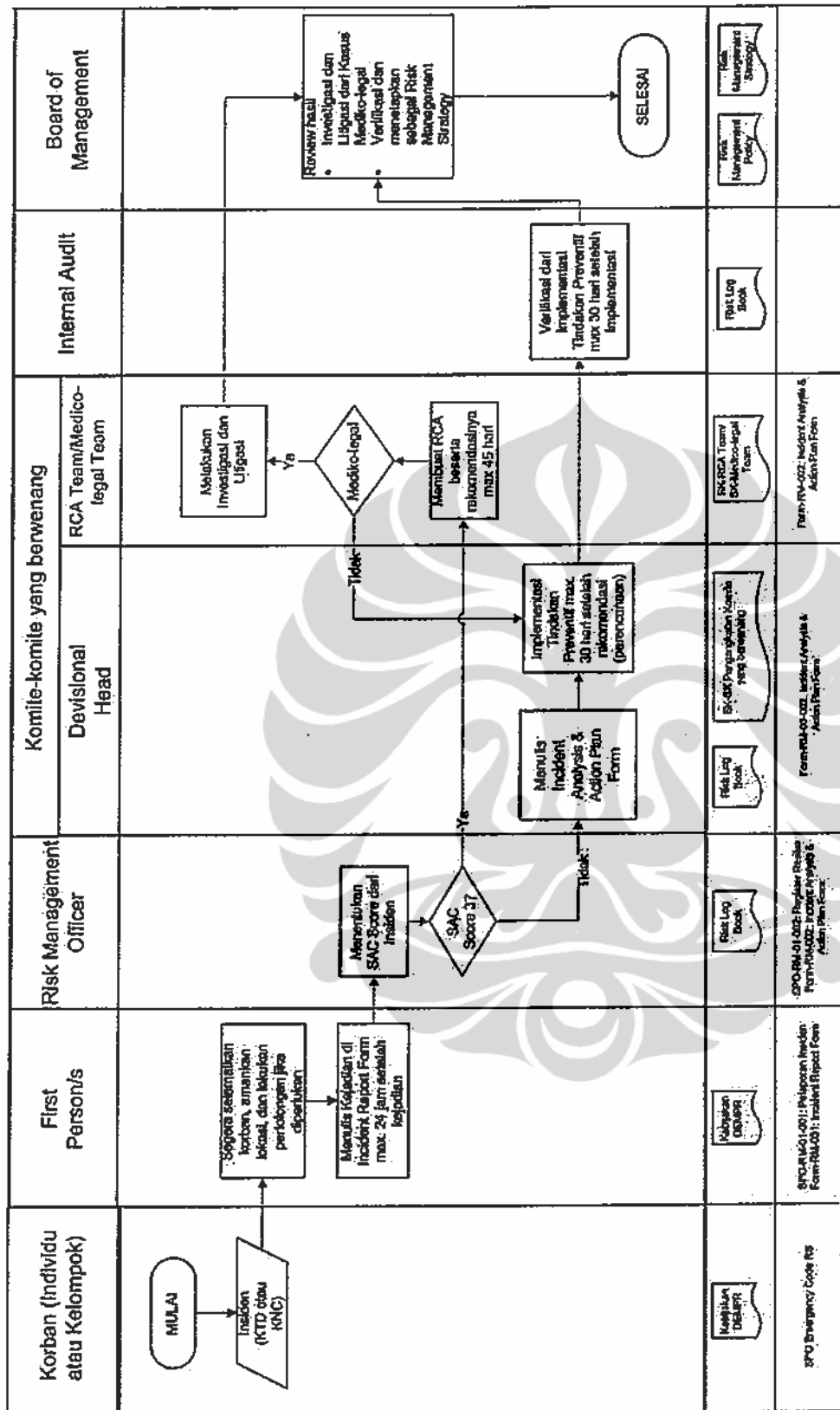
## 2.6 Perbandingan Antar Taksonomi

Berikut adalah tabel perbandingan antara taksonomi yang sudah dikaji dalam Kajian Pustaka (lihat pada Subbab 2.3.2, 2.3.3, 2.3.4).

No	Taksonomi	Faktor yang berkontribusi	Keterangan
1	Versi WHO	Faktor Kognitif	<i>Knowledge Based</i>
		Faktor Kinerja	<i>Skill Based dan Rule Based</i>
		Faktor Komunikasi	Cara verbal atau cara elektronik
		Faktor Lingkungan Kerja	Infrastruktur dan jarak
		Faktor Organisasi	Protokol, kebijakan, prosedur, budaya, beban kerja dan sumber daya lainnya
2	Versi JCAHO	Faktor Praktisi	<i>Skill Based, Rule Based dan Knowledge Based</i>
		Faktor Organisasi	Manajemen, budaya, protokol, dan alih pengetahuan
		Faktor Teknik	Disain, konstruksi, dan ketersediaan alat
3	Versi Persi	Faktor Eksternal	Kebijakan Depkes, peraturan nasional dan hubungan dengan organisasi lain
		Faktor Organisasi dan Manajemen	Struktur, budaya, kebijakan, training dan ketersediaan SDM
		Faktor Lingkungan Kerja	Perpindahan pasien antar ruangan, lingkungan fisik, ergonomik, dan ketersediaan peralatan.
		Faktor Tim	Supervisi, konsultasi, kepemimpinan dan tanggung jawab
		Faktor Petugas dan Kinerja	Kompetensi ( <i>knowledge, skill dan attitude</i> ), <i>stressor</i> fisik dan mental.
		Faktor Tugas	Ketersediaan SPO, penunjang medik dan penyelesaian tugas tepat waktu
		Faktor Komunikasi	Komunikasi antara junior dan senior, antar profesi, dan dengan pasien

Tabel 2.1 Perbandingan antar Taksonomi *Medical Error*

Tabel perbandingan tersebut akan dilakukan pengkajian lebih lanjut sehingga menjadi kerangka teori yang akan digunakan sebagai taksonomi di RS XYZ.



Gambar 2.3 Prosedur Manual Pelaporan Insiden di RS XYZ

Incident must be sent back to RMO

SNC Score	Summary of Incident		RISK FACTOR CATEGORY (Contributing Factors)														VERIFICATION									
			Communication	Patient assessment	Staffing	Availability of beds	Competence/competency	Procedural compliance	Environment, Safety/Security	Leadership	Continuity of care	Care planning	Organizational culture	Equipment maintenance	Non-compliance	PIC	Outcome Measures	Date of Completion	Divisional Head	Internal Audit	Day/Time	Internal Audit	Day/Time			
1	SAFETY ANALYSIS Please write your methodology to analyze the incident. The analysis used must be addressed in the preventive action.	Implementation																								
			Preventive Action																							

Date & Time Received by RMO

Incident Analysis & Action Plan Form

Gambar 2.4 Incident Analysis and Action Plan Form

## KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka Teori

Berdasarkan beberapa pustaka yang telah dikaji pada Bab 2, peneliti menganut Teori Klasik Reason, *active error* berupa *medical error* yang terjadi berasal pada kelemahan *skill, knowledge* dan *rule* yang tidak ditaati.

Sedangkan *latent error* yang terjadi berasal pada manajer medik, komite medik atau direktur sebagai pembuat kebijakan atau *system designers*.

Kemudian pada tahun 2009, WHO memperbaharui taksonomi yang ada dengan terbitnya *International Patient Safety Event Classification*. Peneliti hanya meninjau *event* atau insiden yang terkait dengan *medical error* (lihat pada Subbab 2.3.2)

Prof. Leape dari *Harvard Medical Practice* mengungkapkan besarnya *medical error* di Amerika Saerikat<sup>39</sup>. Leape mengungkapkan adanya *culture of medical practice*. Dimana adanya perbedaan dengan industri non rumah sakit dimana *human error* terjadi diluar kontrol individu. Sedangkan di industri rumah sakit, *error* sudah bisa diprediksi sebelum *error* itu terjadi. Inilah *culture* yang harus diubah oleh para dokter, untuk memberitahukan *error* apa saja yang biasa terjadi dalam suatu tindakan atau rencana perawatan.

