

## Analisis Self Reported Asuhan Persalinan oleh Lulusan DIII Kebidanan dan *Medical Error*

*An Analysis of Self Reported of Delivery Care by DIII Midwifery Graduates and Medical Error*

Istri Bartini<sup>1</sup>, Ova Emilia<sup>2</sup>, Adi Utarini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Akademi Kebidanan Yogyakarta

<sup>2</sup>Bagian Obsgin dan Ginekologi, RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta

<sup>3</sup>Magister Manajemen Rumah Sakit, FK UGM, Yogyakarta

### Abstract

**Background:** Increased coverage of deliveries by health personnel in Indonesia (82.3%) does not synergize with decreased MMR (228/100.000 live births). The low quality of care at the primary level becomes the main causal factor for the slow achievement of the MDGs. Midwives as providers in the primary care level become the front liners in delivery assistance. Public perception of the low quality of DIII midwifery graduates becomes a concern to the occurrence of medical errors by DIII midwifery graduates. Competence of delivery care is one of midwives' competences at risk of medical error. In Bantul District, the number of maternal deaths in 2010 was 18 cases with a majority of deaths occurring during childbirth.

**Objective:** To describe compliance to normal delivery care and medical errors that occurred in the delivery care conducted by DIII midwifery graduates.

**Methods:** A quantitative study with a cross-sectional design to the occurrence of medical errors in delivery care by DIII midwifery graduates in Bantul District. Data were collected by questionnaire (self reported) and analyzed by univariate, bivariate and multivariate.

**Results:** The results of the analysis suggested that 41.51% medical error occurred in the delivery care and 24.53% of delivery care by D III midwifery graduates were categorized as not good (n = 53). Self reported about medical errors in the four aspects being studied showed that 14 respondents (26.42%) said that medical error ever occurred in the action aspect of delivery assistance, 10 respondents (18.87%) said that medical errors occurred in the prevention of infection, 8 respondents (15.09%) stated that medical error occurred during the administration of drugs and only 3 respondents (5.66%) said that medical errors occurred at the time of diagnosis establishment. Not good delivery care was significant to the occurrence of medical errors ( $p = 0.000$ ), and 3.8 times causing a medical error after being controlled by extraneous variables (facilities & SOP) with  $R^2$  value of 0.16.

**Conclusion:** Delivery care by DIII midwifery graduates in Bantul District 75,5% was categorized good, and 41.51% medical error occurred in the delivery care. The prevalence of not good delivery care increased the incidence of medical errors than that of good delivery care. Medical errors in delivery care expressed through self-reported in this study showed that they were also influenced by the completeness of equipment and standard operating procedures in obstetric care facility.

**Keywords:** medical error, DIII Midwifery Graduates, delivery care

### Pendahuluan

Indonesia sebagai negara yang sedang berkembang mempunyai agenda khusus untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut hasil SDKI tahun 2007, angka kematian ibu sebesar 228/100.000 kelahiran hidup adalah angka tinggi untuk *maternal mortality ratio* yang menggambarkan rendahnya status kesehatan ibu. Tingginya AKI ini tidak bersinergi dengan peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, angka cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan mencapai 82,3%, meskipun angka ini masih di bawah target MDG's yaitu 90%.<sup>1</sup> Survei SDKI 2007 memprediksi hingga tahun 2015 AKI di Indonesia masih berada pada angka 161/100.000 kelahiran

hidup, sedangkan target MDG's pada tahun 2015 AKI turun menjadi 102/100.000 kelahiran hidup. Rendahnya kualitas pelayanan pada tingkat primer menjadi faktor penyebab utama lambatnya pencapaian MDGs.<sup>2</sup>

Berkaitan dengan strategi pemerintah dalam memenuhi target penurunan AKI dan AKB, serta pemenuhan tenaga bidan di Indonesia, saat ini banyak bermunculan program studi kebidanan. Ikatan Bidan Indonesia<sup>3</sup> menyatakan bahwa sampai saat ini jumlah instansi pendidikan kebidanan baik swasta maupun pemerintah adalah 672 program studi DIII kebidanan. Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), saat ini jumlah instansi pendidikan

kebidanan sebanyak 13 institusi. Apabila setiap institusi pendidikan kebidanan meluluskan 100 lulusan DIII kebidanan per tahun, maka dapat dipastikan ada 1.300 bidan yang siap bekerja memberikan pelayanan kebidanan guna meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak per tahun. Ekspansi banyaknya bidan yang diproduksi ini belum berpengaruh secara langsung terhadap AKI di Indonesia jika dilihat dari lambatnya penurunan AKI dan AKB. Meskipun jumlah bidan meningkat, pertolongan persalinan, serta pelayanan kebidanan juga meningkat, tetapi kesehatan maternal dan neonatal masih rendah. Ini menunjukkan kualitas pelayanan bidan masih kurang baik.

