

TINDAKAN *ERROR* PROSEDUR KEPERAWATAN: JENIS DAN FAKTOR PENYEBABNYA PADA MAHASISWA PROFESI NERS

(*An Action Error of Nursing Procedures: Types and Cause Factor Ners Profession Student*)

Uswatun Khasanah

*Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, Jl. Kertamukti Pisangan Ciputat Tangerang Selatan Banten,
Email: uswatun@uinjkt.ac.id atau uunkeho@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction: An error could be danger for the safety of patients. Ners students because of its lack clinical experiences are at risk to make an error in medication or procedure to the patient. The purposes of this study are to identify types and causes error events conducted by ners students. **Method:** This is a qualitative study. The participants are 29 students for answering the open questionnaire and 5 students for in-depth interview. The instruments are open questionnaire and interview guideline. Data analysis is used content analysis. **Result:** This study revealed that the error is classified into 2 types: error related to medication and nursing procedures. The natures of error are from mild to severe error. The factors of error are classified into 3 categories: student factor, environment and preceptor factor. The student factors: lack of confidence, nervous, first time experience, and lack of practice. Environment factor: lack of facilities, emergency condition, lack of supervision, and lack of patient safety habit in the hospital. Preceptor factors: lack of guidance, unclear instruction. **Discussion:** The students feeling when doing an error is classified into 2: negative and positive feeling. Negative feelings are fear, feeling guilty. Positive feeling: motivated to learn. The student actions after doing an error are keep silent, inform to other students, or inform the preceptor or hospital nurses. The suggestion from this research is improving the skills lab education during academic phase and developing procedure for manage and prevent the error.

Keywords: error, nurse student, profession education

PENDAHULUAN

Kesalahan di dalam praktek keperawatan maupun kedokteran sangat membahayakan kemandirian pasien (Henneman, *et al.*, 2010). Khususnya di Indonesia masih sedikit sekali bahkan peneliti belum pernah menemukan penelitian yang membahas tentang jenis-jenis kesalahan atau *error* yang dilakukan oleh perawat, terlebih yang dilakukan oleh mahasiswa yang sedang praktek di klinik, baik itu rumah sakit, klinik, maupun puskesmas. Rothschild *et al.* (2005) sangat sedikitnya publikasi terkait *error* yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sering kali terkendala karena kurang baiknya dokumentasi terkait *error* dan membutuhkan multi pendekatan dalam pengambilan data serta membutuhkan observasi yang juga tidak mudah.

Perawat mempunyai posisi yang sangat strategis terhadap *outcome* perawatan atau pelayanan yang akan diterima pasien, sebagai contohnya adalah dalam mengidentifikasi komplikasi yang dapat saja terjadi pada pasien (Needleman, 2002). Mahasiswa perawat, sebagai salah satu pihak yang juga memberikan perawatan kepada pasien, tentu saja juga akan mempengaruhi kemajuan klien. Koohestani dan Baghcheghi (2009) secara jelas menggambarkan karena keterbatasan pengalaman klinis mahasiswa, maka mahasiswa perawat mempunyai resiko melakukan *error* dalam memberikan pengobatan atau tindakan kepada pasien. Sehingga ketika memberikan tindakan atau pengobatan kepada pasien, maka mahasiswa dapat membahayakan kondisi pasien ketika

dilakukan dengan tidak sempurna atau salah dalam melakukan suatu prosedur.

Penelitian Sharif dan Masoumi (2005) mahasiswa perawat tidak puas dengan kemampuan klinis mereka selama pendidikan. Mahasiswa mengalami kecemasan oleh karena perasaan tidak mampu atau tidak menguasai dan karena kurangnya keterampilan dan pengetahuan dalam merawat pasien dalam berbagai setting klinis. Penelitian tersebut juga menemukan bahwa kecemasan mahasiswa akan tinggi ketika di awal-awal praktek klinik.

Baghcheghi dan Koohestani (2008) melakukan studi observasi terkait frekuensi, tipe dan penyebab kesalahan penatalaksanaan terapi intravena pada mahasiswa perawat tingkat akhir. Hasil penelitian menunjukkan dari 372 observasi, maka terdapat 153 kejadian *error* yang terdeteksi. Kejadian *error* yang paling sering terjadi adalah pengenceran obat (2,68%) dan ketidaktepatan kecepatan infus (11,55%). Sedangkan penyebab *error* paling banyak adalah ketidakadekuatan pengetahuan tentang farmakologi. Selain itu Lymn *et al.* (2008) mengidentifikasi bahwa mahasiswa perawat seringkali mengalami kesulitan dalam ilmu farmakologi serta mengkaitkannya dengan praktek klinik, hal ini senada yang disampaikan oleh King (2004).