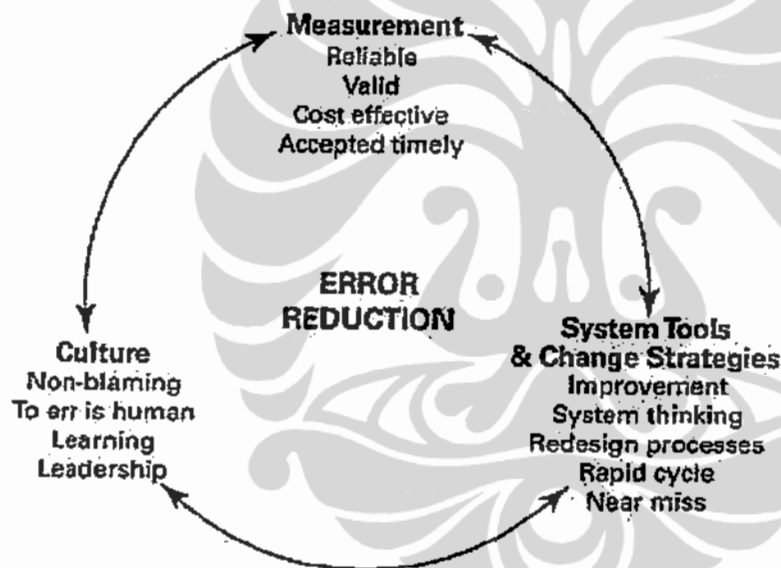
Berikut tabel kerangka teori yang akan dipakai pada setiap *medical error* yang terjadi di RS XYZ, berdasarkan Tabel 2.1:

	Faktor	Identifikasi Masalah	Catatan Tambahan
<b>Active Errors</b>	<i>Skill based</i>	Level keahlian ( <i>skill</i> ) yang harus dilakukan terhadap pasien secara aman?	Tindakan rutin atau <i>Emergency</i> ?
		Apakah ada batasan waktu untuk menyelesaikan tindakan tersebut (faktor tugas)?	Jika ada, bagaimana mengatasinya?
		Apakah tindakan tersebut membutuhkan sesuatu agar berjalan baik?	Ketersediaan SPO, hasil tes, atau alat medis
	<i>Rule based</i>	Bagaimana jam kerja dokter tersebut?	<i>Full timer</i> atau <i>part timer</i>
	<i>Knowledge based</i>	Apakah pengetahuan/training yang dimiliki dokter tersebut cukup untuk melakukan tindakan tersebut dengan aman?	
Apakah dokter tersebut <i>overloaded</i> dengan pekerjaannya, sehingga banyak tindakan yang dilakukan dalam satu waktu?			
<b>Latent Errors</b>	Komunikasi	Apakah tim selalu bekerja sama secara <i>reguler</i> ?	
		Apakah setiap anggota tim mengetahui apa yang harus dilakukan?	
		Apakah staf senior dan junior mudah melakukan komunikasi?	
		Efektifkah cara berkomunikasi ke pasien?	
	Lingkungan	Apakah <i>layout</i> tempat bekerja menjadi kontributor?	
		Apakah akses ke tempat bekerja menjadi kontributor?	
		Pengaruh cahaya, suhu atau bising?	
	Perlengkapan	Apakah perlengkapan yang tersedia benar untuk tindakan tersebut?	<i>Age/Design/Status</i>
	Kebijakan atau Prosedur	Apakah mudah diakses, dimengerti dan diikuti?	
		Apakah tindakan yang biasa dilakukan memiliki standar?	
		Apakah tersedia <i>cek list</i> yang dilakukan staf dalam bertindak?	
		Apakah ada sosialisasi SPO untuk tindakan?	
	Sumber Daya Manusia	Apakah staf dalam satu <i>roster</i> semuanya bertugas?	
		Apakah ada staf dalam <i>overtime</i> ?	
		Apakah ada staf yang melakukan tugas lebih dari satu?	Jika ya, apakah staf senior bisa dihubungi?
	Organisasi	Apakah masalah <i>staffing</i> menjadi perhatian pada unit ini?	
		Apakah jumlah staf yang baru memiliki kontribusi pada kejadian?	
		Apakah ada masalah dalam <i>paging system</i> ?	
		Apakah dokter terkait mengerti apa yang sesungguhnya terjadi?	
Apakah masalah dokumentasi mendukung kejadian?			
Apakah <i>quality/safety check</i> termaktub dalam SPO?			
Apakah masalah administrasi mendukung kejadian?		<i>Low/High/Medium</i>	
Apakah masalah legislasi mendukung kejadian?			

Tabel 3.1 Kerangka Teori yang Dipakai pada Setiap *Medical Error Incident*



Penelitian pada tahun tahun 2000 oleh Barach dan Small<sup>40</sup> tentang pelaporan insiden dimana disimpulkan bahwa keberhasilan pelaporan insiden di rumah sakit karena ada setidaknya 6 faktor, yaitu adanya *immunity* (proteksi pada pelapor), adanya *confidentiality* (tidak mudah terdeteksinya detail data), adanya tim independen dalam pengumpulan laporan berikut penganalisisannya, adanya *feedback* yang informatif kepada pelapor serta semua unit yang terkait, kemudian adanya kemudahan dalam pelaporan, serta yang terakhir adanya *sustained leadership support*.



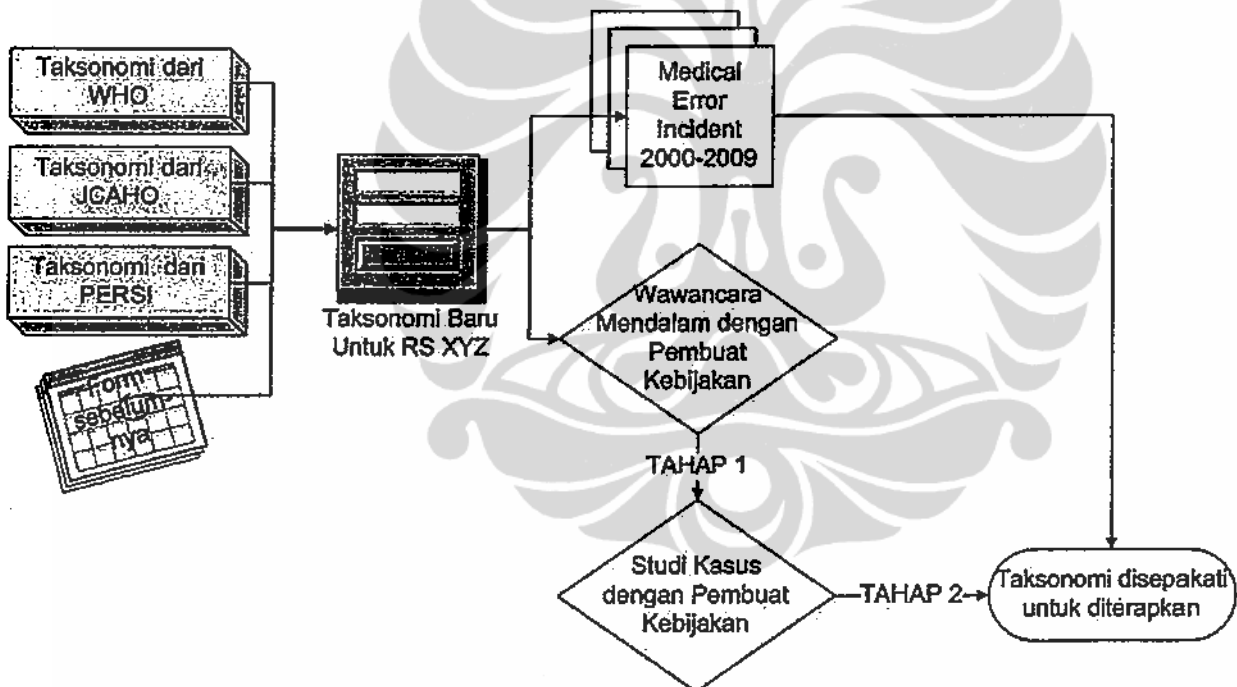
Gambar 3.1 Teori Reduksi *Error*<sup>36</sup>

Berdasarkan laporan yang disampaikan oleh Baker dan Norton<sup>41</sup> pada Pemerintah Canada pada tahun 2001, mereka membuat model bagaimana *medical error* itu bisa direduksi dengan nama Teori Reduksi *Error* terlihat dalam Gambar 3.1.

