



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KESALAHAN MEDIS
DI UNIT GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT BHAKTI HUSADA 2008**

Oleh :

HENRY JUANA
NPM : 700505029X

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
2008**

ABSTRAK

**UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Tesis, Juli 2008**

Henry Juana

**ANALISIS KESALAHAN MEDIS DI UNIT GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT
BHAKTI HUSADA 2008**

XIII + 85 + 9 Tabel, 2 Gambar + 4 Lampiran

ABSTRAK

Rumah sakit merupakan organisasi yang padat modal, padat karya, padat sumber daya dan sarat akan resiko-resiko. Bagi rumah sakit yang tidak mempersiapkan diri untuk mencegah kejadian-kejadian yang berpotensi terjadinya resiko medis akan mengalami tuntutan hukum dan mengalami kerugian-kerugian secara finansial. Pengelolaan dan antisipasi resiko medis harus ditunjang oleh pengetahuan, sikap dan hubungan sosial tenaga kesehatan mengenai kesalahan medis untuk menghindari dampak yang merugikan pasien tenaga kesehatan dan rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan hubungan sosial tenaga kesehatan terhadap kesalahan medis serta mengetahui keadaan sarana dan prasarana di unit gawat darurat. Penelitian dilakukan di rumah sakit Bhakti Husada dengan 10 informan yang terdiri dari para Kepala Ruang unit gawat darurat, Ketua Tim Perawat unit gawat darurat, dokter pelaksana dan perawat pelaksana. Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dan metode kuantitatif yang kemudian dilakukan wawancara mendalam, telaah dokumen dan pengisian kuesioner. Analisis data

dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori-teori kepustakaan (*Content analysis*).

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar informan untuk pengetahuan mengenai defenisi, macam tipe dan proses serta sumber-sumber kesalahan medis medis secara umum pengetahuan tenaga kesehatan telah satu pendapat atau satu persepsi terhadap kesalahan medis. Untuk sikap informan mengenai dampak dan upaya-upaya pencegahan kesalahan medis mempunyai respon yang positif dengan mendukung program keselamatan pasien yang telah dilakukan rumah sakit Bhakti Husada.

Hubungan sosial tenaga kesehatan secara umum mereka sudah terbentuk dalam hal komunikasi antar tenaga kesehatan sudah terjalin baik dan berkelanjutan dengan adanya forum diskusi sebagai upaya membentuk kebersamaan dan satu pendapat dalam melakukan tindakan medis dan menunjukkan adanya hubungan yang timbal balik dengan saling memberi dan mengawasi dalam setiap melaksanakan tugasnya.

Dari hasil penelitian ini disarankan untuk manajemen rumah sakit lebih memperhatikan unit gawat darurat dalam memenuhi standar yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dalam dalam hal fasilitas dan peralatan medis, meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan dengan memberikan pelatihan-pelatihan keselamatan pasien secara periodik. Peran kepala ruang unit gawat darurat diharapkan lebih meningkatkan pengawasan pelaksanaan (*Standard operating procedure*) SOP sebagai upaya mengetahui hal-hal apa saja yang selama ini dilakukannya yang dapat berpotensi menimbulkan kesalahan medis.

Daftar Pustaka : 30 (1999-2007)

ABSTRACT

**UNIVERSITY OF INDONESIA
POST GRADUATE
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
STUDY OF HOSPITAL ADMINISTRATION
Thesis, July 2008**

Henry Juana

**MEDICAL ERROR ANALYSIS IN EMERGENCY UNIT AT BHAKTI HUSADA
HOSPITAL 2008**

Xiii + 85 pages, 9 tables, 2 pictures + 4 enclosures

ABSTRACT

Hospital is an organization with full of complexity of things and high risk. For several hospitals with upreparation them selves to avoiding some incidents which has potential high risks probably will get law problem and also will get financial losses. Managerial and anticipating of medical risks, must be completed with good attitude, good knowledge, and good social relationship of medical employees to avoiding incident or action which dangerous for patient, medical employees and also for the hospital it self.

This research is aimed to understand the knowledge, attitude and social relationship of medical employees. Research done in the hospital Bhakti Husada involving 10 (ten) information sources consist from head of emergency room, team leader of nurse, doctors and nurse implementer. Research method used are both qualitative and quantitative method and later make in-depth interview, filling in questioners and document analysis. Data analysis was performed using comparing results of research to literature theory (Content analysis).

It was found of the research that the knowledge of the information about definition, type of medical error and source of medical error were good general. Attitude from information about impact of medical error and prevention of medical error has positive response with supporting patient safety program which has done by the hospital Bhakti Husada. While social relationship of medical employees in general already has good communication and good team work.

From this research, it is advisable for the hospital management more pay attention to emergency room to get standard from health of department about facilities dan medical equipment, arrange routine schedule training about patient safety dan emergency program. Head of emergency room always supervise the implementation of standard operating procedure to avoid and prevent of medical action which can be occurred as medical error.

Refferences : 30 (1999-2007)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KESALAHAN MEDIS
DI UNIT GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT BHAKTI HUSADA 2008**

Tesis ini diajukan sebagai
Salah satu syarat untuk memperoleh
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh :

HENRY JUANA
NPM : 700505029X

PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan di hadapan tim penguji tesis
Program Pascasarjana
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Depok, Juli 2008

Pembimbing Tesis



(Dr. Hafizurachman, dr, MPH)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINSTRASI RUMAH SAKIT
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, Juli 2008

Ketua



(Dr. Hafizurachman, dr, MPH)

Anggota



(Mieke Savitri, dr, M.kes)



(Yuli Prapanca Satar, dr, MARS)



(Anita Rusmawati, dr, SpA, M.kes)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya;

Nama : HENRY JUANA
NPM : 700505020X
Mahasiswa Program : KARS
Tahun Akademik : 2005

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul;

.. ANALISIS KESALAHAN MEDIS DI UNIT GAWAT DARURAT ..
.. RUMAH SAKIT BHAKTI HUSADA 2008 ..

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, 22 - Juli 2008



Henry Juana

RIWAYAT HIDUP

I. IDENTITAS

Nama : Henry Juana
Tempat Tanggal Lahir : Bogor, 27 Oktober 1976
Alamat : Jl. Budi Murni No 18, Cipayung Jakarta Timur 13840
Agama : Islam
Status : Menikah

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

SDI Soedirman Cijantung	Tahun 1983-1989
SMPN 103 Cijantung	Tahun 1989-1992
SMAN 64 Cipayung	Tahun 1992-1995
Fakultas Ilmu Komputer Universitas Gunadarma	Tahun 1996-2001

III. RIWAYAT PEKERJAAN

2002-2005 : Finance Operation Staff PANIN BANK
Palmerah Jakarta Barat

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena dengan segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan tesis ini dapat diselesaikan. Tesis ini sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Pasca Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam menyusun tesis ini penulis telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. Hafizurrachman, dr, MPH selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan membantu saya mulai dari penyusunan proposal sampai penyusunan tesis.
2. Ibu Mieke Savitri, dr, M.kes selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukannya dalam penyusunan tesis ini.
3. Bapak Yuli Prapanca Satar, dr, MARS sebagai penguji.
4. Bapak Rustanto, SE, MARS selaku Wakil Direktur RS Bhakti Husada atas ijin dan kesediannya menerima saya untuk melakukan penelitian di rumah sakitnya.
5. Ibu Anita Rusmawati, dr, SpA, M.kes selaku penguji dari Rumah Sakit Bahkti Husada
6. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa KARS UI Kelas Depok angkatan 2005 yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah menjalin kebersamaan dan kekompakan untuk membantu dan mendukung saya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

7. Ibunda dan Ayahanda, Istriku tercinta yang telah mendoakan dan memberikan semangat dan pengertiannya kepada saya sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
8. Semua pihak di unit gawat darurat rumah sakit Bhakti Husada dengan segala keihlasannya dan ketulusan telah membantu saya dalam penelitian dan penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan dan amal baik kepada mereka semua. Harapan saya semoga penelitian ini bermanfaat bagi saya dan rumah sakit. Dengan segala keterbatasan dan kekurangan, perkenankan saya mohon maaf bila terdapat kesalahan dan kritik maupun saran yang membangun, penulis harapkan dari pembaca.

Depok Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Permasalahan	5
C. Pertanyaan Penelitian	5
D. Tujuan	5
E. Ruang Lingkup Penelitian	6
F. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Pengertian Kesalahan Medis.....	8
1. Pengertian Kesalahan Medis.....	11
2. Proses Kesalahan medis.....	12
3. Sumber Kesalahan Medis	16
4. Dampak Kesalahan Medis	17
5. Pencegahan Kesalahan Medis	19

	B. Pengetahuan.....	23
	C. Sikap	25
	D. Sarana dan Prasarana	27
	E. Hubungan sosial Tenaga Kesehatan	28
	F Unit Gawat Darurat.....	30
BAB III	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	34
	A. Sejarah Rumah Sakit Bhakti Husada	34
	B. Kegiatan Pelayanan	35
	C. Kinerja Rumah Sakit	37
	D. Ketenaga Kerjaan	38
	E. Struktur Organisasi.....	39
BAB IV	KERANGKA PIKIR DAN DEFENISI ISTILAH	40
	A. Kerangka Pikir.....	40
	B. Defenisi Istilah.....	41
BAB V	METODOLOGI PENELITIAN	43
	A. Desain Penelitian	43
	B. Lokasi Dan Waktu Penelitian	44
	C. Sampel Penelitian	44
	D. Pengumpulan Data	45
	E. Pengolahan Data.....	46
	F. Validitas Data Penelitian.....	47

BAB VI	HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	48
	A. Kendala Penelitian	48
	B. Karakteristik Informan.....	49
	C. Pengetahuan.....	50
	1. Defenisi Kesalahan Medis.....	50
	2. Tipe dan Proses Kesalahan Medis.....	53
	3. Sumber Kesalahan Medis.....	56
	D. Sikap.....	59
	1. Dampak Kesalahan Medis.....	59
	2. Pencegahan Kesalahan Medis.....	61
	E. Sarana Dan Fasilitas Unit Gawat Darurat.....	66
	F. Hubungan Sosial Tenaga Kesehatan.....	69
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN.....	81
	1. Kesimpulan.....	81
	2. Saran.....	83

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tipe Proses Kesalahan medis.....	12
Tabel 2.2	Kesalahan Pada Layanan Kesehatan.....	13
Tabel 2.3	Kategorisasi Medication Error.....	15
Tabel 2.4	Kasus Kesalahan Medis.....	18
Tabel 3.1	Perkembangan Kapasitas Rawat Inap.....	37
Tabel 3.2	Perkembangan Jumlah Kunjungan.....	37
Tabel 3.3	Perkembangan Ketenagaan.....	38
Tabel 5.1	Karakteristik Informan	49
Tabel 5.2	Distribusi Informan.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Struktur Organisasi.....	39
Gambar 4.1	Kerangka Pikir.....	41



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Pedoman Wawancara
- Lampiran 2 Check List
- Lampiran 3 Matrik Wawancara
- Lampiran 4 Peta Lokasi Penelitian



B A B I

P E N D A H U L U A N

A. Latar Belakang

Tenaga Kesehatan merupakan sumber daya manusia kesehatan yang pada satu sisi adalah unsur penunjang utama dalam pelayanan kesehatan. Dwiprahasto (2004) mengatakan “Salah satu prasyarat fundamental dalam pelayanan kesehatan adalah menjamin bahwa tindakan medis yang diputuskan tidak hanya terbukti paling *efficious* tetapi juga harus aman”. Keamanan dalam menjamin tindakan medis ini sering sulit diungkapkan secara factual. Secara alamiah setiap tindakan medis memiliki resiko. Keselamatan adalah hak pasien, dan para profesional pelayanan kesehatan berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman. Karena itu, upaya meningkatkan keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama para pemimpin pelayanan kesehatan.

Asuhan klinis yang kemudian memberikan dampak merugikan bagi pasien dikenal dengan istilah *medical error* (populer di Amerika Serikat/AS) atau *adverse events* (lebih populer di Inggris dan Australia) atau hanya sekadar *near misses* (tidak sampai menimbulkan kerugian) sedangkan di Indonesia lebih populer dengan istilah kesalahan medis (Cahyono, 2004).

Hasil studi Institute of Medicine (IOM) lembaga paling terhormat dalam bidang kedokteran. Judul laporan monumental lembaga ini yang diterbitkan tahun 1999 adalah “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” AS melaporkan bahwa *medical error* mengakibatkan pasien meninggal dunia hampir 100.000

penduduk Amerika per tahun, laporan yang terbaru di bulan Juli 2006 yang merupakan kelanjutan laporan tahun 1999 menyebutkan bahwa 1,5 juta orang menjadi korban kesalahan dalam pemberian obat setiap tahun di AS. Di Singapura diprediksi terjadi 1000 *medical error* setiap tahunnya (Straits Times, 15 Desember 2002) disitasi (Murti, 2002).

The Harvard Medical Practice Study, Utah and Colorado Study, dan Quality in Australian Health Care Study melaporkan hasil penelitian kejadian *adverse events* antara 3,7 persen-16 persen. Sebanyak 27 persen-32 persen kejadian *adverse events* didasari oleh faktor kelalaian dan sebanyak 51 persen-58 persen di antaranya sebenarnya dapat dicegah. *Adverse events* terbanyak dikaitkan dengan tindakan bedah 33 persen-50 persen (Kompas, 13 Agustus 2004).

Di Indonesia dalam seminar Medicolegal 24 April 2004 di Surabaya, ketua Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Jawa Timur, Prof. Dr. R. Hariadi, dr. memaparkan bahwa sejak tahun 1998-2003 YPKKI (Yayasan Pemberdayaan Konsumen Kesehatan Indonesia) menangani sengketa medik sebanyak 149 kasus. Iwan Dwiprahasto (bagian Epidemiologi Klinik UGM) menambahkan di 23 puskesmas di 5 propinsi kesalahan medis mencapai 85% sedang di Jawa Tengah dan Yogyakarta derajat kesalahan medik adalah 88%, Dwiprahasto juga mengatakan di Jawa, Kalimantan & NTT kesalahan medis 80% terjadi karena *Human Error*

Dwiprahasto (2004) mengatakan “Meskipun data konkrit mengenai kesalahan medis belum pernah secara komprehensif dikemukakan, masalah

kesalahan medis di negara berkembang juga sangat besar". Buruknya infrastruktur dan fasilitas, keterbatasan obat, minimnya upaya pencegahan dan pengendalian infeksi serta kinerja yang buruk dari petugas pelayanan kesehatan juga tidak terampil akibat lemahnya sistem penggajian dan motivasi menunjukkan besarnya potensi kesalahan medis yang ada". Insiden klinis yang terjadi di rumah sakit, apakah karena *human error* atau karena *system error*, tidak terlepas dari tanggung jawab rumah sakit. Dengan demikian, mau tidak mau rumah sakit harus terus berusaha menerapkan prinsip perbaikan dan peningkatan mutu secara kontinu (*continuous quality improvement*) agar terjamin pelayanan yang bermutu dan aman.

Leape menemukan bahwa kurang lebih dua pertiga (70%) *adverse events* yang ditemukan dalam suatu *Medical Practice Study* (1993) adalah termasuk *preventable*, dengan jenis penyebab tersering adalah kesalahan teknis (44%, diagnosis 17%), kegagalan mencegah cedera (12%), dan kesalahan dalam penggunaan obat (10%). Di rumah sakit, angka kesalahan tertinggi dengan akibat serius umumnya ditemukan di unit rawat intensif, kamar operasi dan unit gawat darurat, dikutip (Sampurna, 2007).

Rumah sakit merupakan organisasi yang padat modal, padat karya, padat sumber daya dan sarat akan resiko-resiko. Bagi rumah sakit yang tidak mempersiapkan diri untuk mencegah kejadian-kejadian yang berpotensi terjadinya resiko akan mengalami tuntutan hukum dan mengalami kerugian-kerugian secara finansial. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mencegah atau mengurangi kejadian kesalahan medis adalah pelaksanaan program keselamatan

pasien, dalam seminar gerakan nasional keselamatan pasien rumah sakit 21 Agustus 2005 di Jakarta Menkes mengatakan "Gerakan nasional keselamatan pasien rumah sakit menuntut dilakukan perbaikan pelayanan rumah sakit terhadap keselamatan pasien dan dalam jangka waktu tepat untuk kondisi di Indonesia yang sedang mengalami peningkatan tuduhan malpraktek".

Tuntutan masyarakat terhadap layanan yang berkualitas di unit pelayanan kesehatan makin tinggi. Ini ditandai dengan meningkatnya angka gugatan hukum dari konsumen kesehatan. Untuk itu, program keselamatan pasien rumah sakit harus segera diterapkan di setiap rumah sakit pemerintah dan swasta. Keselamatan pasien di rumah sakit adalah sistem pelayanan dalam suatu rumah sakit yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman. Termasuk di dalamnya mengukur risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap pasien, analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi risiko. "*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of hospital quality management.*" (*World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO 2004*). Maka paradigma baru kualitas pelayanan harus memasukkan unsur keselamatan pasien di samping unsur teknis dan kepuasan pasien.

Pada umumnya, setiap organisasi rumah sakit merupakan suatu institusi dengan tingkat kerumitan dan kompleksitas masalah yang cukup padat, sehingga salah satu kunci sukses untuk pelaksanaan program keselamatan pasien adalah bagaimana pimpinan mampu menggalang budaya kerja yang mengarah pada kualitas dan keselamatan dalam aktifitas sehari-hari. Juga mampu menciptakan

suasana kerja yang kondusif, terbuka dan adil, dalam suatu sistem dan prosedur pelayanan serta keselamatan pasien terpadu yang disusun secara jelas, terukur dan praktis

Program keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhakti Husada sudah dimulai sejak tahun 2006 yaitu dengan memberikan pelatihan-pelatihan terhadap tenaga kesehatan khususnya di unit gawat darurat. *Patient safety* atau keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (KPP-RS).

Tenaga kesehatan mempunyai peranan penting dalam mendukung program *patient safety*. Pengelolaan dan antisipasi resiko medis harus didukung dengan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki pengetahuan, kompetensi dan sikap yang baik. Menurut Roesmono (2006) masih lemahnya kemampuan sumber daya manusia kesehatan dalam membuat perencanaan pelayanan kesehatan serta sikap perilaku mereka dalam mengantisipasi permasalahan kesehatan, menyebabkan terjadinya kesalahan medis.

Menurut Menkes Fadilah Supari (2007) sumber daya manusia kesehatan yang kompeten dan profesional adalah individu yang memiliki kemampuan pengetahuan, ketrampilan, sikap dan perilaku yang sesuai dengan syarat di dunia kerja serta dapat berpartisipasi secara aktif di tempat kerja sesuai dengan keahliannya. Goleman (1995) sitasi (Roesmono, 2006) membagi dalam lima tahapan yang perlu dikuasai oleh seseorang yaitu :

1. Kemampuan untuk mengidentifikasi atau mengenal emosi dirinya sendiri serta memahami hubungan antara emosi, pikiran dan tindakan.
2. Kemampuan untuk mengelola emosi, ini berarti, bahwa seseorang harus dapat mengatur perasaannya agar perasaannya tersebut dapat terungkap dengan baik dan benar.
3. Kemampuan untuk memotivasi diri dengan sikap optimis dan berpikir positif. Kemampuan untuk membaca dan mengenal emosi orang lain (empati).
4. Kemampuan untuk membina hubungan dengan orang lain.

B. Perumusan Masalah

Tenaga kesehatan mempunyai peranan penting dalam mendukung program *patient safety* untuk menghindari dan mencegah terjadinya kesalahan medis. Pengelolaan dan antisipasi kesalahan medis harus didukung oleh tenaga kesehatan yang memiliki standar kompetensi medis, sikap dan mampu membina hubungan antar tenaga kesehatan dalam menghadapi permasalahan-permasalahan medis.

Lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi terjadinya kesalahan medis seperti peralatan medis dan non medis yang tidak memenuhi syarat dan tidak dijalankannya standar pelayanan dan protap meningkatkan terjadinya kesalahan medis. Peneliti bermaksud melakukan penelitian untuk menganalisis pengetahuan, sikap, hubungan sosial tenaga kesehatan terhadap kesalahan medis dan mengetahui keadaan sarana prasarana medis dan non medis di unit gawat darurat.

Dimana unit gawat darurat merupakan ujung tombak atau etalase dari suatu rumah sakit dimana pasien-pasien yang datang dalam kondisi yang terancam nyawanya atau dalam keadaan darurat memerlukan pertolongan yang cepat dan tepat.

C. Pertanyaan Penelitian

Bagaimanakah pengetahuan, sikap dan hubungan sosial tenaga kesehatan terhadap kesalahan medis serta keadaan sarana dan prasarana di unit gawat darurat Rumah Sakit Bhakti Husada tahun 2008?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran mengenai pengetahuan, sikap dan hubungan sosial tenaga kesehatan terhadap kesalahan medis, serta keadaan sarana dan prasarana di unit gawat darurat Rumah Sakit Bhakti Husada tahun 2008.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya pengetahuan tenaga kesehatan di unit gawat darurat mengenai defenisi kesalahan medis.
- b. Diketuinya pengetahuan tenaga kesehatan di unit gawat darurat mengenai tipe dan proses kesalahan medis.
- c. Diketuinya pengetahuan tenaga kesehatan di unit gawat darurat mengenai sumber-sumber kesalahan medis.