Hasil evaluasi praktik klinik mahasiswa perawat di PSIK FKIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, terdapat beberapa laporan mengenai kejadian *error* selama dalam praktik klinik. Beberapa kejadian itu di antaranya adalah salah obat, salah dalam pengenceran pengobatan, salah lokasi penyuntikan ataupun tidak lengkapnya atau tidak telitinya mahasiswa dalam melakukan suatu prosedur tindakan. Adapun secara pasti data kuantitatif kejadian-kejadian tersebut belum ada penelitian sampai saat ini. Lebih lanjut peneliti sangat kesulitan di dalam menemukan hasil-hasil penelitian terkait tindakan *error* yang dilakukan oleh mahasiswa baik itu di jurnal, tesis maupun disertasi khususnya di Indonesia. Hanya data yang sifatnya informal yang sering terdengar, yaitu ketika peneliti berbincang-bincang dengan perawat di rumah sakit.

Beberapa faktor resiko yang berhasil diidentifikasi terkait kejadian *error* adalah kurangnya pemahaman mahasiswa dalam melakukan suatu prosedur, kurangnya cek, dan pengawasan dari pembimbing selama mahasiswa melakukan suatu prosedur. Ketakutan mahasiswa juga dirasakan bisa sebagai faktor penyebab terjadinya *error* dalam pengobatan maupun tindakan.

Melihat berbagai hal di atas, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik mahasiswa profesi ners, mengidentifikasi jenis-jenis tindakan *error*, mengidentifikasi faktor-faktor terjadinya *error*, mengidentifikasi tindakan mahasiswa ners setelah melakukan *error*, mengetahui saran, dan harapan untuk pencegahan kejadian *error* selanjutnya.

Hasil identifikasi ini tentunya akan sangat berguna bagi evaluasi pendidikan keperawatan baik pada tahapan akademik ataupun ketika praktik klinik, sehingga keamanan pasien dapat ditingkatkan, baik untuk pendidikan profesi di PSIK UIN sendiri maupun secara nasional.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Jenis penelitian ini dipilih karena peneliti ingin mengeksplorasi tentang topik penelitian ini secara lebih mendalam. Metode ini akan melibatkan dalam penyelidikan yang lebih mendalam dan pemeriksaan secara menyeluruh terhadap tingkah laku suatu unit atau individu.

Partisipan dalam penelitian ini adalah 29 mahasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan profesi Ners Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Sedangkan instrumen penelitian adalah kuesioner berisi pertanyaan terbuka dan panduan wawancara yang akan digunakan sebagai panduan dalam wawancara mendalam yang dilakukan kepada 5 mahasiswa di antara 29 mahasiswa tersebut.

Teknik pengumpulan data adalah dengan menyebarkan kuesioner yang berisi pertanyaan terbuka kepada 32 mahasiswa yang

dilanjutkan kepada wawancara mendalam kepada 5 orang mahasiswa. Analisa data dengan analisa konten.

Terkait dengan isu etik penelitian, penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari partisipan penelitian dengan memperhatikan aspek-aspek di antaranya adalah penjelasan manfaat penelitian, kemungkinan resiko dan ketidaknyamanan, jaminan anonimitas dan kerahasiaan, dan aspek sukarela dalam keterlibatan penelitian ini (Dempsey, 2002).

HASIL

Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan profesi Ners PSIK UIN Syarif Hidayatullah. Sebanyak 29 mahasiswa berpartisipasi di dalam penelitian ini. Adapun karakteristik mahasiswa terdapat dalam Tabel 1.

Jenis-jenis Tindakan *Error* Mahasiswa Ners selama Pendidikan Profesi

Hasil penelitian menunjukkan ada 2 jenis kategori *error* yang diidentifikasi oleh mahasiswa, yaitu kesalahan di dalam kegiatan yang berkaitan dengan pengobatan serta *error* yang berkaitan dengan prosedur suatu tindakan.

Sekitar 13 mahasiswa atau 44,8% mahasiswa mengidentifikasi dirinya pernah melakukan *error* yang berkaitan dengan pemberian obat serta 22 mahasiswa atau sekitar 75% melakukan *error* yang berkaitan dengan suatu prosedur tindakan.

Beberapa contoh jenis *error* yang pernah dilakukan oleh mahasiswa yang sifatnya cukup membahayakan di antaranya yaitu mahasiswa memberikan obat heparin yang diberikan pada pasien yang salah. Sedangkan heparin merupakan kontraindikasi bagi pasien tersebut karena proses pembekuan darahnya yang cukup memanjang. Salah pasien juga cukup sering dialami oleh mahasiswa lain.

"Saya salah dalam pemberian obat yaitu salah pasien, tetapi dengan obat yang sama tetapi dengan dosis yang berbeda".