Dalam teori tersebut ada 3 domain yang wajib diidentifikasi. Pertama budaya, dalam hal ini yang paling menonjol adalah kepemimpinan<sup>42, 43</sup>. Kedua, *tool* untuk sistem, dimana perlu re-desain dalam proses pelaporan. Yang terakhir adalah reabilitas dan validitas laporan atau data.

### 3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan beberapa teori diatas tentang insiden dan kejadian *medical error*, pada penelitian ini peneliti membuat kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

### 3.3 Kerangka Wawancara Mendalam

Dalam kerangka wawancara mendalam ini yang paling menonjol dibahas adalah kepemimpinan, sesuai dengan tujuan penelitian. Untuk tahap pertama,

wawancara mengambil tema inti tentang pengetahuan *medical error*. Berikut tabel tema dengan sub temanya:

No	Topik	Chief Executive Officer	Chief of Medical Committee	Medical Service Manager	Public Policy External
1	KONSEP tentang <i>Error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
	<i>Human error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
	<i>System Error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
	<i>Medical error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
2	KONSEP tentang taksonomi	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
	Taksonomi <i>Medical error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
3	Persepsi tentang Taksonomi <i>Medical error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
4	Kebiasaan bila ada <i>medical error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
5	Keuntungan bila ada Taksonomi <i>Medical error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
6	Persetujuan penerapan Taksonomi/ <i>Medical error</i>	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan

Tabel 3.2 Kerangka Wawancara Tahap 1

Dalam wawancara tahap kedua, para pengambil kebijakan akan diberikan studi kasus berupa insiden yang sudah terjadi kemudian ditanyakan hal sebagai berikut:

No.	Tema	Chief Executive Officer	Chief of Medical Committee	Medical Service Manager
1	Bagaimana pendapat anda mengenai taksonomi <i>medical error</i> ?	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
2	Bagaimana proses pembuatan mitigasi dengan adanya taksonomi tersebut, apakah lebih mudah?	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
3	Jika Ya, apakah akan menerapkan taksonomi tersebut?	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan
4	Jika Tidak, adakah saran untuk mempermudah?	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan	Dapat ditanyakan

Tabel 3.3 Kerangka Wawancara Tahap 2

## METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian studi kasus dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam dengan CEO, Ketua Komite Medik dan Manajer Medik sebagai pembuat kebijakan di RS XYZ, ditambah dengan pembuat kebijakan di luar RS XYZ yang bertujuan untuk membandingkan dan menyaring alternatif mana jenis taksonomi yang cocok diterapkan.

Pemilihan pendekatan kualitatif dapat didasarkan pada berbagai alasan antara lain alasan konseptual, dimana untuk mendapatkan pemahaman yang utuh. Selain itu dengan penelitian kualitatif dapat memberikan informasi mendalam yang tidak mungkin dilakukan dengan teknik kuantitatif.

Serta alasan praktis lain, dimana biaya relatif lebih “murah”, waktu relatif singkat, karena penulisan dan analisis data awal sudah bisa dilakukan ketika data sudah mulai terkumpul, dan rancangan dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung.

Rancangan studi eksploratif pada penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan pengetahuan baru dari teori-teori yang ada, namun tetap tidak luput dari kekurangan, misalnya masalah sensitifitas permasalahan. Masalah istilah kesalahan dokter peneliti melakukan reduksi istilahnya menjadi *medical error*.

Kendala persepsi pun peneliti mengantisipasinya dengan sosialisasi tentang *patient safety* dan *incident report* sebelumnya.

## 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RS XYZ. Waktu pengambilan data sekunder dari data *Incident Report* tahun 2000 sampai bulan September tahun 2009.

## 4.3 Data Sekunder

Data sekunder penelitian adalah *incident report* yang masuk kriteria *medical error* yang telah terjadi dari tahun 2000 sampai bulan September tahun 2009 di RS XYZ.

## 4.4 Pengumpulan Data

### 4.4.1 Tahap Persiapan

Persiapan dalam ijin penelitian kepada Pimpinan RS XYZ.

### 4.4.2 Sumber Data

Data sekunder diperoleh dari *Incident Report* baik *hardcopy* maupun *softcopy* yang telah terjadi dari tahun 2000 sampai bulan September tahun 2009.

Data kualitatif diperoleh dari:

No	RS XYZ			DI Luar RS XYZ		
	Sumber	Jumlah	Metode	Sumber	Jumlah	Metode
1	<b>Chief Executive Officer</b>	1 orang	Wawancara Mendalam dan Studi Kasus	<b>Public Policy External</b>	1 orang	Wawancara Mendalam
2	<b>Chief of Medical Committee</b>	1 orang	Wawancara Mendalam dan Studi Kasus			
3	<b>Medical Service Manager</b>	1 orang	Wawancara Mendalam dan Studi Kasus			

Tabel 4 Metode Pengumpulan Data Kualitatif

#### 4.4.3 Tenaga Pengumpul Data

Pengumpulan data sekunder dilaksanakan oleh peneliti sendiri, sedangkan wawancara mendalam dibantu oleh peneliti yang sudah dilatih sebelumnya.

#### 4.5 Pengolahan Data

Dilakukan pemilihan terhadap data sekunder berupa form pelaporan insiden apakah *incident report* tersebut merupakan tindakan medis. Kemudian dilakukan analisis sederhana menggunakan Tabel 3.1 terhadap data sekunder ini apakah *incident report* RS XYZ tersebut merupakan *medical error*.

Lalu setelah mendapatkan table jumlah insiden, dibuatlah taksonominya. Sehingga taksonomi yang dibuat benar-benar sesuai dengan insiden yang terjadi di RS XYZ.

Data kualitatif yang peneliti dapatkan dari wawancara mendalam akan dideskripsikan informan-informannya, lalu dibuat transkrip-nya, kemudian data diorganisasi dan dikategorisasi, lalu meringkas data dan membentuk matrik.

Pada matrik, peneliti akan mengidentifikasi variabel dan hubungan antar variabel, sehingga terlihat benang merah yang muncul dari setiap jawaban, lalu melihat persamaan dan perbedaan yang ada serta melihat kontras dan jawaban yang sering muncul.

Secara garis besar wawancara mendalam tahap 1 mendapatkan hasil konfirmasi terhadap taksonomi sedangkan wawancara mendalam tahap 2 mendapatkan hasil mitigasi dari taksonomi yang sudah dikonfirmasi.

Adapun untuk pembahasannya, peneliti melakukan analisis dengan bantuan rancangan analisis dalam membuat suatu kebijakan.

#### 4.6 Rancangan Analisis

*Framework* atau *constructs* yang akan dianalisis dalam pembahasan adalah sebagai berikut:

- Apakah ada komunikasi, apakah ada motivasi, apakah ada informasi dan sumber daya untuk mengendalikan *medical error*?
- Apakah ada dukungan dari pembuat kebijakan (*support lead organization*)?
- Apakah ada kesenjangan kebijakan (*policy gaps*), antara kebijakan *medical error* dan kebijakan lainnya?
- Apakah ada kebijakan yang bertentangan (*conflicting policies*), antara kebijakan *medical error* dan kebijakan lainnya?

#### 4.7 Validitas Data

Dalam penelitian ini yang digunakan adalah triangulasi sumber dan triangulasi metode. Teknik triangulasi sumber yaitu dengan menggunakan kategori informan yang berbeda dalam menggali topik yang sama. Triangulasi metode yaitu dengan menggunakan metode yang berbeda yaitu teknik wawancara mendalam dan studi kasus kualitatif.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 5.1 Deskripsi Insiden *Medical Error* RS XYZ

Data Insiden *Medical Error* sejak tahun 2000 – 2009 berjumlah 300 kejadian yang telah dianalisis oleh peneliti berdasarkan Tabel 3.1, didapatkan hasil sebagai berikut:

	Faktor	Persentase
Active Errors	<i>Skill based</i>	44 %
	<i>Rule based</i>	90 %
	<i>Knowledge based</i>	6 %
Latent Errors	Komunikasi	100 %
	Lingkungan	7 %
	Perlengkapan	11 %
	Kebijakan atau Prosedur	45 %
	Sumber Daya Manusia	12 %
	Organisasi	33 %

Tabel 5.1 Data Insiden *Medical error* RS XYZ tahun 2000 – 2009

### 5.2 Deskripsi Informan RS XYZ

Informan terdiri dari CEO, Ketua Komite Medik dan Manajer Medik sebagai pembuat kebijakan di RS XYZ, ditambah dengan pembuat kebijakan di luar RS XYZ.

