

MEDICAL ERROR DAN PERILAKU KLINIS PETUGAS KESEHATAN DALAM PENATALAKSANAAN MALARIA DI RSU GUNUNG SITOLI NIAS

MEDICAL ERROR AND CLINICAL BEHAVIOUR OF HEALTH STAFF
ON MALARIA CASE MANAGEMENT AT GUNUNGSITOLI HOSPITAL, DISTRICT OF NIAS

Oktavianus Hulu¹, Contesa Prihatin Familynard Maruhawa¹,
Ari Probandari², Adi Utarini³, Soesanto Tjokrosonto⁴

¹Rumah Sakit Umum Gunung Sitoli, Nias,

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK Universitas Sebelas Maret Surakarta,

³Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta,

⁴Bagian Parasitologi, FK UGM, Yogyakarta.

ABSTRACT

Background: Malaria is a major health problem in Nias. In recent, resistance to Chloroquin has occurred in Nias. One of the potential factors is provider behaviour in diagnosing and treating malaria cases. In Nias district hospital, malaria is one of the ten most frequent diseases. This hospital functions as referral for 18 health centres in the area.

Objective: This study focused on malaria case management and aimed to: (1) describe occurrence of diagnostic and treatment errors; (2) describe occurrence of error of omission and error of commission; (3) to explore provider behaviour in managing the disease; and (4) identify predisposing, enabling, and enforcing factors to medical errors.

Method: A combination of quantitative and qualitative research was applied in this study. One hundred forty six (146) blood slides available in May 2007 were re-examined in Universitas Gadjah Mada (UGM) laboratory to measure diagnostic agreement. In addition, all medical record of malaria cases were used to identify diagnosis and treatment errors. Interviews were carried out with general practitioners, specialists, laboratory staff and nurses who dealt with malaria case management.

Result: Kappa index was low (0.04). Among all patients diagnosed or treated as malaria (n=92), the occurrence of medical error was 1.87 per patient. Among these, this study identified 98 diagnostic errors, consisting of 16 cases of error of omission (17.39%) and 82 cases of error of commission (89.13%). Treatment errors occurred in 92 cases, i.e. 19 cases of error of omission (20.65%) and 73 cases of error of commission (79.35%). Provider behaviour contributed to medical errors. The behaviour was supported by lack of training on malaria for the hospital staff, absence of standard operational procedure in managing malaria cases, incompetent laboratory staff and lack of reward for good performance.

Conclusion: The occurrence of medical error in case management of malaria was high. Improvements in clinical quality should be prioritized, taken into account the underlying factors.

Keywords: medical errors, malaria case management, hospital, Nias

ABSTRAK

Latar Belakang: Malaria masih merupakan masalah kesehatan masyarakat utama di Kabupaten Nias. Bahkan, pada saat ini telah terjadi kasus resistensi pengobatan malaria di Pulau Nias.

Salah satu penyebab kejadian resistensi adalah karena perilaku petugas kesehatan dalam penatalaksanaan kasus malaria. Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunung Sitoli Nias, malaria termasuk dalam 10 besar penyakit pada tahun 2005-2006. RSUD Nias merupakan satu-satunya rumah sakit dan menjadi rujukan bagi 18 Puskesmas di wilayah tersebut.

Tujuan: Penelitian ini berfokus pada penatalaksanaan klinis malaria dan bertujuan untuk: (1) mengukur kejadian *diagnostic* dan *treatment errors*, (2) mengukur kejadian *error of omission* dan *error of commission*; (3) mengeksplorasi perilaku klinis petugas kesehatan; dan (4) mengidentifikasi faktor predisposisi, pendukung dan penguat perilaku klinis petugas kesehatan.

Metode: Studi ini menerapkan kombinasi penelitian kuantitatif dan kualitatif. Seratus empat puluh enam (146) sediaan darah pada bulan Mei (2007) diperiksa kembali oleh laboratorium di Universitas Gadjah Mada (UGM) untuk mengukur kesepakatan diagnosis Kappa. Seluruh rekam medik pasien yang diduga menderita malaria juga digunakan untuk mengetahui kejadian kesalahan diagnosis dan terapi. Untuk penelitian kualitatif, dilakukan wawancara terhadap dokter umum, dokter spesialis, petugas laboratorium dan perawat yang menangani kasus malaria. Data kualitatif dikumpulkan dengan cara observasi dan wawancara mendalam.