Contoh dari kesalahan waktu disampaikan oleh mahasiswa cukup sering terjadi dan menjadi kebiasaan diruangan sebagaimana pernyataan berikut:

"Kalau yang saya alami untuk pemberian obat hanya salah waktu, misalnya pada saat pemberian obat harusnya jam 18.00 tetapi dipercepat pemberiannya menjadi jam 16.00, katanya sih biar dapat didokumentasikan atau perawat pekerjaannya masih banyak yang ingin dikerjakan. Serta tetesan infus seperti RL, program dokter 20 tetes/menit harus

Tabel 1. Karakteristik Partisipan (N = 29)

N	Nilai
Jenis Kelamin – Jumlah (%)	
Laki-laki	7 (24,14)
Perempuan	24 (75,86)
Mean Indeks Prestasi Kumulatif Akademik*	3,09 (± 0,26)
Median	3,05
Nilai tertinggi	3,71
Nilai terendah	2,61
Missing case	3
Mean Indeks Prestasi Kumulatif Profesi**	3,71 (± 0,18)
Median	3,72
Nilai tertinggi	4
Nilai terendah	3,28
Missing case	2

Ket: * IPK Akademik, **IPK Profesi

Tindakan *Error* Prosedur Keperawatan (Uswatun Khasanah)

habis 8 jam tetapi jarang tepat waktu habis cairan RL tersebut, biasanya waktu tetesan itu jamnya lebih atau kurang".

"Pemberian jadwal obat injeksi tidak tepat waktu karena instruksi dari pihak perawat di RS".

Contoh *error* pada tindakan prosedur adalah pasien memberikan makanan melalui NGT pada pasien tidak sadar dengan tidak dicek terlebih dahulu residunya, akan tetapi makanan dipaksa masuk, sehingga pada akhirnya makanan terdorong ke atas. Hal ini sebagaimana yang disampaikan oleh mahasiswa ners, perempuan sebagai berikut:

"Sewaktu memberi makan via NGT, saya tidak mengecek residu terlebih dahulu. Saat diberi makanan ada tahanan. Makanan tidak masuk sehingga tidak kuat mendorong akhirnya semua makanan terdorong ke atas. Pasien dalam keadaan somnolen. Cepat-cepat saya aspirasi, ternyata kateter tip kurang tersambung/ kurang pas dengan selang sehingga udara masuk. Hal ini terjadi 1 kali saja selama saya praktek".

Tanda-tanda vital hanya ditebak dan tidak diukur, atau hanya dikira-kira saja tentang *output* dan *input* cairan adalah hal

yang kadang dilakukan oleh mahasiswa Ners sebagaimana pernyataan di bawah ini:

"O ya, kadang waktu TTV (mengukur tanda-tanda vital) suka nebak suhu, respirasi pasien, soalnya waktu TTV pasiennya banyak, kadang cuma berdua dan harus mengukur TTV 1 lantai (1 ruangan)".

"Suka mengira-ngira intake dan output pasien (cairan pasien). Kadang mungkin ini terbawa dari lingkungan juga, karena perawat di RS juga sering mengira-ngira dan nyuruh kita untuk dikira-kira aja".

Kejadian *error* berkaitan dengan tindakan *invasive* yang paling sering diidentifikasi mahasiswa adalah berkaitan dengan prosedur *intravena*, baik untuk mengambil darah atau untuk terapi *intravena*.

"Memasang infus gagal karena infus set jatuh, tidak masuk vena ataupun bengkak".

"Saya pernah memasang infus salah sampai pasien pingsan 1 kali".

Perawatan luka juga diidentifikasi oleh mahasiswa sering terjadi *error* dalam pelaksanaannya.

Tabel 2. Distribusi frekuensi jenis-jenis *error*

Item	Nilai
<i>Error</i> dalam pemberian obat –n (%)	13 (44,8%)
<i>Error</i> dalam prosedur tindakan –n (%)	22 (75%)

Tabel 3. Jenis-Jenis *Error* yang pernah terjadi

<i>Error</i> dalam pemberian obat	<i>Error</i> dalam prosedur tindakan
Salah waktu	Set luka untuk beberapa orang
Salah dosis	Infus tidak tepat
Obat tidak masuk semua	Prinsip steril kurang diperhatikan
Obat tidak diencerkan	Pemberian makanan NGT yang tidak memperhatikan residu
Dosis double	Pengambilan darah arteri yang gagal
Tidak mendokumentasikan pengobatan sehingga duplikasi pemberian obat	TTV sering hanya ditebak tanpa diperiksa
Salah pasien	Suntikan yang tidak tepat
Salah rute pemberian obat	Salah lokasi pasang kateter pada perempuan

"Saat perawatan luka, set steril digunakan untuk 2–3 pasien, sarung tangan tidak ganti hanya dibersihkan dengan alcohol 70% saat pergantian/perawatan luka pada pasien lain".

