

ANALISIS FAKTOR KONTRIBUSI RISIKO KLINIS TERJADINYA ADVERSE OUTCOME DI IGD RS "X" TAHUN 2006

ANALYSIS CONTRIBUTION FACTORS CLINICAL RISKS THAT INFLUENCES
ADVERSE OUTCOME IN EMERGENCY DEPARTMENT IN THE "X" HOSPITAL YEAR 2006

Saptono Raharjo, Dumilah Ayuningtyas

Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

ABSTRACT

Background: The function of the emergency department is to serve medical emergency patient as high clinical risk areas. The lack identification of care delivery problems in emergency department could be disadvantages to the patient, medical staff, and hospital organization.

Method: The objectives of the research are to find out the contribution factors clinical risks which influence adverse outcome in emergency department. Research phase is based on report case from emergency department staff and fulfil official criteria, interview, document study and observation to arrange chronology.

Result: Research result shows that contribution factors the directly influence problems is patient condition and the lack skill of individual factor in cardiopulmonary resuscitations. The other contribution factors are medical staff workload, uncompleted patient observation standard operating procedure, also the medical tools. Contribution factors indirectly influence is institutional context factor and its most influence for care delivery problems, another factor is changing behaviour of the people and tendency to more critical and high demand.

Conclusion: Conform to research result, suggest "X" Hospital have to applied formal and structural risk management, increasing the capability of the medical staff by training, complete all unavailable medical tolls to monitoring patient while observation.

Keywords : clinical risks, adverse outcome, contribution factors

ABSTRAK

Latar Belakang: Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagai salah satu unit pelayanan rumah sakit yang berfungsi melayani pasien gawat darurat medis merupakan *high clinical risks areas*. Masalah asuhan klinis di IGD bila tidak dikenali dengan baik dapat merugikan pasien, staf medis, ataupun organisasi rumah sakit.

Metode: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor kontribusi risiko klinis yang mempengaruhi terjadinya *adverse outcome* di IGD RS "X". Tahapan penelitian dimulai dengan identifikasi *adverse outcome* berdasarkan laporan kejadian dari Staf IGD yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, wawancara mendalam, telaah dokumen, dan observasi partisipatif untuk menyusun kronologi.

Hasil: Hasil penelitian memperlihatkan bahwa faktor kontribusi yang secara langsung mempengaruhi masalah asuhan klinis adalah kondisi pasien dan tenaga medis yang kurang memadai keterampilannya. Faktor kontribusi lainnya antara lain beban

kerja staf medis, belum lengkapnya SOP observasi pasien, serta peralatan medis untuk pemantauan. Faktor kontribusi yang tidak langsung adalah faktor konteks institusional. Adapun faktor organisasi dan manajemen didapatkan belum diterapkannya manajemen risiko secara formal dan terstruktur di RS "X".

Kesimpulan: Disarankan agar menerapkan manajemen risiko secara formal, meningkatkan kapabilitas tenaga medis dengan pelatihan, melengkapi SOP yang belum tersedia, serta melengkapi peralatan medis untuk pemantauan kondisi pasien.

Kata Kunci : risiko klinis, *adverse outcome*, faktor kontribusi

PENGANTAR

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan mengalami fenomena meningkatnya tuntutan dugaan malpraktik. Tahun 1999 *The Institute of Medicine* (IOM) dalam laporannya tentang kejadian *medical error* menyimpulkan bahwa setiap tahunnya di Amerika Serikat terdapat 44.000 sampai dengan 98.000 kematian di rumah sakit akibat *medical error*. Hasil studi *the Harvard School of Public Health* tahun 1984 menyatakan bahwa berdasarkan data dari 51 rumah sakit di New York ditemukan 3,7% pasien rumah sakit mengalami *adverse event* sebagai akibat *medical error* dan 13,6% di antaranya meninggal dunia.