- d. Diketuainya sikap tenaga kesehatan di unit gawat darurat mengenai dampak kesalahan medis.
- e. Diketuainya sikap tenaga kesehatan di unit gawat darurat mengenai pencegahan kesalahan medis.
- f. Diketuainya hubungan sosial tenaga kesehatan antara dokter dan perawat di unit gawat darurat.
- g. Diketuainya hubungan sosial tenaga kesehatan antara perawat dan perawat di unit gawat darurat.
- h. Diketuainya keadaan sarana dan prasarana di unit gawat darurat.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di unit gawat darurat rumah sakit Bhakti Husada tahun 2008.

F. Manfaat Penelitian

1. Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai pengetahuan, sikap dan hubungan sosial tenaga kesehatan terhadap kesalahan medis di rumah sakit serta keadaan sarana dan prasarana di unit gawat darurat rumah sakit Bhakti Husada.

B A B II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kesalahan Medis

Asuhan klinis memberikan dampak merugikan bagi pasien dikenal dengan istilah *medical error* (populer di Amerika Serikat/AS) atau *adverse events* (lebih populer di Inggris dan Australia) atau hanya sekadar *near misses* (tidak sampai menimbulkan kerugian). Sedangkan di Indonesia lebih populer dengan istilah *kesalahan tindakan medis* (Komite Keselamatan Pasien-Rumah Sakit).

1. Pengertian Kesalahan Medis

Istilah kesalahan medis adalah suatu istilah yang dipakai untuk menguraikan suatu *error* dalam bidang medis, kesalahan medis mempunyai dua komponen yaitu unsur manusia (*human*) dan sistemnya. Umumnya terjadinya kesalahan medis disebabkan oleh suatu kegagalan pola sistem yang memberi peluang, sehingga memungkinkan terjadinya suatu *error*. Dan unsur manusia adalah hanya salah satu mata rantai kecil dalam suatu rangkaian peristiwa *error* tersebut.

Human error adalah suatu fakta kehidupan. Sebagai manusia seorang takkan luput berbuat kesalahan. Kesalahan terjadi pada setiap pekerjaan dan tergantung pada tugasnya, tentu dengan berbagai konsekuensinya. Bisa ringan, bisa berat. Untuk mereka yang profesinya dibidang medis, maka konsekuensi suatu kesalahan bisa berakibat serius terhadap pasien yang sebenarnya hendak diberikan pertolongan (Guwandi, 2005).

Menurut Bryan (2004) dalam "*Legal impediments to patient safety*" memberikan defenisi mengenai *medical error* sebagai suatu kekeliruan, suatu peristiwa yang tidak diduga, atau tidak dikehendaki dalam pemberian pelayanan medis yang dapat mengakibatkan, atau tidak sampai mengakibatkan luka pada pasien "*A medical error is mistake, an inadvertent occurrence, or an unintended event in the delivery of health care that may, or may not, result in patient injury*"

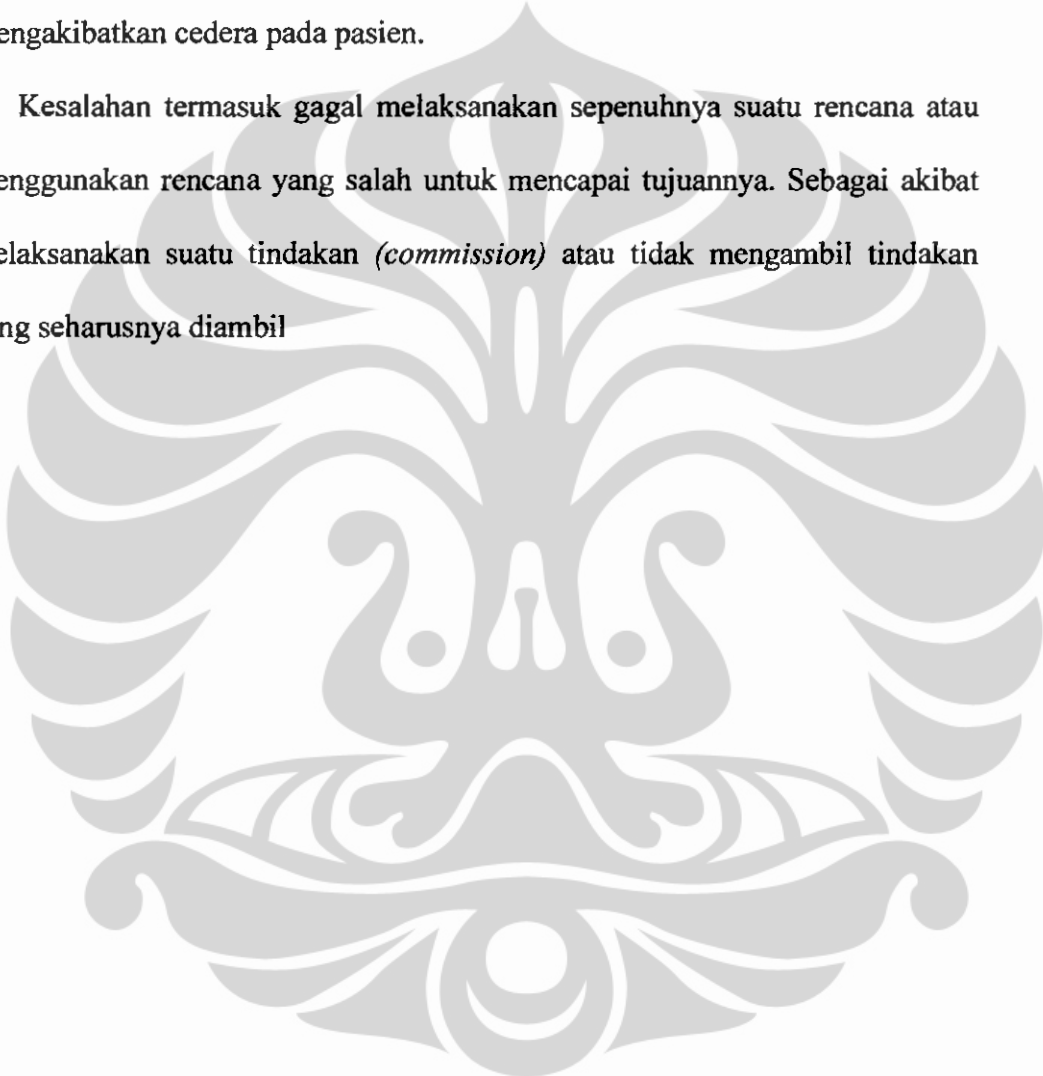
Menurut Institute Of Medicine (IOM, 1999) *medical error* didefenisikan sebagai "*The failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*". Definisi tersebut menggambarkan bahwa setiap tindakan medis yang dilaksanakan tetapi tidak sesuai dengan rencana atau prosedur sudah dianggap sebagai *medical error*. Di sisi lain melakukan upaya medis melalui prosedur yang keliru juga dianggap sebagai *medical error*.

Kesalahan tindakan medis (*medical errors*) merupakan kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Sebagai akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP- RS) disitasi oleh (Yahya, 2007).

2. Tipe dan Proses Kesalahan Medis

Berdasarkan proses tindakan yang menyebabkan terjadinya kesalahan medis dapat digolongkan sebagai berikut menurut (KKP- RS). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien.

Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Sebagai akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil



Tabel 2.1 Tipe Proses

Proses Medis	Kesalahan	Tindakan
Diagnostik		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesalahan atau keterlambatan diagnose 2. Tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai 3. Menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai 4. Tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi
Pengobatan		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesalahan pada prosedur pengobatan 2. Kesalahan pada pelaksanaan terapi 3. Kesalahan metode penggunaan obat 4. Keterlambatan merespon hasil pemeriksaan 5. Asuhan yang tidak layak
Preventif		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak memberikan terapi previlaktik 2. Monitor dan follow up yang tidak adekuat
Lain-lain		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegagalan berkomunikasi 2. Kegagalan alat 3. Kegagalan sistem lain

Menurut Guwandi (2005) kesalahan medis dapat dibedakan dari tindakan medis yang dilakukan, ketidakberhasilan atau kegagalan sebagai akibat dari :

Tabel 2.2 Kesalahan Pada Pelayanan Kesehatan

Tindakan Operasi	<ol style="list-style-type: none">1. Timbul komplikasi2. Kecelakaan (<i>surgical mishap</i>)3. Kecelakaan anestesi (<i>alergi</i>)4. Tindakan operasi yang berisiko5. Keadaan pasien yang penuh resiko
Pemberian Pengobatan	<ol style="list-style-type: none">1. Komplikasi dari pengobatan2. Kecelakaan medis3. Kesalahan diagnostik4. Kesalahan memilih obat

Menurut American Society of Consultant Pharmacist (2004) mengadakan perincian masalah yang menyangkut pemberian obat. Dibedakan antara lain :

1. Kekurangan pengobatan yang terdiri atas :

a. Indikasi yang tidak ditangani

Pasien mempunyai masalah medis yang membutuhkan pemberian obat, tetapi ia tidak diberikan obat yang dibutuhkan

b. Kekurangan dosis

Pasien mempunyai masalah medis yang sedang ditangani, tetapi obat tepat itu tidak diberikan dalam dosis yang cukup

2. Kelebihan pengobatan

a. Pemberian obat tanpa indikasi

Pasien minum obat yang tidak tepat untuk penyakitnya

b. Kelebihan dosis

Pasien mempunyai masalah medis yang ditangani dengan obat cocok yang terlampau banyak

3. Pemberian obat yang tidak cocok

a. Pemilihan obat yang tidak tepat

Pasien memerlukan obat, tetapi minum obat salah, atau minum obat yang bukan paling cocok yang dibutuhkan pasien

4. Reaksi obat yang tidak diinginkan, termasuk interaksi antar obat

a. Reaksi obat terbalik

Pasien mempunyai masalah medis yang diakibatkan oleh reaksi obat

b. Interaksi antar obat

Pasien mempunyai masalah medis yang diakibatkan oleh antara obat dan obat, obat dan makanan, atau reaksi antara obat dan tes laboratorium

5. Tidak dapat obat yang dibutuhkan untuk terapinya.

a. Tidak mendapatkan pengobatan

Pasien mempunyai masalah medis yang disebabkan tidak menerima pengobatan karena alasan-alasan yang terletak dibidang ekonomi, psikologis, sosiologis atau sebab lainnya.

Menurut *National Coordinating for Medication error Reporting and Prevention* (NCC MERP, 2000) kategorisasi medication error adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Kategorisasi Medication error

Tipe error	Kategori	Keterangan
No Error	A	Keadaan atau kejadian yang potensial menyebabkan terjadinya error
Error No Harm	B	Error terjadi, tetapi obat belum mencapai pasien
	C	Error terjadi, obat sudah mencapai pasien tetapi tidak menimbulkan risiko : 1. Obat mencapai pasien dan sudah terlanjur diminum 2. Obat mencapai pasien tetapi belum diminum
	D	Error terjadi dan konsekuensinya diperlukan monitoring terhadap pasien, tetapi tidak menimbulkan risiko (harm) pada pasien
Error Harm	E	Error terjadi dan pasien memerlukan terapi atau intervensi serta menimbulkan risiko (harm) pada pasien yang bersifat sementara
	F	Error terjadi & pasien memerlukan perawatan atau perpanjangan perawatan di rumahsakit disertai cacat yang bersifat sementara
	G	Error terjadi dan menyebabkan risiko (harm) permanen
	H	Error terjadi dan nyaris menimbulkan kematian (mis. Anafilaksi, henti jantung)
Error Death	I	Error terjadi dan menyebabkan kematian pasien

3. Sumber-Sumber Terjadinya Kesalahan Medis

Menurut James Reason dikutip (Cahyono, 2004) kesalahan medis dapat terjadi bersumber dari faktor manusia, kondisi lingkungan kerja yang tidak menunjang (*error producing condition*), dan karena faktor organisasi dan manajemen.

- a. Faktor manusia sebagai pemicu *medical error* terjadi akibat kelelahan, kurang training, komunikasi yang kurang baik, kurang pengawasan, tidak memenuhi standar kompetensi, dan sebagainya.
- b. Faktor lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi terjadinya *medical error* seperti faktor peralatan medis dan nonmedis, kenyamanan ruang, dan sistem pencahayaan yang tidak memenuhi syarat.
- c. Faktor kepemimpinan dan manajemen. Komitmen manajemen mutu yang lemah, tidak adanya sistem monitoring *medical error*, tidak aktifnya komite medik dengan subkomitinya, tidak adanya atau tidak dijalankannya standar pelayanan, kebijakan, protap, dan sebagainya merupakan kondisi laten terjadinya *medical error*.

Menurut Murti (2006) Kegagalan yang berasal dari suatu sistem yang membawa kepada suatu keadaan yang rawan bagi terjadinya kesalahan medis adalah :

- a. Kegagalan aktif merupakan tindakan tak aman yang dilakukan manusia yang berhubungan langsung dengan pasien atau sistem. Tindakan tak aman dapat berupa terpeleset, benda jatuh dari genggam tangan, kesalahan memutuskan, pelanggaran prosedur, dan sebagainya.

- b. Keadaan laten merupakan "patogen laten" di dalam sistem, timbul dari keputusan-keputusan yang dibuat perencana sistem, perancang desain, pembuat prosedur, dan manajemen tingkat atas.

Keadaan laten menyebabkan dua keadaan yang tidak diinginkan yaitu :

1. Pertama, menyulut kesalahan di tempat kerja (misalnya, tekanan waktu, kekurangan staf, kekurangan peralatan, kelelahan, dan kekurangan pengalaman petugas). Kesalahan sering terjadi ketika para klinisi kurang berpengalaman dan ketika diperkenalkan prosedur baru.
2. Kedua, menciptakan lubang-lubang atau kelemahan dalam jangka waktu lama terhadap sistem pertahanan (misalnya, alarm yang tidak dapat diandalkan, prosedur yang tidak dapat dilaksanakan, defisiensi dalam desain serta konstruksi, dan sebagainya).

4. Dampak Kesalahan Medis

Dampak dari kesalahan medis dapat sangat beragam mulai dari keluhan ringan yang dialami pasien hingga kejadian serius yang memerlukan perawatan rumah sakit lebih lama atau bahkan kematian. Selain memberikan dampak klinis maupun sosial, kesalahan medis ternyata memperpanjang waktu perawatan di rumah sakit dan memberikan dampak ekonomi yang sangat besar.

Sebagian penderita terpaksa harus dirawat di rumah sakit lebih lama (*prolonged hospitalization*) yang akhirnya berdampak pada biaya perawatan yang lebih besar. Classen *et al* melaporkan bahwa untuk mengatasi masalah *medical error* pada 2,4% pasien yang masuk ke rumah sakit selain diperlukan

biaya ekstra sebesar US\$ 2262 (atau hampir Rp 23 juta) per pasien juga diperlukan perpanjangan hari rawat rata-rata 1,9 hari.

Berdasarkan sumber dari LBH cukup banyak kasus mengenai kesalahan yang ditangani oleh LBH terjadi antara tahun 2001-2004 yang berdampak pada kondisi pasien sebagai berikut :

Tabel 2.4 Kasus kesalahan medis

Jumlah kasus	Kondisi Pasien	
	Luka atau Cacat Tetap	Meninggal Dunia
21	15	6

Apabila terjadi penyimpangan dalam ketentuan pelayanan kesehatan, pasien atau penerima jasa pelayanan kesehatan dapat menuntut haknya, yang dilanggar oleh pihak penyedia jasa pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit dan dokter atau tenaga kesehatan. Dokter atau tenaga kesehatan dan rumah sakit dapat dimintakan tanggungjawab hukum, apabila melakukan kesalahan yang menimbulkan kerugian bagi pasien sebagai konsumen jasa pelayanan kesehatan. Pasien dapat menggugat tanggungjawab hukum kedokteran (Supriadi, 2001). Dampak sosial yang terjadi pada tenaga kesehatan dan institusi rumah sakit yaitu pada turunnya pencitraan nama baik dan tuntutan hukum.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Johnson *et al*, terhadap kalkulasi biaya obat yang erat kaitannya dengan terjadinya efek samping. Hasil kalkulasi menunjukkan bahwa *medical error* yang berkaitan dengan obat

menyebabkan terjadinya 116 juta kunjungan ekstra ke dokter per tahun, berdampak pada penulisan resep secara ekstra sebanyak 76 juta lembar, 17 juta kunjungan pasien ke unit gawat darurat, 3 juta ekstra perawatan jangka panjang, dengan total biaya sebesar US\$ 76,6 miliar sitasi (Iwan Dwiprahasto & Erna Kristin, 2008)

Prevalensi efek samping akibat *adverse events* berkisar 3,7 persen di AS hingga 16,6 persen di Australia, dengan risiko kecacatan antara 4,2-13,7 persen. Setengah dari efek samping itu sebenarnya bisa dihindari. Studi di unit perawatan intensif di Israel menunjukkan, risiko *medical error* pada pasien 1,7 persen per hari. Penelitian di Salt Lake City menemukan efek samping yang serius pada 1,7 persen pasien yang dirawat. Melalui parameter lebih rinci, ternyata angka kejadian meningkat menjadi 5,3 persen. Pada bidang bedah angkanya jauh lebih tinggi. Di Rumah Sakit Pendidikan Chicago, 45,8 persen pasien diidentifikasi mengalami *medical error*.

5. Pencegahan Kesalahan Medis

Upaya sistematis yang dilakukan dan dikembangkan untuk mencegah terjadinya *medical error* menurut Baley (2002) yaitu:

a. *Error awareness*.

Setiap individu yang terlibat harus menyadari bahwa *medical error* dapat terjadi kapan saja, di mana saja, dan menimpa siapa saja. Bahwa jika terjadi *medical error* maka konsekuensi yang dapat timbul akan sangat beragam mulai dari yang ringan/tanpa gejala hingga menyebabkan kematian. Pemahaman yang baik mengenai *medical error* ini perlu

diterapkan di unit-unit pelayanan yang langsung berkaitan dengan obat dan pengobatan, mulai dari dokter, perawat, apoteker, asisten apoteker dan petugas administrasi obat.

b. Lakukan pengamatan sistematis.

Awal dari terjadinya *medical error* dapat berasal dari individu tetapi juga sistem. Petugas yang lelah, ceroboh, atau dalam situasi psikologis yang buruk dapat sewaktu-waktu mengawali terjadinya *medical error*. Namun demikian sistem yang buruk, yang tidak mendukung mekanisme kerja yang baik, atau tidak dijalankan atas dasar prosedur yang standar juga dapat menjadi sumber *medical error* yang latent. Oleh sebab itu perlu dilakukan pengamatan secara sistematis apakah sistem yang ada ikut berperan untuk terjadinya error. Sebagai contoh, buruknya sistem kerjasama antara dokter, perawat, dan apoteker akan selalu menjadi penyebab laten timbulnya *medical error*.

c. Gunakan data *medical error*

Gunakan data sebagai alat untuk menyusun instrumen analisis error. Untuk komponen ini maka setiap unit pelayanan hendaknya memiliki data *medical error* yang pengumpulannya dilakukan secara berkesinambungan. Dari data yang ada selanjutnya dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi area-area yang berpotensi untuk terjadinya error, sehingga upaya antisipasi dapat dilakukan secara baik dan benar.

d. Kembangkan kemauan untuk mendesign ulang sistem yang ada

Tantangan yang paling berat bagi semua orang adalah mengubah atau mengganti sama sekali prosedur atau mekanisme yang selama ini sudah berjalan. Sistem yang buruk tentu akan menghasilkan produk yang buruk. Oleh sebab itu jika terbukti kejadian *medical error* umumnya bersumber dari sistem maka tidak ada salahnya untuk mengubah sistem yang ada yang mampu mencegah terjadinya error di masa mendatang. Apabila misalnya sistem pencampuran/peracikan obat yang ada masih bersifat tradisional, manual dan merisiko terjadinya *error*, maka perubahan ke sistem yang lebih otomatis sangat dianjurkan.

e. Gunakan simulasi jika memungkinkan.

Contoh untuk ini adalah di dunia penerbangan yang selalu menggunakan *flight simulators* untuk menguji kemampuan, ketahanan, dan stamina pilot. Di bidang kefarmasian hal ini bisa dilakukan misalnya dengan *interactive computer assisted learning* atau dapat juga menggunakan *role playing*. Pendekatan ini akan sangat bermanfaat bagi petugas untuk setiap saat mawas diri dan mampu bersikap secara benar untuk meminimalkan terjadinya *medical error*.

f. Pengumpulan data secara otomatis untuk analisis *error*

Sistem komputerisasi dan otomatisasi dalam proses pengumpulan data *medical error* akan sangat bermanfaat dalam mendeteksi dini setiap kejadian *error*. Perintah peresepan melalui komputer juga terbukti menurunkan kejadian *error* hingga lebih dari 60%. Melalui sistem ini

maka setiap komponen yang terlibat akan berpikir beberapa kali untuk memasukkan data secara akurat, misalnya perintah peresepan, instruksi mengenai cara pemberian, dosis dsb.

g. Lakukan evaluasi terhadap kinerja petugas

Jika *error* sudah terjadi, mekanisme defensif pasti muncul pada diri setiap orang. Tidak ada satupun petugas yang secara ksatria mengakui bahwa dialah yang paling bertanggungjawab dalam kejadian *medical error*. Oleh sebab itu perlu dikembangkan suatu mekanisme evaluasi yang sistematis dan komprehensif untuk mengetahui kinerja petugas dari waktu ke waktu. Kinerja ini kemudian diumpankanbalikkan secara terus menerus sehingga masing-masing petugas mengetahui hal-hal apa saja yang selama ini dilakukannya yang berpotensi menimbulkan *medical error*. Melalui cara ini maka setiap petugas akan selalu tersadar untuk tidak mengulang hal yang sama di kemudian hari, karena penayangan hasil kinerja yang buruk akan sangat berpengaruh secara psikologis bagi yang bersangkutan.

h. Antisipasi *error* melalui sistem coding dan SOP yang lebih baik

Standard operating procedure (SOP) untuk *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administering* perlu dibuat untuk meminimalkan risiko *medical error*. Sebagai contoh jika ada bagian resep yang tidak terbaca, maka konsultasi langsung ke penulis resep haruslah menjadi langkah pertama yang harus dilakukan. Pencatatan nama dan alamat pasien sebenarnya merupakan satu SOP yang baik, hanya sayangnya selama ini tidak pernah ada evaluasi harian bagi apotek untuk

selanjutnya segera menghubungi pasien pada hari yang sama jika terbukti terjadi kekeliruan.

i. *Computerised prescribing*

Metode ini telah dilakukan di berbagai rumah sakit di Amerika, khususnya untuk pasien rawat inap. Penulisan resep oleh dokter tidak dilakukan di secarik kertas resep tetapi melalui komputer. Suatu perangkat lunak (software) kemudian menerjemahkan dan menginformasikan mengenai ketepatan dosis, frekuensi, dan cara pemberian obat serta kemungkinan interaksi obat yang terjadi dalam peresepan yang dituliskan oleh dokter. Melalui cara ini risiko *medical error* dapat dikurangi hingga 75%.