"Perawatan luka di lahan praktek ada yang menggunakan 1 set dressing luka dipakai/digunakan untuk 4–5 pasien, secara prosedur hal tersebut sebenarnya salah". (12)

Faktor-faktor Penyebab Mahasiswa Ners Melakukan Error

Penelitian ini mahasiswa mengidentifikasi terdapat 3 faktor utama sebagai faktor penyebab terjadinya *error*. Faktor tersebut adalah mahasiswa atau diri sendiri, lingkungan, dan pembimbing.

Hasil identifikasi mahasiswa tentang faktor-faktor penyebab *error* ketika mahasiswa pendidikan profesi ners, dapat disimpulkan bahwa terjadinya suatu *error* dapat disebabkan oleh multi faktor. Pertama kali melakukan suatu prosedur tindakan seringkali menjadi penyebab *error*, sebagaimana disampaikan oleh mahasiswa ners:

"Karena deg-degan waktu itu pertama kali melakukan pembersihan luka. Saya tidak percaya diri (groggi), karena pengalaman pertama implementasi langsung ke pasien".

"Groggi karena baru pertama kali melakukan pemasangan infus dan diawasi oleh perawat ruangan".

Ketidakmampuan mahasiswa di dalam menata diri sebelum melakukan suatu tindakan seringkali menjadi penyebab *error* ataupun juga karena masih kurang terampilanya di dalam melakukan suatu prosedur.

"Saya merasa belum mampu melakukan suatu tindakan tetapi saya harus melakukannya".

Faktor lingkungan diidentifikasi mahasiswa menjadi penyebab *error*.

"Situasi (lingkungan) terkadang terburu-buru agar pekerjaan cepat selesai (tuntutan dari lahan praktek)".

"Seringkali fasilitas kurang sehingga kita tetap melakukan walaupun tahu yang dilakukan itu adalah salah".

Tabel 4. Hasil identifikasi mahasiswa tentang faktor-faktor penyebab *error*

Mahasiswa	Lingkungan	Pembimbing
Kurang teliti, kurang konsentrasi	Keadaan emergensi	Pembimbing kurang membimbing
Tidak percaya diri, grogi, takut gagal, cemas	Tenaga kesehatan diruangan seringkali melepas sendiri ketika mahasiswa melakukan suatu prosedur tanpa adanya validasi lagi	Pembimbing hanya <i>berrorientasi</i> pada laporan/tugas kurang dalam melatih skills
Pertama kali melakukan suatu prosedur	Jumlah pasien yang harus ditangani kadang terlalu banyak	Tidak diawasi/dibimbing ketika melakukan suatu prosedur
Pertama kali praktek	Sarana dan prasaran yang kurang	Instruksi kurang jelas dan lengkap
Kurang terampil	Kebiasaan RS yang kurang mendukung	
Kurang pengetahuan tentang suatu prosedur	Pasien cemas atau tidak percaya	
Kurang latihan		
Merasa belum siap untuk praktek		

Tindakan *Error* Prosedur Keperawatan (Uswatun Khasanah)

Pembimbingan yang kurang memperhatikan kebutuhan mahasiswa,

"Ada beberapa pembimbing ruangan yang tidak pernah membimbing mahasiswa".

Pembimbing seringkali hanya *berrorientasi* terhadap tugas mahasiswa maupun laporan, tetapi kurang membimbing tentang teknis pelaksanaan suatu prosedur atau kurang mendampingi dan memberikan masukan ketika mahasiswa melakukan suatu prosedur.

Perasaan Mahasiswa setelah melakukan *Error*

Perasaan mahasiswa setelah melakukan *error* dari hasil penelitian dapat dikategorikan menjadi 2 macam perasaan, baik yang bersifat negatif maupun positif. Perasaan negatif adalah takut, cemas, merasa bersalah, merasa berdosa, serta khawatir, sedangkan perasaan positif adalah merasa termotivasi untuk lebih belajar lagi, ingin lebih teliti dalam mengerjakan sesuatu lagi.

Perasaan yang sering dialami oleh mahasiswa adalah takut, cemas, khawatir, merasa bersalah, merasa trauma, dan juga merasa berdosa. Adapun perasaan ini sebagai akibat kejadian yang dianggap oleh mahasiswa merugikan orang lain dalam hal ini terutama pasien maupun keluarganya, merasa telah melukai orang lain, takut akan komplain dari pasien, takut tidak dipercaya lagi setelah melakukan kesalahan, khawatir kondisi pasien akan memburuk setelah adanya prosedur yang salah yang telah dilakukan oleh mahasiswa, merasa terbebani karena harus bertanggung jawab atas kejadian yang terjadi.