Hasil: Uji kesepakatan Kappa menunjukkan nilai kesepakatan diagnosis yang lemah (koefisien Kappa 0,04). Kejadian kesalahan medis pada penatalaksanaan malaria sebesar 1,87 kali per pasien. Studi ini menemukan 98 kejadian kesalahan diagnosis, terdiri dari 16 kejadian *error of omission* (17,39%) dan 82 *error of commission* (89,13%). Selain itu, terdapat 92 kejadian kesalahan terapi, terdiri atas 19 kejadian *error of omission* (20,65%) dan 73 kejadian *error of commission* (79,35%). Perilaku klinis petugas berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan medik. Faktor yang mempengaruhi perilaku klinis tersebut adalah tidak adanya pelatihan bagi petugas rumah sakit, belum tersusunnya standar operasional prosedur, rendahnya kompetensi petugas laboratorium serta tidak adanya penghargaan atas kinerja klinis yang tinggi.

Kesimpulan: Studi ini menemukan tingginya kejadian kesalahan medis pada penatalaksanaan kasus malaria. Peningkatan mutu klinis penatalaksanaan malaria perlu diprioritaskan, dengan mempertimbangkan faktor yang mempengaruhi perilaku klinis petugas.

Kata kunci: *medical errors*, penatalaksanaan malaria, rumah sakit, Nias

PENGANTAR

Malaria merupakan penyakit endemik di 109 negara di dunia dengan jumlah kasus sebesar 247 juta di antara 3,3 milyar populasi berisiko malaria pada tahun 2006¹. Malaria menjadi penyebab kematian pada kelompok risiko tinggi, yaitu bayi, anak balita, ibu hamil dan secara langsung dapat menurunkan produktivitas kerja.² Di Indonesia, insidensi kasus malaria pada tahun 2005 sebesar 4,02 per 1000 populasi, dengan insidensi tertinggi di Indonesia bagian timur.³ Di Kabupaten Nias, kasus malaria menempati urutan pertama sepuluh besar penyakit, dengan jumlah kasus sebanyak 23.237 (34,45%)⁴ sedangkan di RSUD Gunung Sitoli Nias, terdapat 1.189 kasus malaria pada tahun yang sama.

Selain tingginya beban kasus, masalah yang lain adalah ditemukannya kasus resistensi terhadap obat anti malaria klorokuin di sebagian besar daerah endemik malaria, termasuk di Pulau Nias.^{5,6} Kejadian resistensi dapat terjadi karena ketidaktepatan dalam penatalaksanaan kasus malaria, termasuk pula penanganannya di rumah sakit. Kesalahan dalam penatalaksanaan malaria dapat dikatakan sebagai kesalahan medis (*medical error*) jika dalam proses asuhan medisnya terdapat kejadian yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera (*harm*) pada pasien. Terdapat dua jenis kesalahan medis, yaitu kegagalan dalam melaksanakan suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya (*error of commission*) dan tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (*error of omission*).⁷ Keduanya dapat terjadi pada kesalahan diagnosis maupun terapi.

Penelitian sebelumnya yang mengkaji masalah *medical error* di Indonesia masih terbatas. Data tentang angka kejadian *medical error* secara nasional belum tersedia, termasuk pada penyakit yang mempunyai prioritas kesehatan masyarakat yang tinggi seperti halnya malaria. Sebagian besar kasus *medical error* teridentifikasi karena menjadi masalah hukum akibat adanya tuntutan dari pasien.⁸

Penelitian ini memfokuskan pada penatalaksanaan klinis malaria di rumah sakit dan bertujuan untuk: (1) mengukur kejadian kesalahan diagnosis dan terapi, (2) mengukur kejadian *error of omission* dan *error of commission*; (3) mengeksplorasi perilaku klinis petugas kesehatan yang terkait; dan (4) mengidentifikasi faktor *predisposing*, *enabling* dan *reinforcing* terhadap perilaku klinis petugas dalam penatalaksanaan kasus malaria.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

