

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan dan mutu rumah sakit merupakan dua hal yang saling berkaitan, untuk meningkatkan pelayanan dan mutu rumah sakit salah satu aspeknya yaitu dengan keselamatan pasien/*patient safety* (Cahyono, 2008). Mutu dan pelayanan kesehatan di rumah sakit didukung dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kedokteran (Depkes, 2006).

Keselamatan pasien sudah menjadi isu global, *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2004 mendirikan *World Alliance for Patient Safety* yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien di semua negara anggota WHO dan sebagai kekuatan utama untuk perbaikan internasional. *World Alliance* secara terus menerus menerbitkan program tentang keselamatan pasien yang terus berkembang. Program yang terakhir diterbitkan pada tahun 2008 untuk mendukung dan meningkatkan keselamatan pasien serta menghasilkan informasi, riset, dan bukti yang berguna untuk negara-negara anggota WHO dalam keselamatan pasien (WHO, 2008).

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama yang dilaksanakan di sebuah rumah sakit yang berhubungan dengan mutu dan citra rumah sakit. Di Indonesia gerakan keselamatan pasien mulai digalakkan sejak tahun 2005 dengan membentuk gerakan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-

RS) oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang bekerja sama dengan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (DepKes RI) untuk menetapkan standar keselamatan pasien (Depkes, 2006).

Keselamatan pasien juga berkaitan dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*adverse events* dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*near miss*, dimana akibat perkembangan ilmu dan teknologi dalam pelayanan kesehatan akan berpotensi menimbulkan KTD dan KNC (Depkes, 2006). Semua tindakan medis beresiko tinggi menimbulkan KTD dan KNC, selayaknya manusia tidak luput dari sebuah kesalahan. Menurut Budihardjo (2008) KTD dan KNC dapat dicegah dan dapat ditekan sekecil-kecilnya untuk meminimalisirnya.

*Institute of Medicine* (IOM) menjelaskan bahwa KTD merupakan cedera yang disebabkan oleh manajemen medis bukan dari kondisi yang mendasari pasien. Manajemen medis yang dapat menimbulkan KTD yaitu aspek perawatan, termasuk diagnosis dan pengobatan seperti kegagalan untuk mendiagnosa atau mengobati, serta sistem dan peralatan yang digunakan untuk memberikan perawatan (WHO, 2005). KTD memberikan efek secara langsung dan tidak langsung, seperti pasien dapat cedera atau komplikasi yang mengakibatkan kematian, cacat atau pasien berada di rumah sakit dalam waktu yang lama (Michel, *et al.*, 2004).

Pada tahun 2000 IOM di Amerika Serikat, dalam laporan "*To Err Is Human*" dilaporkan bahwa di Utah dan Colorado terjadi KTD sebesar 2.9% dan 6.6% meninggal, sedangkan di New York terjadi KTD 3.9% dan angka

kematian 13.6%. Di seluruh wilayah Amerika terjadi kematian akibat KTD pada pasien rawat inap sebesar 33.6% juta atau sekitar 44.800-98.000 orang per tahun. Data WHO pada tahun 2004 yang melakukan penelitian di Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia mendapatkan hasil bahwa terjadi KTD sebesar 3.2% -16.6% (Depkes, 2006).

Kejadian Nyaris Cedera/*near miss* merupakan suatu kejadian atau kesalahan yang tidak menyebabkan cedera akibat tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), tetapi cedera serius tidak terjadi akibat keberuntungan pasien, pencegahan, dan adanya peringatan. Keberuntungan yang dimaksud seperti pasien yang diberikan obat yang salah atau obat yang kontra indikasi dan tidak menimbulkan efek pada pasien tersebut. Pencegahan ketika obat yang akan diberikan oleh perawat memiliki dosis yang tinggi, tetapi perawat lain melihat dan membatalkannya, sedangkan peringatan adalah ketika perawat memberikan obat dengan dosis yang tinggi, dan diberikan secara dini untuk antidotnya (Yahya, 2006).

Pelaporan tentang KNC dalam penelitian Shaw, *et al.* (2005) dari total insiden 28.998 yang dilaporkan sebanyak 41% pasien tergelincir, tersandung dan jatuh, sedangkan 9% berhubungan dengan manajemen obat, 8% terkait dengan sumber dan fasilitas serta 7% berhubungan dengan pengobatan. Sebuah penelitian di Utah dan Colorado (USA) yang melaporkan KNC sebanyak 2.9% dimana 6% meninggal dunia (IOM, 2000).

Di Indonesia data yang menunjukkan angka KTD dan KNC masih langka. Di Indonesia lebih dikenal dengan tuduhan “mal praktik” tetapi belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir (Depkes, 2008). Penelitian yang dilakukan Sunaryo (2009) menunjukkan angka kejadian merugikan di Jawa dengan jumlah penduduk sebanyak 112 juta penduduk yang mengalami kejadian merugikan sebanyak 4.544.711 orang atau sekitar (16.6%) yang dapat dicegah sebanyak 2.847.288 orang, cacat permanen sebanyak 337.000 orang dan kematian sebanyak 121.000 orang dengan beban ekonomi sebesar 495 M. Prevalensi kejadian medis yang merugikan pasien di Jawa Tengah dan DIY menurut sebuah hasil penelitian sebesar 1.8% - 88.9%.