"Perasaan setelah berbuat salah adalah merasa menyesal atas tindakan yang dilakukan serta merasa trauma dengan tindakan pemberian obat..."

"Merasa bersalah terhadap tindakan yang pernah dilakukan, cemas akan kondisi pasien yang bisa memburuk".

Selain perasaan yang cenderung negatif, dari penelitian menunjukkan efek

kejadian *error* yaitu berupa perasaan positif, di antaranya adalah menumbuhkan perasaan semangat untuk lebih teliti, keinginan untuk terus belajar.

... "Tetapi ingin lebih teliti lagi dalam semua tindakan".

"Saya merasa bersalah, namun termotivasi untuk belajar lebih giat lagi supaya tidak terulang lagi, dan akhirnya tidak terjadi kesalahan lagi".

Tindakan Mahasiswa Ners setelah Melakukan *Error*

Setelah mahasiswa mengetahui bahwa ada tindakan *error* yang telah dilakukannya, beberapa tindakan yang dilakukan adalah dengan memberi tahu teman dan pembimbing, diam saja atau merahasiakannya, diskusi dengan teman terlebih dahulu baru kemudian memberitahu pembimbing, ataupun hanya memberi tahu teman-temannya saja.

Hasil wawancara dengan mahasiswa didapatkan hasil bahwa seringkali tindakan yang dilakukan setelah *error* tergantung pada jenis *error*-nya. Jika sekiranya *error* dianggap sebagai kesalahan yang tidak terlalu membahayakan, maka seringkali mahasiswa hanya diam saja atau memberitahu teman-temannya saja untuk meminta pendapat dan diskusi terkait *error* yang terjadi dan apa yang harus dilakukan selanjutnya.

Beberapa mahasiswa menyatakan bahwa jika terjadi kesalahan maka dirinya akan melaporkan ke pembimbing atau perawat jaga, terutama jika *error* itu sekiranya dapat membahayakan bagi diri pasien. Pembimbing yang dimaksud adalah baik pembimbing akademik maupun pembimbing klinik dari rumah sakit.

"Saya segera melaporkan kejadian tersebut (error) pada pembimbing akademik dan menjelaskan kronologis kejadian. Kemudian saya melaporkan kejadian tersebut pada pembimbing lapangan (CI) dan menjelaskan kronologis kejadian dan membuat berita acara dan kronologis secara tulis tangan dan kemudian diketik".

Saran dan Harapan Mahasiswa Ners untuk Pencegahan *Error* Selanjutnya

Terhadap kejadian-kejadian *error* yang pernah dilakukan oleh mahasiswa, mahasiswa memberikan beberapa harapan agar kejadian-kejadian serupa dapat terhindar atau dapat diminimalkan. Adapun saran-saran dari mahasiswa tersebut di antaranya adalah, strategi pembimbingan atau pengajaran klinis perlu ditingkatkan, kegiatan pada saat akademik, yaitu pada saat *skills laboratorium*, perlu ada tindakan atau standar untuk mencegah terjadinya *error* atau ketika tindakan *error* sudah terjadi.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 75% mahasiswa menilai dirinya pernah melakukan *error* berkaitan dengan prosedur tindakan, sedangkan *error* berkaitan dengan pemberian obat pernah dilakukan sekitar 44,8%. Adapun *error* dalam pemberian obat di antaranya yaitu salah waktu pemberian obat, salah dosis, salah pasien, salah rute, dan tidak mendokumentasikan pengobatan yang diberikan. Adapun *error* dalam prosedur tindakan yang diidentifikasi mahasiswa adalah set luka 1 untuk beberapa orang, infus tidak tepat, tanda-tanda vital sering ditebak tanpa diperiksa, ataupun juga prinsip steril kurang dijaga.

Hasil penelitian ini senada dengan penelitian dari Stetler *et al.* (2000) dan Hume (1999) yang menunjukkan bahwa 10% sampai dengan 18% dari kecelakaan di rumah sakit yang dilaporkan adalah berkaitan dengan *error* dalam hal pengobatan, sedangkan Mrayyan *et al.* (2007) mengemukakan bahwa *error* dalam hal pengobatan disebabkan oleh tim kesehatan yaitu: dokter, ahli farmasi, akan tetapi perawat seringkali menjadi profesi yang paling sering melakukan *error* dalam hal pengobatan.

Hasil penelitian dari Baghcheghi and Kooshestani (2008) yang melakukan studi observasi terkait terapi intravena, menunjukkan bahwa dari 372 observasi, terdeteksi sebanyak 153 *error*. Kejadian *error* paling sering adalah

pada tahap persiapan dan pemberian obat adalah pada saat mencampur obat (2,68%) dan ketidaktepatan kecepatan infus (11,55%), sedangkan penelitian Kooshestani dan Baghcheghi (2009) menunjukkan bahwa 30% dari mahasiswa yang berpartisipasi dalam penelitian pernah melakukan satu kali selama masa pendidikan, dengan rata-rata *error* pengobatan sebanyak 1,93 kali.