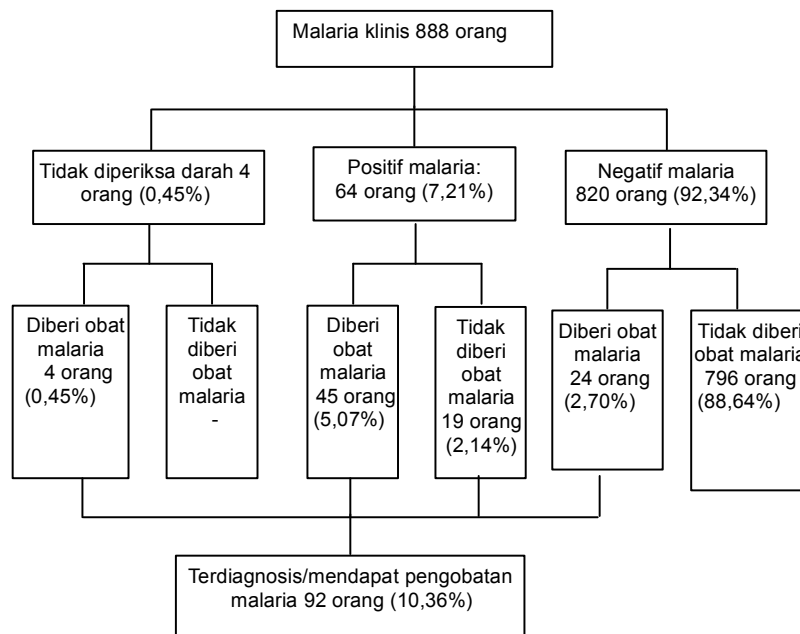
Jenis penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional survey* untuk mengukur kejadian kesalahan medik, disertai dengan penelitian kualitatif mengenai perilaku klinis petugas kesehatan sebagai pendukung. Populasi penelitian adalah semua pasien yang terdiagnosis malaria klinis pada bulan Mei 2007 (n=888 orang). *Diagnostic errors* ditemukan berdasarkan pemeriksaan sediaan darah malaria, dibedakan menjadi *errors of omission* apabila tidak dilakukan pemeriksaan tersebut dan *errors of commission* apabila tidak ada kesepakatan hasil pembacaan *slidenya* antara Laboratorium RSUD Gunung Sitoli dengan Laboratorium Parasitologi Fakultas Kedokteran UGM (FK-UGM) sebagai *gold-standard*. *Treatment errors* diidentifikasi atas dasar penggunaan antimalaria, yaitu tidak diberikan antimalaria (*errors of omission*) dan diberikan antimalaria secara tidak tepat jenis obat, frekuensi, dosis, waktu pemberian, dan lama pemberiannya menggunakan standar Departemen Kesehatan tahun 2006 (*errors of commission*). Data tentang *treatment error* diperoleh dari rekam medik.

Penelitian kualitatif digunakan sebagai pendukung untuk memahami perilaku klinis petugas kesehatan dalam penanganan malaria dan faktor yang mempengaruhinya. Faktor tersebut dibedakan menjadi faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Faktor predisposisi adalah faktor yang dapat memungkinkan terjadinya perilaku tenaga kesehatan, misalnya pendidikan, pengetahuan dan sikap, kepercayaan, tradisi, terhadap sesuatu yang dilakukan. Faktor pemungkin adalah faktor yang dapat memfasilitasi perilaku, misalnya tersedianya fasilitas, sarana atau prasarana. Faktor penguat adalah faktor yang mendorong atau memperkuat perilaku tersebut, misalnya supervisi disertai pemberian umpan balik serta pemberian penghargaan atas kinerja tertentu. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi pada saat dokter memberikan pelayanan kepada pasien malaria, wawancara mendalam kepada 3 dokter umum, 2 dokter spesialis dan 1 petugas laboratorium, serta 1 Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) dengan kelompok perawat. Data dianalisis dengan *thematic content analysis*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Diagnostic error

Dari 92 pasien yang didiagnosis atau mendapatkan pengobatan malaria, *diagnostic error of omission* dalam penelitian ini terjadi pada 16



Gambar 1. Hasil pemeriksaan laboratorium dan pengobatan malaria di RSU Gunung Sitoli

kasus (17,39%), terdiri dari tanpa pemeriksaan sediaan darah malaria (4 kasus) dan mendapatkan pengobatan malaria sebelum dilakukan pemeriksaan sediaan darah malaria (12 kasus) (Gambar 1). *Diagnostic error of commission* dalam penelitian ini adalah pasien yang dilakukan pemeriksaan darah malaria dengan pembacaan yang tidak sepakat (82 kasus atau 89,13%). Kejadian ini lebih tinggi dari pada kejadian *diagnostic error of omission*.

Hasil uji kesepakatan antara laboratorium RSU Gunungsitoli dengan Bagian Parasitologi FK-UGM menunjukkan nilai kesepakatan yang lemah (indeks *Kappa* 0,04) (Tabel 1).

Tabel 1. Koefisien kesepakatan *Kappa Cohen* dalam pemeriksaan sediaan darah malaria antara laboratorium RSU Gunungsitoli dengan bagian Parasitologi FK-UGM (Mei 2007)

| Hasil pemeriksaan malaria di laboratorium RS | Hasil pemeriksaan di Laboratorium FK-UGM | | Jumlah |
|--|--|-----|--------|
| | (+) | (-) | |
| (+) | 64 | 0 | 64 |
| (-) | 82 | 146 | 228 |
| Jumlah | 146 | 146 | 292 |

Keterangan: Po: (64/146)/292 atau 0,72; Pe: (32+114)/292 atau 0,5; *Kappa*: (0,72-0,5)/(1-0,5) atau 0,04

Treatment error

Kejadian *treatment error* diidentifikasi pada 92 kasus. Diidentifikasi sebanyak 19 kasus (20,65%) dengan *errors of omission* serta 73 kasus (79,35%) yang

diberi pengobatan malaria secara tidak tepat (*errors of commission*). Dengan demikian, total kejadian *medical errors* pada penatalaksanaan malaria di rumah sakit Gunung Sitoli Nias adalah 1,87 per pasien malaria (172/92). Hal ini berarti setiap pasien dapat mengalami hampir 2 kejadian *medical errors*.