Kesalahan atau *error* merupakan kegagalan dalam menyelesaikan yang sudah direncanakan atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai maksud tertentu. Kesalahan terjadi dalam proses asuhan medis yang dapat mengakibatkan cedera medis (KTD) atau tidak berdampak cedera pada pasien (KNC) (Cahyono, 2008).

Penelitian yang dilakukan pada 22 dokter keluarga di Kanada dengan 84 laporan mendapatkan hasil bahwa ada 6 jenis kesalahan atau *error* yaitu administrasi yang berkaitan dengan arsip pasien, komunikasi dalam mentransfer informasi antara dokter dan perawat, kesalahan dalam mendiagnostik pasien, kesalahan dalam menulis dokumentasi atau rekam medis, dalam tipe obat-obatan terjadi kesalahan dalam menulis resep atau tentang alergi obat, dan prosedural bedah yang salah. Penelitian ini juga mengatakan salah satu yang menjadi faktor penyebab kesalahan yaitu faktor

kelelahan pada petugas kesehatan sehingga sulit berkonsentrasi dalam melakukan tindakan prosedur, kurangnya pengetahuan juga menjadi faktor penyebab *error* di rumah sakit yang dilakukan oleh petugas kesehatan (Jacobs, *et al.*, 2007).

Kesalahan pengobatan dilakukan oleh 64.55% dari 237 perawat yang bekerja di rumah sakit Imam Khomeini, Tehran, Iran. Jenis yang paling umum dari kesalahan tersebut adalah dosis yang salah dan laju infus. Penyebab yang paling umum karena menggunakan singkatan bukan nama lengkap dari obat-obatan dan nama obat yang mirip. Oleh karena itu bisa disimpulkan bahwa penyebabnya adalah kurangnya pengetahuan perawat tentang farmakologi (Cheragi, *et al.*, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Fi, *et al.* (2007) bahwa dari 72 perawat wanita mengatakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kesalahan pengobatan adalah staf yang baru dan kondisi yang menyebabkan kesalahan pengobatan yaitu karena lulusan baru. Kesalahan pengobatan yang sering terjadi yaitu dosis obat yang salah dan salah dalam pemberian obat.

Studi observasi pada 52 mahasiswa profesi perawat yang diamati selama 7-8 kali menunjukkan bahwa terjadi 153 kejadian kesalahan dari 372 observasi yang dilakukan di rumah sakit pendidikan Arak, Iran. Kesalahan yang sering terjadi adalah kesalahan obat seperti pengenceran obat (2.68%) dan kesalahan dalam hal tindakan seperti ketidaktepatan dalam tetesan infus (11.55%). Faktor yang menjadi penyebab seorang mahasiswa profesi perawat melakukan kesalahan adalah kurangnya pengetahuan tentang farmakologi

(Baghcheghi & Koohestani, 2008). Penelitian yang dilakukan Khasanah (2011) pada mahasiswa profesi perawat di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta menunjukkan kesalahan yang sering dilakukan adalah kesalahan dalam pemberian obat (44.8%) dan kesalahan dalam prosedur tindakan (75%). Faktor yang menjadi penyebab kesalahan tersebut adalah faktor mahasiswa, faktor lingkungan dan faktor pembimbing.

Koohestani & Baghcheghi (2009) mengatakan mahasiswa perawat mempunyai keterbatasan pengalaman klinis maka mahasiswa perawat tersebut mempunyai resiko melakukan *error*, baik dalam tindakan maupun pengobatan sehingga dapat membahayakan kondisi pasien. Penelitian Sharif & Masoumi (2005) mengatakan mahasiswa perawat saat mendapatkan pendidikan merasa tidak puas dengan kemampuan klinis, mengalami kegelisahan karena merasa tidak mampu, dan merasa kurang pengetahuan maupun *skill* atau ketrampilan dalam merawat pasien. Mahasiswa profesi perawat mengalami kecemasan atau kegelisahan yang tinggi ketika awal praktik klinik sehingga berpotensi melakukan kesalahan.

Hasil studi pendahuluan pada tanggal 15 Februari 2015 yang dilakukan oleh pada 10 mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII bahwa 5 dari 10 mahasiswa profesi keperawatan pernah melakukan kesalahan dan menyebabkan KNC dan berpotensi KTD. Kesalahan yang sering dilakukan adalah kesalahan dalam pemberian obat seperti salah pasien dan salah dosis, tetapi tidak berdampak cedera pada pasien. Mereka mengatakan bahwa faktor yang menyebabkan terjadinya kesalahan adalah kurangnya

komunikasi terkait order yang diberikan dan kelelahan karena jaga malam. Mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII ketika melakukan prosedur tindakan di rumah sakit dilakukan sesuai dengan SOP yang ada.