Penelitian dari Rothschild (2006) menemukan bahwa jenis-jenis *error* umum yang berhasil diidentifikasi dalam penelitiannya adalah salah dosis (17%), salah obat (15%), duplikasi obat (15%), salah rute (9%), salah pasien (8%). Sedangkan jenis obat yang paling sering berkaitan dengan *error* adalah jenis antikoagulan, elektrolit, vasopressor, beta-blocker, anti aritmia, dan insulin. Jenis-jenis *error* dalam penelitian Rothschild juga selaras dengan hasil temuan dalam penelitian ini.

Wolf *et al.* (2006) mengemukakan bahwa salah satu faktor mahasiswa sering melakukan *error* adalah karena terbatasnya pengalaman klinis mereka. Terkadang mahasiswa melakukan kesalahan tanpa sengaja. Dalam hal ini Wolf menyarankan perawat pendidik menekankan secara serius tentang administrasi pengobatan dan mendiskusikan strategi keamanan dalam hal pengobatan pada saat diskusi kelas maupun pada saat supervisi klinis. Sedangkan Baghcheghi and Kooshestani (2008) berpendapat bahwa penyebab umum terjadinya *error* adalah ketidakadekuatan pengetahuan tentang farmakologi, hal ini menurut King *et al.* (2002), Manias dan Bullock (2002) disebabkan karena kurangnya konten tentang farmakologi di dalam kurikulum pendidikan keperawatan.

Penelitian dari Weeks *et al.* (2000), Hutton (1998) menunjukkan bahwa keterampilan dalam hal matematika secara signifikan berkontribusi terhadap resiko kesalahan dalam hal pemberian obat, sedangkan pada penelitian ini mahasiswa masih belum mengidentifikasi jika kesulitan ataupun kemampuan yang rendah dalam hal matematika dasar dan kalkulasi pengobatan berkontribusi terhadap kesalahan dalam pengobatan.

Penelitian ini mengidentifikasi bahwa faktor yang berkontribusi terjadinya *error* dapat terbagi 3 yaitu faktor mahasiswa, lingkungan, dan pembimbing. Faktor mahasiswa di antaranya yaitu: kurang teliti, takut atau cemas, merasa kurang terampil dan merasa belum siap untuk praktek. Mahasiswa beranggapan bahwa pendidikan profesi adalah suatu pendidikan yang cukup membuat cemas. Terutama pada awal pertama kali praktek atau pertama kali melakukan suatu tindakan.

Penelitian Sharif dan Masoumi (2005) menyebutkan bahwa pendidikan profesi cukup membuat stress bagi mahasiswa, terutama pada awal-awal pendidikan profesi/klinis. Stres muncul adalah sebagai akibat ketakutan mahasiswa membuat kesalahan dan takut dievaluasi oleh pembimbing. Oleh karena itu membangun rasa percaya diri sangat penting sebagai salah satu komponen dalam pendidikan profesi (Grundy, 1993). Lebih lanjut Grundy mengemukakan pembangunan rasa percaya diri harus difasilitasi oleh proses selama pendidikan keperawatan, sehingga mahasiswa akan menjadi kompeten dan percaya diri. Perawat pendidik mempunyai peran yang cukup penting dalam dalam pencegahan *error* dan juga perlu mengidentifikasi strategi efektif dalam mencegah terjadinya *error* (Henneman, *et al.*, 2010).

Perasaan mahasiswa setelah melakukan *error* dalam penelitian ini teridentifikasi menjadi 2 kategori, yaitu perasaan positif dan negatif. Perasaan negatif adalah takut, cemas, merasa bersalah, berdosa, dan khawatir. Sedangkan perasaan positif adalah termotivasi untuk belajar lagi, ingin lebih teliti lagi dalam mengerjakan sesuatu. Perasaan umum yang sering ada setelah perawat melakukan *error* adalah perasaan panik, putus ada, takut, merasa bersalah, malu dan lainnya. Sedangkan tindakan yang dilakukan setelah melakukan *error* di antaranya adalah mencari seseorang yang dapat mendengarkan permasalahannya, secara formal melaporkan kejadian *error*, mencari pengetahuan dan informasi hal-hal yang berkaitan dengan kejadian *error*. Terlebih Carlton dan Blegen (2006) mengemukakan bahwa tenaga kesehatan tidak dipersiapkan untuk menghadapi atau mengatasi dengan

perasaan tidak nyaman yang disebabkan karena adanya *error*, seperti malu, merasa tidak mampu, merasa ragu dengan pengetahuannya.

