

Aspek Medikolegal Diskrepansi Diagnosa

Yudha Erik Prabowo¹, Setya Aji Priyatna², I Ketut Surya Negara³, Novabryna Dwiki Lailatul Arofah⁴

^{1,2,3,4} Magister Hukum Kesehatan Universitas Katolik Soegijapranata Semarang

bobyep22@gmail.com, ajiviny@gmail.com, dr.uyax@gmail.com, novabrynadwiki11@gmail.com

Email koresponden penulis: bobyep22@gmail.com

Abstrak

Peraturan pemerintah RI no 47 tahun 2021 pasal 1 menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Diskrepansi diagnosa paling sering terjadi karena sulitnya mendiagnosa, masalah medis pasien yang kompleks dan waktu kontak dengan pasien yang singkat di instalasi gawat darurat. Jika terjadi diskrepansi maka pihak rumah sakit akan melapor kebagian komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Tingkatan akurasi diagnosa semakin tinggi dengan munculnya lebih banyak modalitas diagnostik dan waktu kontak dengan pasien di Instalasi gawat darurat.

Kata kunci: Diskrepansi, diagnosa, rumah sakit, pelayanan kesehatan, instalasi gawat darurat.

Abstract

The Indonesian government regulation no. 47 of 2021 article 1 explains that a hospital is a health service institution that provides comprehensive individual health services, including inpatient, outpatient, and emergency services. Diagnosis discrepancies most often occur due to the difficulty of diagnosing, the complex medical issues of the patient, and the short contact time with the patient in the emergency department. If a discrepancy occurs, the hospital will report it to the quality improvement and patient safety committee. The level of diagnostic accuracy increases with the emergence of more diagnostic modalities and contact time with patients in the emergency department.

Keywords: Discrepancy, diagnosis, hospital, healthcare services, emergency room.

PENDAHULUAN

Diskrepansi diagnosa adalah ketidaksesuaian diagnosa medis antara diagnosa masuk dan diagnosa keluar (Hautz et al., 2019). Diskrepansi diagnosa di Indonesia masih jarang dibahas, padahal diskrepansi berkaitan erat dengan kualitas dan mutu rumah sakit. Jika terjadi diskrepansi diagnosa maka pihak rumah sakit akan melapor pada bagian komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Hal ini juga berpengaruh terhadap kepuasan serta mutu rumah sakit dan secara tidak langsung mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit tersebut. (Zailani, 2016). Kewajiban rumah sakit membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien sebagaimana dimaksud dalam peraturan pemerintah RI No 47 tahun 2021. Mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh fasilitas kesehatan serta tenaga kesehatan yang berkualitas. Standar pelayanan kedokteran merupakan implementasi dalam praktek yang mengacu pada standar kompetensi dokter Indonesia (SKDI) yang telah diatur dalam peraturan konsil kedokteran Indonesia Nomor 11 Tahun 2012 tentang standar kompetensi dokter Indonesia (Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, 2017). Akreditasi rumah sakit berfungsi meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan, melindungi

keselamatan pasien rumah sakit dan meningkatkan perlindungan bagi masyarakat serta mendukung program pemerintah. di bidang Kesehatan. Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai peranan penting dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat adalah rumah sakit. Penyelenggaraan pelayanan klinis di rumah sakit yang profesional dan bertanggung jawab dibutuhkan dalam mendukung upaya kesehatan dalam rangkaian pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Untuk itu penulis ingin membahas peranan Kedokteran Forensik dan Medikolegal dalam diskrepansi diagnosa. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Definisi rumah sakit yaitu Menurut peraturan pemerintah RI No 47 tahun 2021 pasal 1 menjelaskan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Asas Rumah Sakit diselenggarakan beraskan Pancasila dan didasarkan kepada Nilai kemanusiaan, Etika dan profesionalitas, Manfaat, Keadilan, Persamaan hak dan anti diskriminasi, Pemerataan, Perlindungan dan keselamatan pasien. Tujuan dari rumah sakit mempunyai fungsi sosial Penyelenggaraan rumah sakit dalam Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 3 mempunyai tujuan :

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan,
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumberdaya manusia di rumah sakit,
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, dan
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

Tugas dan fungsi Rumah sakit dalam Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 4 dan 5 mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan dan paripurna. Untuk menjalankan tugas tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit,
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Klasifikasi Rumah Sakit

Pembagian dan klasifikasi rumah sakit diatur melalui RI No 47 tahun 2021. Klasifikasi rumah sakit umum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) terdiri atas: Rumah Sakit umum kelas A; Rumah Sakit umum kelas B; Rumah Sakit umum kelas C; dan Rumah Sakit umum kelas D. Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri dari: Rumah Sakit khusus kelas A; Rumah Sakit khusus kelas B; Rumah Sakit khusus kelas C; dan Rumah Sakit khusus kelas D.