Petugas kesehatan baik dokter, perawat, farmasi, laboratorium dan radiologi yang berniat melakukan tindakan yang merugikan pasien atau berbuat kesalahan. Kesalahan tidak didasari oleh niat yang disengaja untuk melakukan pelanggaran (Cahyono, 2008). Penelitian tentang jenis-jenis kesalahan dan pelaporan tentang KTD dan KNC yang dilakukan oleh mahasiswa profesi yang sedang praktik baik di rumah sakit maupun di klinik masih sedikit dilakukan. Adapun data secara kuantitatif kejadian-kejadian tersebut belum ada yang melakukan penelitian. Berdasarkan hasil tersebut peneliti ingin mengetahui gambaran tentang kesalahan (*error*) oleh mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas penulis akan mengetahui “Bagaimana gambaran tentang kesalahan (*error*) oleh mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII Universitas Muhammadiyah Yogyakarta?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum:**

Untuk mengetahui gambaran tentang kesalahan (*error*) yang dilakukan oleh mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII UMY.

## 2. Tujuan Khusus:

- a. Untuk mengetahui karakteristik mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII UMY.
- b. Untuk mengetahui jenis-jenis kesalahan yang dilakukan oleh mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII UMY.
- c. Untuk mengetahui dampak dari kesalahan yang dilakukan oleh mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII UMY.
- d. Untuk mengetahui faktor-faktor penyebab terjadinya kesalahan oleh mahasiswa profesi keperawatan angkatan XXII UMY.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan pengembangan ilmu keperawatan yang dapat dijadikan tambahan ilmu dan referensi.

### 2. Bagi institusi

Sebagai evaluasi pendidikan keperawatan baik pada tahapan akademik atau pada saat ketika pendidikan profesi, sehingga keamanan dan keselamatan pasien dapat ditingkatkan pada saat mahasiswa praktik di klinik maupun di rumah sakit.

### 3. Bagi mahasiswa profesi keperawatan

Untuk memotivasi agar mahasiswa profesi dapat melatih dan meningkatkan kemampuan atau *skill* serta belajar untuk mencegah kesalahan pada saat pendidikan profesi.

## E. Penelitian Terkait

Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya adalah:

1. Khasanah (2011) tentang Tindakan *error* prosedur keperawatan: jenis dan faktor penyebabnya pada mahasiswa profesi ners program studi ilmu keperawatan fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, dengan menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mengidentifikasi jenis dan penyebab kesalahan yang dilakukan oleh mahasiswa profesi. Hasil penelitian menunjukkan ada 2 jenis kesalahan yang berkaitan dengan obat dan perawatan prosedur serta ada 3 faktor kesalahan yaitu mahasiswa, lingkungan dan pembimbing. Perbedaan penelitian adalah metode yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan metode kualitatif dan instrument yang digunakan juga berbeda. Persamaan dengan penelitian ini adalah 3 faktor kesalahan yang akan diteliti yaitu faktor mahasiswa, lingkungan, dan pembimbing untuk pengembangan instrumen yang digunakan serta responden yang diteliti yaitu mahasiswa profesi keperawatan.
2. Sumarni, Utami, dan Elita (2013) hubungan tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang pemberian obat terhadap tindakan pendokumentasian keperawatan, dengan menggunakan kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif korelasi dan pendekatan *cross sectional*. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang pemberian obat terhadap tindakan pendokumentasian keperawatan. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan

dan sikap tentang pemberian obat dalam dokumentasian perawat. Perbedaan penelitian ini adalah responden yang akan diteliti, sedangkan persamaannya metode yang digunakan yaitu deskriptif kuantitatif.

3. Simamora, Paryanti, dan Mangunsong (2011) tentang peran tenaga teknis kefarmasian dalam menurunkan angka kejadian *medication error*, dengan metode pre-eksperimen pendekatan pre-post intervensi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh partisipasi terhadap penurunan angka kejadian *medication error* digunakan uji *Chi-Square*. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antar variabel yang diteliti dan ada 3 fase yang sering terjadi *medication error* yaitu fase administrasi, *prescribing* dan *transcribing*. Perbedaan penelitian metode yang digunakan sedangkan persamaan dengan penelitian ini jenis kesalahan yang akan diteliti yaitu tentang kesalahan obat.
4. Jacobs, *et al.* (2007) tentang *Errors and adverse events in family medicine: Developing and validating a Canadian taxonomy of errors*, dengan metode deskriptif *cross-sectional self-report survey*. Tujuan penelitian ini untuk mengembangkan sebuah taksonomi dari kesalahan yang didasarkan isi laporan kesalahan menggunakan data Kanada dari *Primary Care International Study of Medical Error*. Hasil penelitian ini terdapat 6 jenis kesalahan dan ada 10 faktor penyebab kesalahan. Perbedaan penelitian ini adalah lokasi, waktu, dan responden, sedangkan persamaan dengan penelitian ini yaitu metode yang digunakan dengan deskriptif *cross sectional*.