Berkaitan dengan kinerja lulusan DIII Kebidanan, hal yang terpenting untuk diperhatikan adalah kinerja dalam melaksanakan tugas sebagai bidan dengan mengutamakan keselamatan pasien. Setiap asuhan kebidanan yang diberikan berisiko terjadinya *medical error*. *Patient safety* menjadi hal utama pada setiap pelayanan kepada pasien. Isu utama dalam pelaksanaan *patient safety* antara lain: pencegahan terhadap infeksi nosokomial dengan *handwashing*, pencegahan terjadinya *medical error* (kesalahan diagnosa, pengobatan, dan intervensi medis). Publikasi dan artikel tentang *patient safety* dan *human error* pun semakin meningkat.<sup>4</sup> Ini menandakan bahwa kritisi tentang *patient safety* dan *medical error* pada tenaga kesehatan semakin diperhatikan. Demikian pula di Indonesia, menurut Utarini<sup>5</sup> dalam studinya di tahun 2000 pada 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik, diperoleh hasil kejadian KTD sangat bervariasi yaitu 8,0% hingga 98,2% untuk *diagnostic error*, dan 4,1% hingga 91,6% untuk *medication error*.

Lulusan bidan diharapkan mampu menjamin *patient safety* dalam setiap pelayanan kepada ibu dan anak. Persepsi masyarakat tentang kualitas lulusan DIII kebidanan yang masih kurang, menjadi suatu kekhawatiran terhadap terjadinya *medical error* oleh bidan lulusan DIII kebidanan. Kompetensi asuhan persalinan merupakan salah satu kompetensi bidan yang berisiko terjadinya *medical error*. Menurut data di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, jumlah kematian ibu pada tahun 2010 sebanyak 18 kasus yang sebagian besar kematian terjadi pada masa persalinan. Munculnya kasus *medical error* pada asuhan persalinan yang dilaporkan hanya sebagian kasus yang nampak. Kesalahan-kesalahan yang merugikan pasien lainnya dapat terjadi

meskipun belum dilaporkan. Ini menjadi suatu hal yang menarik yang perlu kita kaji dan teliti.

### Bahan dan Cara Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah bidan lulusan program studi DIII yang bekerja di unit-unit pelayanan kesehatan kebidanan di rumah sakit, puskesmas dengan perawatan, rumah bersalin, dan bidan praktik swasta di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, sampel diambil sebanyak 53 bidan.

Data tentang asuhan persalinan oleh bidan lulusan DIII kebidanan dan tentang *medical error* dalam asuhan persalinan diperoleh dari kuesioner tentang standar asuhan persalinan normal dan *medical error* yang sering terjadi saat memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin. Data tentang fasilitas dan SOP dikumpulkan dengan menggunakan *check-list* yang berisi tentang fasilitas, alat, dan obat yang terstandar untuk pelayanan kebidanan pada ibu bersalin, serta jenis observasi untuk melihat ada dan tidaknya SOP penanganan pada pasien bersalin di tempat kerja bidan.

Data dianalisis secara univariat, bivariat dengan menggunakan *chi-square*, dan multivariat dengan uji *binary regression*.

### Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil analisis univariabel tentang distribusi frekuensi variabel penelitian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Analisis distribusi frekuensi variabel penelitian

Variabel Penelitian	Total	
	N	%
<b>Kejadian <i>medical error</i></b>		
<i>Medical error</i>	22	41,5
Tidak <i>medical error</i>	31	58,5
<b>Asuhan persalinan oleh bidan D III</b>		
Tidak baik	13	24,5
Baik	40	75,5
<b>Kelengkapan fasilitas</b>		
Tidak lengkap	44	83,0
Lengkap	9	17,0
<b>Standart Operasional Prosedur (SOP)</b>		
Tidak ada	4	7,6
Ada	49	92,4

Tabel 1 menunjukkan bahwa hasil *self reported* dari 53 responden bidan yang diteliti 31 responden (58%) tidak terjadi *medical error* ketika memberikan asuhan persalinan. Sebanyak 13 responden

(75,47%) melakukan asuhan persalinan dengan kriteria baik. Sebagian besar responden (83,02%) bekerja pada unit pelayanan dengan fasilitas yang tidak lengkap atau tidak memenuhi standar dan 49 responden (92,45%) bekerja pada unit pelayanan dengan tersedianya SOP.