Pembagian Rumah Sakit Berdasarkan Pengelolaan

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik sebagaimana dimaksud dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan badan layanan umum atau badan layanan umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat. Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Pembagian Rumah Sakit Berdasarkan Bentuk

Berdasarkan bentuknya, rumah sakit dibedakan menjadi Rumah Sakit Menetap dan Rumah sakit Bergerak dan Rumah sakit lapangan. Rumah sakit menetap merupakan rumah sakit yang didirikan secara permanen untuk jangka waktu yang lama untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Sedangkan Rumah Sakit Bergerak merupakan rumah sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lainnya. Rumah sakit bergerak dapat berbentuk bus, kapal api, karavan, gerbong kereta api ataupun kontainer. Rumah Sakit Lapangan merupakan rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu selama kondisi darurat dalam pelaksanaan kegiatan tertentu yang berpotensi bencana alam atau selama masa tanggap darurat bencana. Rumah sakit lapangan berbentuk tenda di ruang terbuka, kontainer atau bangunan permanen yang difungsikan sementara sebagai rumah sakit.

Pembagian Rumah Sakit Berdasarkan Fungsi

Berdasarkan fungsinya dibagi menjadi Rumah Sakit Pendidikan dan Rumah Sakit Non Pendidikan. Peraturan presiden nomor 93 tahun 2015 rumah sakit pendidikan merupakan rumah sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya. Dalam penyelenggaraan rumah sakit pendidikan dapat dibentuk jejaring rumah sakit pendidikan.

Jenis-Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi Pelayanan gawat darurat, Pelayanan rawat jalan, Pelayanan rawat inap, Pelayanan bedah, Pelayanan persalinan dan perinatologi, Pelayanan intensif, Pelayanan radiologi, Pelayanan laboratorium patologi klinik, Pelayanan rehabilitasi medik, Pelayanan farmasi, Pelayanan gizi, Pelayanan transfusi darah, Pelayanan keluarga miskin, Pelayanan rekam medis, Pengelolaan limbah, Pelayanan administrasi manajemen, Pelayanan ambulans/kereta jenazah, Pelayanan pemulasaraan jenazah, Pelayanan laundry, Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit, Pencegah Pengendalian Infeksi.

Mutu Rumah Sakit

Kewajiban rumah sakit membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien sebagaimana dimaksud dalam peraturan pemerintah RI No 47 tahun 2021 Pasal 27 ayat (1) huruf g dilaksanakan dengan:

1. Menyusun, menetapkan, melaksanakan, mematuhi dan mengevaluasi standar pelayanan rumah sakit;
2. Membentuk dan menyelenggarakan komite medik, satuan pemeriksaan internal, dan unsur organisasi rumah sakit lain untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien;
3. Memenuhi ketentuan persyaratan akreditasi; membuat dan menyampaikan laporan insiden keselamatan pasien sesuai ketentuan yang berlaku; dan menyelenggarakan pelayanan rumah sakit yang berfokus pada keselamatan, efektifitas, efisiensi, ketepatan waktu, berorientasi pada pasien, berkeadilan, dan terintegrasi (Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia, 2021).

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 80 tahun 2020 tentang komite mutu rumah sakit yaitu:

1. Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu.
2. Tata kelola mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk meningkatkan mutu rumah sakit dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

Pasal 3

- 1) Penyelenggaraan tata kelola mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dapat dilakukan melalui pembentukan komite mutu sesuai dengan kebutuhan, ketersediaan sumber daya, dan beban kerja rumah sakit.

Pasal 10

- 1) Komite mutu bertugas membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di rumah sakit.