Perilaku petugas kesehatan yang terkait dengan kesalahan medik

Sesuai dengan temuan penelitian di atas, hasil penelitian kualitatif menggambarkan bahwa sebagian dokter tidak melakukan pemeriksaan laboratorium pada pasien dengan malaria klinis. Dalam hal pengobatan pasien malaria, dokter yang telah bekerja lebih dari 5 tahun cenderung memberikan obat malaria tanpa didasarkan oleh hasil pemeriksaan laboratorium. Sebagai ilustrasi,

”...Walaupun hasil labnya negatif, tapi kalau klinisnya sudah yakin, ya tetap kita kasih obat malaria” (Wawancara, R5).

Fenomena yang sebaliknya pun terjadi. Terdapat dokter yang tidak memberikan obat malaria atau hanya memberikan antibiotika kepada pasien meskipun hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan positif malaria.

”Kalau saya ya, mau positif atau negatif hasil labnya itu, saya nggak kasih obat malaria. Saya cuma kasih antibiotik, sembuh koq...” (Wawancara, R4).

Selain keputusan terapi yang tidak berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, didapatkan pula variasi pola pengobatan pada kasus malaria yang disebabkan oleh *P. Vivax* yang merupakan kasus yang paling banyak ditemukan. Variasi yang dijumpai adalah pemberian klorokuin tanpa primakuin dan kombinasi antimalaria dan antibiotika.

Faktor yang mempengaruhi perilaku terkait kesalahan medik dalam penanganan malaria

Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Penelitian ini menemukan beberapa faktor predisposisi dalam perilaku klinis petugas kesehatan yang terkait dengan *diagnostic error of omission*. Faktor tersebut adalah: (1) perasaan khawatir pada petugas apabila pasien mengalami kejang pada saat pengambilan darah, (2) keraguan dokter dan perawat atas kemampuan petugas laboratorium dalam memeriksa sediaan darah malaria dan (3) persepsi bahwa gejala malaria yang khas jarang ditemukan pada pasien rumah sakit karena masyarakat telah melakukan pengobatan sendiri sebelumnya. Obat-obat malaria juga dapat diperoleh dengan mudah oleh masyarakat.

"Memang di Nias ini saya lihat karena mungkin sudah terlalu banyak penyakit malaria, sehingga masyarakat sudah pintar, sudah pintar melakukan [pengobatan] secara sendiri-sendiri sehingga banyak gejala-gejalanya yang kami jumpai sudah tidak khas lagi di RS." (Wawancara, R1)

Dialog berikut ini diperoleh dari observasi dokter dalam memberikan pelayanan kepada pasien malaria.

Dokter: "Dari hasil lab bapak ternyata bapak malaria. Apa bapak pernah demam beberapa hari yang lalu?"

Pasien: "Iya, dok. Kira-kira seminggu yang lalu saya demam, tapi tidak demam sekali, kadang-kadang menggigil. Lalu saya minum resochin."

Dokter: "Kok minum resochin, pak? Kenapa? Berapa hari bapak minum resochinnya?" (dengan pandangan heran).

Pasien: "Hanya 2 tablet, dok. Waktu saya demam dan menggigil itu saya pikir saya pasti kena malaria, makanya saya minum saja resochin."

Dokter: "Bapak tau darimana resochin itu obat untuk malaria?"

Pasien: "Ya sudah biasa di sini, dok. Rata-rata orang di sini sudah tahu kalau resochin itu obat malaria."

Dokter: "Bapak dapat darimana resochinnya?"

Pasien: "Saya beli di warung dekat rumah, dok."