Memperkuat informasi tersebut, Herkutanto¹ mengungkapkan bahwa selama tahun 1999 sampai tahun 2004 di Indonesia tercatat ada 126 gugatan tuduhan malpraktik yang menimpa beberapa rumah sakit di Jakarta dan sekitarnya. Sampurna² juga menyatakan bahwa selama lima tahun (1997 sampai 2001) Majelis Kode Etik Kedokteran (MKEK) IDI Wilayah DKI Jakarta telah menerima 63 kasus, atau berarti rata-rata menerima 12 sampai 13 kasus per tahunnya.

Data bagian Hukum RS "X" memperlihatkan bahwa sejak tahun 2000 sampai 2005 ada dua kasus dugaan malpraktik medis yang menimpa RS "X" yang diselesaikan melalui jalur peradilan, kerugian yang diakibatkan kejadian tersebut meliputi aspek

finansial, aspek legal, dan aspek reputasi. Dalam industri perumahsakit, setiap organisasi berusaha memberikan jasa pelayanan yang bermutu dan mencapai produktivitas dengan efisien yang tinggi. Untuk mencapai hal tersebut rumah sakit harus mengimplementasikan praktik *good corporate governance* atau tata kelola perusahaan yang baik. Batasan tentang *corporate governance* di rumah sakit meliputi tiga area yaitu *non clinical area*, *financial management* dan *clinical governance*. Seperti yang disampaikan oleh Soeroso³, bahwa dari ketiga lingkup *corporate governance* yang khas dan berlaku di rumah sakit adalah *clinical governance*.

Rumah sakit sebagai institusi penuh dengan risiko mempunyai struktur risiko yang meliputi risiko perusahaan (*corporate risks*) dan risiko klinis (*clinical risks*). Penyebab risiko klinis yang mengakibatkan *adverse event* antara lain adalah asuhan di bawah standard, cedera pasien terkait dengan tindakan medis, dan kegagalan sistem atau peralatan. Rumah sakit merupakan institusi pelayanan yang penuh risiko pada hampir seluruh unit pelayanan. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit pelayanan rumah sakit yang sangat strategis dan menentukan hasil asuhan klinis pada pasien yang masuk ke rumah sakit serta merupakan unit pelayanan dengan tingkat risiko klinis yang tinggi.

Sebagai upaya meminimalkan risiko klinis perlu dilakukan analisis faktor kontribusi risiko klinis yang mempengaruhi terjadinya *adverse outcome* dalam suatu unit pelayanan. Sesuai pengamatan selama residensi di IGD RS "X" sampai saat ini belum dilakukan analisis untuk mengetahui faktor faktor kontribusi risiko klinis yang mempengaruhi terjadinya *adverse outcome* dalam pelayanan asuhan klinis.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif bersifat analitik deskriptif untuk mendapatkan gambaran tentang analisis faktor kontribusi risiko klinis yang mempengaruhi terjadinya *adverse outcome* pada pelayanan asuhan klinis di IGD agar dapat mengidentifikasi faktor faktor kontribusi risiko klinis yang secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi terjadinya *adverse outcome* pada pelayanan asuhan klinis.

Model analisis faktor kontribusi yang dipilih adalah pendekatan *Reason's organizational accident model* yang telah diadaptasi oleh Charles Vincent dan Sally Taylor-Adams menjadi *System Analysis of Clinical Incidents The London Protocol*. Metode analisis ini untuk mengetahui bagaimana suatu

kesalahan dapat terjadi, baik oleh faktor individu maupun konteks organisasi.⁴

Pemilihan informan berdasarkan *purposive* dan pengambilan informan berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Untuk mendapatkan data lebih lengkap akan dilakukan *snowball approach* yaitu menanyakan kepada informan siapa yang dapat memberikan informasi yang berkaitan dengan topik penelitian.