Pasal 55 Undang-undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan

- (1) Pemerintah wajib menetapkan standar mutu pelayanan kesehatan.
- (2) Standar mutu pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan pemerintah (Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia, 2009).

Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi. Standar akreditasi adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Pengaturan akreditasi bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit.
- b. Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit, dan rumah sakit sebagai institusi.

- c. Meningkatkan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis; dan
- d. Mendukung program pemerintah di bidang kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Dalam penyelenggaraan akreditasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55, penyelenggara akreditasi wajib :

- a. Melaksanakan akreditasi dengan menggunakan standar akreditasi yang telah disetujui oleh menteri; dan
- b. Menyampaikan laporan kepada menteri mengenai pelaksanaan akreditasi termasuk rumah sakit yang telah terakreditasi.

Diskrepansi diagnosa adalah ketidaksesuaian diagnosa medis antara diagnosa masuk dan diagnosa keluar (Hautz et al., 2019). Diskrepansi memberikan dampak terhadap pilihan pengobatan pada pasien. Disebabkan oleh banyak faktor beberapa diantaranya karena ketersediaan staf medis yang kurang, beban kerja, waktu untuk membuat diagnosis secara terburu buru, kurangnya pelatihan pada tenaga medis. Kebutuhan akan akurasi diagnostik di rumah sakit sangat penting karena mempengaruhi perawatan pasien dan prognosis pasien. Hal ini juga berpengaruh terhadap tingkat kepuasan, secara tidak langsung mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit tersebut dan juga menunjukkan kualitas sumber daya manusia di rumah sakit tersebut (Syafwan Adnan et al., 2021). Diskrepansi diagnosa paling sering terjadi karena sulitnya mendiagnosis, masalah medis pasien yang kompleks dan waktu kontak dengan pasien yang singkat di bagian emergency (UGD). Tingkat akurasi semakin meningkat dengan munculnya lebih banyak modalitas diagnostik dan waktu kontak dengan pasien di UGD ditingkatkan. Dengan munculnya unit rawat inap atau observasi, dokter UGD akan memiliki lebih banyak waktu kontak dengan pasien mereka (Lim et al., 2002).

Kesalahan diagnostik juga terjadi ketika kapasitas pemrosesan informasi yang tidak sesuai. Maka dalam penanganan diagnosa perlu adanya keahlian dalam menangani pasien dengan kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan pasien. (Avelino-Silva and Steinman, 2020).

Kelalaian Medis

Kelalaian medis merupakan kondisi dimana seorang dokter atau tenaga medis melakukan penyimpangan terhadap kode etik kedokteran, Standar profesi dokter dan standar operasional prosedur (SOP) saat melakukan tindakan medis terhadap pasiennya sehingga mengakibatkan kerugian yang diderita pasien akibat dari tindakan medis tersebut. Risiko medis adalah suatu keadaan yang tidak dapat disangka sebelumnya, atau satu keadaan yang secara medis sudah tidak dapat dilakukan langkah-langkah pencegahan. Setiap manfaat yang akan diambil selalu ada risiko yang harus hadapi dan setiap tindakan medis selalu mengandung risiko, sekecil apa pun tindakannya tetap mengandung risiko (Mohamad Rizky Pontoh, 2013).

Analisa Medikolegal

Anglo Saxon telah memberikan suatu tolok ukur kelalaian medis yang dikenal sebagai 4-D, yaitu:

Duty of Care (Kewajiban)

Kewajiban profesi, dan kewajiban akibat kontrak dengan pasien. Dalam hubungan perjanjian tenaga kesehatan dengan pasien, tenaga kesehatan harus bertindak berdasarkan :

- a. Adanya indikasi medis
- b. Bertindak secara hati-hati dan teliti
- c. Bekerja sesuai standar profesi
- d. Sudah ada informed consent

Dereliction of Duty (Penyimpangan dari kewajiban)

Terjadinya pelanggaran yang mengakibatkan kerugian kepada pasien karena tidak memenuhi standard profesi medik.

Damage (Kerugian)

Kerugian yang diderita pasien dalam bentuk fisik, finansial, emosional atau berbagai kategori kerugian lainnya.