Sedangkan *error of commission* dalam mendiagnosis malaria cenderung terjadi dengan faktor predisposisi antara lain ketidaksesuaian kompetensi petugas laboratorium malaria dan petugas laboratorium tidak pernah mengikuti pelatihan. Di RSUD Nias, pemeriksaan sediaan darah malaria dilakukan oleh seorang petugas yang bukan analis laboratorium, meskipun telah bekerja lebih dari 18 tahun dalam pemeriksaan malaria. Rumah Sakit (RS) sebenarnya memiliki tenaga analis laboratorium, tetapi tidak dimanfaatkan untuk pemeriksaan malaria. Meskipun petugas laboratorium malaria di RS ini mempunyai masa kerja yang lama, akan tetapi para dokter mempunyai pengalaman yang meragukan kompetensi petugas laboratorium tersebut. Dalam DKT, perawat juga menyatakan bahwa terdapat sebagian dokter yang tidak memberikan obat malaria karena meragukan hasil laboratorium pemeriksaan malaria:

"... dokter kami selama ini sudah koordinasi [untuk] tidak dikasih obat malaria. [Kenapa?] Dia ragu-ragu pemeriksaan malaria di labor [laboratorium]" (DKT Perawat).

Hasil yang sama juga diperoleh dari hasil triangulasi, yaitu dengan wawancara baik pada dokter maupun perawat.

". . . Ada juga itu pasien, hari ini saya suruh periksa darah hasilnya positif, besok paginya saya suruh ulang periksa lagi, eh negatif. Padahal nggak ada saya kasih obat apapun. Makanya, kalau sudah begitu saya jadi kurang ya kurang yakinlah dengan hasil lab itu. Ntah bagaimana mereka periksa." (Wawancara, R4)

Faktor predisposisi terjadinya perilaku yang mendukung *treatment error* adalah tidak adanya informasi terkini tentang penyakit malaria bagi para dokter, contohnya dalam masalah resistensi obat malaria. Dokter cenderung meragukan bahwa masalah resistensi terhadap obat malaria sudah terjadi di Nias. Menurut mereka masalah resistensi obat malaria di Nias masih merupakan dugaan yang harus dibuktikan dan diteliti lebih lanjut. Pengetahuan tentang penyakit malaria diperoleh petugas kesehatan melalui buku-buku yang dipelajari selama pendidikan dan berdasarkan pengalaman pribadi selama menangani penderita malaria. Seluruh responden menyatakan sama sekali belum pernah mengikuti pelatihan malaria.

Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor pemungkin terjadinya *diagnostic error* adalah tidak ada staf laboratorium yang bertugas pada *shift* malam hari, sehingga tidak dapat melakukan pemeriksaan laboratorium pada malam hari meskipun sebenarnya dibutuhkan. Selain itu, belum tersusunnya Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam penanganan malaria di RSUD Nias merupakan faktor pemungkin lainnya untuk terjadi *diagnostic* dan *treatment error*.

Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Perilaku dokter yang tidak melakukan diagnosis dengan dasar hasil pemeriksaan laboratorium atau memberikan pengobatan tanpa memperhitungkan hasil pemeriksaan laboratorium diperkuat dengan tidak adanya suatu mekanisme evaluasi kinerja dan penghargaan. Kesempatan untuk memperoleh pelatihan pun sangat kecil seperti halnya ungkapan dokter berikut ini:

“Saya lihat sangat terbatas bu untuk saya bisa ikut pelatihan di tempat ini” (Wawancara, R1).

Pihak manajemen RS dipandang kurang memberikan perhatian kepada petugas kesehatannya. Responden sangat mengharapkan agar pihak RS Gunungsitoli dapat memperhatikan kualitas sumber daya manusianya, baik melalui kesempatan untuk mengikuti pelatihan ataupun kesempatan untuk menempuh pendidikan. Selain itu, terjadi kurang koordinasi antara pihak RS dan Dinas Kesehatan dalam hal pelatihan malaria bagi staf di RS. Para responden sangat mengharapkan peran Dinas Kesehatan untuk melibatkan mereka dalam seminar atau pelatihan malaria. Ketika hal ini dikonfirmasi dengan Dinas Kesehatan setempat, terdapat berbagai pelatihan malaria yang telah diadakan di Kabupaten Nias, baik oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nias maupun bekerjasama dengan *Global Fund for AIDS, TB and Malaria* (GFATM). Namun demikian, tidak terdapat peserta yang berasal dari RS.

Pembahasan

Angka kejadian kesalahan medik yang ditemukan dalam penelitian ini cukup tinggi, yaitu lebih dari satu kesalahan per pasien. Selain itu, hasil uji kesepakatan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kecenderungan *underdiagnosis* kasus malaria, dengan angka 28% negatif palsu dari seluruh *slide* apusan darah yang diuji. *Treatment error* terutama terjadi karena ketidaktepatan pengobatan dalam hal jenis, dosis dan interval pengobatan.