Untuk kutipan jawaban telah dilakukan pengkodean sebagai berikut:

- CEO menggunakan kode 1 dan merupakan pimpinan tertinggi di RS XYZ.
- Ketua Komite Medik menggunakan kode 2 dan merupakan pimpinan seluruh dokter yang tertinggi di RS XYZ.



- Manajer Medik menggunakan kode 3 dan merupakan pimpinan manajemen dokter tertinggi di RS XYZ.
- Pembuat Kebijakan dari Luar RS XYZ menggunakan kode 4 dan merupakan pimpinan manajemen RS tertinggi di Indonesia.

### 5.3 Keterbatasan-keterbatasan Dalam Penelitian

Selama dalam penelitian, terdapat keterbatasan-keterbatasan antara lain kesibukan para informan, dari beberapa informan ada yang sebagai pengambil kebijakan sekaligus sebagai praktisi dan masih kurangnya pengalaman fasilitator.

### 5.4 Pengetahuan Informan tentang *Medical Error*

Sesuai dengan tujuan umum penelitian ini, yakni mengetahui pendapat para pengambil kebijakan tentang taksonomi *medical error*. Maka peneliti menghasilkan pelbagai macam pendapat.

Berawal dari pengetahuan apa itu *error*. Sebagaimana besar informan selalu menganggap *error* adalah karena manusia. Mereka menyalahkan manusianya, walaupun ada yang menjelaskan bahwa kesalahan manusia atau *human error* adalah kesalahan yang sulit diduga<sup>8-10</sup>. Berikut kutipannya:

*“Kalo menurut saya adalah dokter-dokter yang melakukan kesalahan baik disengaja maupun tidak disengaja untuk menjalankan standar profesi yang telah ditetapkan oleh profesinya. Masalahnya adalah masalah kompetensi si pelaku dalam melaksanakan kompetensinya. Human error itu ada berbagai macam penyebabnya, pertama masalah kompetensi, kedua psikis, terus situasi dan kondisi dia pada saat*

*itu, memang medical error itu tidak bisa diprediksi, karena memang upaya penyembuhan (3)”*

Hanya satu informan yang dari awal sudah menjelaskan bahwa *error* lebih banyak karena kesalahan sistem. Berikut kutipannya:

*”Medical error itu dibagi lagi human error-nya dan sistem-nya juga. Sekarang kan kita sedang menggalakkan patient safety. Saya selaku ketua menghimbau kepada seluruh RS untuk menerapkan patient safety program. Minimal, karena belum bisa semuanya karena ada rumah sakit yang di daerah. Kita menerapkan yang ada di akreditasi Depkes terlebih dahulu (4)”*

Informan mengetahui tentang *medical error* tetapi hanya sedikit yang menyebutkan pengertian berdasarkan kajian pustaka. Menurut *World Alliance for Patient Safety World Health Organization* dalam bukunya *The Conceptual Framework of an International Patient Safety Event Classification* tahun 2009, *medical error* adalah kesalahan akibat kekurangan *skill*, salah mengaplikasikan prosedur, salah menginterpretasikan suatu masalah, dan kesalahan akibat sistem.

Informan hanya menyebutkan parsial. Para pembuat kebijakan sebaiknya mengetahui pengertian ini agar secara komprehensif dalam menganalisis kejadian *medical error*.

### **5.5 Pengetahuan Informan tentang *Taksonomi Medical Error***

Sesuai dengan tujuan umum penelitian ini yakni mengetahui pendapat para pengambil kebijakan tentang taksonomi *medical error*. Istilah taksonomi semuanya baru pertama kali mendengar. Hal ini dikarenakan *medical error* memiliki

taksonominya yang cukup rumit<sup>16</sup>, dan kedua belum ada sosialisasi-nya. Beberapa dari mereka menganggap taksonomi adalah *grading*. Berikut kutipannya:

*"Eee....klasifikasinya bukan pada medical errornya tetapi pada besar atau tidak dampaknya. Jadi pada grading-nya, apakah itu menyebabkan kematian? apakah itu akan menjadi prolong emesis? apakah itu akan menjadi ringan. Bisa saja dibedakan medical error yang menyebabkan kematian dengan medical error gara-gara salah menjahit. Itu harus beda, karena tidak menyebabkan kematian. Menurut saya harus dibedakan dengan grading-nya(1)".*

*"...kalo udah error gitu khan bisa error ringan, error sedang sampai error berat. Sampai membawa kematian si pasien. Atau yang mengakibatkan penyembuhannya jadi lambat (2)".*

#### **5.6 Persepsi Informan tentang Taksonomi Medical Error**

Setelah peneliti mengidentifikasi pengetahuan para pengambil kebijakan tentang apa itu *medical error* dan taksonominya, maka peneliti melihat hasil persepsi para pengambil kebijakan terhadap taksonomi *medical error*.

Dengan adanya taksonomi *medical error*, sebagian besar mereka akan dapat menganalisis penyebab kesalahan itu bisa terjadi. Hanya satu informan yang mempersepsikan bahwa dengan adanya taksonomi maka penilaian atau pemberian sanksi kepada dokter dapat diterapkan. Berikut kutipannya:

*"Didalam penilaian kita sebagai dokter, menurut saya penting. Kita bisa membuat penilaian terhadap kelalaian dan sampai memberikan sanksinya, disiplin kedokterannya. Misalnya dia yang tidak tahu harus lebih berat dari pada yang*

*mengakibatkan infeksi nosokomial. Jadi kalo dia tidak tahu dan diluar kompetensinya itu harus lebih berat (1)".*

Dalam hal lain, informan yang mengemukakan kutipan diatas meyakini bahwa kebenaran tindakan dokter, walaupun masih menyebabkan Kejadian yang Tidak Diharapkan, tapi tetap saja berkeinginan untuk memberikan *punishment*.

## 5.7 Penanganan *Medical Error* Selama ini

### 5.7.1 Hal-hal yang Berhubungan dengan Peran MKDKI

Satu informan yang memiliki prinsip bahwa semua *medical error* dinilai oleh MKDKI. MKDKI adalah kamar hukum yang disediakan oleh pemerintah untuk menegakkan disiplin kedokteran (lihat pada Subbab 2.4). Berikut kutipannya:

*"Jadi setahu saya yang saya tangkap rumah sakit ini khan upaya penyembuhan. Bukan suatu kepastian saya bisa menyembuhkan. Menurut saya sih, adanya masalah ada medical error yang pernah saya tahu. Kepastiannya dilakukan dalam suatu Majelis baik internal rumah sakit atau eksternal dalam hal ini profesi. Itu harus dibuktikan human error atau sistem error. Tidak boleh dinilai oleh orang yang sembarangan. Satu harus satu profesi. Dan kedua levelnya harus lebih tinggi jangan selevel. Kalo di rumah sakit ada suatu badan, dibawah komite medik, yaitu suatu komite etika dan profesi. Orang yang duduk disitu tidak perlu harus menjadi dokter yang semua tahu. Tapi bisa bekerja sama dengan peer group, peer group yang saya tahu adalah dikolegium dan ikatan profesinya. Ada lagi kasus-kasus dimana pasien yang mengalami malpraktik, kalo setahu saya adalah jalur-jalurnya adalah di MKDKI dari masing-masing daerah. Lalu mereka akan menilai medical error yang terjadi lalu memberikan rekomendasi bila perlu. Jadi setahu saya bahwa*

*penyidik masalah medicolegal adalah dinas kesehatan propinsi. Nah dinas ini akan memilah-milah apakah ini memang profesi atau bukan. Bila administasi maka akan diajukan ke profesinya, perlu dicabut atau tidaknya SIP dan sebagainya. Nah bila masuk ke kriminal maka, dinas akan memberikan laporan ke pihak kepolisian. Kalo setahu saya begitulah prosedurnya. Kalo di masyarakat khan langsung diadukan ke kepolisian. Itu terjadi, dan itu suatu hal yang tidak nyambung. Karena seorang dari kepolisian tidak memiliki kemampuan untuk itu (3)".*

Namun sebagian besar informan menjelaskan peran RS dalam penanganan *medical error*.