Studi dari Koohestani *et al.* (2008) mengindikasikan bahwa 75,8% terkait *error* pengobatan yang dilakukan oleh mahasiswa dilaporkan kepada instruktur. Akan tetapi studi dari Sanghera *et al* (2007) menunjukkan bahwa beberapa staf perawat hanya melaporkan sebagian *error* atau *error* yang dapat membahayakan pasiennya. Hasil penelitian Sanghera *et al.* tersebut selaras dengan hasil penelitian ini, di mana salah satu responden menyampaikan bahwa jenis *error* yang dilaporkan seringkali *error* yang membahayakan pasien, sedangkan *error* yang dianggap ringan tidak akan disampaikan kepada yang berwenang dalam arti mahasiswa tersebut menyimpan kejadian *error* untuk dirinya sendiri atau hanya memberitahukan kepada teman prakteknya saja.

Adapun hambatan dalam melaporkan kejadian *error* adalah seringkali khawatir atau takut. Hal ini selaras dengan penelitian Kooshestani dan Baghcheghi (2009) bahwa takut adalah sebagai salah satu sebab bagi mahasiswa tidak melaporkan kejadian *error*. Administrasi juga di dalam penelitian tersebut dianggap sebagai penghalang dalam melaporkan kejadian *error*.

Ketika kejadian *error* terjadi, Johnson dan Kanitsaki (2006) merekomendasikan agar kejadian *error* segera dilaporkan kepada pihak yang berwenang sesegera mungkin. Hal ini agar kejadian *error* tersebut dapat segera ditangani dan untuk mencegah *error* pada waktu selanjutnya. Lebih lanjut Koohestani dan Baghcheghi (2009) berpendapat bahwa melaporkan *error* dapat meningkatkan keamanan pasien dan dapat memberikan informasi berharga untuk pencegahan *error* pada masa depan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Jenis-jenis *error* yang sering terjadi dapat diklasifikasikan menjadi 2 kategori besar, yaitu *error* yang berkaitan dengan pemberian

obat atau administrasi obat dan *error* yang berkaitan dengan prosedur tindakan. Jenis *error* yang terjadi dapat berbentuk *error* yang sifatnya ringan sampai dengan *error* berat yang dapat membahayakan keselamatan pasien.

Faktor penyebab *error* dalam penelitian ini teridentifikasi menjadi 3 kategori, yaitu faktor mahasiswa atau diri sendiri, lingkungan, dan faktor pembimbing. Faktor mahasiswa di antaranya yaitu kurang percaya diri, grogi, karena baru pertama kali melakukan suatu prosedur dan merasa kurang latihan. Faktor lingkungan yaitu keadaan emergensi, tidak ada pengawasan dari rumah sakit, sarana dan prasarana yang kurang mendukung, serta kebiasaan di rumah sakit yang kurang mendukung terlaksananya *patient safety* dengan baik. Faktor pembimbing adalah pembimbing kurang membimbing dan instruksi kepada mahasiswa terkadang kurang jelas.

Perasaan mahasiswa ketika terjadi *error* dapat dibedakan menjadi 2 jenis kategori, yaitu perasaan negatif dan perasaan positif. Perasaan negatif adalah takut, cemas, merasa bersalah, berdosa, sedangkan perasaan positif adalah termotivasi untuk lebih belajar lagi dan ingin lebih teliti dalam melakukan suatu tindakan. Tindakan mahasiswa setelah melakukan *error* diantaranya adalah diam, memberi tahu teman dan memberi tahu pembimbing.

Penelitian ini hanya mengambil data dari perspektif mahasiswa terkait kejadian *error*, sehingga diharapkan pihak-pihak yang terlibat dalam pendidikan profesi mahasiswa perlu menjadi responden dalam penelitian selanjutnya agar mendapatkan gambaran yang jelas dan menyeluruh terkait dengan *error* yang terjadi pada mahasiswa.

Saran

Strategi pendidikan *skills lab* dapat lebih dimodifikasi dan ditingkatkan di antaranya yaitu dengan *small group teaching* di mana seringkali pendidikan *skills lab* dilaksanakan pada mahasiswa pada kelompok besar, atau lebih dari 15 orang/*group* atau terkadang 1 kelas menjadi 1 kelompok besar. Hal ini menjadikan pendidikan *skills lab* menjadi kurang efektif, mahasiswa tidak fokus ketika instruktur

menjelaskan atau tidak mempunyai kesempatan untuk melakukan secara mandiri. Kelompok kecil dengan maksimal 10 mahasiswa per *group* disarankan kepada pendidikan ketika kegiatan *skills lab* dilaksanakan, strategi kedua dengan pemanfaatan video untuk pendidikan *skills lab*.