Informan wawancara mendalam untuk mendapatkan gambaran faktor kontribusi risiko klinis yang secara langsung diambil dari staf medis yang terlibat dalam pelayanan asuhan klinis pada kasus yang memenuhi kriteria *emergency department patient outcome criteria* dari Wolff, et al⁵. Informan wawancara mendalam untuk mendapatkan gambaran faktor kontribusi risiko klinis yang secara tidak langsung diambil dari para pimpinan puncak yaitu Direktur, Wakil Direktur Pelayanan, dan Kepala IGD, serta Pelaksana Staf Medis IGD.

Instrumen penelitian ini terdiri dari kriteria *emergency department patient outcome criteria* dari Wolff, et al⁵, *Framework* faktor kontribusi dari Vincent & Taylor-Adams⁶. Panduan wawancara mendalam dan catatan observasi. Pengumpulan data terdiri dari data primer sebagai hasil wawancara mendalam dan observasi partisipasi, dan data sekunder terdiri dari telaah dokumen.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini dari 144 laporan kejadian didapatkan 16 kasus yang memenuhi kriteria *emergency department adverse outcome criteria* dari Wolff, et al⁵, dan satu kasus yang menyatakan keluhan tertulis melalui bagian humas rumah sakit serta dua kasus yang menyatakan keluhannya melalui media massa cetak, sehingga jumlah kasus yang dilakukan penelitian sebanyak 19 kasus. Dari 16 kasus tersebut merupakan kasus *adverse outcome*. Sesuai dengan berbagai hasil studi yang telah dilaporkan bahwa kasus *near miss* merupakan fenomena gunung es, sehingga bila diteliti lebih lanjut dengan menggunakan sistem pelaporan insiden klinis (*clinical incident reporting system*) yang baku maka kasus *near miss* diyakini lebih banyak dari pada kasus *adverse outcome*.

Sesuai dengan hasil *Consensus Decision Making Group* untuk identifikasi *Care Delivery Problems* terhadap kronologi kejadian yang telah disusun maka ditetapkan *Care Delivery Problems* seperti pada Tabel 1.

Tabel 1. *Care Delivery Problems Adverse Outcome* pada RS. "X" Tahun 2006

No	Masalah Pelayanan Asuhan Klinis (CDP)	Jumlah	Persentase
1	Tindakan resusitasi jantung paru pada pasien gawat darurat medis dengan henti napas kurang memadai	3	15,79%
2	Tindakan venaseksi untuk jalur rehidrasi intravena pada pasien dengan dehidrasi berat dan syok kurang memadai	2	10,53%
3	Prosedur konsultasi pasien kebidanan dengan kegawatdaruratan medis disertai penurunan kesadaran belum jelas	1	5,26%
4	Tindakan <i>initial assesment</i> kurang memadai	2	10,53%
5	Aspirasi pada pasien sesak napas karena diberi minum oleh keluarganya	1	5,26%
6	Tindakan observasi intensif pasien gawat darurat medis di IGD kurang memadai	6	31,58%
7	Sistem rujukan antar rumah sakit kurang memadai	1	5,26%
8	Penjelasan (<i>informed</i>) staf medis pada pasien saat pasien akan dilakukan rujukan diagnostik maupun saat akan dipulangkan kurang memadai	2	10,53%
9	Tindakan triase pasien IGD kurang memadai	1	5,26%
Total		19	100,00%

Sesuai pedoman *framework* faktor kontribusi dari Vincent C, Taylor-Adams⁶, analisis faktor kontribusi yang secara langsung mempengaruhi suatu masalah asuhan klinis terdiri dari lima tipe faktor yaitu:

1. Faktor Pasien

Hasil analisis faktor kontribusi pasien pada penelitian dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Analisis Berdasarkan Faktor Kontribusi Pasien Pada RS. "X" Tahun 2006

No	Tipe	Faktor Kontribusi	Jumlah	Persentase
I Pasien				
1		Kondisi pasien gawat darurat medis dengan <i>impending</i> gagal napas (<i>life threatening</i>)	8	11,27%
2		Kondisi pasien gawat darurat medis berpotensi mengancam nyawa (<i>potentially life threatening</i>)	7	9,86%
3		Keluarga pasien tidak mengikuti instruksi staf medis	1	1,41%
4		Ada hambatan komunikasi antara staf medis dan keluarga pasien	2	2,82%