Hasil analisis tentang kejadian *medical error* dalam empat aspek yang diteliti yaitu penentuan diagnosa, pencegahan infeksi, pemberian obat dan tindakan pertolongan persalinan dapat dilihat Tabel 2.

Tabel 2. Analisis distribusi frekuensi self reported kejadian *medical error* dalam asuhan persalinan

Aspek Medical Error	Total	
	N	%
<b>Penentuan diagnosa</b>		
Terjadi <i>medical error</i>	3	5.66
Tidak terjadi <i>medical error</i>	50	94.34
<b>Pencegahan infeksi</b>		
Terjadi <i>medical error</i>	10	18.87
Tidak terjadi <i>medical error</i>	43	81.13
<b>Pemberian obat</b>		
Terjadi <i>medical error</i>	8	15.09
Tidak terjadi <i>medical error</i>	45	84.91
<b>Tindakan pertolongan persalinan</b>		
Terjadi <i>medical error</i>	14	26.42
Tidak terjadi <i>medical error</i>	39	73.58

Tabel 2 menunjukkan bahwa hasil self reported tentang *medical error* pada empat aspek yang diteliti, 14 responden menyatakan pernah terjadi *medical error* terjadi pada aspek tindakan pertolongan persalinan sebesar (26.42%), 10 responden menyatakan terjadi *medical error* pada upaya pencegahan infeksi (18.87%), 8 responden (15.09%) menyatakan terjadi

*medical error* pada saat pemberian obat dan hanya 3 responden yang menyatakan terjadi *medical error* (5.66%) pada saat penentuan diagnosa.

Hasil analisis bivariat tentang variabel bebas (self reported pertolongan persalinan oleh bidan lulusan DIII) dengan variabel terikat (*medical error*) menggunakan Uji statistik *chi-square* dengan perhitungan rasio prevalensi (RP) dengan *Confidence Interval* (CI) 95% dan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ , dapat dilihat pada Tabel 3.

Hasil analisis *chi square* terdapat perbedaan prevalensi terjadinya *medical error* dalam asuhan persalinan oleh bidan lulusan DIII kebidanan. Asuhan persalinan yang tidak baik menunjukkan 84,6% terjadi *medical error* dengan *p value* 0,000. Secara epidemiologi *medical error* dalam asuhan persalinan terjadi 3,08 kali pada asuhan persalinan yang tidak baik dibandingkan dengan asuhan persalinan yang baik. Terdapat hubungan yang bermakna pada asuhan persalinan yang tidak baik dengan terjadinya *medical error* ditunjukkan dengan  $p = 0.000$  RP= 3,08 dan 95%CI (1.76- 5,35)

Secara statistik variabel luar kelengkapan fasilitas menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap kejadian *medical error*. Ini ditunjukkan dengan nilai *p value* 0,04 dan RP 4,29 CI 95% = 1,03-17,76. Variabel Standart Operasional Prosedur (SOP) juga menunjukkan nilai statistik yang bermakna terhadap terjadinya *medical error*, hal ini ditunjukkan dengan nilai *p value* 0,02 dan RP 2,72 CI 95%=1,88-3,93, dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 3. Analisis hubungan self reported tentang asuhan persalinan oleh bidan lulusan DIII dengan self reported tentang *medical error* dalam pertolongan persalinan

Variabel	Medical Error				$\chi^2_{(1)}$	P	RP	95%CI
	ME		Tidak ME					
	n	%	N	%				
<b>Asuhan Persalinan</b>								
Tidak Baik	11	84,6	2	15,4	13,18	0,0004	3,08	(1,76-5,35)
Baik	11	27,5	29	72,5				

Tabel 4. Analisis hubungan variabel luar (kelengkapan fasilitas dan SOP) dengan *medical error* dalam pertolongan persalinan

Variabel	Medical Error				$\chi^2_{(1)}$	P	RP	95%CI
	ME		Tidak ME					
	n	%	n	%				
<b>Kelengkapan Fasilitas</b>								
Tidak Lengkap	21	47,7	23	52,3	4,12	0,04	4,29	(1,03-17,76)
Lengkap	1	11,1	8	88,9				
<b>SOP</b>								
Tidak Ada	4	100,0	0	0,0	6,09	0,02	2,72	(1,88-3,93)
Ada	18	36,7	3	63,3				

Hasil analisis bivariat tentang variabel variabel luar (kelengkapan fasilitas dan SOP) dengan variabel bebas *self reported* tentang asuhan persalinan oleh bidan lulusan DIII Kebidanan) dapat dilihat pada Tabel 5.