Diagnostic error antara lain ditentukan oleh akurat tidaknya hasil pemeriksaan laboratorium. Keakuratan diagnosis malaria dapat dipengaruhi oleh (1) kualitas sampel darah dari tersangka malaria, (2) kualitas ruang pemeriksaan dan mikroskop serta (3) kemampuan petugas laboratorium dalam pembuatan dan pemeriksaan apusan darah malaria. Selama ini, pengambilan sediaan darah untuk pasien suspek malaria di RSUD Nias dilakukan tidak pada saat pasien malaria mengalami periode berkeringat pada akhir periode demam tetapi hanya mengacu pada kebiasaan waktu dinas. Padahal, diagnosis definitif demam malaria ditegakkan dengan ditemukannya parasit *plasmodium* dalam darah penderita. Selain itu, seharusnya dilakukan pemeriksaan serial dengan interval antar pemeriksaan satu hari karena pemeriksaan mikroskopis satu kali dengan hasil negatif tidak menyingkirkan diagnosis malaria. Agar pemeriksaan mikroskopis mempunyai nilai diagnostik yang tinggi (sensitivitas dan spesifisitas mencapai 100%) maka waktu pengambilan sampel harus tepat yaitu pada akhir periode demam memasuki periode berkeringat. Pada fase ini jumlah *trophozoite* dalam sirkulasi mencapai maksimal dan cukup matur sehingga memudahkan identifikasi spesies parasit.⁷

Angka 28% *false negative* yang ada dan ketidakpercayaan para klinisi terhadap hasil pemeriksaan laboratorium mengindikasikan perlunya peningkatan keterampilan petugas laboratorium dan sistem *monitoring* mutu laboratorium yang kontinyu dan sistematis.⁹ Suatu penelitian studi kasus di sebuah RS Tanzania menunjukkan adanya kecenderungan penurunan masalah *overdiagnosis* kasus malaria setelah dilakukan *external quality assurance*.¹⁰ Penerapan prosedur pembuatan dan pemeriksaan apusan darah lebih bermanfaat daripada peningkatan peralatan mikroskop. Perbaikan SOP diperkirakan menyumbang 72% penurunan *overdiagnosis error* dan dapat menurunkan biaya diagnosis dan pengobatan malaria, sedangkan peningkatan aspek peralatan mikroskopis hanya menyumbang 28% perbaikan.¹¹

Kesalahan pengobatan yang terjadi menggambarkan bahwa pengobatan malaria semata-mata diberikan atas dasar keinginan dan pengalaman dokter dan tidak ada *monitoring* pengobatan dengan pemeriksaan apusan darah. Pengambilan sediaan darah di RSUD Gunungsitoli biasanya dilakukan hanya sekali saja. Jika hasilnya negatif, tidak diperiksa ulang. Apabila hasilnya positif, maka akan dilakukan pengobatan. Dalam standar pengobatan nasional untuk penderita tersangka malaria yang dirawat

dinyatakan bahwa apabila pemeriksaan sediaan darah pertama negatif, perlu diperiksa ulang setiap 6 jam selama 3 hari berturut-turut. Apabila hasil pemeriksaan sediaan darah tebal selama 3 hari berturut-turut tidak menemukan parasit, maka diagnosis malaria dapat disingkirkan.¹² Selain itu, efikasi pengobatan pada malaria vivax harus dilakukan setelah 28 hari pengobatan, dengan melakukan pemeriksaan parasitologi.¹³ Namun, dalam penelitian ini didapatkan praktik yang tidak sesuai, yakni evaluasi pengobatan tidak dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium ulang, namun hanya mengacu pada berkurangnya keluhan pasien.

Penelitian ini juga memperkuat temuan adanya pemberian antibiotika yang tidak sesuai dengan indikasi pada pasien malaria. Penelitian sebelumnya oleh Utarini menyimpulkan adanya persepsian antibiotik pada 76,4% dari pasien malaria,¹⁴ Penggunaan antibiotik sebagai obat antimalaria diperkenankan jika antibiotik yang digunakan adalah doksisisiklin dengan anjuran dosis 1 kali per/hari selama 7 hari digabung dengan kina 3 kali per/hari selama 7 hari (dosis 10 mg/kg bb/hari). Selain doksisisiklin, tetrasiklin juga dapat digunakan sebagai obat antimalaria dengan anjuran dosis 250 mg 4 kali sehari selama 7 hari digabung dengan kina 3 kali sehari selama 7 hari (dosis 10 mg/kg bb). Baik doksisisiklin maupun tetrasiklin ini tidak dapat diberikan pada anak usia di bawah 8 tahun, ibu hamil dan menyusui dan hanya digunakan untuk malaria dengan *P. falciparum*.¹⁵ Apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar, maka hal ini bertentangan dengan Undang-Undang No.23/1992 tentang kesehatan pasal 53 ayat 2, menyatakan bahwa tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien, serta Undang-Undang Praktik Kedokteran pasal 51 (a) yang menyatakan bahwa dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional, serta kebutuhan medis pasien.¹⁶