#### 5.7.2 Hal-hal yang Berhubungan dengan *Clinical Governance*

Semua informan menjelaskan penanganan *medical error* lalu peneliti mengkaitkan dengan *Clinical Governance*. Pilar *Clinical Governance* yang sempat disinggung adalah dilakukannya audit medik, menyelenggarakan seminar-seminar (pelatihan), membentuk komite *patient safety*, dan mengubah paradigma para dokter.

Berikut kutipannya: "*Secara pribadi sih, yang pernah saya lakukan adalah pembentukan komite pasien safety. Komitenya itu harus ada komitmen untuk melakukan sesuatu. Kemudian memilih orang-orang yang tepat didalamnya. Orang yang mempunyai perhatian khusus dan komitmen dalam hal ini (3)".*

Para informan memiliki peranan yang berbeda-beda dalam penanganan *medical error*. Namun kesemuanya menuju ke arah tata kelola klinik yang baik.

#### 5.8 Keuntungan Taksonomi *Medical Error*

Ditanyakan apa saja keuntungan bila menerapkan taksonomi, mereka banyak menjelaskan agar mudahnya dalam menganalisis dan mengambil tindakan. Hanya

satu informan yang masih saja mengungkit masalah pemberian sanksi. Informan ini mengharapkan ada kata yang sama dalam pemberian sanksi antara dokter dan *management*.

Berikut kutipannya: “...bisa menjadi *regulation* untuk RS dan menjadi *pegangan* kepada dokter. *Regulation* disini adalah untuk memberikan sanksi. Namun dokternya pun tahu bahwa itu memang patut diberi sanksi. Jadi ada kata yang sama untuk regulator dan dokter pelaksana dan jangan lupa untuk awam jug. Jadi kita tidak lagi membuat perkataan yang berbeda (1)”.

Seluruh informan sepakat bahwa ada keuntungan bila menerapkan taksonomi, yakni mereka mudah dalam menganalisis kejadian *medical error*.

#### 5.9 Persetujuan Penerapan Taksonomi *Medical Error*

Seluruh informan setuju bila taksonomi ini diterapkan, namun mereka masih mensyaratkan agar kebijakan tidak hanya datang dari RS tetapi juga dari luar RS. Berikut kutipannya: “Ya sangat setuju asal perlu dukungan dari internal dan eksternalnya. Eksternal itu dari kolegium (3)”, Peneliti:”Persi?”, ”Persi ada benarnya tapi itu untuk rumah sakitnya, tapi untuk dokternya adalah kolegium. IDI, MKDKI sampai lingkungan terkecil di daerah-daerah. Karena apa? Kalo kebijakan tersebut sampai ke mereka. Mereka khan sekarang menilai kompetensinya. Itu senjatanya yang paling ampuh. Dari IDI kabupaten kota dan sampai pusat (3)”.

Seluruh informan setuju untuk diterapkannya taksonomi, namun komitmen untuk menerapkan belum bisa dinilai.

### 5.10 *Medical Error* dan Budaya Perubahan

Seluruh informan menyatakan akar masalah *medical error* yang penting adalah komunikasi, baik itu komunikasi antar dokter, komunikasi antar profesi dan yang penting lagi komunikasi antara *management* dan dokter.

Berikut kutipannya: “...dari banyak penelitian, bahwa masalahnya memang 80% dari komunikasi tadi, jadi memang sistemnya. Bila sistemnya kuat maka menghindarkan, human error itu tidak terjadi (2)”.

”...ya tadi, meninggalkan kasa tadi tidak semata-mata kesalahan sistemnya, tetapi juga dokter. Kenapa dokter tadi tidak mengecek. Ini masalahnya tidak ada komunikasi (1)”.

Hasil ini tidak untuk dibahas lebih lanjut, hanya sebagai pengetahuan peneliti tentang budaya para pembuat kebijakan secara umum.

### 5.11 Hasil dan Pembahasan Studi Kasus

Tidak seluruh informan mengikuti studi kasus. Hanya tiga yang mengikuti. Kasus yang diberikan merupakan kejadian insiden yang memiliki *SAC Score* 3. Dari hasil studi kasus tersebut, semuanya diberikan pertanyaan seperti dalam Kerangka Wawancara Mendalam Tahap 2 (lihat pada Tabel 3.3).

Hasil studi kasus bila dibandingkan dengan hasil analisis peneliti pada Subbab 5.1, memiliki beberapa kesamaan. Semua informan menyatakan bahwa kedua kasus disebabkan oleh kurangnya komunikasi dan kurangnya *rule based*.

Kemudian para informan diwawancarai kembali, berikut hasil wawancara setelah mereka diberikan studi kasus:

### 5.11.1 Pendapat Mengenai Taksonomi *Medical Error*

"...ya tadi lebih mudah ntuk menganalisis, tidak mengecek denyut jantung janin bukan semata-mata kesalahan bidannya, tetapi juga dokter. Kenapa dokter tadi tidak mengecek. Ini masalahnya tidak ada komunikasi (3)".

Namun masih ada yang menganggap taksonomi ini untuk mudahnya memisahkan mana kesalahan dokter dan mana kesalahan rumah sakit, seperti kutipan ini: "*Bermanfaat, lebih memudahkan lagi, dipisah seperti tadi, benar-benar realy dokter, realy hospital. Sehingga kita clear dalam menganalisis dia, dan kita salah disini(1)*".

### 5.11.2 Proses Pembuatan Mitigasi

Semua informan menyatakan kemudahan dalam melakukan analisis dan mitigasi pada dua kasus yang diberikan. Ada infoman yang membandingkan dengan form sebelumnya, berikut kutipannya:

"*Dibandingkan dengan form yang terdahulu, form ini membuat lebih terarah, faktor-faktor mana yang berkontribusi pada kasus (3)*".

### 5.11.3 Penerapan Taksonomi *Medical Error*

Seperti pada wawancara mendalam, semua informan setuju untuk penerapan *medical error*, berikut kutipannya: "*Lebih mudah, asalkan sarana dan prasarana yang menunjang dilengkapi oleh manajemen (2)*"

Berdasarkan *framework* pada Rancangan Analisis (lihat pada Subbab 4.6) yang menjadi pertanyaan inti dalam analisis, peneliti berhasil menjawab beberapa pertanyaan, berikut pertanyaan sekaligus jawabannya. Apakah ada komunikasi, apakah ada motivasi, apakah ada informasi dan sumber daya untuk mengendalikan *medical error*? Banyaknya penyebab insiden akibat komunikasi, hal ini berpengaruh



juga pada komunikasi dalam mengendalikan Insiden *Medical Error*. Namun faktor komunikasi ini perlu diteliti lebih lanjut, sehingga mitigasi yang dilakukan dapat memberikan perubahan.

Sedangkan motivasi, informasi dan sumber daya semuanya telah tersedia, namun perlu ditambahkan adanya tim independen dalam pengumpulan laporan berikut penulisannya.

Untuk pertanyaan kedua, apakah ada dukungan dari pembuat kebijakan (*support lead organization*)? Ya, dukungan cukup kuat dari para pembuat kebijakan untuk hal ini. Hal ini ditunjukkan dari hasil wawancara mendalam bahwa mereka setuju untuk menerapkan taksonomi *medical error* sebagai suatu kebijakan.

Untuk pertanyaan ketiga dan keempat, apakah ada kesenjangan kebijakan (*policy gaps*) antara kebijakan *medical error* dan kebijakan lainnya? Dan apakah ada kebijakan yang bertentangan (*conflicting policies*) antara kebijakan *medical error* dan kebijakan lainnya? Peneliti tidak menemukan adanya kebijakan *medical error*, sehingga pertanyaan ini tidak bisa dijawab.

Berikut taksonomi yang akan menjadi bagian kebijakan *medical error* di RS XYZ. Peneliti menolak pendapat informan yang menyatakan bahwa taksonomi ini menjadi dasar *blaming* seorang dokter, karena taksonomi ini tidak mencakup *violations*.