Video dapat dimanfaatkan untuk pendidikan *skills lab*. Keluhan dari mahasiswa adalah terkadang mahasiswa kurang mendapatkan *feedback* dari tindakan prosedur yang telah dilaksanakannya. Jumlah dosen yang terbatas ketika pendidikan *skills lab* dapat sebagai salah satu penyebabnya. Pemanfaatan teknologi video dapat digunakan sebagai salah alternatif agar mahasiswa dapat mengevaluasi setiap tindakan yang telah dilaksanakannya. Prinsip dari aplikasi teknologi video ini adalah; mahasiswa dapat merekam tindakan yang dilaksanakannya di *skills lab* dengan video, dan kemudian dapat melakukan evaluasi diri tindakan yang telah dilaksanakannya dengan menggunakan *checklist* suatu prosedur dengan memutar kembali video hasil rekaman.

KEPUSTAKAAN

- Baghcheghi, N., dan Koohestani, N., 2008. *Nursing students' errors in preparation and administration of intravenous drugs*. *Strides in Development of Medical Education*, 5(1): 43–49.
- Carlton, G. dan Blegen, M.A., 2006. Medication-related errors: a literature review of incidence and antecedents: *Annu Rev Nursing Research*, 24: 19–38.
- Dempsey, P.A., 2002. *Nursing research: text and workbook*. Palupi Widyastuti Penerjemah. Jakarta: EGC.
- Grundy, S.E., 1993. The confidence scale. *Nurse Educator*. 18(1): 6–9.
- Henneman, E.A., Roche, J.P., Fisher, D.L., Cunningham, H., Reilly, C.A., Nathanson, B.H., Henneman, P.L. 2010. *Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: Opportunity to improve patient safety*. In *Applied Nursing research*. 23: 11–21.
- Hume, M. 1999. Changing hospital culture and systems reduces drug errors and

- adverse events. *The Quality Letter for Health Care Leaders*, 11(3): 2–9.
- Hutton, M., 1998. Nursing mathematics: the importance application. *Nursing Standard*, 13(11): 35–38.
- Johson, M.J. dan Kanitsaki, O., 2006. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 367–376.
- King, R.L., 2004. Nurses' perception of their pharmacologi educational needs. *Journal of Advanced Nursing*. 45(4): 392–400.
- Koohestani, H.R. dan Baghcheghi, N., 2009. Barriers to the reporting of medication administration errors among nursing students. In *Australian Journal of Advance Nursing*, 27(1): 66–74.
- Lymn, J.S., Bath-Hextall, F.B., Wharrad H.J., 2008. Pharmacology education for nurse prescribing students – a lesson in reusable learning objects. In *BMC Nursing* 2008, 7:2doi:10.1186/1472-6955-7, (Online) (<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/7/2>, diakses tanggal 1 Maret 2011)
- Manias, E. dan Bullock, S., 2002. The educational preparation of undergraduate nursing students in pharmacology: perceptions and experiences of lecturers and students. *International Journal of Nursing Studies*. 39(7): 757–769.
- Mrayyan, M.T., Shistani, K., dan Faouri, I., 2007. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses's perspectives. *Journal of Nursing Management*. 15(6): 659–670.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Steward, M., dan Zelevinski, K., 2002. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346: 1715–1722.
- Rothschild, J.M., Hurley, A.C., Landrigan, C.P., Cronin, J.W., Martell-Waldrop, K., Foskestt, C., Burdick, E., Czeisler, C.A., Bates, D.W., 2006. Recovery from Medical errors: The critical care nursing safety net. *Journal on Quality and Patient Safety*. 32(2): 62–72.
- Rothschild, J.M., Landrigan, C.P., Cronin, J.W., Kaushal, R., Lockley, S.W., Burdock, E., et al., 2005. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 33: 1694–1700.
- Sanghera, I.S., Franklin, B.D., dan Dhillon, S., 2007. The attitude and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in a UK intensive care unit. *Anesthesia*, 62(1): 53–61.
- Sharif, F. dan Masoumi, S., 2005. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. In *BMC Nursing*. 4(6).
- Stetler, C.B., Morsi, D., dan Burns, M., 2000. Physical and emotional patient safety: a different look at nursing-sensitive outcomes. *Outcomes Management of Nursing Practice*, 4(4): 159–165.
- Weeks, K., Lyne, P., dan Torrance, C., 2000. Written drug dosage errors made by students: the threat to clinical effectiveness and the needs for a new approach. *Clinical effectiveness in Nursing*. 4(2): 20–29.
- Wolf, Z.R., Hicks, R., dan Serembus, J.F. 2006. Characteristics of medication error made by student during the administration phase. *Journal of Professional Nursing*, 22(1): 39–51.