Menurut National Health Service (NHS, 1998) disitasi (Guwandi, 2005) Ada empat hal penting sebagai strategi dasar dalam penanganan *adverse events*, yaitu :

- a. Pelaporan setiap ada *adverse events* (*reporting of adverse events*)
- b. Menganalisis penyebab (*root cause analysis*)
- c. Pembelajaran terhadap *adverse events*
- d. Kebijakan manajemen dalam menghadapi *adverse events*.

B. Pengetahuan

Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang (Meliono, Irmayanti, dkk. 2007). Dalam pengertian lain, pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya..

Pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau pengetahuan aposteriori. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Pengetahuan empiris dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Berdasarkan pengalaman dan penelitian bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut (Roger, 1974) disitasi (Notoadmodjo, 2003) dikatakan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru akan terjadi proses yang berurutan yaitu :

1. *Awareness*, yakni seseorang mengetahui stimulus terlebih dahulu
2. *Interest*, yakni orang akan mulai tertarik pada stimulus
3. *Evaluation*, yakni menimbang baik tidaknya stimulus

4. *Trial*, yakni orang telah mulai mencoba perilaku baru
5. *Adoption*, yakni subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus

Menurut Notoadmodjo (2003) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

1. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
2. Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan secara benar.
3. Aplikasi (*aplication*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
4. Analisis (*analysis*), adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis (*synthesis*), menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
6. Evaluasi (*evaluation*), yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut Nanda (2005) pengetahuan seseorang ditentukan oleh faktor-faktor sebagai berikut yaitu keterpaparan terhadap informasi, daya ingat, interpretasi informasi, keterbatasan kognitif, minat belajar, kefamiliaran akan sumber informasi.

C. Sikap

Sikap merupakan kecenderungan individu untuk merespon dengan cara yang khusus terhadap stimulus yang ada dalam lingkungan sosial. Sikap merupakan suatu kecenderungan untuk mendekat atau menghindar, positif atau negatif terhadap berbagai keadaan sosial, apakah itu institusi, pribadi, situasi, ide, konsep dan sebagainya (Gerungan, 2000).

Menurut Gerungan (2000) mengatakan bahwa sikap merupakan suatu keadaan internal (*internal state*) yang mempengaruhi pilihan tindakan individu terhadap beberapa obyek, pribadi, dan peristiwa. Sikap dikembangkan dalam tiga model atau komponen, yaitu afeksi, kecenderungan tindakan, dan kognitif

1. Respon afektif dapat dikatakan sebagai perasaan (emosi) individu terhadap obyek atau subyek, yang sejalan dengan hasil penilaiannya
2. Kecenderungan tindakan adalah berkenaan dengan keinginan individu untuk melakukan perbuatan sesuai dengan keyakinan dan keinginannya. Sikap seseorang terhadap suatu obyek atau subyek dapat positif atau negatif.
3. Respon kognitif adalah pengevaluasian secara kognitif terhadap suatu objek sikap.

Menurut Syah (2002) mengatakan bahwa sikap atau perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan hereditas. Faktor lingkungan yang mempengaruhi sikap atau perilaku adalah beragam, di antaranya pendidikan, nilai dan budaya masyarakat, politik, dan sebagainya. Sedang faktor hereditas merupakan faktor bawaan seseorang yang berupa karunia pencipta alam semesta yang telah ada dalam diri manusia sejak lahir, yang banyak ditentukan oleh faktor genetik. Kedua faktor secara bersama-sama mempengaruhi sikap atau perilaku manusia. Jika kita ingin menumbuhkan sikap, kita harus memadukan faktor bawaan berupa bakat dan faktor lingkungan pendidikan dan belajar. Pandangan ini sejalan dengan hukum konvergensi perkembangan yang menyeimbangkan antara faktor bawaan dengan faktor lingkungan, tanpa mengorbankan satu aktor pun. Menurut Ismani (2001) sikap adalah suasana perasaan atau sifat, dimana perilaku yang ditujukan kepada objek, kondisi, atau situasi baik secara tradisional maupun nilai atau keyakinan. Sikap dapat diajarkan melalui cara :

1. Memberi contoh, teladan atau model peran.
2. Membujuk atau menakutkan.
3. Mengajarkan melalui budaya.
4. Pilihan terbatas.
5. Menetapkan melalui peraturan-peraturan.
6. Mempertimbangkan dengan hati nurani.

Beberapa tingkatan sikap menurut Notoadmodjo (2003) sebagai berikut :

1. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

2. Merespon (*responding*), diartikan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (*valuing*), diartikan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), diartikan bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya.

D. Sarana dan Prasarana

Sarana atau prasarana yaitu alat peralatan yang digunakan dalam menunjang pelaksanaan kegiatan di unit gawat darurat. Adapun sarana dan prasarana yang digunakan adalah standar instalasi gawat darurat menurut Departemen Kesehatan RI 1994 yaitu fasilitas dan peralatan harus mendukung bagi pelayanan gawat darurat selama 24 jam, harus ada petunjuk mengenai letak instalasi gawat darurat yang dapat dilihat baik dari jalan maupun dari rumah sakit, mudah dijangkau oleh kendaraan roda empat, letak resusitasi dekat dengan ruang *admission* instalasi gawat darurat, harus ada ruang yang cukup luas dan terpisah untuk melakukan resusitasi, tindakan observasi, isolasi untuk kasus-kasus infeksi, ada ruang tunggu bagi keluarga pasien serta bagi petugas. Juga tersedia alat komunikasi seperti telepon antar unit dan sarana pelayanan radiology, laboratorium, pelayanan transfusi darah yang letaknya dekat dengan instalasi gawat darurat serta tersedianya obat untuk *life saving* disertai prosedur tetap penggunaannya.

Setiap karakteristik lingkungan dan ketrampilan atau sumber daya diperlukan untuk melaksanakan perilaku kesehatan. Tidak adanya karakteristik tersebut akan mempengaruhi dan menghambat perilaku yang diharapkan, seperti ketersediaan fasilitas, ketrampilan dan sumber daya (Green, 1980).

E. Hubungan Sosial Tenaga Kesehatan

Pada komunitas selalu ada norma dan tata nilai, norma adalah standar perilaku yang dapat diterima baik dalam suatu kelompok yang digunakan oleh anggota-anggota kelompok itu (Robbins, 1996). Gambaran interaksi antar tenaga kesehatan merupakan proses sosial yang mempengaruhi dan mengubah cara berpikir dan berperilaku tenaga kesehatan (Saufudin, 1999). Interaksi sosial adalah hubungan antara individu satu dan individu lain, individu satu dapat mempengaruhi individu yang lain atau sebaliknya, sehingga terdapat hubungan yang saling timbal balik (Walgito, 2001) dan menurut (Gunarsa, 1989) Interaksi sosial adalah suatu hubungan antara dua atau lebih individu, dimana kelakuan individu yang satu mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki kelakuan individu yang lain atau sebaliknya.

Menurut Ismani (2001) mengatakan sebagai anggota profesi keperawatan dokter dan perawat dalam menjalankan tugasnya harus dapat membina hubungan baik dengan semua tenaga kesehatan yang ada pada lingkungan kerjanya.

1. Hubungan kerja perawat dengan perawat dalam melaksanakan tugas

- a. Silih asuh dimaksudkan bahwa sesama perawat untuk dapat saling membimbing, menasihati, menghormati dan mengingatkan bila seawajut melakukan kesalahan atau kekeliruan.
 - b. Silih asih dimaksudkan bahwa setiap perawat dalam menjalankan tugasnya dapat saling menghargai, saling kasih-mengasihi sebagai sesama anggota profesi, saling bertenggang rasa dan toleransi yang tinggi sehingga tidak terpengaruh oleh hasutan yang dapat membuat sikap saling curiga dan benci
 - c. Silih asah dimaksudkan bahwa perawat yang merasa lebih pandai/tahu dalam ilmu pengetahuan dapat membagi ilmu yang dimilikinya kepada rekan sesama perawat tanpa pamrih.
2. Hubungan kerja perawat dengan dokter dalam melaksanakan tugas

Setiap tenaga kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap kesehatan atau keselamatan pasien, hanya pendekatannya saja yang berbeda sesuai dengan profesi masing-masing. Dalam melaksanakan tugasnya, perawat tidak dapat bekerja tanpa berkolaborasi dengan profesi lain diantaranya dokter, hubungan kerja perawat dokter terhadap pasien mempunyai tanggung jawab yang berbeda, tugas atau tanggung jawab seorang dokter tidak dapat dilimpahkan begitu saja kepada perawat tanpa alasan yang dapat dipertanggung jawabkan.

Bila setiap profesi telah dapat saling menghargai, maka hubungan kerja sama akan dapat terjalin dengan baik dan dapat berperan sesuai profesinya

masing-masing, walaupun pada pelaksanaannya sering juga terjadi konflik-konflik etis.

F. Unit Gawat Darurat

Instalasi gawat darurat merupakan instalasi yang memberikan pertolongan pertama untuk pasien dalam kondisi kegawat daruratan. Instalasi ini buka selama 24 jam dan ditangani oleh tenaga medis dan paramedis yang telah mendapatkan pendidikan khusus kegawat daruratan. Standar instalasi gawat darurat (Departemen Kesehatan, 1994) :

1. Falsafah dan Tujuan

Instalasi Gawat Darurat harus dapat melayani pelayanan gawat darurat sesuai dengan standar, memberikan pelayanan selama 24 jam/hari, tempat pelayanan tidak darurat dipisahkan dengan yang darurat, membatasi diri pada pelayanan yang gawat darurat saja sedangkan perawatan selanjutnya dilaksanakan ditempat lain, serta adanya sistem rujukan untuk tindak lanjut pelayanan darurat.

2. Administrasi dan Pengelolaan

Instalasi Gawat Darurat harus diatur, diintegrasikan dengan bagian lainnya dirumah sakit dan terdapat sistem komunikasi untuk mempermudah dengan unit lain dirumah sakit, dimana harus ada dokter yang bertanggung jawab yang sudah mendapatkan pelatihan penanggulangan penderita gawat darurat. Harus ada dokter *stand by* 24 jam, disamping itu kepala perawat harus sudah

mengikuti pelatihan penanggulangan penderita gawat darurat. Semua paramedis harus mampu melakukan *basic life support*.

3. Staf dan Pimpinan

Tenaga yang bekerja di instalasi gawat darurat harus sesuai dengan jumlah dan kemampuan yang standar, harus ada pertemuan staf minimal satu bulan sekali yang dilengkapi dengan notulen dan lain-lainnya.

4. Fasilitas dan Peralatan

Fasilitas dan peralatan harus mendukung bagi pelayanan gawat darurat selama 24 jam, misalnya harus ada petunjuk mengenai letak instalasi gawat darurat yang dapat dilihat baik dari jalan maupun dari rumah sakit, mudah dijangkau oleh kendaraan roda empat, letak resusitasi dekat dengan ruang *admission* instalasi gawat darurat, harus ada ruang yang cukup luas dan terpisah untuk melakukan resusitasi, tindakan observasi, isolasi untuk kasus-kasus infeksi, ada ruang tunggu bagi keluarga pasien serta bagi petugas. Juga tersedia alat komunikasi seperti telepon antar unit dan sarana pelayanan radiology, laboratorium, pelayanan transfusi darah yang letaknya dekat dengan instalasi gawat darurat serta tersedianya obat untuk *life saving* disertai prosedur tetap penggunaannya.

5. Kebijakan dan Prosedur

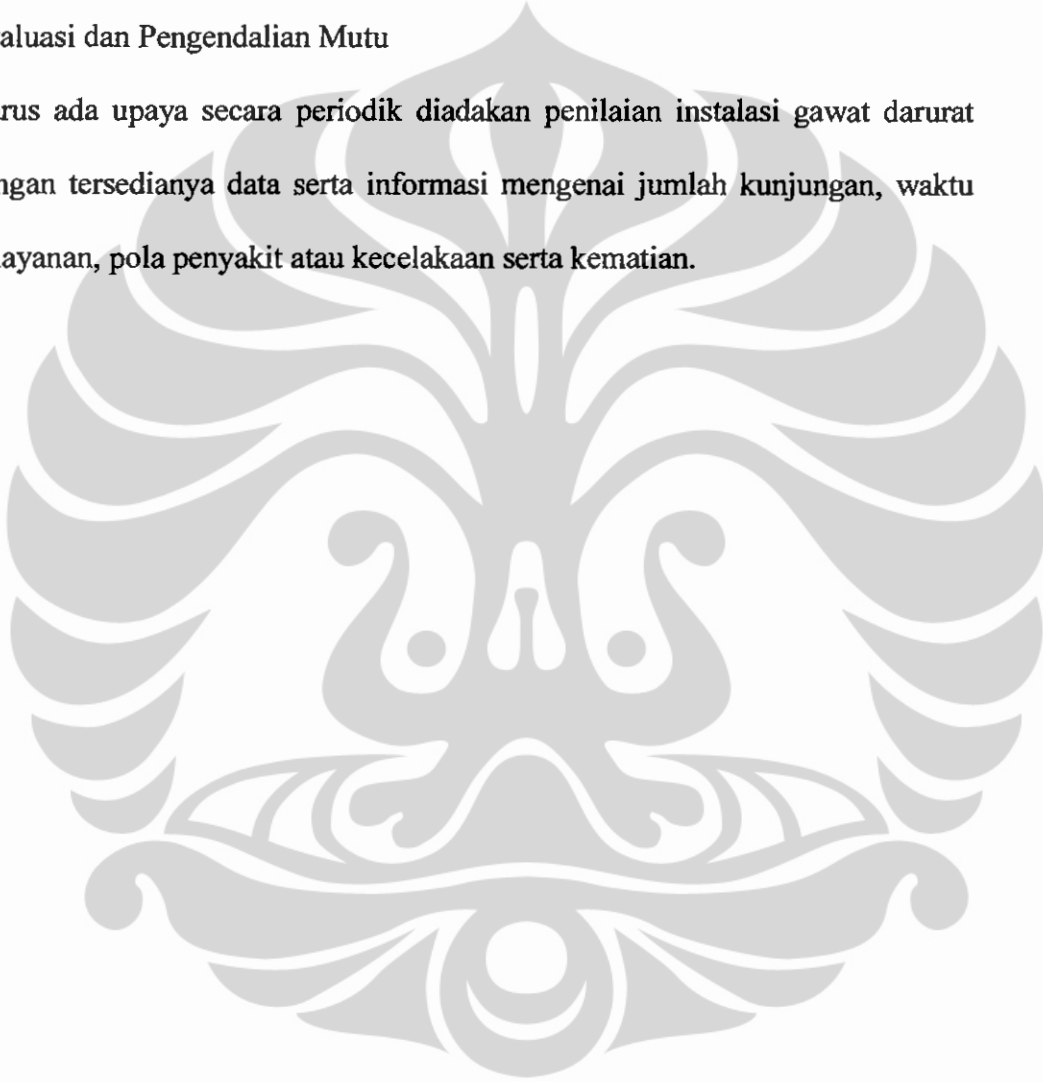
Harus ada kebijakan dan prosedur pelaksanaan tertulis yang dapat dilihat petugas seperti tanggung jawab dokter, batasan tindakan medik dan protokol medis untuk kasus-kasus tertentu.

6. Pengembangan Staf dan Program Pendidikan

endidikan *in service training* dan pendidikan berkelanjutan bagi petugas. Terdapat program orientasi bagi petugas baru dan terdapat rencana tertulis mengenai peningkatan ketrampilan secara periodik.

7. Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Harus ada upaya secara periodik diadakan penilaian instalasi gawat darurat dengan tersedianya data serta informasi mengenai jumlah kunjungan, waktu pelayanan, pola penyakit atau kecelakaan serta kematian.



B A B III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

A. Sejarah Berdirinya Rumah Sakit

Yayasan Bhakti Husada didirikan berdasarkan akte notaris No.08 tanggal 05 Agustus 1982 yang diketuai oleh H. Roeshadi, dr, SH. Kemudian berdasarkan surat izin Departemen Kesehatan No. 05/SK/031/X/87 yayasan Bhakti Husada mendirikan rumah sakit yang kemudian diberi nama Rumah Sakit Bhakti Husada dengan status sebagai rumah sakit umum dan akte pendirian badan usaha dengan nomor 08 tanggal 05 Agustus 1992. Rumah sakit Bhakti Husada terletak di jalan R.E Martadinata (*By Pass*) Cikarang Bekasi 17530.

Gagasan pertama didirikannya rumah sakit Bhakti Husada, bermula dari berkembangnya kebutuhan akan pelayanan rumah sakit untuk lebih meningkatkan kualitas pelayanan dan daya tampung pasien. Sebelum menjadi rumah sakit, Bhakti Husada merupakan poliklinik sederhana.

B. Visi, Misi, Motto, Nilai dan Tujuan

Sebagai organisasi kesehatan yang profesional rumah sakit Bhakti Husada dalam melaksanakan fungsi organisasi berlandaskan pada visi, misi, motto dan nilai sebagai berikut :

1. Visi Rumah Sakit Bhakti Husada

Menciptakan rumah sakit pilihan dan humanis

2. Misi Rumah Sakit Bhakti Husada

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional paripurna dan berkualitas untuk kepuasan pasien

3. Motto Rumah Sakit Bhakti Husada

Kesembuhan dan kepuasan pasien adalah pengabdian dan ibadah kami

4. Nilai

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien dengan mengoptimalkan sumber daya manusia yang dimiliki
- b. Meningkatkan ilmu dan ketrampilan sumber daya manusia sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- c. Menyediakan fasilitas yang terbaik dalam upaya penyembuhan pasien.
- d. Memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga dengan penuh perhatian, kasih dan empati sesuai dengan harkat martabatnya.
- e. Memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi semua golongan.
- f. Memberikan kepuasan kepada stakeholder demi peningkatan dan perkembangan rumah sakit
- g. Memberikan penyuluhan kesehatan kepada masyarakat.

5. Tujuan Rumah Sakit Bhakti Husada

Tujuan dari yayasan ini tersebut adalah turut berpartisipasi menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

C. Kegiatan Pelayanan

1. Fasilitas pelayanan medis

- a. Pelayanan Rawat Jalan yang terdiri dari 10 jenis pelayanan poliklinik yaitu poli umum, poli gigi dan bedah mulut, poli kebidanan, poli penyakit dalam, poli kulit kelamin, poli anak, poli bedah, poli orthopedi, poli syaraf, poli THT
- b. Pelayanan Rawat Inap dengan jumlah tempat tidur yang disesuaikan kebutuhan berkapasitas 104 tempat tidur
- c. Pelayanan medis khusus meliputi unit gawat darurat, kamar bedah dan Intensive Care Unit (ICU).

2. Fasilitas penunjang medis

- a. Instalasi farmasi, memberikan pelayanan resep rawat jalan, rawat inap dan IGDselama 24 jam
- b. Laboratorium
- c. Instalasi gizi
- d. Fisioterapi
- e. EKG, USG
- f. Radiologi
- g. Medical chek up
- h. Poliklinik kecantikan
- k. Ruang perawatan perina
- l. Ambulan 24 jam

3. Program Layanan Kesehatan Khusus

- a. Pelayanan one day care
- b. Pelayanan JPK
- c. Program inhouse clinic
- d. Pelatihan P3K dan peyuluhan

D. Kinerja Rumah Sakit

Pelayanan rawat inap rumah sakit Bhakti Husada merupakan salah satu pelayanan yang utama, kapasitas yang lebih dari 100 tempat tidur dan akan terus bertambah dengan dibangunnya lantai sebagai ruang tambah untuk rawat inap, maka diperlukan manajemen rawat inap yang baik dan terorganisir

Tabel 3.1 Perkembangan Kapasitas Rawat Inap 2005-2007

No	Kapasitas Rawat Inap	Tahun		
		2005	2006	2007
1	Kelas I	5	5	5
2	Kelas II	15	15	15
3	Kelas III	83	83	84
	Total	103	103	104

Sumber Data : Bagian Pelayanan RS Bhakti Husada 2008

Rumah sakit Bhakti Husada yang terletak pada kawasan industri, dan pekerja menjadikan segmentasi rumah sakit membidik pasien dengan tingkat ekonomi menengah dan pekerja. Ini dapat dilihat pada kapasitas rawat inap untuk kelas II dan III yang merupakan kelas dengan tempat tidur terbanyak.