Sesuai hasil penelitian ini, faktor kontribusi kondisi pasien yang datang ke IGD sudah terancam nyawanya atau berpotensi terancam nyawanya cukup besar yaitu 21,13%. Hal ini disebabkan karena RS "X" merupakan rumah sakit rujukan, sehingga banyak pasien dengan kondisi serius dan kompleks

yang tidak dapat ditangani oleh rumah sakit lain dan Puskesmas dirujuk ke RS "X".

Sesuai dengan pendapat Sampurna² bahwa suatu kejadian dikatakan bukan *adverse event* adalah bila insiden klinis bukan disebabkan karena manajemen medik tetapi karena perjalanan penyakitnya, maka pada penelitian ini paling tidak terdapat faktor kontribusi kondisi pasien sebesar 21,13% sebagai bagian dari perjalanan penyakit untuk terjadinya suatu *adverse outcome*.

Terdapat faktor kontribusi keluarga pasien yang tidak mematuhi instruksi staf medis IGD yaitu 1 (1,41%), sehingga mengakibatkan kondisi pasien terancam nyawanya dan sangat mempengaruhi hasil akhir pelayanan asuhan klinis. Sesuai Buku Asuhan Keperawatan sebagai fungsi edukasi pasien atau keluarga pasien selama perawatan diperlakukan sebagai mitra perawatan agar sejak awal diperkenalkan masalah kesehatan yang diderita pasien dan suatu saat dapat mandiri dalam perawatan kesehatannya.

Pada penelitian ini, terdapat 2 (2,82%) faktor kontribusi terjadinya masalah pelayanan asuhan klinis yaitu adanya hambatan komunikasi antara pasien atau keluarga pasien dengan Staf IGD. Menurut Staf IGD hambatan komunikasi antara pasien atau keluarga pasien dengan Staf IGD diakibatkan adanya perbedaan pemahaman kondisi pasien dan pemahaman sistem rujukan medis di rumah sakit, walaupun telah dijelaskan oleh Staf IGD.

2. Faktor Prosedur Tugas

Hasil analisis faktor kontribusi prosedur tugas pada penelitian dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil Analisis Berdasarkan Faktor Kontribusi Tugas Pada RS. "X" Tahun 2006

No	Tipe Tugas	Faktor Kontribusi	Jumlah	Persentase
1	Protokol observasi intensif di IGD belum tersedia		6	8,45%
2	Protokol atau SOP tindakan venaseksi belum tersedia di IGD		2	2,82%
3	Prosedur Konsultasi kasus yang memerlukan penanganan dua atau lebih dokter konsulen / spesialis kurang jelas dan tidak spesifik		1	1,41%
4	Prosedur registrasi pasien IGD kurang memadai		1	1,41%

Terdapat 10 (14,8%) kasus yang berkaitan dengan Standard Prosedur Operasional (SOP), yang meliputi SOP observasi pasien yang memerlukan perawatan intensif dan SOP tindakan venaseksi belum tersedia di IGD, sedangkan SOP konsultasi pasien yang memerlukan 2 dokter konsulen dan SOP registrasi pasien IGD masih perlu disempurnakan karena masih ada kesulitan pada implementasinya oleh Staf Medis IGD.

Menurut Instrumen Akreditasi Komisi Akreditasi RS dan Sarana Kesehatan lainnya,⁷ yang dimaksud standard operasional prosedur pelayanan medis adalah standard profesi berupa pedoman, skema pengambilan keputusan, prosedur kerja yang diberlakukan oleh pimpinan rumah sakit, sehingga tiap-tiap tindakan atau asuhan klinis harus mempunyai standar operasional prosedur.