- a. Kerugian umum (general damages), termasuk kehilangan pendapatan yang akan diterima, kesakitan dan penderitaan (loss of future earnings and pain and suffering)
- b. Kerugian khusus (special damages), kerugian financial nyata yang harus dikeluarkan seperti biaya pengobatan

Direct Causation (Penyebab langsung)

Adanya hubungan tindakan yang dilakukan dan kerugian yang diderita. Penggugat harus membuktikan bahwa terdapat suatu “breach of duty” dan bahwa penyimpangan itu merupakan sebab (proximate cause) dari kerugian/ luka yang diderita pasien. Gugatan ganti rugi akibat suatu kelalaian medik harus membuktikan adanya ke-empat unsur diatas, dan apabila salah satu unsur saja diantaranya tidak dapat dibuktikan maka gugatan tersebut dinilai tidak cukup bukti (Kurniawan Alifianto Riza, 2013).

Pasal Kelalaian Medis

Undang undang No.36 Tahun 2009 tentang kesehatan, maka ancaman pidana terhadap kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh dokter yang mengakibatkan pasien menderita cacat atau luka-luka (Mohamad Rizky Pontoh, 2013). Pasal 359 KUHP Berbunyi : “Barang siapa karena kesalahannya (kealpaannya) menyebabkan orang lain mati, diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun atau pidana kurungan paling lama satu tahun.

Pasal 360 KUHP berbunyi sebagai berikut :

- (1) Barang siapa karena kelalaiannya menyebabkan orang luka berat dihukum dengan hukuman penjara selama-lamanya lima tahun atau hukuman kurungan selama-lamanya satu tahun.
- (2) Barangsiapa karena kelalaiannya menyebabkan orang luka sedemikian rupa sehingga orang itu menjadi sakit sementara atau tidak menjalankan jabatannya atau pekerjaannya sementara, dihukum dengan hukuman penjara selama-lamanya sembilan bulan atau hukuman kurungan selamalamanya enam bulan atau hukuman denda setinggi-tingginya Rp. 4.500,-

Isi pasal ini hampir sama dengan Pasal 359 KUHP, bedanya bahwa akibat dari Pasal 359 adalah “matinya orang”, sedangkan akibat dalam Pasal 360 KUHP adalah luka berat atau luka yang menyebabkan jatuh sakit atau terhalang pekerjaan sehari-hari. Meskipun tidak ada kesengajaan dari pelakunya, tetap saja dapat dikualifikasikan Pasal 359 atau Pasal 360 KUHP jika perbuatan pelaku mengandung unsur kealpaan atau kelalaian.

Diskrepansi diagnosa di Indonesia masih jarang dibahas, padahal berkaitan erat dengan kualitas dan mutu rumah sakit itu sendiri. Jika terjadi diskrepansi maka pihak rumah sakit akan melapor kebagian komite PMKP (Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien). Perbedaan diagnosa antara diagnosa masuk dan keluar lebih sering terjadi pada pasien geriatri >65 karena mempunyai penyakit yang lebih kompleks dan pasien menunjukkan tanda dan gejala penyakit yang tidak khas, sehingga meningkatkan tingkat diskrepansi diagnosa. Tingkat akurasi diagnosa semakin tinggi dengan munculnya lebih banyak modalitas diagnostik dan waktu kontak dengan pasien di IGD ditingkatkan (Lim et al., 2002).

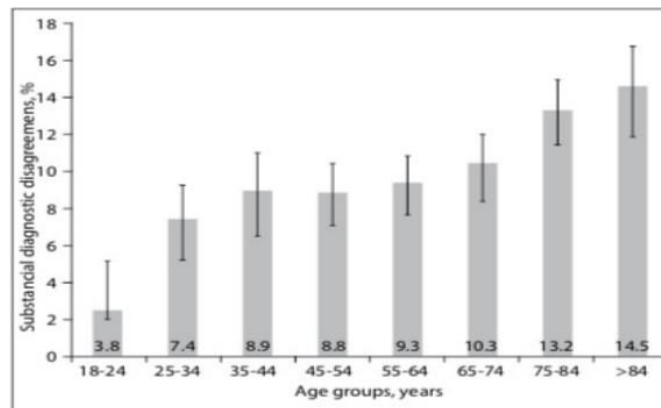


Figure 2. Weighted proportion of visits with substantial diagnostic discrepancy, according to age groups.

Table 1. Reasons for the unmatched diagnoses.