Tabel 3.2 Perkembangan Jumlah Kunjungan 2005-2007

No	Jenis Kunjungan	Tahun		
		2005	2006	2007
1	Rawat Jalan	51.235	51.853	74.389
2.	Rawat Inap	6.978	7.221	7.585

Sumber Data : Bagian Rekam Medik RS Bhakti Husada 2008

Jumlah pasien rawat inap perbulan yang rata-rata lebih dari 500 orang perbulannya dan semakin bertambah setiap bulannya, maka diperlukannya manajemen rawat inap yang terorganisir dan pihak manajemen rumah sakit terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan salah satunya dengan menambah ruang rawat inap.

Tabel 3.3 Perkembangan Indikator Pelayanan Rawat Inap 2005-2007

No	Indikator	Tahun			Standar Depkes
		2005	2006	2007	
	Jumlah TT	103	105	107	
1	BOR	47	48	56	60-85 %
2	LOS	3,4	3,5	3,5	6-9 hari
3	TOI	2,7	2,9	2,2	1-3 hari
4	BTO	71	65	74	40-50 kali

Sumber Data : Bagian Rekam Medik RS Bhakti Husada 2008

BOR : *Bed Occupation Rate* (rata-rata penggunaan tempat tidur)

ALOS : *Average Length Of Stay* (rata-rata lamanya dirawat)

TOI : *Turn Over Internal* (interval penggunaan tempat tidur)

BTO : *Bed Turn Over* (Frekuensi penggunaan tempat tidur)

Kinerja rumah sakit biasanya diukur dari beberapa indikator seperti yang ditunjukkan diatas. Angka BOR diatas menunjukkan bahwa masih berada pada kisaran minimum, belum mencapai angka maksimum yang masih ditoleransi oleh standar Departemen Kesehatan.

D. Ketenaga Kerjaan RS Bhakti Husada

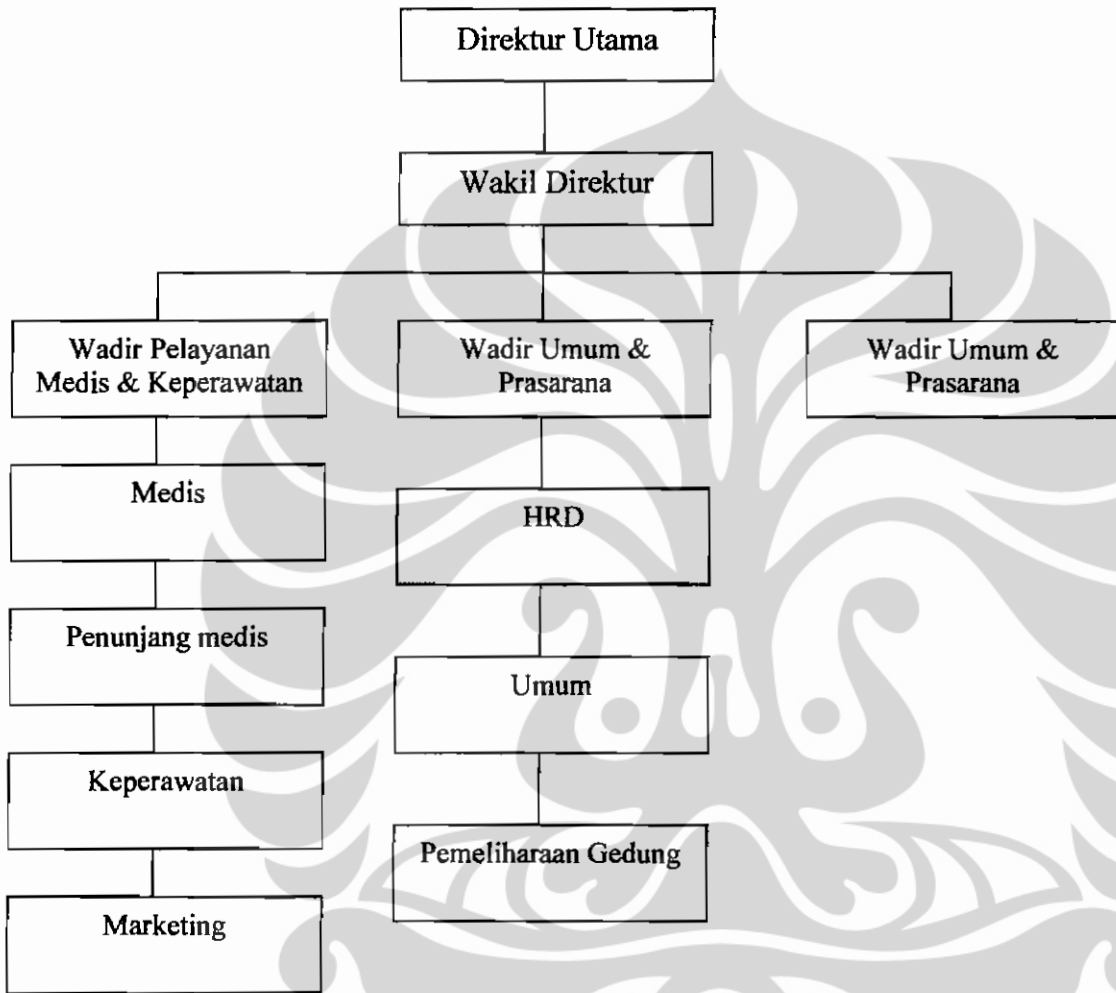
Tabel 3.3 Perkembangan Ketenagaan di Rumah Sakit

No	Jenis Tenaga	Tahun		
		2005	2006	2007
1	Medis (dokter tetap)			
	a. Spesialis	4	5	5
	b. Umum	9	9	9
	c. Gigi	2	2	2
	Jumlah	15	16	16
2	Medis (dokter tidak tetap)			
	a. Paruh waktu	10	12	14
	b. Dokter jaga	4	4	4
	Jumlah	14	16	18
3	Perawat			
	a. Medis	86	89	89
	b. Non Medis	100	102	102
	Jumlah	186	191	191
4	Pegawai	20	22	23
	TOTAL	235	245	250

Sumber Data : Bagian Sumber Daya Manusia 2008

Berdasarkan data yang ada pada Bagian Sumber Daya Manusia terdapat 250 orang tenaga kerja yang meliputi tenaga medis, non medis dan pegawai. Hal ini dirasakan telah disesuaikan dengan kebutuhan ketenaga kerjaan dirumah sakit. Pada umumnya mayoritas karyawan rumah sakit adalah perawat, pemandangan ini umum terjadi pada industri rumah sakit.

E. Struktur Organisasi Rumah Sakit Bhakti Husada

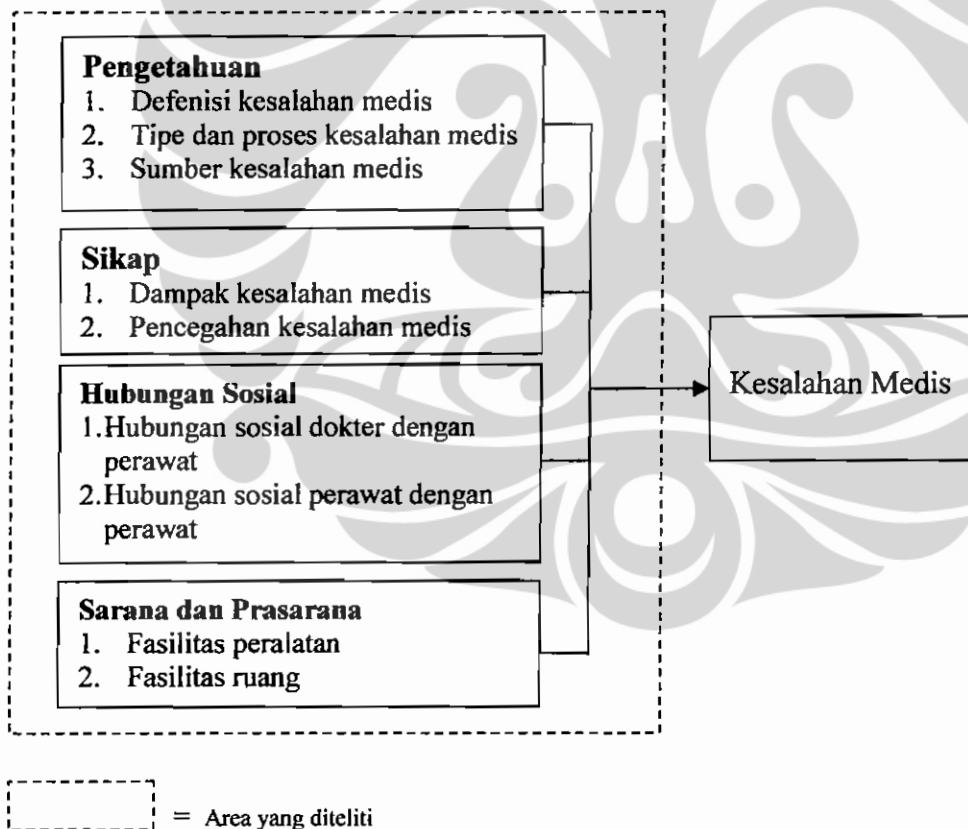


Gambar 3.1 Struktur Organisasi

KERANGKA PIKIR DAN DEFENISI ISTILAH

A. Kerangka Pikir

Kerangka pikir adalah dasar pemikiran dari penelitian yang disintetiskan dari fakta dan kepustakaan. Kerangka pikir menjelaskan hubungan dan keterkaitan antar variabel penelitian. Variabel penelitian penelitian dijelaskan secara mendalam dan relevan dengan permasalahan yang diteliti sehingga dapat dijadikan dasar untuk menjawab permasalahan penelitian, selain itu kerangka pikir juga menunjukkan alur pikir peneliti (Alma, 2004)



Gambar 4.1 Kerangka Pikir

B. Definisi Istilah

1. Pengetahuan adalah pengetahuan tenaga kesehatan mengenai seputar kesalahan medis.

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara

2. Defenisi kesalahan medis adalah tindakan medis yang dilakukan tetapi tidak sesuai dengan prosedur atau melakukan tindakan dengan prosedur yang salah.

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara

3. Tipe proses kesalahan medis adalah proses tindakan medis yang menyebabkan terjadinya kesalahan medis.

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara

4. Sumber kesalahan medis adalah Sumber-sumber atau faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya kesalahan medis

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara

5. Sikap adalah respon atau suasana perasaan dari tenaga kesehatan untuk mendekat atau menghindar, positif atau negatif terhadap berbagai keadaan sosial.

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara

6. Dampak kesalahan medis adalah akibat yang ditimbulkan dari kesalahan medis

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara

7. Pencegahan kesalahan medis adalah upaya yang dilakukan untuk menghindari dan mencegah terjadinya kesalahan medis.

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara

8. Hubungan antara dokter dan perawat adalah interaksi atau komunikasi yang terjadi antara dokter dan perawat mengenai topik seputar kesalahan medis.

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara dan kuesioner

9. Hubungan antara perawat dan perawat adalah interaksi atau komunikasi antara perawat dengan perawat mengenai topik seputar kesalahan medis.

Metode : Wawancara

Instrumen : Panduan wawancara dan kuesioner

10. Sarana dan prasarana adalah fasilitas peralatan medis dan fasilitas ruangan yang ada di unit gawat darurat.

Metode : Wawancara, observasi

Instrumen : Panduan wawancara, daftar cocok

B A B V

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Bentuk metode penelitian yang digunakan adalah dengan metode kualitatif dan kuantitatif. Metode kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci (Alma, 2004). Menurut Bogdan & Taylor (1975) yang dikutip oleh (Moleong, 1999) bahwa metode kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati.

Alasan digunakan metode penelitian kualitatif adalah karena memungkinkan peneliti untuk mendapatkan hal-hal yang tersirat mengenai informasi yang akan diperoleh mengenai pengetahuan, sikap dari tenaga kesehatan serta sarana dan prasarana yang ada di unit gawat darurat. Menurut Hadi (2000) metode penelitian kualitatif adalah alasan konseptual yaitu memberikan informasi yang mendalam sehingga memberikan pemahaman yang lebih besar dan alasan praktis yaitu karena dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung dan juga pelaksanaan dapat dilakukan dengan waktu singkat sedangkan metode kuantitatif untuk mengetahui dan menggambarkan hubungan sosial tenaga kesehatan terhadap kesalahan medis di unit gawat darurat.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Bhakti Husada Cikarang pada unit gawat darurat terhadap tenaga kesehatan dimana berdasarkan dari beberapa penelitian tingkat kesalahan medis banyak terjadi pada unit ini. Waktu penelitian dilakukan selama satu bulan yaitu pada bulan Juni 2008.

C. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang mempunyai ciri-ciri atau keadaan tertentu yang akan diteliti (Sugiyono, 1997). Prinsip pengambilan dan pemilihan sampel pada penelitian ini berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian serta kecukupan dan jumlah sampel tidak menjadi penentu tetapi lebih mementingkan kelengkapan data (Nurlela, 1998). Teknik pengambilan sampel berdasarkan *Snowball Sampling* yaitu menanyakan pada *key informan* atau teknik dimana semula sampel berjumlah kecil kemudian anggota sampel atau informan mengajak temannya untuk dijadikan sampel dan seterusnya sehingga semakin besar jumlahnya (Alma, 2004).

Berdasarkan prinsip pengambilan sampel tersebut, maka sampel yang dipilih sebanyak 10 orang yang terdiri dari kepala ruang, kepala tim, dokter pelaksana, perawat pelaksana yang bekerja pada unit gawat darurat. Informan kunci pada penelitian ini adalah kepala ruang unit gawat darurat.

D. Pengumpulan Data

1. Pengumpulan Data Primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara mendalam (*In depth interview*) pada informan.

2. Pengumpulan Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan telaah dokumen yang berkaitan dengan penelitian

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah (Alma, 2004), selanjutnya instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah pedoman wawancara (*Interview guide*) yang berisi pertanyaan untuk mendapatkan informasi dari responden dan daftar cocok (*Checklist*) adalah suatu daftar yang berisi subjek dan aspek-aspek yang akan diamati.

Sebelum pedoman wawancara dilakukan untuk pengambilan data pada subjek penelitian, peneliti akan terlebih melakukan uji coba pedoman wawancara dan akan melakukan wawancara dengan manajer unit gawat darurat yang ada di rumah sakit Bhakti Husada, hal ini dilakukan untuk menanyakan apakah pedoman wawancara ini dapat atau cocok untuk mendapatkan informasi penelitian, dan untuk menghindari terjadinya kesalahan persepsi terhadap pertanyaan-pertanyaan yang ada pada pedoman wawancara, jika diperlukan dapat dilakukan perubahan-perubahan kalimat untuk lebih mudah dimengerti.

E. Pengolahan Data dan Analisa Data

Analisa data merupakan upaya mencari dan menata secara sistematis catatan hasil dari wawancara dan lainnya untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang kasus yang diteliti (Muhadjir, 1996). Selanjutnya data yang terkumpul diolah secara manual dengan membuat transkrip data, setelah itu disusun dalam bentuk matriks dan selanjutnya dianalisis dengan menggunakan metode analisis isi (Patilima, 2004). Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam menyusun pengolahan data kualitatif sebagai berikut :

1. Transkrip

Hasil dari kegiatan pengumpulan data wawancara berupa rekaman suara ataupun tulisan dan selanjutnya ditransfer ke dalam disk dan dibuat tulisan wawancara.

2. Pengorganisasian Data

Hasil kegiatan transkrip selanjutnya dilakukan pengorganisasian data, dengan memberikan tanda pada data tiap informan dengan menggunakan angka atau kode sebagai acuan kegiatan wawancara.

3. Pengenalan

Dilakukan dengan membaca kembali transkrip data kemudian membuat memo dan rangkuman.

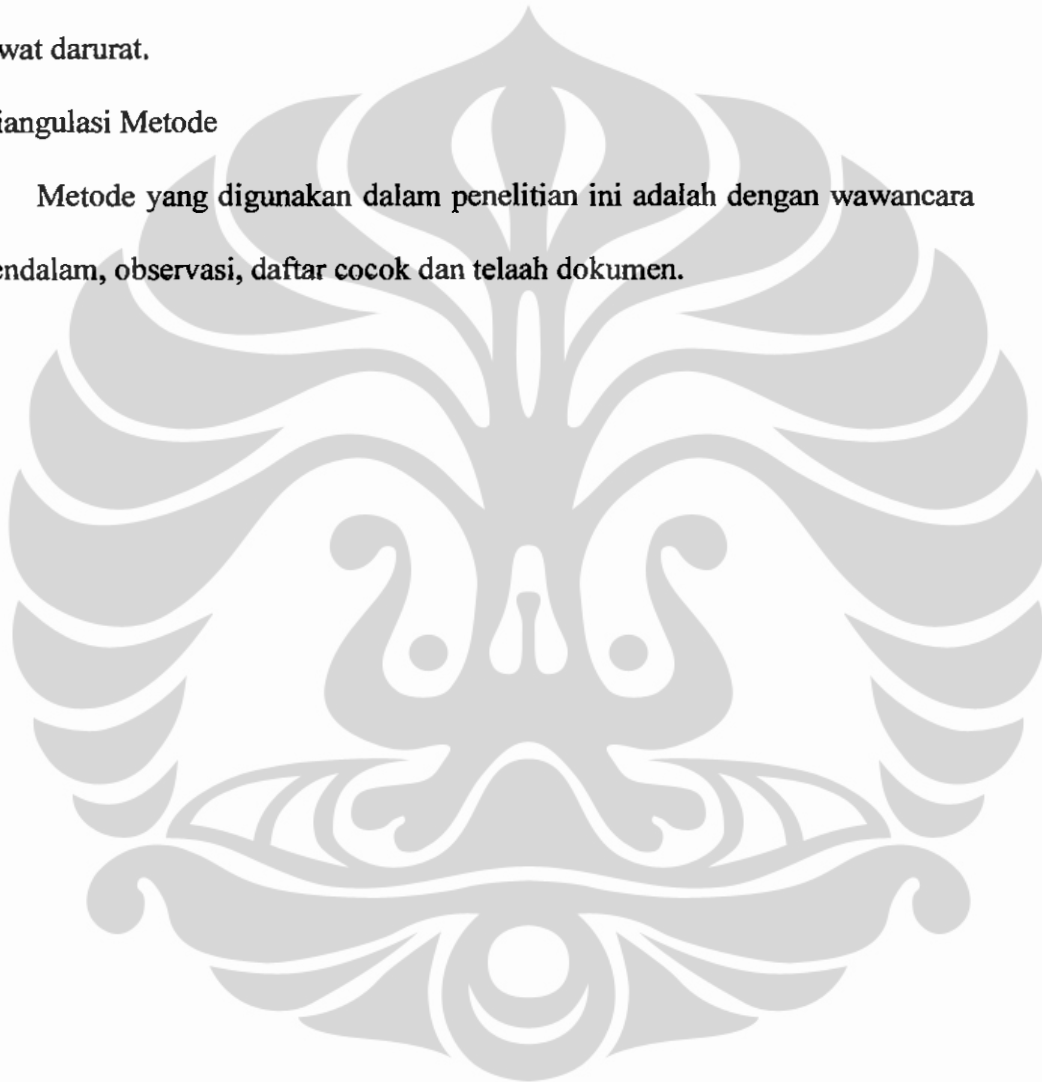
F. Validitas Penelitian

1. Triangulasi Sumber

Dilakukan dengan cara wawancara terhadap informan yang berbeda yaitu Manajer dan Kasie maupun tenaga kesehatan yang bertugas pada unit gawat darurat.

2. Triangulasi Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan wawancara mendalam, observasi, daftar cocok dan telaah dokumen.



B A B VI

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Analisis dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis isi (*Content Analysis*), dari hasil wawancara mendalam dan telaah dokumen kemudian membandingkan hasil penelitian dengan teori-teori kepustakaan. Selesai wawancara para informan diminta untuk mengisi kuesioner mengenai hubungan sosial antar tenaga kesehatan. Kuesioner tersebut berisi beberapa pertanyaan seputar topik kesalahan medis.

Secara keseluruhan kesan peneliti terhadap informan adalah sangat baik dan partisipatif dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan peneliti, terkadang ada beberapa informan yang masih antusias untuk berdiskusi mengenai topik penelitian ini. Hal ini dikarenakan sangat penting untuk dipelajari dan dipahami. Waktu yang digunakan untuk wawancara berkisar antara 30 menit.

A. Kendala Penelitian

Kendala yang dihadapi penelitian ini adalah padatnya mendapatkan waktu para informan untuk wawancara sehingga peneliti harus menunggu jadwal yang kosong. Terkadang waktu yang sudah dijanjikan bisa berubah karena kesibukan yang tidak bisa ditinggalkan informan. Hal ini dapat dimengerti mengingat kesibukan pada saat tertentu di unit gawat darurat.