Standard pelayanan asuhan klinis di IGD RS "X" ditetapkan oleh direktur berdasarkan dokumen Pedoman Pelayanan Pasien Gawat Darurat yang dikeluarkan oleh Departemen kesehatan RI, buku manual pelatihan Penanggulangan Pasien Gawat Darurat (PPGD), *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* dan *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)* dan standard pelayanan medik yang diterbitkan oleh organisasi profesi yang disesuaikan dengan kondisi yang ada di RS "X".

Standard operating procedure di tiap rumah sakit dapat berbeda-beda. Hal ini disebabkan sampai saat ini belum diterbitkan standar pelayanan medik oleh penentu kebijakan otoritas pemerintah. Standard pelayanan medik yang masih beragam di berbagai rumah sakit akan menyulitkan pada saat terjadinya tuntutan dugaan malpraktik karena belum tersedianya standard pelayanan medik yang diterbitkan oleh penentu kebijakan otoritas pemerintah sebagai pedoman untuk analisisnya.

3. Faktor Individu

Hasil analisis faktor kontribusi individu pada penelitian dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Hasil Analisis Berdasarkan Faktor Kontribusi Individu Pada RS. "X" Tahun 2006

No	Tipe Individu	Faktor Kontribusi	Jumlah	Persentase
1	Keterampilan staf melakukan manajemen jalan napas pada saat tindakan resusitasi kurang memadai		7	9,86%
2	Keterampilan staf melakukan tindakan venaseksi kurang memadai		2	2,82%
3	Keterampilan staf dalam melakukan initial assesment pada penderita gawat darurat kurang memadai		2	2,82%
4	Keterampilan triase staf kurang memadai		1	1,41%

Sesuai hasil penelitian, ada 7 kasus (9,86%) dengan penanganan tindakan resusitasi yang kurang memadai, terutama penanganan manajemen jalan napas pada saat tindakan resusitasi. Menurut manual ATLS dari *American College of Surgeon Committee on Trauma* dan standar pelayanan profesi dokter spesialis bedah umum Indonesia, penanganan pasien dengan cedera kepala berat dan pengukuran *Glasgow Coma Scale* di bawah 7 sebaiknya dilakukan pemasangan *Endotracheal Tube (ETT)* dalam manajemen jalan napasnya. Terdapat 2 (2,82%) kasus yang membutuhkan tindakan venaseksi sebagai jalur intravena untuk rehidrasi pasien dehidrasi berat dengan syok.

Ada 2 (2,82%) kasus yang sejak awal memerlukan *initial assesment* yang memadai, tetapi pada penelitian ini didapatkan tindakan *initial assesment* kurang memadai. Terdapat 1 (1,41%) faktor keterampilan tindakan triase Staf IGD yang mempengaruhi masalah pelayanan asuhan klinis. Tindakan *triase* merupakan tindakan untuk memilah pasien berdasarkan kondisi kegawatdaruratan medis pasien, sehingga pasien yang *true emergency* akan mendapatkan penanggulangan gawat darurat medis secara memadai.

Sesuai data ketenagaan IGD, staf medis IGD telah memiliki kompetensi untuk melaksanakan tugas di IGD. Semua dokter IGD telah memiliki sertifikasi ATLS.

4. Faktor Kerja Sama Tim

Hasil analisis faktor kontribusi kerja sama tim pada penelitian dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Hasil Analisis Berdasarkan Faktor Kontribusi Kerja Sama Tim Pada RS. "X" Tahun 2006

No	Tipe	Faktor Kontribusi	Jumlah	Persentase
IV	Kerja Sama Tim			
1		Supervisi atasan langsung kurang memadai	7	9,86%
2		Instruksi tertulis tidak lengkap	6	8,45%
3		Komunikasi antar dokter konsulen yang menangani pasien yang sama kurang memadai	1	1,41%
4		Komunikasi lisan antara staf IGD dengan keluarga pasien kurang memadai	2	2,82%
5		Komunikasi lisan antar staf rumah sakit kurang memadai	1	1,41%
7		Komunikasi antar staf IGD kurang memadai	1	1,41%