Admitting unit	Reasons for unmatched diagnoses			Total
	Wrong diagnosis	Diagnosis not obvious initially	No proper history available	
General medicine	5	10	3	18
General surgery	1	15	0	16
Neurology	2	6	0	8
Cardiology	2	2	0	4
Neurosurgery	0	1	0	1
Total	10	34	3	47

Pada tabel 1, Menunjukkan alasan ketidaktepatan diagnosa. (Tipsmark et al., 2021). Tabel 3 Menunjukkan 10 diagnosa yang paling terjadi diskrepani (Johnson et al., 2009).

Admission Diagnosis Code Not Matching Primary Discharge Diagnosis				Principal Discharge Diagnosis Code Not Matching Admission Diagnosis Code			
Rank	Code	Description	%	Rank	Code	Description	%
1	786.05	Shortness of breath	11.1	1	428.0	Congestive heart failure, unspecified	6.0
2	789.00	Abdominal pain, unspecified site	8.5	2	486	Pneumonia, organism unspecified	3.3
3	780.6	Fever	6.7	3	584.9	Acute renal failure, unspecified	2.2
4	786.50	Chest pain, unspecified	5.6	4	786.59	Chest pain, other	2.1
5	787.01	Nausea without vomiting	3.9	5	599.0	Urinary tract infection, site not specified	2.1
6	780.99	Other general symptoms	3.4	6	996.81	Complications of kidney transplant	1.8
7	780.79	Other malaise and fatigue	3.0	7	577.0	Acute pancreatitis	1.7
8	780.2	Syncope and collapse	2.6	8	996.62	Infection and inflammatory reaction due to other vascular device, implant or graft	1.4
9	729.5	Pain in limb	2.1	9	434.91	Cerebral artery occlusion with cerebral infarction, unspecified	1.3
10	729.81	Swelling of limb	2.0	10	008.8	Intestinal infection, not elsewhere classified	1.0

No	JUDUL	PENULIS	DESAIN STUDY	KASUS	METODE	HASIL
1	Sebuah studi tentang perbedaan diagnosa masuk dan keluar di Rumah Sakit Universitas Sains Malaysia	Mohd Syafwan Adnan ¹ , Kamarul Aryffin Baharuddin ^{2,3} , Jamilah Al-Muhammady Mohammad ⁴ , Mohd Boniami Yazid ^{2,3} , Mohammad Zikri Ahmad ^{2,3}	Cross-sectional retrospektif	180	Rekam medis pasien yang Dirawat di Rumah sakit dipilih dengan menggunakan metode simple random sampling. Ditinjau dalam akurasi diagnosis klasifikasi ICD-10	Diskrepani disebabkan karena keterbatasan jumlah staf medis, staf medis yang kurang terlatih, beban kerja yang tinggi, banyaknya tekanan dan waktu yang singkat untuk membuat
2	Perbedaan diagnostik di departemen gawat darurat. Antara diagnosa masuk dan diagnosa keluar pada pasien geriatri:	Thiago Junqueira Avelino-Silva ^I , Michael Alan Steinman ^{II}	Studi kohort	740	Pasien usia 18-64 tahun keatas yang dirawat dari unit gawat darurat ke rumah sakit	Diagnosis dan pengobatan lebih rumit karena pasien geriatri menunjukkan tanda dan gejala penyakit yang tidak biasa, sehingga

	analisis sekunder pada survei berbasis populasi					meningkatkan ketidakpastian klinis. Dokter UGD telah melaporkan kurangnya kemampuan dalam mengatasi masalah geriatri karena memiliki masalah yang lebih kompleks
3	Studi tentang perbedaan antara diagnosis masuk dan diagnosis keluar di UGD	GH Lim, E Seow, G Koh, D Tan, HP Wong	Chi square	361	Diagnosis masuk dan keluar dicatat	Terjadinya diskrepansi paling sering karena sulitnya mendiagnosis masalah medis pasien yang kompleks dalam waktu kontak yang singkat di UGD. Tingkat akurasi semakin meningkat dengan munculnya lebih banyak modalitas diagnostik dan peningkatan waktu kontak dengan pasien di UGD Dengan munculnya unit rawat inap atau observasi,