B. Karakteristik Informan

Pada penelitian ini informan yang dipilih adalah tenaga kesehatan yang berada pada unit gawat darurat. Semua informan berjumlah 10 orang adapun karakteristik informan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.1 Karakteristik Informan

Profile	Jabatan	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Lama Bekerja
Informan 1	Dokter	Perempuan	30 tahun	S1-Dokter	4 tahun
Informan 2	Dokter	Perempuan	35 tahun	S1-Dokter	6 tahun
Informan 3	Karu	Laki-laki	38 tahun	D3-Akper	16 tahun
Informan 4	Katim	Laki-laki	40 tahun	D3-Akper	18 tahun
Informan 5	Perawat	Laki-laki	32 tahun	D3-Akper	8 tahun
Informan 6	Perawat	Laki-laki	31 tahun	D3-Akper	8 tahun
Informan 7	Perawat	Perempuan	29 tahun	D3-Akper	6 tahun
Informan 8	Perawat	Laki-laki	30 tahun	D3-Akper	4 tahun
Informan 9	Perawat	Perempuan	25 tahun	D3-Akper	4 tahun
Informan 10	Perawat	Laki-laki	25 tahun	D3-Akper	3 tahun

C. Pengetahuan

1. Defenisi Kesalahan Medis

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar informan mengatakan bahwa kesalahan medis adalah resiko yang terjadi karena tindakan yang dilakukan tidak sesuai dengan prosedur, dan ada pula yang menyebutkan kalau kesalahan itu tidak hanya karena prosedur tetapi ada berbagai faktor lain seperti sumber daya manusia dan peraturan dan fasilitas medis yang ada. Jawaban sebagian informan dapat dilihat pada kutipan berikut ini :

"...Adalah tindakan yang dilakukan oleh tenaga medis yang tidak sesuai dengan SOP dan Protap yang sudah baku sehingga mengancam keselamatan pasien..." (I-1).

"...Adalah kesalahan yang dapat membuat klien menjadi lebih menderita atau menjadi lebih fatal lagi sampai klien meninggal.... contohnya seperti dokter yang salah mendiagnosa penyakit sehingga terapi yang diberikan akan salah..." (I-6).

"...Adalah tindakan medis yang keluar atau tidak sesuai dengan protap mediknya..."(I-8)

"...Adalah tindakan yang tidak sesuai dengan standar medis baik di sengaja atau tidak disengaja dan akibatnya bisa fatal untuk pasien..." (I-9).

Dalam beberapa kepustakaan defenisi kesalahan medis sangat beragam tetapi inti dan maknanya hampir sama. Pada penelitian ini defenisi yang diambil peneliti adalah defenisi dari (Bryan, 2004) sitasi (Guwandi, 2005) yang dikutip dari (Guwandi, 2005) dalam *"Legal impediments to patient*

safety” memberikan defenisi mengenai *medical error* sebagai suatu kekeliruan, suatu peristiwa yang tidak diduga, atau tidak dikehendaki dalam pemberian pelayanan medis yang dapat mengakibatkan, atau tidak sampai mengakibatkan luka pada pasien ”*A medical error is mistake, an inadvertent occurrence, or an unintended event in the delivery of health care that may, or may not, result in patient injury*”, sedangkan kesalahan medis menurut Menurut *Institute Of Medicine* (IOM, 2004) sitasi (Guwandi, 2005) merumuskan bahwa suatu kesalahan sebagai suatu ketidakberhasilan dari suatu tindakan yang direncanakan untuk menyelesaikan sebagaimana yang direncanakan atau memakai rencana yang salah untuk mencapai tujuan (salah perencanaan).

Dilihat dari hasil penelitian dan defenisi dari Bryan (2004) dan *Institute Of Medicine* (IOM, 2004) jawaban yang disampaikan sebagian besar informan sudah sesuai dengan defenisi tersebut. Para informan sudah menyebutkan bahwa kesalahan medis atau *medical error* merupakan kesalahan atau ketidakberhasilan tenaga kesehatan dalam tindakan pelayanan kesehatan terhadap pasien. Menurut Yahya (2007) kesalahan medis adalah kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Ini berarti para tenaga kesehatan di unit gawat darurat baik dokter maupun perawat umumnya sudah memahami arti kesalahan medis

Sementara itu ada informan yang mengatakan defenisi kesalahan medis adalah tidak hanya kesalahan dalam melakukan tindakan pelayanan

kesehatan terhadap pasien tetapi juga ada faktor lain seperti fasilitas dan faktor sumber daya manusia yang dapat menyebabkan terjadinya kesalahan medis, hal ini dapat dilihat berdasarkan kutipan wawancara informan dibawah ini :

"...Adalah kesalahan yang dilakukan oleh para medis karena tidak sesuai dengan SOP.....tetapi terjadi tidak melulu karena SOP banyak faktor seperti SDM dan peralatan yang ada..."(I-3).

Kutipan dari wawancara informan ini mengisyaratkan bahwa kesalahan medis terjadi tidak hanya faktor dari kesalahan manusia tetapi faktor lingkungan kerja juga dapat mempengaruhi terjadinya kesalahan medis seperti faktor peralatan medis dan nonmedis yang belum memadai.

Berdasarkan hasil wawancara informan diatas. Peneliti berpandangan bahwa kesalahan karena tindakan yang dilakukan oleh tenaga medis yang tidak sesuai dengan *Standard operating procedure* medis terjadi karena disebabkan faktor manusia yang mengerjakannya karena tidak mengikuti prosedur yang baku dan sebenarnya. Kesalahan pada sumber daya manusia yang merupakan faktor pemicu dari kesalahan medis terjadi akibat dari kelelahan, kurang training, komunikasi yang kurang baik, kurang pengawasan, tidak memenuhi standar kompetensi, dan sebagainya.

2. Proses Kesalahan Medis

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar informan mengatakan bahwa tipe dan proses kesalahan medis dapat dibagi berdasarkan proses diagnosa pengobatan dan sebagian besar informan mengatakan bahwa tipe dan proses bisa terjadi dari tindakan diagnosis dan pengobatan. Hal ini sesuai dengan jawaban informan sebagai berikut :

"...Tipe proses, itu mulai dari pemeriksaan yang tidak lengkap lalu pendirian diagnosa menjadi tidak akurat ...tipe terapi, seperti pemberian obat yang tidak sesuai dosis atau dosis tidak tepat, atau tanpa memperhatikan prinsip 7 benar..."(I-6)

"...Salah diagnosis..., kurang cermat dalam pemeriksaan...salah dalam memberikan obat..."(I-7).

"...Kesalahan dalam memberikan terapi dan kesalahan dalam melakukan diagnosis..."(I-5).

"...Proses pada saat diagnosa... dapat juga pada pemberian obat, misalnya salah dalam peresepan baik pembacaan resep atau penyerahan resep oleh petugas..diagnosa mulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, menetapkan diagnosa dan mengambil tindakan..." (I-2).

Menurut (KKP-RS) disitasi oleh (Yahya, 2007) proses kesalahan medis yang dapat terjadi pada pelayanan dirumah sakit dapat dibagi menjadi beberapa tipe. Tipe diagnosis antara lain kesalahan atau keterlambatan diagnosis, tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai, menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai, tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi. Beberapa contoh tipe kesalahan medis yang disebutkan

informan dan termasuk dalam tipe diagnosis adalah kurang cermat dalam pemeriksaan hal ini dapat saja disebabkan karena penggunaan peralatan atau prosedur diagnostik yang usang. Tipe pengobatan yaitu kesalahan pada prosedur pengobatan, kesalahan pada pelaksanaan terapi, kesalahan metode penggunaan obat, keterlambatan merespon hasil pemeriksaan, asuhan yang tidak layak. Contoh lainnya yang disampaikan oleh informan tentang tipe dan proses kesalahan medis adalah kesalahan karena tindakan dalam memberikan obat dan pelayanan dan cara pemberian obat.

Hasil wawancara terhadap beberapa informan, peneliti juga menanyakan bagaimana proses salah dalam mendiagnosa itu dapat terjadi, ternyata kesalahan diagnosa itu lebih kepada gejala penyakit yang diderita pasien sama dengan penyakit lain, seperti penyakit tifus dan demam berdarah. Hal ini dapat diketahui dari wawancara informan dibawah ini :

"....Diagnosa di UGD kan hanya sementara atau awal, misalnya di UGD pasien didiagnosa menderita tifus.....setelah diruangan pasien, diagnosa lebih lengkap dan ternyata terkena DBD..."(I-3).

Dalam hal ini peneliti berpendapat, bahwa terjadinya proses kesalahan diagnosa lebih kepada kasus-kasus sulit dan tertentu. Ini disebabkan kemiripin gejala satu penyakit dengan penyakit lain. Kesalahan diagnosa ini bukan karena tidak menegakkan diagnosa dengan benar, tetapi karena kasus-kasus seperti memang dibutuhkan tindakan lebih lanjut dan menyeluruh.

Peneliti juga menanyakan bagaimana terapi atau pengobatan yang dilakukan perawat dalam melaksanakan instruksi yang diberikan dokter. Hasil

wawancara dengan informan peneliti menemukan bahwa perawat yang melaksanakan instruksi selalu mengecek terlebih dahulu kondisi pasien dan menanyakan kembali instruksi dokter. Hal ini dapat dilihat dari wawancara informan dibawah ini :

"...Dalam memberikan terapi kita selalu berkolaborasi dengan dokter, misalnya pasien setelah kita tensi ternyata tinggi.....instruksi dokter memberikan infus dengan glukosa....kita selalu tanya lagi kedokter apa perlu memberikan infus dengan glukosa..."(I-3).

Peneliti berpandangan bahwa kolaborasi yang diperlihatkan perawat dengan dokter menunjukkan kerja sama yang baik dengan melakukan tindakan yang sesuai.

Berdasarkan hasil penelitian macam-macam tipe kesalahan medis yang sudah disebutkan oleh informan, umumnya para informan sudah memahami macam-macam tipe proses kesalahan medis yang terjadi. Namun ada hal yang perlu dipertegas mengenai kesalahan tipe proses pada tindakan medis dan kesalahan tipe pada pemberian obat. Pelayanan kegawat darurat menuntut petugas untuk selalu bertindak cepat dan tepat dalam menangani pasien, istilah patner atau mitra antara perawat dan dokter merupakan suatu kolaborasi yang baik. Dengan demikian, jika terjadi suatu kesalahan atau penyimpangan, perawat dapat melaporkan dan melakukan perawatan untuk mencegah cedera atau resiko lebih lanjut.

3. Sumber Kesalahan Medis

Dari wawancara mengenai sumber kesalahan medis bahwa secara umum sebagian besar informan mengatakan kalau sumber kesalahan medis berasal dari sumber daya manusia petugas kesehatannya dan fasilitas peralatan yang ada dirumah sakit. Seperti yang diungkapkan dibawah ini :

"...Sumber dari kesalahan medik itu lebih kepada sumber daya manusia...maksudnya petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien kurang komunikasi, kurang berkoordinasi antar nakes, capek akibatnya tindakan yang dilakukan jadi salah atau keliru.... juga termasuk salah menggunakan metode dan prosedur..."(I-4).

"...Nakes kurang informasi tentang bagaimana keadaan pasien... kelalaian si tenaga medis, kurangnya pengetahuan tenaga medis...fasilitas yang belum memadai..."(I-1).

"...Human error, Fasilitas yang belum memadai...lingkungan kerja yang engga nyaman ..."(I-7)

"...Bersumber dari sumber daya manusia...dan penunjang medis karena peralatannya belum memadai..."(I-9)

Menurut James Reason dikutip (Cahyono, 2004) kesalahan medis dapat terjadi bersumber dari faktor manusia, kondisi lingkungan kerja yang tidak menunjang (*error producing condition*), dan karena faktor kondisi laten (faktor organisasi dan manajemen). Faktor manusia sebagai pemicu *medical error* terjadi akibat kelelahan, kurang training, komunikasi yang kurang baik, kurang pengawasan, tidak memenuhi standar kompetensi, dan sebagainya. Faktor lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi terjadinya

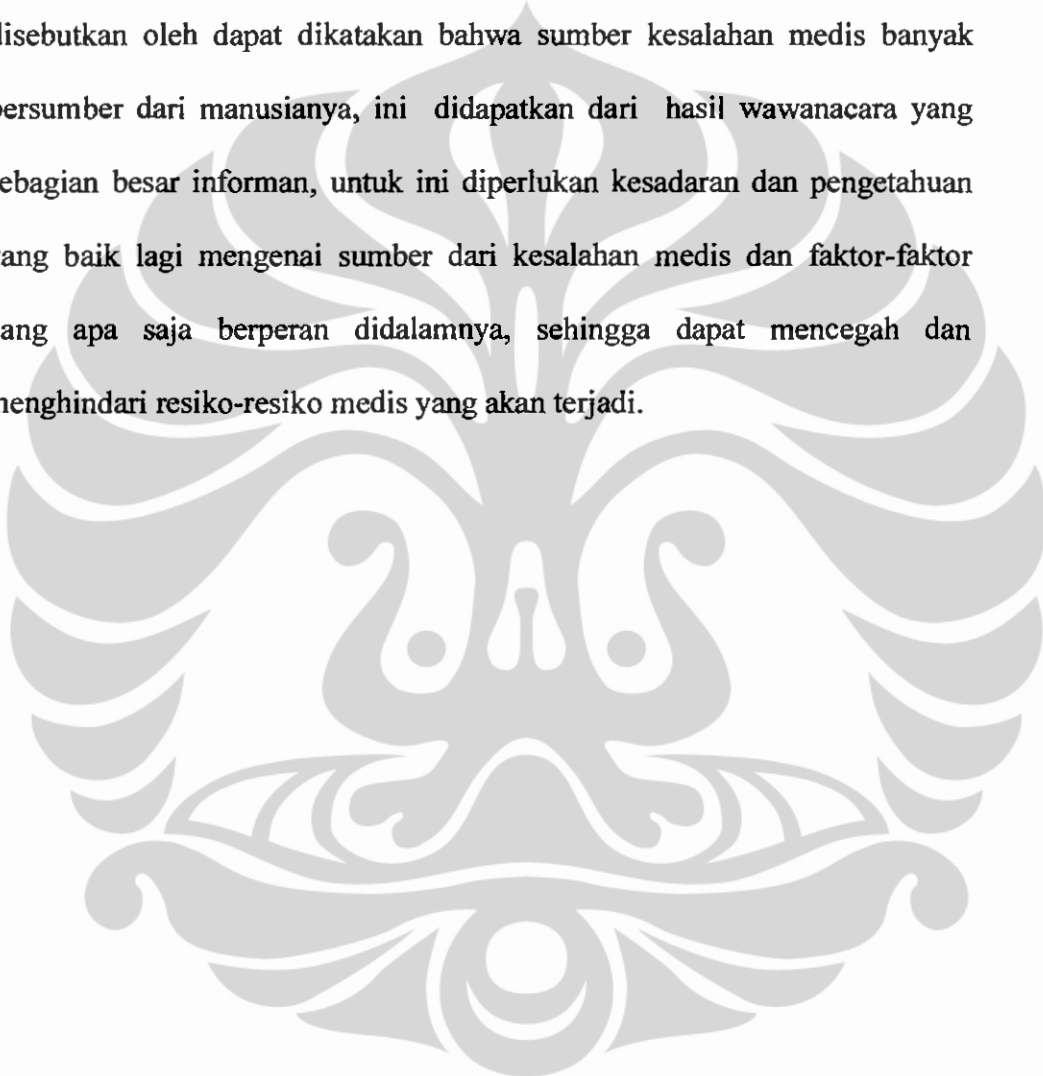
medical error seperti faktor peralatan medis dan nonmedis, kenyamanan ruang, dan sistem pencahayaan yang tidak memenuhi syarat. Faktor kepemimpinan dan manajemen. Komitmen manajemen mutu yang lemah, tidak adanya sistem monitoring *medical error*, tidak aktifnya komite medik dengan subkomitennya, tidak adanya atau tidak dijalankannya standar pelayanan, kebijakan, protap, dan sebagainya merupakan kondisi laten terjadinya *medical error*.

Menurut peneliti yang dimaksud oleh informan *human error* adalah faktor tenaga medis yang menjadi pemicu terjadinya *medical error* lebih karena kurangnya pengetahuan dan informasi kondisi pasien serta kurangnya ketrampilan melakukan tindakan gawat darurat. Menurut (Guwandi, 2005) bahwa *human error* adalah suatu fakta kehidupan. Sebagai manusia seorang takkan luput berbuat kesalahan. Kesalahan terjadi pada setiap pekerjaan dan tergantung pada tugasnya, tentu dengan berbagai konsekuensinya. Bisa ringan, bisa berat. Untuk mereka yang profesinya dibidang medis, maka konsekuensi suatu kesalahan bisa berakibat serius terhadap pasien yang sebenarnya hendak diberikan pertolongan. Ada pula informan yang menyebutkan bahwa kesalahan yang terjadi karena kurangnya informasi tentang kondisi si pasien.

Menurut peneliti kesalahan ini terjadi karena kurangnya komunikasi pasien dan tenaga kesehatan. Ketidak terusterangan pihak pasien/keluarganya atau kurang menceritakan seluruhnya apa yang dirasakan si pasien, sehingga diagnosis dan terapi yang diberikan meleset.

Tetapi secara holistik pasien tidak bisa untuk disalahkan karena pasien merupakan si penderita. Sebagai tenaga kesehatan sudah seharusnya untuk dapat menggali dan mencari bagaimana keadaan sebenarnya si pasien.

Jika dilihat dari macam-macam sumber kesalahan medis yang sudah disebutkan oleh dapat dikatakan bahwa sumber kesalahan medis banyak bersumber dari manusianya, ini didapatkan dari hasil wawancara yang sebagian besar informan, untuk ini diperlukan kesadaran dan pengetahuan yang baik lagi mengenai sumber dari kesalahan medis dan faktor-faktor yang apa saja berperan didalamnya, sehingga dapat mencegah dan menghindari resiko-resiko medis yang akan terjadi.



D. Sikap

1. Dampak Kesalahan Medis

Berdasarkan hasil penelitian mengenai sikap dampak kesalahan medis secara umum sudah tersirat dalam jawaban sebagian besar informan yaitu bahwa sebagai petugas merasa simpati terhadap pasien yang mengalami kejadian yang tidak diinginkan dan sebisa mungkin untuk mencegah terjadinya kesalahan medis itu. Menurut (Gerungan, 2000) sikap merupakan kecenderungan individu untuk merespon dengan cara yang khusus terhadap stimulus yang ada dalam lingkungan sosial. Sikap merupakan suatu kecenderungan untuk mendekat atau menghindar, positif atau negatif terhadap berbagai keadaan sosial, apakah itu institusi, pribadi, situasi, ide, konsep dan sebagainya. Hal ini terungkap dalam kutipan wawancara informan dibawah ini :

"... Jelas sikap saya simpati pada pasien apalagi kalau kita sudah kenal Akibat terburuk dari kesalahan medis...menurut saya dapat mengakibatkan kecacatan dan kematian....."(I-9).

".. Sebagai petugas saya prihatin keadaanya bukannya tambah baik tapi makin parah....kerugian si pasien karena dia bisa saja cidera atau bahkan bisa terjadi kematian ... petugas dan rumah sakit akan terkena tuntutan hukum....."(I-7).

"...Kepada si pasien adalah keselamatannya jelas berisiko, kita petugas menjadi takut terhadap lingkungan (psikososial).... tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit pun turun..."(I-1).

"...Dampak bukan hanya pada pasien tapi pada petugas dan rumah sakit juga ...bagaimana juga kita sebagai petugas sebisa mungkin untuk menghindarinya ...lebih waspada dan hati-hati dalam melakukan tindakan..."(I-2).

Dari beberapa kepustakaan menyebutkan bahwa dampak dari kesalahan medis memang sangat beragam, mulai dari keluhan ringan yang dialami pasien hingga kejadian serius yang memerlukan perawatan rumah sakit lebih lama atau bahkan kematian. Menurut penelitian di Indonesia penilaian dampak dari kesalahan medis masih sulit untuk dilakukan karena masih ketertutupannya rumah sakit akan kesalahan medis ini seperti dikutip dari Kompas, Rabu, 21 November 2001 bahwa angkanya tidak lebih kecil dari kejadian di AS. Untuk itu butuh kesadaran seluruh pasien, petugas dan rumah sakit untuk berani membuka kasus yang terjadi selama ini dan tujuannya akan membantu manajemen dalam mengantisipasi kejadian yang tidak diinginkan.

Dampak dari kesalahan medis yang dapat mengakibatkan tuntutan hukum baik kepada petugas ataupun rumah sakit akan sangat merugikan kedua belah pihak. Peneliti juga menanyakan kebijakan apa yang dapat diberikan terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan medis. Sebagian besar informan mengatakan untuk menegur, memberikan peringatan dan petugas tersebut bertanggung jawab atas perbuatannya. Ada pula informan mengatakan sebaiknya pihak rumah sebaiknya melindungi petugas tersebut. Hal ini dapat dilihat dari kutipan beberapa informan dibawah ini :

"...Diberikan teguran dan bimbingan agar tidak shock dan lebih percaya diri lagi..."(I-5)

"...Diberikan teguran, diberikan SP....tetapi perawat yang bersalah harus dilindungi oleh rumah sakit..."(I-8)

"...Nilai dahulu kesalahannya seperti apa tingkat kesalahannya apa ringan, sedang atau berat, jika masih dianggap ringan diberikan peringatan dahulu, diberikan pengarahan yang baik.....jika fatal atau sampai mengakibatkan cedera berat sebaiknya dibebaskan tugas dahulu..."(I-2)

"...Jika kesalahannya masih bisa ditoleransi saya rasa perlu pengawasan dan pembinaan terhadap nakes tersebut, tapi setiap kesalahan harus dicari dulu penyebabnya dianalisa dimana salahnya..."(I-6)

Berdasarkan penelitian dan informasi yang peneliti terima, pada unit gawat darurat belum pernah terjadi resiko yang sampai menimbulkan tuntutan hukum maupun tuntutan finansial terhadap petugas rumah sakit dari pihak luar atau pasien. Kesalahan yang ringan atau tidak fatal dilakukan oleh petugas selama ini hanya mendapat peringatan dan teguran oleh kepala ruang. Peneliti berpandangan bahwa apapun dampaknya baik secara langsung maupun tidak langsung pada pasien baik ringan atau fatal sebaiknya sebisa mungkin untuk dihindari.