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 7 (9,86%) supervisi yang kurang memadai. Bila supervisi kurang memadai maka fungsi *monitoring* dan evaluasi suatu pelaksanaan tugas kurang efektif sehingga suatu pelaksanaan tugas yang menyimpang dari suatu standar dapat terulang kembali di kemudian hari. Berdasarkan hasil penelitian ada 6 (8,45%), instruksi tertulis tidak lengkap sehingga sebagai media komunikasi tertulis antar staf medis, penulisan suatu instruksi tertulis dengan lengkap di rekam medis akan mudah dilaksanakan atau tidak keliru diinterpretasikan oleh staf medis lainnya sebagai anggota tim pelayanan asuhan klinis.

Terdapat 1 (1,41%) komunikasi yang kurang memadai antar profesi dokter spesialis dalam menangani pasien, sehingga staf medis IGD kesulitan atau ketidakjelasan dokter spesialis yang menjadi master atau ketua tim medis dalam penanganan suatu pasien yang memerlukan dua atau lebih dokter spesialis.

5. Faktor Lingkungan Kerja

Hasil analisis faktor kontribusi lingkungan kerja pada penelitian dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel 6. Hasil Analisis Berdasarkan Faktor Kontribusi Lingkungan Kerja Pada RS. "X" Tahun 2006

No	Tipe	Faktor Kontribusi	Jumlah	Persentase
V	Lingkungan Kerja			
1		Beban kerja menangani pasien lebih dari satu pasien pada saat bersamaan	8	11,27%
2		Peralatan untuk observasi intensif di IGD kurang memadai	5	7,04%

Sebelum memperhitungkan beban kerja perlu ditetapkan beberapa asumsi antara lain proporsi jumlah pasien pada tahun proyeksi menurut data jumlah pasien IGD yang telah dilayani selama lima tahun terakhir, juga berdasarkan kasus-kasus yang mulai ada dan diperkirakan berkembang pada masa mendatang.

Standard peralatan medik yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan tidak spesifik untuk IGD tetapi didasarkan pada jenis spesialisasi dan kategori minimal dan optimal. Pada dokumen pokok-pokok pedoman arsitektur medik rumah sakit umum dijelaskan bahwa konsep dasar IGD harus mempertimbangkan letaknya peralatan medik dan pengaturan alur staf medis.

6. Faktor Organisasi dan Manajemen

Cakupan risiko di rumah sakit terdiri dari dua hal yaitu *corporate risks* dan *clinical risks*, paparan risiko ini berpotensi merugikan organisasi rumah sakit pada berbagai aspek antara lain aspek finansial, aspek legal, dan aspek reputasi. Pengorganisasian secara formal manajemen risiko klinis belum secara formal dibentuk, tetapi secara informal sudah ada struktur organisasi rumah sakit yang mengelola risiko klinis walaupun belum terintegrasi dalam satu manajemen risiko.

7. Faktor Institusional

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar informan memberi jawaban bahwa Undang-Undang No.9/2004 tentang praktik kedokteran merupakan regulasi yang sangat mempengaruhi praktik pelayanan asuhan klinis. Pada saat ini tengah disusun rancangan undang-undang perumahsakit yang akan mengatur penyelenggaraan rumah sakit secara paripurna dan terpadu karena selama ini penyelenggaraan rumah sakit diatur dalam beberapa peraturan yang belum mengatur secara menyeluruh.