						dokter UGD akan memiliki lebih banyak waktu kontak dengan pasien mereka
4	Penentu organisasi dan konsekuensi dari perbedaan diagnostik dalam dua kelompok pasien besar di departemen darurat: studi nasional episode berturut-turut antara 2008 dan 2016	Line Stjernholm Tipsmark ^{1,2,3} <ul style="list-style-type: none"> • Børge Obel^{3,4,5}, Tommy Andersson⁶ and Rikke Søgaaard^{2,7} 	Observasional	133	Observasi semua pasien UGD berturut-turut yang dirawat antara tahun 2008 dan 2016	Diskrepansi diagnosa di UGD dipengaruhi faktor pengolahan data, sistem informasi yang tidak memadai dan faktor lingkungan di UGD yang membuat stress karena situasi yang tidak dapat diprediksi. Pengambilan keputusan diagnostik rumit, terutama di UGD karena spektrum pasien yang terlalu luas dibandingkan dengan spesialisasi medis lainnya.

PENUTUP

Jika seorang dokter melakukan diskrepansi diagnosa maka akan dilakukan pelaporan di komite PMKP (Komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien) rumah sakit, dan rumah sakit menerapkan evaluasi praktik profesional berkelanjutan OPPE (On going professional practice evaluation). Tenaga medis secara seragam untuk menilai mutu dan keselamatan serta pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap tenaga medis. Informasi tersebut akan dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan untuk mempertahankan, merevisi, atau mencabut kewenangan klinis sebelum berakhirnya siklus 3 (tiga) tahun untuk pembaruan kewenangan klinis (RSUD Dr Moewardi, 2020).

Pimpinan medik, kepala unit, subkomite mutu profesi komite medik dan ketua kelompok staf medik (KSM) bertanggung jawab mengintegrasikan data dan informasi tenaga medis dan pengambilan kesimpulan dalam memberikan penilaian. Jika terjadi insiden keselamatan pasien atau pelanggaran perilaku etik maka dilakukan tindakan terhadap tenaga medis tersebut secara adil (just culture) berdasarkan hasil analisis terkait kejadian tersebut. Tindakan jangka pendek dapat dalam bentuk konseling, menempatkan kewenangan tertentu di bawah supervisi, pembatasan kewenangan, atau tindakan lain untuk membatasi risiko terhadap pasien, dan untuk meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. Tindakan jangka panjang dalam bentuk membuat rekomendasi terkait kelanjutan keanggotaan tenaga medis dan kewenangan klinis (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Avelino-Silva, T.J., Steinman, M.A., 2020. Sao Paulo Medical Journal 138, 359-367.
- Hautz, W.E., Kämmer, J.E., Hautz, S.C., Sauter, T.C., Zwaan, L., Exadaktylos, A.K., Birrenbach, T., Maier, V., Müller, M., Schaubert, S.K., 2019. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 27.
- Johnson, T., McNutt, R., Odwazny, R., Patel, D., Baker, S., 2009. Journal of Hospital Medicine 4, 234-239.
- Kurniawan Alifianto Riza, 2013.
- Lim, G., Seow, E., Koh, G., Tan, D., Wong, H., 2002. Hong Kong Journal of Emergency Medicine 9, 78-82.
- Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia, 2009. UU 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia, 2021. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2008. Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Mohamad Rizky Pontoh, 2013. Penegakan Hukum Pidana Terhadap Resiko Medik dan Malpraktek dalam Pelaksanaan Tugas Dokter.
- Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia, 2017. Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.
- RS Perkebunan Jember, 2018. laporan-diskrepansi-diagnosa_compress. RSUD Dr Moewardi, 2020. Panduan Kredensial dan Rekredensial bagi Staf Medis.
- Syafwan Adnan, M., Aryffin Baharuddin, K., Zikri Ahmad, M., Al-Muhammady Mohammad, J., Boniami Yazid, M., 2021. A Study on the Diagnostic Discrepancy between Admission and Discharge in Hospital Universiti Sains Malaysia, Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences.
- Tipsmark, L.S., Obel, B., Andersson, T., Sogaard, R., 2021. BMC Emergency Medicine 21.
- Zailani, M., 2016. Konsil Kedokteran Indonesia-Kewenangan Klinis [WWW Document]. URL <http://kki.go.id> (accessed 8.3.22).