2. Pencegahan Kesalahan Medis

Hasil wawancara mengenai sikap tenaga kesehatan terhadap pencegahan kesalahan medis diketahui, bahwasannya secara umum sudah tersirat dalam jawaban sebagian besar informan yaitu bahwa mereka mendukung program keselamatan pasien yang telah dilakukan oleh rumah sakit. Hal ini dapat dilihat dari kutipan beberapa wawancara informan sebagai berikut :

"...Untuk program keselamatan pasien yaa jelas saya mendukung... itu kan kebijakan dari rumah sakit...upaya untuk mencegah kesalahan medis."(I-1)

"...Program keselamatan pasien...merupakan kebijakan dari rumah sakit, kita petugas di UGD mengikuti dan melaksanakan kebijakan itu..."(I-3)

Hasil wawancara penelitian sikap informan terhadap upaya pencegahan kesalahan medis secara umum tersirat dalam jawaban sebagian besar informan yaitu bahwa mereka mengatakan pencegahan kesalahan dengan pelaksanaan SOP dan pelatihan-pelatihan kegawat daruratan dengan baik kepada tenaga kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari kutipan beberapa wawancara informan sebagai berikut :

"...Pencegahannya dengan penyusunan SOP dan Protap yang jelas, setelah itu sosialisasikan SOP kepada semua petugas, memberikan pelatihan-pelatihan bagi tenaga medis kegawat daruratan...memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang resiko yang akan dihadapi apabila diberikan tindakan lebih lanjut....."(I-1)

"...Upaya mengantisipasi resiko yang terjadi dengan memberikan pelatihan terhadap tenaga kesehatan tentang kegawat daruratan seperti PPGD, BTLS, BCLS secara bertahap ...untuk selalu mengikuti protap atau SOP yang ada..."(I-2).

"...Sebaiknya dilakukan pengawasan atau supervisi terhadap pelaksanaan SOP.... setiap insiden selalu dilaporkan dan tenaga medis diberi pelatihan-pelatihan kegawat daruratan"(I-5).

"...Mengadakan pelatihan kegawat daruratan bagi petugas....untuk pembuatan SOP di UGD sebaiknya petugas ikut dilibatkan....karena kolaborasi dalam menangani tugas masih kurang antara dokter dan perawat...(I-8).

Berdasarkan hasil penelitian dan telaah dokumen peneliti menemukan bahwa kebijakan yang dilakukan oleh rumah sakit untuk mengantisipasi kesalahan medis yaitu sistem pelaporan insiden sudah ada, tetapi pelaksanaannya insiden-insiden kecil atau tidak fatal yang terjadi di unit gawat darurat hanya mendapatkan teguran saja dari kepala ruang. Perlunya komitmen dari tenaga kesehatan terhadap insiden yang terjadi dengan menuliskannya dan melaporkan akan membantu rumah sakit dalam mengantisipasi resiko-resiko yang akan terjadi.

Menurut National Health Service (NHS, 1998) disitasi (Guwandi, 2005) Ada empat hal penting sebagai strategi dasar dalam penanganan *adverse events*, yaitu pelaporan setiap ada *adverse events* (*reporting of adverse events*), menganalisis penyebab (*root cause analysis*), pembelajaran terhadap *adverse events*, kebijakan manajemen dalam menghadapi *adverse events*.

Hasil observasi dan telaah dokumen pada *Standard operating procedure* (SOP) di unit gawat darurat bahwa setiap tenaga kesehatan mempunyai tanggung jawab terhadap kesehatan atau keselamatan pasien.

Hubungan kerja perawat dan dokter terhadap pasien mempunyai tanggung jawab yang berbeda, tugas atau tanggung jawab seorang dokter tidak dapat dilimpahkan begitu saja kepada perawat tanpa alasan yang dapat dipertanggung jawabkan. Tetapi pada kenyataan peneliti menemukan tindakan yang sebenarnya tidak boleh dilakukan oleh perawat masih saja didelegasikan kepadanya. Hal ini dapat dilihat dari wawancara informan dibawah ini :

"...Beri yang jelas mengenai tanggung jawab tugas karena untuk standar pelayanan tindakan saja, mana untuk dokter dan mana untuk perawat masih belum jelas, selama ini sih masih perawat yang ngerjainnya....contohnya dalam pemasangan selang NGT, venna sectio..."(I-6)

Menurut Murti (2006) Kegagalan yang berasal dari suatu sistem yang membawa kepada suatu keadaan yang rawan bagi terjadinya kesalahan medis adalah salah satunya kegagalan aktif yaitu merupakan tindakan tak aman yang dilakukan manusia yang berhubungan langsung dengan pasien atau sistem. Tindakan tak aman dapat kesalahan memutuskan, pelanggaran prosedur, dan sebagainya

Hasil wawancara diatas peneliti berpandangan bahwa walaupun tindakan tersebut dilakukan atas petunjuk dan persetujuan dokter tetapi tetap saja secara tanggung gugat tindakan ini tetap tidak dapat dibenarkan. Agar dapat bertanggung gugat, perawat harus bertindak sesuai dengan kode etik profesinya.

Berdasarkan wawancara informan, peneliti mendapatkan bahwa program pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan unit gawat darurat sudah dilakukan dan sebagian besar petugas sudah mendapatkannya. Namun untuk peningkatan ketrampilan dan pelatihan secara periodik dan berkelanjutan belum ada karena kebijakan rumah sakit yang bertahap dan menunggu giliran untuk memberikan pelatihan bagi petugas, akibatnya petugas ada sudah dan ada yang belum pelatihan tersebut.

Upaya sistematis yang dapat dilakukan dan dikembangkan untuk mencegah terjadinya *medical error* atau kesalahan medis menurut Baley (2002) seperti mengantisipasi *error* melalui sistem coding dan SOP yang lebih baik, melakukan evaluasi terhadap kinerja petugas, *error awareness* yaitu setiap individu yang terlibat harus menyadari bahwa kesalahan medis dapat terjadi kapan saja, di mana saja, dan menimpa siapa saja. Bahwa jika terjadi kesalahan medis maka konsekuensi yang dapat timbul akan sangat beragam mulai dari yang ringan atau tanpa gejala hingga menyebabkan kematian, melakukan pengamatan sistematis awal dari terjadinya kesalahan medis.

Berdasarkan hasil wawancara, peneliti berpandangan bahwa sebaiknya rumah sakit khususnya unit gawat darurat untuk memberikan komitmen pada tenaga kesehatan terhadap insiden yang terjadi dengan menuliskannya dan melaporkan. Ini akan membantu rumah sakit dalam mengantisipasi resiko-resiko yang akan terjadi.

Lakukan evaluasi terhadap kinerja petugas, jika *error* sudah terjadi, mekanisme defensif pasti muncul pada diri setiap orang. Tidak ada satupun petugas mengakui bahwa dialah yang paling bertanggungjawab. Oleh sebab itu perlu dikembangkan suatu mekanisme evaluasi yang sistematis dan komprehensif untuk mengetahui kinerja petugas dari waktu ke waktu.

Kinerja ini kemudian diumpamakan secara terus menerus sehingga masing-masing petugas mengetahui hal-hal apa saja yang selama ini dilakukannya yang berpotensi menimbulkan *error*. Gunakan data *medical error* sebagai alat untuk menyusun instrumen *analisis error*. Dari data yang ada selanjutnya dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi area-area yang berpotensi untuk terjadinya *error*, sehingga upaya antisipasi dapat dilakukan secara baik dan benar.

E. Sarana Dan Fasilitas Unit Gawat Darurat

Berdasarkan wawancara, observasi, telaah dokumen dengan informan mengenai sarana dan fasilitas di unit gawat darurat didapatkan hasil dengan menggunakan *checklist* diperoleh sebagai berikut.

Menurut standar Departemen Kesehatan RI sarana dan fasilitas unit gawat darurat sebagai berikut yaitu fasilitas dan peralatan harus mendukung bagi pelayanan gawat darurat selama 24 jam, misalnya harus ada petunjuk mengenai letak instalasi gawat darurat yang dapat dilihat baik dari jalan maupun dari rumah sakit, mudah dijangkau oleh kendaraan roda empat, letak resusitasi dekat dengan ruang *admission* instalasi gawat darurat, harus ada ruang yang cukup luas dan terpisah untuk melakukan resusitasi, tindakan observasi, isolasi untuk kasus-kasus infeksi, ada ruang tunggu bagi keluarga pasien serta bagi petugas.

Juga tersedia alat komunikasi seperti telepon antar unit dan sarana pelayanan radiology, laboratorium, pelayanan transfusi darah yang letaknya dekat dengan instalasi gawat darurat serta tersedianya obat untuk *life saving* disertai prosedur tetap penggunaannya.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi dengan informan mengenai sarana dan fasilitas di unit gawat darurat diketahui bahwa sarana yang ada pada unit gawat darurat rumah sakit masih belum memenuhi standar DepKes, untuk fasilitas sarana seperti ruang untuk observasi pasien dan ruang tunggu untuk keluarga dan petugas masih belum maksimal. Hal ini dapat dilihat dari kutipan wawancara informan sebagai berikut :

"...Triage yang belum maksimal ...untuk ruang observasi aja belum aktif padahal kita masih menerima pasien dari luar....untuk kita selalu berembuk dan berkonsultasi dulu antar petugas dan sama keluarga pasien untuk melakukan tindakan lebih lanjut..."(I-6).

"...Fasilitas di unit gawat darurat sudah cukup memadai....hanya saja sistem triage belum sempurna..."(I-7)

Berdasarkan hasil wawancara informan diatas dan berdasarkan hasil observasi dengan menggunakan daftar cocok, tersirat dalam jawaban informan bahwa sarana dan prasarana yang meliputi fasilitas peralatan medis di unit gawat darurat sudah cukup memadai. Untuk fasilitas ruang berdasarkan jawaban informan di unit gawat darurat memang masih belum maksimal dan memadai.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti berpandangan bahwa tenaga medis di unit gawat darurat dalam melakukan tindakan untuk selalu berkonsultasi antar petugas dan keluarga pasien, melakukan tindakan sebisa mungkin agar tidak terjadi dampak yang dapat merugikan pasien.

Unit gawat darurat (UGD) adalah bagian terdepan dan sangat berperan di rumah sakit, baik buruknya pelayanan bagian ini akan memberi kesan secara menyeluruh terhadap pelayanan rumah sakit. Untuk menuju pelayanan prima dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, meliputi ruangan, alat kesehatan utama, alat diagnostik dan alat penunjang diagnostik serta alat kesehatan untuk suatu tindakan medik.

Menurut James Reason dikutip Cahyono (2004) faktor lingkungan kerja dapat mempengaruhi terjadinya *medical error* seperti faktor peralatan medis dan nonmedis, kenyamanan ruang, dan sistem pencahayaan yang tidak memenuhi syarat.



D. Hubungan Sosial Tenaga Kesehatan

Untuk mengetahui hubungan sosial tenaga kesehatan terhadap kesalahan medis (*medical error*), peneliti menggunakan kuesioner seputar topik kesalahan medis dan unit gawat darurat untuk menjelaskan dan menggambarkan hubungan sosial tenaga kesehatan serta mempermudah pemahaman tentang hasil penelitian.

Sebelum melakukan penelitian ini, peneliti telah melakukan uji coba kuesioner pada 2 (dua) orang informan dan keduanya bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner tersebut. Diharapkan hasil penelitian dapat memberikan gambaran interaksi antar tenaga kesehatan.

Interaksi sosial adalah hubungan antara individu satu dan individu lain, individu satu dapat mempengaruhi individu yang lain atau sebaliknya, jadi terdapat hubungan yang saling timbal balik (Walgito, 2001)

Tabel 5.1 Distribusi Informan Berdasarkan interaksi Sosial Tenaga Kesehatan Tentang Seputar Topik Kesalahan Medis Melalui tenaga kesehatan Karu, Katim, dokter pelaksana perawat pelaksana

Diskusi Tentang	Tidak Pernah		Kadang-kadang		Sering/Rutin	
	i	%	i	%	i	%
Keselamatan pasien	0	0	4	40%	6	60%
Kesalahan medis	1	10%	6	60%	3	30%
Fasilitas peralatan yang ada di UGD	0	0	1	10%	9	90%
Pelaksanaan SOP	0	0	5	50%	5	50%
Petugas yg melakukan kesalahan medis	1	10 %	7	70%	2	20%
Upaya menghindari kesalahan medik UGD	1	10%	3	30%	6	60%
Kerjasama antar tenaga kesehatan di UGD	0	0	1	10%	9	90%

Berdasarkan tabel distribusi diatas, interaksi antar tenaga kesehatan mengenai diskusi tentang pelatihan keselamatan pasien terlihat proporsi terbesar adalah bahwa informan sering atau rutin berkomunikasi atau diskusi tentang program keselamatan pasien dan pernah mengikuti program keselamatan pasien yang ada pada rumah sakit. Hal ini dapat dilihat dari kutipan wawancara dibawah ini :

"...Klo ada yang baru misalnya cara-cara penanganan pasien kegawat daruratan kita selalu diskusi.....dan kita selalu bawa ke forum diskusi mingguan..."(I-9).

"....Untuk dapat pengetahuan dan informasi yang baru misalnya kasus flu burung.... saya sebagai dokter biasanya selalu diskusi sama perawat, tentang apa

saja tindakan yang harus dilakukan untuk keselamatan pasien, walaupun kita memang tidak menerima pasien dengan kasus flu burung...”(I-1)

Berdasarkan hasil wawancara, telah terjadi komunikasi yang disebut dengan komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang terjatara dua individu atau lebih dan pesan berisi verbal maupun non verbal. Komunikasi ini sering digunakan dalam kegiatan sehari-hari dan penting untuk kehidupan sosial, dengan tujuan dapat untuk bertukar pikiran, dapat membantu menyelesaikan masalah, dapat membantu membuat keputusan, dapat melakukan tindakan yang sesuai dengan kehidupannya

Berdasarkan tabel distribusi diatas, interaksi antar tenaga kesehatan mengenai diskusi tentang defenisi, tipe proses dan sumber kesalahan medis terlihat proporsi terbesar adalah bahwa informan sebesar 60% kadang-kadang berdiskusi tentang defenisi, tipe dan sumber kesalahan medis, hanya 10% yaitu bahwa tidak pernah berdiskusi masalah ini. Menurut peneliti, berdasarkan hasil kuesioner diatas mengindikasikan bahwa sebagian informan telah paham dan mengetahui tentang kesalahan medis. Hal ini dapat dilihat dari kutipan wawancara responden mulai dari responden pertama sampai responden sepuluh dibawah ini

”...Adalah tindakan yang dilakukan oleh tenaga medis yang tidak sesuai dengan SOP dan Protap yang sudah baku... sehingga mengancam keselamatan pasien...saya dapatkan pengetahuan defenisi ini dari bangku kuliah dan majalah-majalah kesehatan...”(I-1)

”...Adalah kesalahan yang terjadi karena faktor sengaja atau tidak yang dilakukan oleh tenaga medis yang dapat mengakibatkan pasien menjadi cedera dan mengancam keselamatan jiwanya...dari kuliah kedokteran...”(I-2).

"... Adalah kesalahan yang dilakukan oleh para medis karena tidak sesuai dengan SOP, tetapi terjadi tidak melulu karena SOP banyak faktor seperti SDM dan peralatan yang ada...dari diskusi dan kuliah keperawatan...i"(I-3).

"...Adalah kesalahan yang dilakukan karena tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai dengan SOP dan berakibat fatal bagi pasien...kuliah, pelatihan, forum mingguan yang biasa dilakukan..."(I-4).

"...Adalah kesalahan yang dapat membuat klien menjadi lebih menderita atau menjadi lebih fatal lagi sampai klien meninggal...jurnal-jurnal di kuliah..."(I-5).

"...Adalah kesalahan yang dilakukan oleh profesional seperti dokter, tim medis dalam melakukan tindakan medis...dari jurnal kuliah, teman dan majalah kesehatan"(I-7).

"...Adalah tindakan medik yang keluar atau tidak sesuai dengan protap mediknya...dapatnya dari jurnal kuliah, forum mingguan..."(I-8).

"...Adalah tindakan yang tidak sesuai dengan standar medis baik di sengaja atau tidak disengaja dan akibatnya bisa fatal untuk pasien...dari kuliah di Akper, forum mingguan..."(I-9).

Berdasarkan hasil wawancara diatas, menunjukkan sebagian informan telah mendapatkan pengetahuan ini di bangku kuliah dan di forum-forum diskusi lainnya. Peneliti berpandangan bahwa pengetahuan informan mengenai kesalahan medis pada intinya adalah sama dan satu pendapat, informan kurang tertarik karena sudah seringnya pengetahuan dan informasi ini didapat. Walau demikian diskusi-diskusi tentang kesalahan medis sebaiknya lebih sering atau rutin dilakukan mengingat resiko yang akan terjadi terhadap pasien, tenaga kesehatan maupun rumah sakit itu sendiri.

Berdasarkan tabel distribusi diatas, interaksi antar tenaga kesehatan mengenai diskusi tentang fasilitas di unit gawat darurat terlihat proporsi terbesar adalah bahwa sebesar 90% informan sering sekali berdiskusi tentang fasilitas dan peralatan di unit gawat darurat. Hal ini disebabkan karena sebagian besar informan mengatakan bahwa fasilitas dan peralatan yang ada belum memadai, dapat dilihat dari kutipan wawancara beberapa responden dibawah ini :

"...Memang bosen ngomongin fasilitas terus, tapi akhirnya udah kebiasaan, paling kita ningkatin kemampuan medis aja dengan fasilitas yang ada sebisa mungkin menghindari resiko...lebih lanjutn biasanya di bahas forum diskusi mingguani..."(I-2)

"...Kita selalu hati-hati, saling mengingatkan sesama petugas..lebih sering berkomunikasi dan berkoordinasi misalnya butuh alat untuk tindakan... kita cari dulu di unit lain...setelah itu biasanya kita bicarain lagi di forum diskusi..."(I-3)

Menurut standar Departemen Kesehatan RI bahwa sarana dan fasilitas unit gawat darurat sebagai berikut yaitu sarana di unit gawat darurat harus mendukung bagi pelayanan gawat darurat selama 24 jam, harus ada ruang yang cukup luas dan terpisah untuk melakukan resusitasi, tindakan observasi, isolasi untuk kasus-kasus infeksi, ada ruang tunggu bagi keluarga pasien serta bagi petugas.

Hasil wawancara menunjukkan secara umum informan selalu aktif berkomunikasi untuk saling mengingatkan dan agar selalu berhati-hati dalam melakukan tindakan medis dan sebisa mungkin menghindari kesalahan medis.

Menurut (Mustikasari, 2007) Komunikasi menjadi penting karena dapat merupakan sarana terbina hubungan yang baik antara pasien dan tenaga

kesehatan, dapat melihat perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien, dapat sebagai kunci keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.

Berdasarkan tabel distribusi diatas, interaksi antar tenaga kesehatan mengenai diskusi tentang pelaksanaan *Standard operating procedure* di unit gawat darurat terlihat proporsi informan adalah bahwa sebagian informan 50 % kadang-kadang berdiskusi tentang SOP unit gawat darurat. Hasil ini menunjukkan secara umum tidak banyak terjadi diskusi yang aktif dalam pelaksanaan SOP. Hal ini dapat dilihat dari kutipan beberapa wawancara dibawah ini :

"...Enga setiap saat kita selalu berdiskusi masalah SOP...lebih banyak karu dan dokter ...makanya untuk pembuatan dan penyusunan SOP di UGD sebaiknya petugas lebih banyak dilibatkan, untuk kolaborasi dokter dan perawat agar lebih baik..."(I-9)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan SOP (*Standard operating procedure*) hanya petugas yang statusnya lebih tinggi dari petugas lainnya saja yang aktif dalam diskusi topik seputar pelaksanaan SOP (*Standard operating procedure*) , disini yaitu Karu dengan dokter atau petugas yang *se-level* dengannya. Menurut peneliti disini terjadi komunikasi searah dimana hanya terjadi pada dua individu saja. Tetapi ada seorang informan yang dirinya sebaiknya dilibatkan dalam diskusi ini karena menurutnya adalah untuk memberikan masukan agar berkolaborasi lebih baik antara perawat pelaksana dan dokter pelaksana.

Pandangan petugas ini adalah suatu faktor yang mendasari terjadinya interaksi sosial yaitu identifikasi. Identifikasi adalah kecenderungan atau keinginan dalam diri seseorang untuk menjadi sama dengan pihak lain (Susanto,

2007). Ini merupakan sikap yang positif ditunjukkan oleh petugas untuk dapat memberikan pandangannya dalam pelaksanaan SOP (*Standard operating procedure*) sebagai upaya dalam pencegahan dan menghindari terjadinya kesalahan medis.

Berdasarkan tabel distribusi diatas, interaksi antar tenaga kesehatan mengenai diskusi tentang fasilitas di unit gawat darurat terlihat proporsi terbesar adalah bahwa sebagian besar informan 70 % jarang berdiskusi tentang petugas yang melakukan kesalahan medis unit gawat darurat. Dalam hal ini peneliti berpandangan bahwa jarang nya informan berdiskusi masalah ini lebih disebabkan karena sesama teman mereka simpati dan juga ikut bersalah akan resiko yang didapatnya, sikap yang selalu menutupi kesalahan seseorang memang masih terasa dirumah sakit ini.