	Faktor	Identifikasi Masalah	Catatan Tambahan
<b>Active Errors</b>	<i>Skill based</i>	Level keahlian ( <i>skill</i> ) yang harus dilakukan terhadap pasien secara aman?	Tindakan rutin atau <i>Emergency</i> ?
		Apakah ada batasan waktu untuk menyelesaikan tindakan tersebut (faktor tugas)?	Jika ada, bagaimana mengatasinya?
		Apakah tindakan tersebut membutuhkan sesuatu agar berjalan baik?	Ketersediaan SPO, hasil tes, atau alat medis
	<i>Rule based</i>	Bagaimana jam kerja dokter tersebut?	<i>Full timer</i> atau <i>part timer</i>
	<i>Knowledge based</i>	Apakah pengetahuan/training yang dimiliki dokter tersebut cukup untuk melakukan tindakan tersebut dengan aman?	
Apakah dokter tersebut <i>overloaded</i> dengan pekerjaannya, sehingga banyak tindakan yang dilakukan dalam satu waktu?			
<b>Latent Errors</b>	Komunikasi	Apakah tim selalu bekerja sama secara reguler?	
		Apakah setiap anggota tim mengetahui apa yang harus dilakukan?	
		Apakah staf senior dan junior mudah melakukan komunikasi?	
		Efektifkah cara berkomunikasi ke pasien?	
	Lingkungan	Apakah <i>layout</i> tempat bekerja menjadi kontributor?	
		Apakah akses ke tempat bekerja menjadi kontributor?	
		Pengaruh cahaya, suhu atau bising?	
	Perlengkapan	Apakah perlengkapan yang tersedia benar untuk tindakan tersebut?	<i>Age/Design/Status</i>
	Kebijakan atau Prosedur	Apakah mudah diakses, dimengerti dan diikuti?	
		Apakah tindakan yang biasa dilakukan memiliki standar?	
		Apakah tersedia <i>cek list</i> yang dilakukan staf dalam bertindak?	
		Apakah ada sosialisasi SPO untuk tindakan?	
	Sumber Daya Manusia	Apakah staf dalam satu <i>roster</i> semuanya bertugas?	
		Apakah ada staf dalam <i>overtime</i> ?	
		Apakah ada staf yang melakukan tugas lebih dari satu?	Jika ya, apakah staf senior bisa dihubungi?
	Organisasi	Apakah masalah <i>staffing</i> menjadi perhatian pada unit ini?	
		Apakah jumlah staf yang baru memiliki kontribusi pada kejadian?	
		Apakah ada masalah dalam <i>paging system</i> ?	
		Apakah dokter terkait mengerti apa yang sesungguhnya terjadi?	
		Apakah masalah dokumentasi mendukung kejadian?	
Apakah <i>quality/safety check</i> termaktub dalam SPO?			
Apakah masalah administrasi mendukung kejadian?		<i>Low/High/Medium</i>	
Apakah masalah legislasi mendukung kejadian?			

Taksonomi ini berdasar pada *framework* James Reason

Tabel 5.2 Taksonomi yang Menjadi Dasar Kebijakan *Medical Error* RS XYZ

## KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

- Pengetahuan dan persepsi para pengambil kebijakan tentang *medical error* masih kurang.
- Pengertian *medical error* yang sering diterjemahkan secara langsung menjadi kesalahan medik oleh beberapa rumah sakit perlu ditinjau ulang.
- Peneliti menyajikan taksonomi *medical error* baru berdasarkan *framework* James Reason untuk RS XYZ yang secara umum bisa mempermudah analisis dan mengambil tindakan.

### 6.2 Saran

#### 6.2.1 Bagi Para Pembuat Kebijakan RS XYZ

- Pengetahuan para pengambil kebijakan tentang *medical error* harap diperbaiki.
- Persepsi para pengambil kebijakan tentang *medical error* harap diperbaiki.
- Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk survey budaya para pembuat kebijakan.
- Perlu tim independen dalam pengumpulan laporan berikut penganalisisannya, adanya *feedback* yang informatif kepada pelapor serta semua unit yang terkait

#### 6.2.1 Bagi Pembuat Kebijakan di Luar RS XYZ

- Perlu gerakan dari Asosiasi atau Kolegium untuk mendukung kegiatan taksonomi *medical error*.
- Perlu dukungan kebijakan dari Pemerintah dalam hal ini Depkes untuk penerapan taksonomi *medical error* di rumah sakit di Indonesia.

## DAFTAR REFERENSI

1. Tim *Patient Safety* RSUP Persahabatan. Penerapan program keselamatan rumah sakit dan keselamatan pasien sebagai daya ungkit peningkatan mutu layanan di rumah sakit umum pusat persahabatan. *Jurnal Persahabatan*, 2007;6:6-12.
2. Daud AW. Pengetahuan, persepsi dan pelaksanaan manajemen risiko klinis di lima rumah sakit di DKI Jakarta dan Banten tahun 2005 (thesis). Depok: Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2005.
3. Sari AB, Sheldon TA, Cracknel A, Turnbull A. *The sensitivity of the routine system for reporting adverse clinical incidents in NHS hospitals - a retrospective patient case note review*. *BMJ*, 2007;334:79
4. Vincent C. *Clinical risk management*. London: BMJ Books, 2001.
5. NHS Modernisation Agency. *The strategic leadership of clinical governance in PCTs*. London: NHS, 2004.
6. Starey N. *What is clinical governance?* Hayward Medical Communications, 2003.
7. Redmill F, Rajan J (Ed.). *Human factors in safety-critical systems*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1997.
8. Redelmeier DA. *Improving patient care. The cognitive psychology of missed diagnoses*. *Annals of Internal Medicine*, 2005;142:115-120.

9. Redelmeier DA et al. *Problems for clinical judgement: introducing cognitive psychology as one more basic science. Canadian Medical Association Journal*, 2001;164:358–360.
10. Croskerry P. *The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Academic Medicine*, 2003;78:775–780.
11. *National Patient Safety Agency. Building a memory: preventing harm, reducing risk and improving patient safety.* London: NPSA, 2005.
12. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (Edisi ke-2).* Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2008.
13. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. *Buku pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien.* Jakarta: KKPRS, 2007.
14. Walshe K, Boaden R (Ed.). *Patient safety research into practice.* Berkshire: *Open University Press*, 2006: 94-107.
15. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS (Ed.). *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: *National Academies Press*, 2000.
16. Zhan C et al. *Assessing patient safety in the united states: challenges and opportunities. Medical Care*, 2005;43(Suppl.):142–147.
17. McNutt RA, Abrams R, Arons DC. *Patient safety efforts should focus on medical errors. Journal of the American Medical Association*, 2002;287:1997–2001.
18. Layde PM et al. *Patient safety efforts should focus on medical injuries. Journal of the American Medical Association*, 2002;287:1993–1997.

19. McLoughlin V et al. *Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries*. *Int J Qual Health Care*, 2006; 18(Suppl. 1):14–20.
20. Jha A, Ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Spain: WHO Press, 2008.
21. Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, Ed. *Patient safety: achieving a new standard of care*. Washington, DC: National Academy Press, 2003.
22. Runciman B, Merry A, and Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*. Hampshire: Ashgate, 2007.
23. Anonim. Merriam-Webster Dictionary Online. <http://www.merriam-webster.com> (Diakses pada 26 November 2009).
24. National Quality Forum. *Standardizing a patient safety taxonomy: a consensus report*. Washington DC: National Quality Forum. 2006:3.
25. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ et al. *The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events*. *Int J Qual Health Care*, 2005;17:95–100.
26. World Alliance for Patient Safety. *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning system*. Geneva: World Health Organization, 2005.
27. Firmanda D (Ed.). *Clinical risk management and patient safety*. Jakarta: Komite Medik Rumah Sakit Fatmawati, 2005.
28. Rozovsky FA, Woods, Jr JR (Ed). *The handbook of patient safety compliance: a practical guide for health care organizations*. San Francisco: Josey-Bass, 2005.

29. Idris F. Pelayanan RS, antara *hospital error* dan *doctor error*. Media Indonesia, 22 Maret 2008.
30. Reason J. *Human error: model and management*. BMJ, 2000;320:768-70
31. Peters GA, Peters BJ. *Medical error and patient safety: human factor in medicine*. Newyork: CRC Press, 2008:95.
32. Dekker SWA. *Ten questions about human error: a new view of human factors and system safety*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 2005
33. Sanders MS, McCormick EJ. *Human factors in engineering and design*. McGraw-Hill, 1993:61-8
34. Reason J. *Human error*. New York: Cambridge University Press, 1990.
35. Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization. 2005 *hospital accreditation standards*. Oatbrook Terrace: Joint Commission Resources, Inc, 2005.
36. World Alliance for Patient Safety. *The conceptual framework of an international patient safety event classification*. Geneva: World Health Organization, 2009.
37. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Helathcare. *Glossary of terms related to patient and medication safety: approved terms*. Council of Europe, 2005
38. Keputusan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 17/KKI/Kep/VIII/2006 Tentang Pedoman Penegakan Disiplin Profesi Kedokteran
39. Institute of Medicine. *Patient Safety: achieving a new standard of care*. Washington DC: National Academy Press, 2003.