Oleh karena itu, penyusunan SOP yang *evidence-based* sangat diperlukan untuk mendukung pelayanan medis yang aman bagi pasien dan tenaga kesehatan.¹⁷ Hal ini sesuai dengan konsep dasar *clinical governance* yang menyatakan bahwa dalam melakukan pelayanan pada pasien harus mempunyai ciri *accountable, continuous quality improvement, high quality standard of care*, memfasilitasi dan menciptakan lingkungan yang menjamin pelayanan kesehatan yang bermutu.^{18,19}

Selain itu, kesempatan untuk mengetahui informasi terkini dapat mendukung proses pengambilan keputusan klinik yang tepat. Informasi yang bersumber dari buku teks seringkali kurang memadai, sering keliru, bahkan menyesatkan.²⁰

Pelatihan kepada tenaga kesehatan agar dapat mendiagnosis dan menangani penderita malaria menjadi komponen yang sangat penting dalam menghindari kesalahan diagnosis. Pelatihan merupakan salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan keterampilan serta mengubah sikap dan perilaku dalam penanganan malaria.¹² Pelatihan dapat memacu penanganan kasus malaria secara bermutu berbasis bukti, tidak lagi berdasarkan pada pengalaman klinis.²¹ Penghargaan terhadap kinerja karyawan dapat meningkatkan rasa memiliki karyawan terhadap suatu organisasi, menimbulkan perasaan betapa pentingnya karyawan tersebut bagi organisasi yang akhirnya akan meningkatkan motivasi kerja karyawan.²²

Hasil penelitian ini juga menggambarkan kemungkinan bahwa RS belum proaktif dalam program penanggulangan malaria di Kabupaten Nias. Hubungan antara RS dengan Dinas Kesehatan dalam penanggulangan dan pemberantasan malaria di Kabupaten Nias tampak belum memadai. Padahal, RS merupakan bagian integral dari manajemen kesehatan dan manajemen penyakit di suatu wilayah. Rumah Sakit (RS) memiliki informasi tentang penderita yang dirawat, termasuk kontak dengan sumber penyakit yang sangat penting untuk penelusuran suatu kasus.¹⁷ Rumah Sakit (RS) dan Dinas Kesehatan perlu mengembangkan hubungan yang lebih fungsional. Belajar dari program pengendalian tuberkulosis, telah dikembangkan kemitraan antara Dinas Kesehatan dan semua penyedia layanan kesehatan termasuk rumah sakit dan praktisi swasta dalam bentuk *Public-Private Mix* (PPM). Pendekatan PPM terbukti dalam memperbaiki aspek surveilans (penemuan kasus) dan meningkatkan kualitas pengobatan kasus TB.²³ Dalam program malaria, inisiatif untuk menjalin kemitraan dengan praktisi swasta sudah dimulai untuk kepentingan memperluas akses terhadap pengobatan anti malaria yang efektif.²⁴ Kemitraan selanjutnya perlu dikembangkan untuk memperbaiki praktik penatalaksanaan kasus malaria di semua penyedia layanan kesehatan.

Gejala awal penyakit malaria tidak spesifik dan penduduk yang tinggal di daerah endemis malaria telah terbiasa dengan gejala-gejala tersebut dan mendiagnosis dirinya sendiri.¹³ Penelitian di Butajira, Ethiopia Selatan, menyatakan bahwa sebagian besar

pasien malaria datang berobat ke RS setelah mengkonsumsi obat malaria di rumah (294 atau 46,7%). Sedangkan pasien yang berobat ke RS tanpa mengkonsumsi obat malaria di rumah lebih sedikit (yaitu 210 atau 33,3%).²⁵ Perilaku ini dapat mempengaruhi terjadinya kesalahan diagnosis dan pengobatan pada penanganan malaria.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini semakin menguatkan bahwa kesalahan medik umumnya disebabkan oleh suatu kegagalan pola sistem sehingga memberikan peluang bagi terjadinya suatu *error*. Unsur manusia hanya merupakan salah satu mata-rantai dalam sistem tersebut.²⁶

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa kejadian *medical error* dalam penanganan malaria di RSU Gunung Sitoli cukup tinggi. Hal ini dipengaruhi oleh perilaku klinis tenaga kesehatan yang kurang mendukung penatalaksanaan malaria di rumah sakit. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan medik dalam penanganan malaria adalah tidak adanya pelatihan dan informasi terkini lainnya, kompetensi petugas kesehatan yang tidak memadai, belum tersusunnya SOP penatalaksanaan malaria dan belum tersedianya sistem penghargaan bagi kinerja klinis yang tinggi.