Simpati adalah perasaan tertarik yang timbul dalam diri seseorang dan membuatnya merasa seolah-olah berada dalam keadaan yang lain (Sutanto, 2008). Tetapi ada pula informan berpikir positif akan kesalahan medis, dengan terjadinya insiden ini menjadikannya untuk lebih berhati-hati lagi dalam memberikan pelayanan. Hal ini dapat dilihat dari wawancara responden dibawah ini :

"...Jika kesalahannya masih bisa ditoleransi saya rasa perlu pengawasan dan pembinaan terhadap nakes tersebut, tapi setiap kesalahan harus dicari dulu penyebabnya dianalisa dimana salahnya...jadi untuk peringatan kita juga agar lebih waspada dan berhati-hati"(I-6).

Hasil kutipan wawancara diatas menunjukkan tidak semua petugas berpandangan bahwa tidak semua kesalahan medis hanya berdampak negatif tetapi juga dapat pula berdampak positif dengan adanya salah satu informan yang menjadikannya sebagai pelajaran dan peringatan agar lebih waspada dan berhati-hati lagi dalam bertindak. Hal diatas menunjukkan bahwa faktor yang mendasari terjadinya interaksi tersebut adalah yang disebut introyeksi. Introyeksi adalah hubungan timbal balik dua atau lebih individu berdasarkan simpati, ketika perilaku individu yang satu mempengaruhi dan mengubah perilaku individu yang lain atau sebaliknya (Susanto, 2007).

Berdasarkan tabel distribusi diatas, interaksi antar tenaga kesehatan mengenai diskusi tentang fasilitas di unit gawat darurat terlihat proporsi terbesar adalah bahwa sebagian besar informan 60 % sering atau aktif berdiskusi tentang kebijakan di unit gawat darurat. Dalam hal ini peneliti berpandangan bahwa sering atau rutusnya responden berdiskusi masalah ini lebih disebabkan karena sikap mereka yang selalu berhati dan saling mengingatkan sesama petugas dalam melakukan tindakan medis untuk menghindari segala resiko yang dapat terjadi. Hal ini dapat dilihat dari wawancara responden dibawah ini :

"...Sesama nakes kita selalu mengingatkan dan berhati-hati akan resiko yang dapat terjadi...biasanya karu yang selalu aktif memberi tahu kita semua..."(I-7).

Hasil wawancara diatas menunjukkan interaksi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk memahami karakter antar petugas kesehatan merupakan suatu faktor yang mendasari terjadinya interaksi yang disebut dengan imitasi. Imitasi adalah suatu proses belajar dengan cara meniru atau memahami perilaku

seseorang (Sutanto, 2007). Proses belajar ini adalah untuk saling mengerti dan menghindari tindakan-tindakan medis yang dapat membahayakan dirinya atau orang lain.

Pada sikap yang selalu aktif memperingatkan dan mempengaruhi petugas lainnya bersikap lebih hati-hati, merupakan faktor yang mendasari terjadinya proses interaksi yang disebut sugesti. Sugesti adalah cara pemberian suatu pandangan atau pengaruh oleh seseorang kepada orang lain dengan cara tertentu sehingga orang tersebut mengikuti pandangan/pengaruh tersebut.

Berdasarkan tabel distribusi diatas, interaksi antar tenaga kesehatan mengenai diskusi tentang fasilitas di unit gawat darurat terlihat proporsi terbesar adalah bahwa sebagian besar informan 90 % sering atau aktif berdiskusi tentang kerjasama di unit gawat darurat. Dalam hal ini peneliti berpandangan bahwa sering atau rutusnya responden berdiskusi masalah ini lebih mengindikasikan bahwa kerjasama antar tenaga kesehatan adalah sangat penting dalam upaya mencegah dan menghindari terjadinya resiko medis. Hal ini dapat dilihat dari wawancara responden dibawah ini :

"...Kita selalu hati-hati, saling mengingatkan sesama petugas..lebih sering berkomunikasi dan berkoordinas dalam melakukan tindakan medis..."(I-3)

".. oh..yaa saya sebagai dokter biasanya selalu diskusi sama perawat tentang apa saja tindakan yang harus dilakukan untuk keselamatan pasien...dan bagaimana cara kita bertindak..."(I-1).

Hasil wawancara diatas menunjukkan bahwa interaksi yang dilakukan tenaga kesehatan untuk saling bekerja sama antar tenaga kesehatan merupakan faktor yang mendasari terjadinya interaksi sosial yang disebut dengan imitasi.

Imitasi adalah proses belajar dengan cara meniru atau mengikuti perilaku orang lain. Imitasi yang terjadi disini adalah imitasi positif yaitu imitasi yang mendorong individu untuk mematuhi kaidah, nilai dan norma yang berlaku.

Hubungan sosial tenaga kesehatan di unit gawat darurat merupakan suatu interaksi yang terjadi antar tenaga kesehatan, menurut (Bimo Walgito, 2001) interaksi sosial yaitu hubungan antara individu satu dan individu lain, individu satu dapat mempengaruhi individu yang lain atau sebaliknya, jadi terdapat hubungan yang saling timbal balik, berdasarkan wawancara yang dilakukan interaksi ini sudah terbentuk dengan baik

Komunikasi menjadi penting karena dapat merupakan sarana terbina hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, dapat melihat perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien, dapat sebagai kunci keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.

Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang terjadi antara dua individu atau lebih dan pesan berisi verbal maupun non verbal. Komunikasi ini sering digunakan dalam kegiatan sehari-hari dan penting untuk kehidupan sosial, dengan tujuan dapat untuk bertukar pikiran, dapat membantu menyelesaikan masalah, dapat membantu membuat keputusan, dapat melakukan tindakan yang sesuai dengan kehidupannya. Prinsip-prinsip komunikasi yang penting untuk diketahui, komunikasi bukanlah benda, ia sebuah proses, komunikasi bersifat kompleks, komunikasi tidak dapat digantikan, komunikasi melibatkan keterlibatan yang total dari kepribadian kita (Mustikasari, 2008).

Peneliti berpandangan bahwa hubungan sosial tenaga kesehatan secara umum sudah terbentuk. Hubungan kerja tenaga kesehatan yang silih asuh dimaksudkan bahwa sesama perawat untuk dapat saling membimbing, menasihati, menghormati dan mengingatkan bila sejawat melakukan kesalahan atau kekeliruan sudah terjalin dengan baik. Hubungan silih asih dimaksudkan bahwa setiap perawat dalam menjalankan tugasnya dapat saling menghargai, saling kasih-mengasihi sebagai sesama anggota profesi, saling bertenggang rasa dan toleransi yang tinggi.

Hubungan salih asah dimaksudkan bahwa perawat yang merasa lebih pandai/tahu dalam ilmu pengetahuan dapat membagi ilmu yang dimilikinya kepada rekan sesama perawat tanpa pamrih sudah terjalin dengan baik di unit gawat darurat dapat dilihat dari interaksi yang telah mereka lakukan.

Profesi dokter dan perawat sebagai partner, dokter sebagai motivator disini sudah terjalin, ini dapat dilihat dari dokter yang selalu memberikan pengetahuan pelayanan kesehatan dan tindakan medis terhadap perawat dan perawat yang tak segan mengingatkan dan mengkritik dokter telah terjalin dengan baik. Interaksi yang terjadi ini ternyata mengubah cara kerja dan pikir tenaga kesehatan untuk lebih waspada dan selalu bersikap hati-hati terhadap segala resiko yang dapat terjadi.

B A B V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengetahuan para informan untuk defenisi (*kesalahan medis/medical error*) sebagian besar informan mengatakan bahwa kesalahan medis adalah resiko yang terjadi kerana tindakan yang dilakukan tidak sesuai dengan prosedur. Pada macam proses dan tipe (*kesalahan medis/medical error*) sebagian besar informan mengatakan bahwa tipe dan proses bisa terjadi dari tindakan diagnosis dan pengobatan. Pengetahuan informan mengenai sumber dari kesalahan medis sebagian besar informan mengatakan kalau sumber kesalahan medis berasal dari sumber daya manusia atau petugas kesehatannya dan fasilitas peralatan yang ada dirumah sakit. Secara umum pengetahuan tenaga kesehatan di unit gawat darurat rumah sakit Bhakti Husada mengenai kesalahan medis mereka telah satu pendapat dan satu persepsi.
2. Sikap para informan terhadap pencegahan (*kesalahan medis/medical error*) berdasarkan wawancara tersirat secara keseluruhan informan menunjukkan sikap yang positif dan mendukung program keselamatan pasien dirumah sakit.
3. Sikap para informan mengenai dampak kesalahan medis, dampak terhadap pasien tersirat informan merasa simpati akan keadaan pasien dan dampak kesalahan medis terhadap tenaga kesehatan dan rumah sakit yang dapat

mengakibatkan tuntutan hukum akan sangat mempengaruhi psikologis dan penurunan citra.

4. Fasilitas ruang yang meliputi ruang observasi, ruang tunggu dokter yang belum ada, ruang tunggu keluarga pasien juga belum ada. Ini tidak sesuai dengan standar unit gawat darurat yang diberikan oleh Departemen Kesehatan.
5. Sebagian besar informan dalam interaksi yang dilakukan sesama tenaga kesehatan menunjukkan adanya hubungan yang timbal balik dengan saling memberi dan mengawasi dalam melaksanakan tugasnya.
6. Hubungan sosial tenaga kesehatan di unit gawat darurat, dalam hal ini komunikasi antar tenaga kesehatan sudah terjalin baik dan berkelanjutan dengan adanya forum diskusi sebagai upaya membentuk kebersamaan dan satu pendapat dalam melakukan tindakan medis.
7. Kesan yang menunjukkan bahwa dokter sebagai motivator bagi perawat sebagai patner dalam bekerja sudah terjalin dengan baik. Ini didapatkan dari hasil wawancara dimana dokter selalu mengingatkan perawat dan sebaliknya, perawat juga selalu mengingatkan dokter memberikan pelayanan dan adanya forum yang diadakan di unit gawat darurat 2 minggu sekali.
5. Secara keseluruhan tenaga kesehatan di unit gawat darurat mengenai kesalahan medis adalah sudah lebih berhati-hati dan waspada terhadap resiko yang akan terjadi. Bahwa mereka sudah menyadari kesalahan medik dapat terjadi kapan saja, di mana saja, dan menimpa siapa saja dan tuntutan akan resiko pada dirinya.

B. Saran Bagi Rumah Sakit

1. Agar pihak manajemen rumah sakit untuk mengadakan pelatihan bagi para tenaga kesehatan mengenai kegawat daruratan khususnya perawat karena ada perawat yang belum mendapatkannya seperti (PPGD) sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan tersebut.
2. Agar kepala ruang unit gawat darurat selalu memonitoring pelaksanaan *Standard operating procedure* (SOP) sebagai upaya mengetahui hal-hal apa saja yang selama ini dilakukannya yang dapat berpotensi menimbulkan kesalahan medis.
3. Perlunya komitmen dari tenaga kesehatan yaitu Karu di unit gawat darurat terhadap insiden yang terjadi dengan menuliskannya dan melaporkan, ini akan membantu rumah sakit dalam mengantisipasi resiko-resiko yang akan terjadi
4. Dalam upaya menghindari dan mencegah terjadinya resiko yang tidak diinginkan agar pihak manajemen rumah sakit segera memenuhi standar Departemen Kesehatan mengenai fasilitas sarana ruang di unit gawat darurat
5. Agar pihak manajemen membuat atau menambah sarana seperti ruang untuk observasi, ruang tunggu petugas tenaga kesehatan dan ruang tunggu keluarga pasien sebagai upaya kenyamanan dan keamanan bagi petugas dan pasien.
6. Kebijakan unit gawat darurat dalam mengadakan forum diskusi tenaga kesehatan untuk lebih ditingkatkan baik kualitas dan kuantitasnya karena

masih adanya pelanggaran-pelanggaran yang dilakukan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya.

7. Kepala ruang unit gawat darurat bersama tenaga pelaksana kesehatan untuk lebih sering lagi meningkatkan komunikasi yang lebih baik, dinamis dan saling terbuka antar tenaga kesehatan guna memperkecil terjadi resiko yang akan terjadi.



DAFTAR PUSTAKA

- Alma. 2004,
Metode dan Teknik Menyusun Tesis. Bandung : Alfabeta
- Bradberry & Greaves. 2007,
Menerapkan EQ. Yogyakarta : Penerbit Think
- Cahyono. 2004,
Mempertanyakan Sistem Manajemen Mutu Asuhan Klinis Perumhaskitan Kita.
Kompas : Sitasi <http://64.203.71.11/kompas-cetak/0408/13/rumah/1195994.htm>
- Darmansjah. 2004,
Mengurangi Medical Errors. Kompas 9/06/04 : Sitasi
<http://www.iwandarmansjah.web.id/popular.php>
- Dwiprahasto. 2004,
Medical Error Di Rumah Sakit Dan Upaya Meminimalkan Resiko. Jurnal
Manajemen Pelayanan Vol (7)
- Dwiprahasto. 2008
Kesalahan Medis Dapat Terjadi di Pelayanan Kesehatan, Sitasi dari
<http://promojateng-bikk.com>
- Guwandi. 2005,
Medical Error dan Hukum Medis. Jakarta : Penerbit FK-UI
- Gerungan. 2000,
Psikologi Sosial. Bandung : Refika Aditama
- Hanafiah & Amir. 1999,
Etika Kedokteran dan Hukum. Jakarta : EGC
- handrie@doctor.com .17 April 2004,
Problematika Malpraktek Dalam Aspek Medicolegal. Sitasi dari
<http://www.hukumonline.com>
- Ismani. 2001,
Etika Keperawatan. Jakarta : Penerbit Widya Medika
- Iwan Dwiprahasto & Erna Kristin. 2008,
Masalah Dan Pencegahan Medication Error, Sitasi dari <http://www.dkk-bpp.com>

- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2005,
Buku Pedoman Keselamatan Pasien. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik :
Departemen Kesehatan RI
- Kompas, 28 Agustus 2004
Malapraktik, Malapetaka Etika. sitasi <http://www.tenaga-kesehatan.or.id/pdf/publikas>
- Masri & Sofian. 2006,
Metode Penelitian Survei. Jakarta : LP3ES
- Meliono & Irmayanti. 2007,
MPKT Modul 1 Pengetahuan . Jakarta: Lembaga Penerbitan FEUI
- Muhadjir. 1996
Metodologi Penelitian Kualitatif. Yogyakarta : Rake Sarasin
- Murti. 2002,
Medical Error, Solusi Personal dan Solusi Sistemik. Sitasi
<http://www.tempo.co.id/medika/arsip/062002/top-2.htm>
- Mustikasari. 2007,
Komunikasi Dalam Pelayanan Keperawatan. Sitasi dari
<http://mustikanurse.blogspot.com/2006/12/komunikasi-dalam-pelayanan-keperawatan.html>
- Moleong L. 1999,
Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung : PT Remaja Rosdakarya : Editor Tjun Surjaman
- Notoadmojo. 2003,
Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan. Jogjakarta :
Andi Offset
- Patilima. 2004,
Metode Penelitian Kualitatif. Bandung : Alfabeta
- Pratiknya WA. 1986,
Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan. Jakarat : PT
Raja Garfindo Persada
- Roesmono. 2007,
Perilaku Tenaga Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan. Sitasi <http://www.Bppsdmk.com/utama.htm>

- Sampurna. 2007,
Pencegahan Malpraktik Berperspektif Keselamatan Pasien. Sitasi
<http://www.freewebs.com/pencegahanberperspektifpasien/pencegahanerrors.htm>
- Siswono. 2001,
"Clinical Governance" untuk Cegah Kesalahan Medik. Sitasi dari Kompas, Rabu
21 November 2001 <http://www.ekofeum.or.id/artikel.php?cid=51>
- Susanto. 2008,
Interaksi Sosial Dalam Hubungan Antar Manusia. Sitasi dari
[http:// elearning.unej.ac.id/.../IKU7474/document](http://elearning.unej.ac.id/.../IKU7474/document)
- Uyainah. 2006,
*Pengetahuan, Sikap dan Persepsi Pimpinan Struktural dan Fungsional Terhadap
Program Keselamatan Pasien di RSCM tahun 2006*. Tesis Studi Kajian
Administrasi Rumah Sakit Program Pascasarjana FKM
- Yahya. 2007,
Fraud & Patient Safety. Seminar Pamjaki : Sitasi <http://www.pamjaki.org>
- , 2006
Praktik Kedokteran Yang Baik Mencegah Malpraktik Kedokteran. Sitasi
<http://www.freewebs.com/praktikyangbaik/errorsadverseevents.htm>

PANDUAN WAWANCARA

A. Tujuan Wawancara

Tujuan wawancara ini adalah untuk mendapatkan informasi tentang pengetahuan, sikap dan hubungan sosial tenaga kesehatan kesalahan medis serta keadaan sarana dan prasarana medis dan non medis di unit gawat darurat di Rumah Sakit Bhakti Husada.

B. Prosedur

1. Memperkenalkan diri sebagai peneliti
2. Menerangkan tujuan wawancara

C. Pelaksanaan

1. Ucapan terima kasih atas ketersediaannya menjadi informan
2. Menerangkan wawancara yang akan dilakukan direkam dengan tape recorder dan dijamin kerahasiaannya.
3. Mengadakan wawancara kepada informan

D. Profile Informan

1. Jabatan :
2. Jenis kelamin :
3. Umur :
4. Pendidikan :
5. Lama bekerja :

PANDUAN WAWANCARA UNTUK KARU DAN KATIM
UNIT GAWAT DARURAT RS BHAKTI HUSADA 2008

Pertanyaan Wawancara

1. Menurut saudara apa yang dimaksud dengan kesalahan medis?
2. Bagaimanana proses terjadinya kesalahan medis menurut saudara?
3. Faktor apa saja menurut saudara sumber kesalahan medis?
4. Bagaimanakah sikap saudara terhadap dampak kesalahan medis dan bagaimana sikap saudara terhadap pasien yang mengalami kesalahan medis dan tuntutan hukum yang kemungkinan menimpa tenaga kesehatan?
5. Bagaimanakah sikap saudara terhadap upaya pencegahan kesalahan medis dan program keselamatan pasien di unit gawat darurat?
6. Apakah menurut saudara fasilitas yang ada sudah memadai di unit gawat darurat, apa yang seharusnya dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit?
7. Apakah saudara pernah mendapatkan pelatihan kegawat daruratan?
8. Menurut saudara kebijakan apa yang sebaiknya dilakukan oleh rumah sakit terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan medis ?
9. Menurut saudara kebijakan apa yang sebaiknya dilakukan oleh unit gawat darurat untuk menghindari kesalahan medis?

**PANDUAN WAWANCARA UNTUK DOKTER PELAKSANA DAN
PERAWAT PELAKSANA
UNIT GAWAT DARURAT RS BHAKTI HUSADA 2008**

Pertanyaan Wawancara

1. Menurut saudara apa yang dimaksud dengan kesalahan medis?
2. Bagaimanana proses terjadinya kesalahan medis menurut saudara?
3. Faktor apa saja menurut saudara sumber kesalahan medis?
4. Bagaimankah sikap saudara terhadap dampak kesalahan medis dan bagaimana sikap saudara terhadap pasien yang mengalami kesalahan medis dan tuntutan hukum yang kemungkinan menimpa tenaga kesehatan?
5. Bagaimanakah sikap saudara terhadap upaya pencegahan kesalahan medis dan program keselamatan pasien di unit gawat darurat?
6. Apakah menurut saudara fasilitas yang ada sudah memadai di unit gawat darurat, apa yang seharusnya dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit?
7. Apakah saudara pernah mendapatkan pelatihan kegawat daruratan?
8. Menurut saudara kebijakan apa yang sebaiknya dilakukan oleh rumah sakit terhadap tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan medis?
9. Menurut saudara kebijakan apa yang sebaiknya dilakukan oleh unit gawat darurat untuk menghindari kesalahan medis?