40. Barach P, Small SD. *Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems*. *BMJ*, 2000;320(7237):759-63.
41. Baker GR, Norton P. *Patient safety and healthcare error in the canadian healthcare system: a systematic review and analysis of leading practices in Canada with reference to key initiatives elsewhere*. Toronto: Health Canada, 2001.
42. *The Joint Commission. Sentinel event root cause and trend data section in improving america's hospitals: the joint commission's report on quality and safety 2007*. Oatbrook Terrace: *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization*, 2007: 45-48.
43. *The Joint Commission. Leadership committed of safety. Sentinel Event Alert #43, August 27, 2009*. (Diakses pada 27 Agustus 2009).





ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK MENINGKATKAN MITIGASI PADA  
*INCIDENT REPORT* DI RUMAH SAKIT XYZ TAHUN 2000-2009  
 TESIS PROGRAM STUDI K3 FKM UI

**MATRIX OF PERCEPTION ON MEDICAL ERROR TAXONOMY**

#	Topic	Chief Executive Officer	Chief of Medical Committee	Medical Service Manager	Public Policy External
1	<b>KONSEP tentang Error</b>	<i>Error</i> lebih banyak karena manusianya	<i>Error</i> lebih banyak karena manusianya	Kejadian <i>error</i> tidak bisa diprediksi	Makin kuat sistem, maka kejadian <i>error</i> makin berkurang
		Berbeda dengan malpraktek	Berbeda dengan malpraktek, tapi tetap istilah tersebut berkonotasi negatif	Sama dengan malpraktek, harus dinilai oleh MKDKI	Sama dengan malpraktek
	<b>Human Error</b>	Kesalahan pribadi	Semua <i>error</i> karena Si Dokter-nya	Berbagai macam penyebabnya, 1. Masalah kompetensi, 2. Psikis, 3. Situasi dan kondisi dia pada saat itu	Terjadi karena pengawasan kurang, kemampuan <i>skill</i> harus didukung dengan <i>attitude</i>
	<b>System Error</b>	<i>System error</i> adalah kesalahan didalam sistem yang tidak personel.	Sistem <i>error</i> itu menyangkut komponen kaitannya sama RS (manajemennya) bukan dokter	Dipengaruhi oleh tipe RS, geografis RS, kemampuan RS dan budaya di RS	Lebih kearah peralatan, perencanaan, manajemen, akreditasi dan sebagainya.
	<b>Medical Error</b>	<i>Medical Error</i> itu adalah kesalahan itu terjadi dokter tidak mengikuti prosedur yang baku	Pengaruh dari si dokter lebih besar dibandingkan dari sistemnya.	Dokter-dokter yang melakukan kesalahan baik disengaja, maupun tidak disengaja untuk menjalankan standar profesi yang telah ditetapkan oleh profesinya.	<i>Medical error</i> itu dibagi lagi <i>human error</i> -nya dan sistem-nya
	<b>Contoh yang dijelaskan</b>	Dia melakukan laparoskopi, terpotong CBD ( <i>Common Bile Duct</i> )-nya dia tidak tahu, itu sudah menjadi <i>medical error</i> . Dia tahu namun tidak memperbaikinya.	Sebagai contoh dibedakan harus dihitung guntingnya berapa? kasanya berapa? Berapa yang dia pakai? Kalau itu tidak dilakukan maka terjadi. Lho kok masih ada didalam situ?	Dokter kebidanan ketika melakukan SC. tanpa disadari ada arteri uterina yang terkena. Apakah itu terkena robekan tarikan atau terkena sayatan. Lalu ditutup. Lalu terjadi rembesan	Seperti kejadian ada pasien yang sebetulnya ndak layak operasi tapi kejadiannya dioperasi. Karena tidak ada sistem yang mengatur bahwa operasi bisa dilakukan atau tidak. Siapa yang



ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK MENINGKATKAN MITIGASI PADA  
*INCIDENT REPORT* DI RUMAH SAKIT XYZ TAHUN 2000-2009

TESIS PROGRAM STUDI K3 FKM UI

#	Topic	Chief Executive Officer	Chief of Medical Committee	Medical Service Manager	Public Policy External
		Itu pun <i>medical error</i>		yang membuat si pasien apa ya... kemudian pasien kembang..lah. Akhirnya dibuka lagi, diligasi..kayak-kayak gitu saya tahu, ada beberapa kasus yang saya lihat seperti itu.	menentukan? <i>Operable</i> atau tidak? Itu kan seharusnya tim atau prosedur. Karena kita ndak ngatur, kebetulan yang membawa pasien itu adalah guru besar jadi seenaknya saja. Langsung masuk ke OK, tanpa harus ke <i>Emergency</i> dulu. Kita mau bilang ndak boleh wong rumah sakit juga ndak ngatur. Ini karena memang kita tidak membangun sistem
2	<b>KONSEP tentang taksonomi</b>	Taksonomi lebih kearah tingkatan kesalahan ( <i>grading</i> )	Taksonomi lebih kearah tingkatan kesalahan ( <i>grading</i> )	Taksonomi lebih kearah tingkatan kesalahan ( <i>grading</i> )	Sama dengan pembagian malpraktek.
	<b>Taksonomi Medical Error</b>	Berbeda sanksinya bila tidak tahu (tidak sesuai dengan kompetensinya) lebih berat dibanding dengan tahu tapi tidak melakukan.	Yang mengakibatkan penyembuhan melambat sampai ke kematian.	Jangan sampai hanya dianalisa oleh tim <i>patient safety</i> saja.	Identifikasi untuk <i>preventive action</i>
3	<b>Persepsi tentang Taksonomi Medical Error</b>	Dengan itu bisa melakukan penilaian terhadap kelalaian sampai memberikan sanksinya.	Masalah ini lebih kearah <i>management</i> , setelah melakukan analisis dia serahkan semuanya kepada <i>management</i> .	Taksonomi bisa mengarahkan tim <i>patient safety</i> dalam menganalisis	Identifikasi untuk <i>preventive action</i>
		Sistem <i>error</i> susah dilakukan klasifikasi	Bisa mengetahui besar-kecilnya masalah	MKDKI dan Dinkes turut serta dalam prosesnya	



ANALISIS TAKSONOMI *MEDICAL ERROR* UNTUK MENINGKATKAN MITIGASI PADA  
*INCIDENT REPORT* DI RUMAH SAKIT XYZ TAHUN 2000-2009

TESIS PROGRAM STUDI K3 FKM UI

#	Topic	Chief Executive Officer	Chief of Medical Committee	Medical Service Manager	Public Policy External
4	<b>Kebiasaan bila ada <i>medical error</i></b>	Sebagai profesional dulu kita harus mempelajari apakah <i>medical error</i> ini <i>gradingnya</i> bagaimana	Kita melakukan audit medik	Pembentukan Komite <i>Patient Safety</i>	Menyelenggarakan seminar-seminar
		Sebagai profesional memberitahu kepada yang melakukan <i>medical error</i> yang mungkin dia lalai karena kelelahan atau lupa	Kita melakukan Etika Medik, misalnya si A dikoreksi si B, si B di koreksi si C, kemudian si C dikoreksi lagi dengan si A, jadi gimana mau lolosnya. Itu salah satu yang kita terapkan disini. Tapi memang dalam pelaksanaannya memang belum konsisten, tapi sistemnya sudah ada.	Melakukan perubahan paradigma, mengambil pelajaran atas kejadian tersebut.	Membuat himbauan-himbauan
		Sebagai <i>decision maker</i> apa akibat dari semua <i>medical error</i>	Kita melakukan disiplin medik.	Menindak lanjuti <i>Incident Report Medical Error</i> yang ada	Pertemuan antar RS untuk <i>sharing</i>
5	<b>Keuntungan bila ada Taksonomi <i>Medical Error</i></b>	Ada kata yang sama dalam pemberian sanksi antara dokter dan <i>management</i>	Melakukan analisis jadi lebih mudah	Terkait dengan mutu RS	Mempermudah dalam melakukan <i>preventive action</i>
			Klasifikasi Khan pada umumnya untuk mempermudah	Dapat menjadi pembelajaran	
6	<b>Persetujuan penerapan Taksonomi <i>Medical Error</i></b>	Setuju sebagai regulasi, tapi harus dilihat dari dampaknya juga, bukan hanya teknis	Itu suatu yang positif.	Setuju asal ada dukungan dari internal dan eksternal.	Setuju, namun itu semua diserahkan kepada rumah sakit masing-masing.