Hak pasien terdiri dari dua hak utama yaitu *the rights to health care* dan *the rights to self determination*. *The World Medical Association* pada tahun 1991 mengeluarkan *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient* yaitu hak memilih dokter secara bebas, hak dirawat oleh dokter yang bebas dalam membuat keputusan klinis dan etis, hak untuk menerima atau menolak pengobatan setelah menerima informasi yang adekuat, hak untuk dihormati kerahasiaan dirinya, hak untuk meninggal secara bermartabat, dan hak untuk menerima atau menolak dukungan spiritual atau moral.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Faktor kontribusi risiko klinis yang cukup besar secara langsung mempengaruhi terjadinya *adverse outcome* yaitu:

1. Faktor pasien meliputi kondisi pasien yang sudah serius dan mengancam nyawa, hal ini berkaitan dengan fungsi RS "X" sebagai rumah sakit rujukan,
2. Faktor kerja sama tim antara lain supervisi atasan langsung sebagai fungsi monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas masih kurang memadai dan komunikasi yang belum efektif.
3. Faktor lingkungan kerja meliputi beban kerja staf medis saat bertugas di IGD dan peralatan medis untuk observasi intensif pasien kurang memadai, khususnya peralatan bantuan hidup lanjut dan pemantauan kondisi pasien sebelum dilakukan alih rawat ke ruangan intensif.
4. Faktor individu meliputi masih kurang memadainya keterampilan staf medis melakukan manajemen jalan napas pada saat resusitasi, tindakan venaseksi, tindakan initial assesment, dan melakukan triase.
5. Faktor tugas atau prosedur kerja yang berkontribusi terjadinya *adverse outcome* antara lain belum tersedianya protokol atau SOP tindakan venaseksi, protokol atau SOP observasi intensif, dan SOP yang implementasinya kurang memadai yaitu SOP konsultasi kasus yang memerlukan penanganan dua atau lebih dokter konsulen dan SOP registrasi pasien.

Faktor yang mempengaruhi secara tidak langsung masalah pelayanan asuhan klinis di IGD antara lain:

1. Faktor organisasi dan manajemen antara lain manajemen RS "X" secara informal telah mempunyai komitmen untuk mengelola risiko di rumah sakit, ini dapat dilihat dalam dokumen statuta, rencana strategis dan kebijakan serta prosedur. Pengorganisasian secara formal manajemen risiko klinis belum secara formal dibentuk, tetapi secara informal sudah ada struktur organisasi rumah sakit.

2. Faktor konteks konstitusional yang meliputi aspek regulasi medikolegal, antara lain Undang-Undang No.9/2004 tentang Praktik Kedokteran, terutama yang berkaitan dengan pembatasan tempat izin praktik, adanya sanksi pidana bagi yang melanggar.

Saran

Saran yang disampaikan bagi rumah sakit untuk meningkatkan upaya keselamatan pasien (*patient safety*) pada tingkat rumah sakit dengan mengelola risiko klinis secara formal, meningkatkan upaya keselamatan pasien, mengembangkan sistem pelaporan insiden klinis dan meningkatkan kapasitas pelayanan IGD dengan melakukan kegiatan pelatihan resusitasi, *triase*, tindakan venaseksi dan *initial assesment*.

KEPUSTAKAAN

1. Herkutanto. Risiko Medis, Adverse Event, Error dan Kelalaian Medis, Pelatihan Manajemen Risiko Klinik, PDFI, Jakarta. 2005.
2. Sampurna, B. Bioetik dan Hukum Kedokteran, Sebuah Pengantar, Diktat Kuliah Program Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit, PS KARS FKM Universitas Indonesia, Jakarta. 2005.
3. Soeroso, M. Clinical Governance, Volume 04 September – Desember 2003, Jurnal PERSI, Jakarta. 1989.
4. Vincent C, Understanding and Responding to Adverse Events, The New England Journal of Medicine, London. 2003.
5. Wolff, et al. Detecting and Reducing Hospital Adverse Events: Outcome of the Wimmera Clinical Riak Management Program, eMJA, <http://www.mja.com.au>. 2001.
6. Vincent, C., Taylor-Adams. System Analysis of Clinical Incidents the London Protocol, Clinical Safety Research Unit, Imperial College, London. 2004.
7. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman Survey Akreditasi, Instrumen 5 Pelayanan Versi 2002, Direktorat Jenderal Pelayanan Medis dan Komisi Akreditasi RS dan Sarana Kesehatan lainnya (KARS), Jakarta. 2002.