**KUESIONER
UNTUK KARU DAN KATIM
UNIT GAWAT DARURAT RS BHAKTI HUSADA 2008**

Topik diskusi dengan dokter dan perawat pelaksana dan mengenai :	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering/Rutin
1. Keselamatan pasien di rumah sakit			
2. Kesalahan medis			
3. Fasilitas peralatan yang ada UGD			
4. Pelaksanaan SOP			
5. Petugas yang melakukan kesalahan medis			
6. Upaya menghindari kesalahan medis UGD			
7. Kerjasama antar tenaga kesehatan di UGD			
8. Kasus-kasus kesalahan medis yang terjadi dirumah sakit			
9. Pasien dengan resiko tinggi			

Tidak Pernah = 0 kali berdiskusi dalam sebulan
 Kadang-kadang = 1-2 kali berdiskusi dalam sebulan
 Sering/Rutin = 3-5 kali berdiskusi dalam sebulan

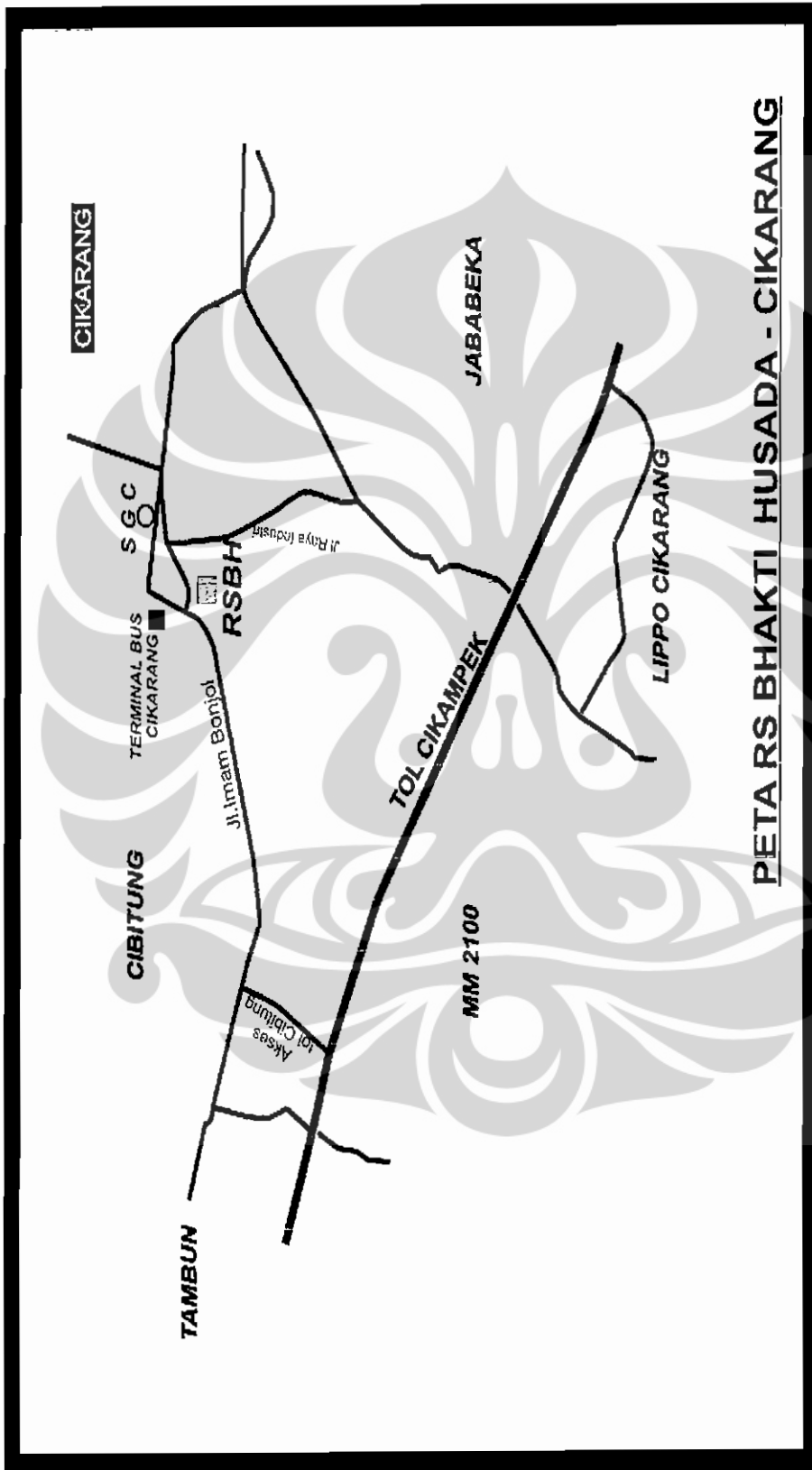
**KUESIONER
UNTUK DOKTER DAN PERAWAT PELAKSANA
UNIT GAWAT DARURAT RS BHAKTI HUSADA 2008**

Topik diskusi dengan Karu, Katim dan sesama tenaga kesehatan mengenai	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering/Rutin
1. Keselamatan pasien di rumah sakit			
2. Kesalahan medis			
3. Fasilitas peralatan yang ada UGD			
4. Pelaksanaan SOP			
5. Petugas yang melakukan kesalahan medis			
6. Upaya menghindari kesalahan medis UGD			
7. Kerjasama antar tenaga kesehatan di UGD			
8. Kasus-kasus kesalahan medis yang terjadi dirumah sakit			
9. Pasien dengan resiko tinggi			

Tidak Pernah = 0 kali berdiskusi dalam sebulan
 Kadang-kadang = 1-2 kali berdiskusi dalam sebulan
 Sering/Rutin = 3-5 kali berdiskusi dalam sebulan

Daftar Cacak (Checklist) UGD RS Bhakti Husada

No	Pernyataan	Ketersediaan		
		Ada/Baik	Cukup	Tidak/Kurang
1	Struktur organisasi	√		
2	SOP	√		
3	Tenaga kesehatan (<i>Dokter, perawat</i>)	√		
4	Fasilitas ruangan (<i>Resusitasi, observasi, isolasi</i>)		√	
5	Fasilitas peralatan (<i>EKG, DC shock, alat resusitasi, dll</i>)		√	
6	Fasilitas komunikasi (<i>Telephone, local phone</i>)	√		
7	Uraian Pekerjaan (<i>Batasan tindakan dan protokol</i>)		√	
8	Laporan insiden (<i>Rekam medik, informed consent, dll</i>)	√		
9	Laboratorium, radiology	√		
10	Ruang tunggu (<i>Petugas dan keluarga pasien, dll</i>)			√
11	Ambulance		√	
12	Letak dan pencahayaan ruangan	√		



PETA RS BHAKTI HUSADA - CIKARANG

TABEL WAWANCARA INFORMAN

No	Pertanyaan	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5
1	Defenisi kesalahan medis	<ul style="list-style-type: none"> Tindakan yang dilakukan oleh tenaga medis yang tidak sesuai dengan SOP dan Protap yang sudah baku sehingga mengancam keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Kesalahan yang terjadi karena faktor sengaja atau tidak yang dilakukan oleh tenaga medis yang mengakibatkan pasien menjadi cidera dan mengancam keselamatan jiwanya 	<ul style="list-style-type: none"> Kesalahan yang dilakukan oleh para medis karena sesuai dengan SOP, tetapi tidak terjadi karena banyak faktor seperti SDM dan peralatan yang ada. 	<ul style="list-style-type: none"> Kesalahan yang dilakukan karena sesuai dengan SOP berakibat fatal bagi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Kesalahan yang dilakukan karena tindakan medis yang dilakukan tidak sesuai dengan SOP dan berakibat fatal bagi pasien
2	Tipe-tipe atau proses kesalahan medis	<ul style="list-style-type: none"> Proses kesalahan terjadi hanya oleh dokter tapi juga perawat misal pasang inpus salah aboket mana untuk dewasa dan anak 	<ul style="list-style-type: none"> Proses pada saat diagnosa, dapat juga pemberian obat, misalnya salah dalam peresepan baik pembacaan resep atau penyerahan resep Diagnosa mulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, penunjang, diagnosa dan mengambji 	<ul style="list-style-type: none"> Proses terapi, karena salah memberikan obat dan pelayanan Proses kesalahan dalam mendiagnosis paseien Diagnosa di UGD kan hanya sementara atau awal, misalnya di UGD pasien didiagnosa menderita tifus, setelah diruangan 	<ul style="list-style-type: none"> Proses diagnosis Proses terapi 	<ul style="list-style-type: none"> Proses terapi Proses melakukan diagnosis

3	Sumber kesalahan medis	<ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya informasi tentang bagaimana keadaan pasien • Kelalaian si tenaga medis, kurangnya pengetahuan tenaga medis • Fasilitas yang belum memadai 	tindakan	<p>pasien, diagnosa lebih lengkap dan ternyata terkena DBD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam memberikan terapi kita selalu berkolaborasi dengan dokter, misalnya pasien setelah kita tensi ternyata tinggi, instruksi dokter memberikan infus dengan glukosa, kita selalu tanya lagi kedokter apa perlu memberikan infus dengan glukosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumber daya manusia yang ada • Peralatan medis yang ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumber dari kesalahan medis itu lebih kepada sumber daya manusia, maksudnya kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien • Metode dan prosedurnya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumber daya manusianya • Keefektifan fasilitas
---	------------------------	---	----------	---	--	---	---

4	Dampak kesalahan medis dan sikap petugas	<ul style="list-style-type: none"> Keadaan pasien adalah keselamatananya jelas berisiko Petugas menjadi takut terhadap lingkungan (psikososial) Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakitpun turun, 	<ul style="list-style-type: none"> Dampak bukan hanya pada pasien tapi pada petugas rumah sakit juga Bagaimana juga kita sebagai petugas sebisa mungkin untuk menghindarinya waspada dan hati-hati dalam melakukan tindakan 	<ul style="list-style-type: none"> Dampaknya ke banyak pasien bisa fatal Tenaga kesehatan terkena hukuman baik pasien maupun rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> Dampak kepada pasien seperti cacatan dan juga bisa mengakibatkan fatal seperti kematian 	<ul style="list-style-type: none"> Mengakibatkan fatal atau cacat bahkan kematian pada pasien
5	Pencegahan kesalahan medis dan sikap petugas	<ul style="list-style-type: none"> Pencegahannya dengan penyusunan SOP dan Protap yang jelas Sosialisasikan SOP kepada semua petugas Memberikan pelatihan-pelatihan tenaga medis dalam memberikan pelayanan maupun penggunaan peralatan Melengkapi peralatan yang ada 	<ul style="list-style-type: none"> Upaya mengantisipasi resiko yang terjadi dengan memberikan pelatihan terhadap tenaga kesehatan Mengikuti protap atau SOP yang ada Selalu berusaha memberikan yang terbaik dan selalu saling mengingatkan melakukan tindakan sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> Petugas kesehatan diberikan pelatihan-pelatihan tentang bagaimana memberikan pelayanan yang baik kepada pasien untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan Menambah fasilitas UGD sesuai standar, ini Jelaslah ini 	<ul style="list-style-type: none"> Petugas kesehatan diberikan pelatihan-pelatihan tentang bagaimana memberikan pelayanan yang baik kepada pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pengawasan atau supervisi dan tenaga medis Memberikan pelatihan-pelatihan dalam melakukan tindakan kepada pasien

			<ul style="list-style-type: none"> Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang resiko yang akan dihadapi apabila diberikan tindakan lebih lanjut program keselamatan pasien yaa jelas saya mendukung itu kan sudah wajib bagi setiap rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> Melihat dahulu laporan insidennya lalu nilai kesalahannya seperti apa tingkat kesalahannya apa ringan, sedang atau berat, jika masih dianggap ringan diberikan peringatan dahulu, diberikan pengarahan yang baik jika fatal atau sampai mengakibatkan cedera berat sebaiknya dibebaskan dahulu 	<p>sangat mempengaruhi cara kerja kita, kadang-kadang masih manual dalam mendiagnosis pasien, kita selalu berhati-hati, saling mengingatkan sesama petugas, lebih sering berkomunikasi dan berkoordinasi</p>		
6	Fasilitas di unit gawat darurat	<ul style="list-style-type: none"> Cukup memadai 	<ul style="list-style-type: none"> Cukup memadai 	<ul style="list-style-type: none"> Cukup memadai 	<ul style="list-style-type: none"> Cukup memenuhi standar DepKes 	<ul style="list-style-type: none"> Cukup memadai 	<ul style="list-style-type: none"> Belum pernah Belum pernah ada beberapa yang sudah pernah
7	Program pelatihan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Pernah tapi itu sudah lama kira-kira tahun 2005, sebaiknya setiap 6 bulan untuk dapat pengetahuan 	<ul style="list-style-type: none"> Pernah 	<ul style="list-style-type: none"> Pernah Tunggu giliran dan biasanya bertahap 	<ul style="list-style-type: none"> Belum dapat, karena program itu dimulai tahun 2005 Sebagian teman perawat ada yang sudah 	<ul style="list-style-type: none"> Cukup memadai 	<ul style="list-style-type: none"> Belum pernah Sebagian ada beberapa yang sudah pernah

8	Kebijakan rumah sakit terhadap kesalahan medis	<p>dan informasi yang baru</p> <ul style="list-style-type: none"> Sebagai dokter biasanya selalu diskusi sama perawat tentang apa saja tindakan dan cara bertindak yang harus dilakukan untuk keselamatan pasien, informasi dan pengetahuan yang baru Kerja tim disini 	<ul style="list-style-type: none"> Menurut saya evaluasi dulu kasusnya dan diberikan sanksi kepada tenaga medis tersebut kemudian memberikan pembinaan terhadapnya. 	<ul style="list-style-type: none"> Nilai dahulunya seperti apa tingkat kesalahannya apa ringan, sedang atau berat, jika masih dianggap ringan diberikan peringatan dahulu, diberikan pengarahan yang baik, jika fatal atau sampai mengakibatkan cedera berat sebaiknya 	<ul style="list-style-type: none"> Menurut saya di tindak dengan diberikan teguran keras, tapi dilihat dulu sampai mana kesalahannya 	<ul style="list-style-type: none"> Sebaiknya diberi teguran keras, dimana letak kesalahannya, seperti yang bilang saya tidak SDM mungkin saja ada faktor lain 	<ul style="list-style-type: none"> Diberikan teguran dan bimbingan agar tidak shock dan lebih percaya diri lagi
---	--	--	--	---	---	--	--

9	Kebijakan unit gawat darurat terhadap kesalahan medis		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan dan Protap dengan benar • Memberikan pelatihan-pelatihan SDM di UGD • Melengkapi fasilitas UGD 	dibebas tugas dan tanggung jawab	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan prioritas2 tugas dengan harus mengikuti seminar-seminar tentang kesalahan medis untuk meningkatkan pengetahuannya • Forum diskusi lebih ditingkatkan lagi dari 2 minggu sekali menjadi 1 minggu sekali 		<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan seminar-seminar tentang kesalahan medis atau keselamatan pasien untuk meningkatkan pengetahuan 		<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kualitas SDM seperti diberikan pelatihan PPGD • Kelengkapan alat UGD sebaiknya ditambah dan diperbaharui
---	---	--	--	----------------------------------	--	--	---	--	---

No	Pertanyaan	Informan 6	Informan 7	Informan 8	Informan 9	Informan 10
1	Defenisi kesalahan medis	<ul style="list-style-type: none"> Kesalahan yang dapat membuat klien menjadi lebih menderita atau menjadi lebih fatal lagi sampai klien meninggal. Contohnya seperti dokter yang salah mendiagnosa penyakit sehingga terapi yang diberikan akan salah 	<ul style="list-style-type: none"> Kesalahan yang dilakukan oleh profesioanl seperti dokter, tim medis dalam melakukan tindakan medis 	<ul style="list-style-type: none"> Tindakan medis yang keluar atau tidak sesuai dengan protap mediknya 	<ul style="list-style-type: none"> Tindakan yang tidak sesuai dengan standar medis baik di sengaja atau tidak disengaja dan akibatnya bisa fatal untuk pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Tindakan yang tidak sesuai dengan protap medik
2	Tipe dan proses kesalahan medis	<ul style="list-style-type: none"> Tipe proses mulai dari pemeriksaan tidak lengkap lalu pendirian diagnosa menjadi tidak akurat Tipe terapi, seperti pemberian obat yang tidak sesuai dosis atau dosis tidak tepat, atau tanpa memperhatikan prinsip 7 benar 	<ul style="list-style-type: none"> Salah diagnosis dalam pemerikasaan Salah dalam memberikan obat 	<ul style="list-style-type: none"> Salah pemberian obatnya yang salah karena Salah diagnosis 	<ul style="list-style-type: none"> Salah dalam mendiagnosis si pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Salah diagnosis Salah memberikan tindakan medis Salah memberikan obat
3	Sumber kesalahan medis	<ul style="list-style-type: none"> Salah mendiagnosa pemberian Pengobatan yang tidak sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> Human error Fasilitas yang belum memadai Lingkungan dan 	<ul style="list-style-type: none"> Human error Fasilitas yang terbatas Kurang pengetahuan 	<ul style="list-style-type: none"> SDM Penunjang medis karena peralatamya belum memadai 	<ul style="list-style-type: none"> Petugas medis dan Alat fasilitas

		prosedur	kenyamanan kerja	atau informasi		
4	Dampak kesalahan medis dan sikap petugas	<ul style="list-style-type: none"> • Peralatan sebagai penunjang fasilitas tidak belum baik • Kerugian pada rumah sakit karena nama baik rumah sakit akan tercemar, walaupun yang salah individuinya tetap saja yang salah rumah sakit • Pasien yang tidak cidera menjadi cidera bahkan bisa saja kematian • Sikap saya pada pasien tentu saja simpati walaupun saya tidak bisa berbuat banyak 	<ul style="list-style-type: none"> • Dampaknya pada pasien akan bertambah parah penyakitnya • Kepercayaan pasien terhadap rumah sakit akan menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Kerugian si pasien karena dia bisa saja cidera atau bahkan kematian • Petugas dan rumah sakit akan terkena tuntutan hukum • Kalau ada pasien yaa jelas sebagai petugas saya prihatin keadaanya bukannya baik tambah tapi parah 	<ul style="list-style-type: none"> • Akibat terburuk dari kesalahan medis menurut saya dapat mengakibatkan kecacatan dan kematian • Jelaslah sikap simpati pada pasien apalagi kalau kita sudah kenal 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat meninggal, kecacatan pada pasien • Tuntutan hukum baik petugas atau rumah sakit • Pasien kita simpati, untuk petugas harus bertanggung jawab atas perbuatannya
5	Pencegahan kesalahan medis dan sikap petugas	<ul style="list-style-type: none"> • Kalau saya sendiri dan mendukung sekali untuk program keselamatan pasien ini juga membuat kita sebagai petugas jadi aman dan untuk pelatihannya diperbanyak lagi • Perluanya prosedur 	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pelatihan kepada perawat • Membahas di forum tentang kasus-kasus yang terjadi di rumah sakit ini 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengadakan pelatihan kegawat darurat bagi petugas • Program keselamatan pasien jelas mendukung untuk tambah terampil kita sebagai petugas 	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pengarahan dan banyak memberi pelatihan bagi kita seperti pelatihan kegawat darurat • UGD kesannya mesti cepat dan buru-buru jadi dokter 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengadakan pelatihan kegawat darurat

6	Fasilitas di unit gawat darurat	<p>tetap atau SOP Monitoring pelaksanaan SOP Mencari penyebab terjadinya kesalahan evaluasi agar tidak terulang lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pelatihan pada petugas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cukup memadai triage yang eng maksimal • Ruang observasi aja belum aktif maksud tempatnya belum ada padahal kita masih menerima pasien dari luar misalnya pasien sudah diagnosa haruskan kan diobservasi dulu eng langsung dibawa ke ruang ICU • Nakes selalu berembuk dulu antar petugas dan 	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas di UGD cukup memadai, sistem triage belum sempurna • Jelasiah ini sangat mempengaruhi cara kerja kita, kadang-kadang masih manual dalam mendiagnosis pasien 	<p>di UGD dan diri percaya kalau mengambil tindakan</p>	<p>kurang mendasar atau detail dalam diagnosis, menurut dokter entar juga ketemu diruangan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalau saya mendukung sekali program keselamatan pasien walau saya sendiri baru satu kali dapat pelatihan kegawat daruratan 	<ul style="list-style-type: none"> • Cukup memadai, fasilitas kegawat daruratan • Cukup memadai, memadai, • Cukup memadai
---	---------------------------------	--	---	--	---	---	--

7	Program keselamatan pasien	<p>sama keluarga pasien untuk dilakukan tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program pelatihan tentang patient safety sudah saya dapat, tapi untuk pelatihan langsung masih kurang, perkembangan di kesehatan sangat cepat 	<ul style="list-style-type: none"> • Sudah pernah 	<ul style="list-style-type: none"> • Pernah 2 bulan lalu 	<ul style="list-style-type: none"> • Pernah • Biasanya iya, klo ada yang baru misalnya cara-cara penanganan pasien kegawat daruratan, kita selalu diskusi lagi sesama nakes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pernah
8	Kebijakan rumah sakit terhadap petugas yang melakukan kesalahan medis	<ul style="list-style-type: none"> • Jika kesalahannya masih bisa ditoleransi saya perlu dan pengawasan dan pembinaan terhadap nakes tersebut, tapi setiap kesalahan harus dicari dulu penyebabnya dianalisa dimana salahnya • Setiap kesalahan pasti penyebabnya ada untuk peringatan kita juga agar lebih waspada dan berhati-hati 	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan peringatan 1, 2 dan terakhir kalau masih saja buat salah dikeluarkan saja 	<ul style="list-style-type: none"> • Diberikan teguran diberikan Perawat yang harus dilindungi oleh rumah sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Diberi teguran kalau masih juga berbuat salah diberi sanksi, SP kalau masih juga yaa di DO aja 	<ul style="list-style-type: none"> • Diberi teguran, diberikan SP diberikan sanksi sesuai dengan aturan

9	<p>Kebijakan unit gawat darurat terhadap kesalahan medis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Kita harus paham karakter masing-masing nakes yang ada jika tidak sesuai misalnya nakes tidak tanggap, lelet, kurang komunikasi, acuh langsung aja kita tegur dan nasihati biasanya dokter atau karu yang selalu beri tahu klo masih juga sebaiknya dimutasi aja keruang lain Perlu ditingkatkan lagi pengetahuan kegawat daruratannya Beri yang jelas mengenai tanggung jawab tugas karena standar pelayanan tindakan saja, mana untuk dokter dan mana untuk perawat harus jelas, selama ini 	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan pelatihan secara berkala, baik pelatihan kegawat darurat Sesama nakes kita selalu mengingatkan dan waspada akan resiko-resiko yang dapat terjadi 	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan tindakan sesuai protap ini Selama pembuatan protap hanya melibatkan Karu, perawat engga masukannya ; aturan sebaiknya diikuti, jangan dari 1 langsung ke 6 biar engga salah diagnosis Banyak mengadakan pelatihan bagi petugas di UGD 	<ul style="list-style-type: none"> Untuk pembuatan SOP di sebaiknya petugas dilibatkan, untuk kolaborasi dalam menangani tugas antara dokter perawat dan perawat lebih baik Melengkapi peralatan di UGD Diskusi masalah SOP lebih banyak karu dan dokter 	<ul style="list-style-type: none"> Mengadakan pelatihan kegawat darurat pada petugas yang belum
---	--	---	--	---	--	--

sih masih perawat yang ngerjainnya misalnya dalam pemasangan NGT, venna sectio