Dari hasil penelitian ini, rumah sakit disarankan untuk membangun sistem pelayanan klinis yang mendorong pelayanan yang bermutu serta meningkatkan koordinasi dengan Dinas Kesehatan, terutama dalam penanganan penyakit-penyakit yang mempunyai kepentingan kesehatan masyarakat yang tinggi seperti halnya malaria.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Penelitian ini dibiayai oleh Young Researcher Grant Phase II "*Promoting evidence-based hospital policy and management by strengthening the quality and use of research findings in the decision making.*" dari Alliance for Health Policy and Systems Research tahun 2006.

KEPUSTAKAAN

1. WHO. World Malaria Report 2008. World Health Organization. Geneva. 2008.
2. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penatalaksanaan Malaria di Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta. 2006.

3. WHO SEARO. Malaria profile: Indonesia 2005 http://www.searo.who.int/LinkFiles/Malaria_Profile_Indonesia.pdf (diakses April 2008)
4. Achmadi, U.F. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah. Jakarta: Penerbit Buku Kompas. 2005.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Nias. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Nias Tahun 2006. Pemerintah Kabupaten Nias. Jakarta. 2006.
6. Fryauff, D.J., Leksana, B., Masbar, S., Wiady, I., Sismadi, P., Susanti, A.I. et al. The drug sensitivity and transmission dynamics of human malaria on Nias Island, North Sumatera, Indonesia. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*. 2002; 96 (5):447-62
7. Harijanto, P.N. Malaria Epidemiologi, Patogenesis, Manifestasi Klinis, dan Penanganan, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta. 2000.
8. Depkes RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Direktorat Jenderal Pelayanan Medis. Jakarta. 2006.
9. Depkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Pelayanan Medis. Jakarta. 2005.
10. Masika, P.M., Semarundu, W.J., Urassa, R., Mosha, J., Chandramohan, D., Gosling, R.D. Overdiagnosis of malaria is not a lost cause. *Malaria Journal*. 2006; 5:120. doi:10.1186/1475-2875-5-120 (tersedia pada <http://www.malariajournal.com/content/5/1/120>)
11. Zurovac, D., Larson, B.A., Akhwale, W., Snow, R.W. The financial and clinical implications of adult malaria diagnosis using microscopy in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*. 2006; 11(8):1185-94.
12. Depkes RI. Modul Pemeriksaan Parasit Malaria Secara Mikroskopik. Direktorat Jenderal PPM & PL, Direktorat Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang. Jakarta. 2003.
13. World Health Organization. Guidelines for the Treatment of Malaria. Geneva. 2006.
14. Utarini A. Evaluation of the User-Provider Interface in Malaria Control Programme: the case of Jepara Districts, Central Java Province, Indonesia. Umea University Medical Dissertations. 2002.
15. Depkes RI. Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria Di Indonesia. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta. 2006.

16. Depkes RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Jakarta. 1992.
17. Mukti, A.G. Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan: Konsep dan Implementasi. PT. Karya Husada Mukti. Yogyakarta. 2007.
18. Wright, J. & Hill, P. Clinical Governance. Elsevier Science Limited. Newcastle. 2003.
19. Sabarguna, B.S. & Sumarni. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit. Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY. Yogyakarta. 2004.
20. Dwiprahasto, I. Clinical Governance Konsep Modern Pelayanan Kesehatan Yang Bermutu. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2001;04(04):197-202
21. Hung, L.Q., Vries, P.J., Giao, P.T., Nam, N.V., Binh, T.Q., Chong, M.T. et al. Control of Malaria: A Successful Experience From Vietnam. *Bulletin of The World Health Organization*. 2002; 80(8):660-6.
22. Djasri, H. Penerapan Clinical Governance Melalui ISO 9000 : Studi Kasus di Dua RSUD Provinsi Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2006;09(03):121-8.
23. Dewan, P.K., Lal, S.S., Lonroth, K., Wares, F. Uplekar, M., Sahu, S., et.al. Improving tuberculosis control through public-private collaboration in India: literature review. *BMJ*. 2006;332:574-8.
24. Roll back Malaria. Roll Back Malaria Consultative Meeting on the Role of Medicine Sellers in the Management of Malaria: what's worked and where do we go from here?. Meeting report Roll Back Malaria/Malaria Case Management Working Group, Accra-Ghana, 26-27 May 2004.
25. Deressa, W., Ali, A., Enqusellassie, F. Self-Treatment of Malaria in Rural Communities, Butajira, Southern Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*. 2003; 81(4):262-3.
26. Guwandi, J. Medical Error Dan Hukum Medis, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 2005.