#	Topic	Chief Executive Officer	Chief of Medical Committee	Medical Service Manager	Public Policy External
			Tapi tetap semua tergantung dengan pihak <i>management</i>	Kebijakan taksonomi datang dari Kolegium	RS harus membangun sistem yang kondusif (Lingkungan kerja dan <i>teamwork</i> )
			Kita hanya memberikan rekomendasi kepada <i>management</i> .	Komitmen pelaksanaan tidak hanya dari manajemen tapi juga dokter	Sistem harus dibentuk dan di maintain
7	<b>Budaya Perubahan</b>	Adanya akar masalah yang penting yaitu Komunikasi	Adanya akar masalah yang penting yaitu Komunikasi	Merubah berbagai macam karakter dokter sangat susah, bisa melalui perawat dalam menerapkan perubahan kepada dokter	Merubah <i>mindset</i> dokter sangatlah susah, caranya <i>management</i> harus sering bertemu dengan dokter
		RS wajib juga menyediakan sistem yang diperlukan oleh dokter		Institusi pendidikan harus mengintervensi dokter	Tidak ada budaya <i>blame</i> .
8	<b>Kemudahan mitigasi dengan taksonomi</b>	Memper memudahkan menganalisa kasus yang ada. Tapi ada kekurangan langsung saja fokus pertanyaannya untuk memisahkan kesalahan dokter atau rumah sakit.	Lebih mudah, asalkan sarana dan prasarana yang menunjang dilengkapi oleh manajemen.	Lebih mudah dibandingkan dengan form sebelumnya	Tidak melakukan studi kasus



## INSTRUMEN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengetahui *medical error incident* di RS XYZ
2. Untuk identifikasi pengetahuan para pengambil kebijakan tentang taksonomi *medical error*
3. Mengetahui persepsi para pengambil kebijakan terhadap taksonomi *medical error*
4. Mengetahui kemungkinan persetujuan penerapan taksonomi *medical error* sebagai kebijakan di RS XYZ
5. Mengetahui kemungkinan menerapkan taksonomi *medical error*

### PWM (Panduan Wawancara Mendalam)

#### Tata Cara Pembukaan Wawancara

1. "Ucapkan Salam", pada saat kami memaparkan tujuan tadi, kami ingin mendengar pandangan Anda mengenai *medical error* di RS Anda, Anda dapat mengungkapkan **SESUATU TENTANG PATIENT SAFETY**
2. Mohon beritahukan pada kami pandangan Anda mengenai klasifikasi *medical error*. Jika Anda telah siap, mohon beritahukan pada kami apa yang Anda pikirkan, silahkan berbicara secara bebas.  
Pandangan Anda sangat penting bagi kami, jadi mohon berbicara dengan bebas (Tunggu dengan sabar dan berikan dukungan kepada informan dengan cara mengangguk dan tersenyum lalu lihat respon apa yang muncul). Kemudian lanjutkan sesuai dengan respon dari informan

#### A. Pengetahuan tentang *medical error*

Tujuan : untuk mengetahui *medical error incident* di RS XYZ

1. Apakah Anda mengetahui istilah *human error*, apa pendapat Anda?
2. Apakah Anda mengetahui istilah *system error*, apa pendapat Anda?
3. Apakah Anda mengetahui istilah *medical error*, apa pendapat Anda?
4. Apakah Anda mengetahui *medical error* yang terjadi di RS XYZ? (Bila diperlukan sebutkan contoh kasusnya?)
5. Apa yang membuat Anda yakin bahwa kasus tersebut adalah *medical error*? (\* pertanyaan ini diajukan dengan melihat kondisi dan situasi wawancara, bila memungkinkan langsung ditanyakan, bila tidak, pertanyaan ini diajukan di akhir keseluruhan pertanyaan)

#### B. Pengetahuan taksonomi *medical error*

Tujuan : Untuk identifikasi pengetahuan para pengambil kebijakan tentang taksonomi *medical error*

1. Apakah Anda mengetahui istilah taksonomi *medical error*, apa pendapat Anda? (\* pertanyaan ini diajukan dengan melihat kondisi dan situasi wawancara, bila memungkinkan langsung ditanyakan, bila tidak, pertanyaan ini diajukan di akhir keseluruhan pertanyaan)
2. Apakah Anda mengetahui taksonomi *medical error* yang ada di RS XYZ? (Bila diperlukan sebutkan contohnya?)



**C. Persepsi taksonomi *medical error***

Tujuan : Mengetahui persepsi para pengambil kebijakan terhadap taksonomi *medical error*

1. Apakah ada keuntungan mengetahui taksonomi *medical error*?
2. Apa saja keuntungan yang diperoleh?
3. Bagaimana **Anda** dalam menentukan taksonomi tersebut? (\*pertanyaan ini diajukan dengan melihat kondisi dan situasi wawancara, bila memungkinkan langsung ditanyakan , bila tidak, pertanyaan ini diajukan di akhir keseluruhan pertanyaan)

**D. Fungsi dalam menangani *medical error***

Tujuan : Mengetahui kemungkinan persetujuan penerapan taksonomi *medical error* sebagai kebijakan di RS XYZ

1. Bagaimana Anda menangani *medical error* selama ini? (Bila diperlukan sebutkan contoh kasusnya?)
2. Apakah dengan adanya taksonomi *medical error* akan mempermudah penanganan?
3. Apakah **Anda setuju** bila taksonomi *medical error* ini diterapkan di RS XYZ? (\*pertanyaan ini diajukan dengan melihat kondisi dan situasi wawancara, bila memungkinkan langsung ditanyakan , bila tidak, pertanyaan ini diajukan di akhir keseluruhan pertanyaan)

**E. SARAN DAN HARAPAN**

Tujuan : Mengetahui kemungkinan persetujuan penerapan taksonomi *medical error* sebagai kebijakan di RS XYZ

1. Menurut anda, apa yang sebaiknya Anda lakukan sehingga *medical error* yang terjadi bisa dimitigasi (dibuat preventive actionnya)?
2. Apa Saran dan Harapan Anda dengan adanya taksonomi *medical error*? (\*pertanyaan ini diajukan dengan melihat kondisi dan situasi wawancara, bila memungkinkan langsung ditanyakan , bila tidak, pertanyaan ini diajukan di akhir keseluruhan pertanyaan)

**PKW (Panduan Studi Kasus dan Wawancara)**

**Tata Cara Pembukaan Studi Kasus**

1. "Ucapkan terima kasih telah mengikuti wawancara kami", pada saat kami menjelaskan hasil wawancara dan memaparkan tentang taksonomi, kami **ingin memberikan studi kasus**, Anda dapat menjawab pertanyaan dari form yang ada.
2. Kami berikan form, jika Anda telah siap, **silahkan diisi.** (Jika belum siap bisa dilain kesempatan)

**Kemudian lanjutkan sesuai dengan respon dari informan, berikan pertanyaan:**

**Pemahaman tentang taksonomi *medical error* setelah pemaparan**

Tujuan : Mengetahui kemungkinan menerapkan taksonomi *medical error*

1. Bagaimana pendapat anda mengenai taksonomi *medical error*?
2. Bagaimana proses pembuatan mitigasi dengan adanya taksonomi tersebut, apakah lebih mudah? (\* pertanyaan ini diajukan dengan melihat kondisi dan situasi wawancara, bila memungkinkan langsung ditanyakan , bila tidak, pertanyaan ini diajukan di akhir keseluruhan pertanyaan)
3. Jika Ya, apakah akan menerapkan taksonomi tersebut?
4. Jika Tidak, adakah saran untuk mempermudah?