variabel luar secara bersama sama (kelengkapan alat dan SOP) asuhan persalinan yang tidak baik mempunyai peluang terjadi *medical error* sebesar 3 kali dibandingkan asuhan persalinan yang baik. Nilai RP pada kelengkapan fasilitas sebesar 2,0. Ini menunjuk-

**Tabel 5. Analisis hubungan variabel luar (kelengkapan fasilitas dan SOP) dengan *self reported* tentang asuhan persalinan oleh bidan lulusan DIII**

Variabel	Asuhan Persalinan				$\chi^2$	P	RP	95%CI
	Tdk Baik		Baik					
	N	%	N	%				
<b>Kelengkapan alat/fasilitas</b>								
Tidak Lengkap	12	27,27	32	72,73	1,05	0,28	2,5	(0,36-16,57)
Lengkap	1	11,11	8	88,89				
<b>SOP</b>								
Tidak Ada	0	0,00	4	100,00	1,40	0,31	0	-
Ada	13	26,53	36	73,47				

Tabel 5 menunjukkan bahwa secara statistik semua variabel luar menunjukkan hubungan yang tidak bermakna terhadap asuhan persalinan yang diberikan oleh bidan lulusan DIII. Kelengkapan fasilitas tidak bermakna. Hal itu ditunjukkan dengan nilai *p value* 0,28 dan RP 2,5 CI 95%=0,36-16,57. Standar Operasional Prosedur (SOP) juga tidak bermakna, hal itu ditunjukkan dengan nilai *p value* 0,31 dan RP 0.

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat secara bersama-sama dengan mengontrol variabel *confounding*. Analisis multivariabel dilakukan dengan pemodelan. Uji statistik yang digunakan adalah *binomial regression* dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ . Pada analisis ini ditunjukkan nilai RP, (95%) CI, nilai deviance dan koefisien determinan ( $R^2$ ). Pada model 4 diperoleh hasil bahwa setelah dikontrol oleh

kan bahwa alat/fasilitas yang tidak lengkap mempengaruhi terjadinya *medical error* sebesar 2 kali dibandingkan dengan unit pelayanan yang mempunyai fasilitas yang lengkap untuk memberikan asuhan pada ibu bersalin. Nilai RP pada SOP sebesar 4,7. Ini menunjukkan bahwa tidak adanya SOP mempengaruhi terjadinya *medical error* sebesar 4 kali dibandingkan dengan unit pelayanan yang ada SOP tentang asuhan ibu bersalin. Hasil analisis  $R^2$  model 4 menunjukkan bahwa *medical error* 16% dipengaruhi asuhan persalinan, kelengkapan fasilitas dan SOP. Analisis multivariabel dilakukan dengan pemodelan. Uji statistik yang digunakan adalah *binomial regression* dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ . Pada analisis model 1 menunjukkan nilai RP 1,3, (95%) CI 1,04-1,76, nilai deviance 172,97 dan koefisien determinan ( $R^2$ ) 0,03. Hasil analisis multivariabel seperti pada Tabel 6.

**Tabel. 6 Analisis perkiraan nilai rasio prevalensi hasil uji multivariat binomial *regression* melalui pemodelan hubungan asuhan persalinan, kelengkapan fasilitas dan SOP dengan *medical error***

Variabel	Model 1 RP (95% CI)	Model 2 RP (95% CI)	Model 3 RP (95% CI)	Model 4 RP (95% CI)
<b>Asuhan Persalinan</b>				
Tidak Baik	3,07 (1,76-5,35) 1	2,62 (1,51-4,54) 1	4,35 (2,15-8,79) 1	3,80 (1,86-7,76) 1
Baik				
<b>Kelengkapan Fasilitas</b>				
Tidak Lengkap		2,90 (0,53-15,70) 1		2,00 (0,42-9,36) 1
Lengkap				
<b>SOP</b>				
Tidak Ada			5,38 (2,76-10,46) 1	4,71 (2,39-9,25) 1
Ada				
<b>Deviance</b>	58,21	56,42	46,62	46,04
<b>R<sup>2</sup></b>	0,07	0,10	0,14	0,16
<b>N</b>	53	53	53	53

## Pembahasan

Hasil analisis menunjukkan bahwa asuhan persalinan yang tidak baik mempunyai kecenderungan untuk terjadinya *medical error* sebesar tiga kali dan dapat disimpulkan bahwa 7% kejadian *medical error* tersebut dipengaruhi oleh kualitas asuhan persalinan yang diberikan bidan lulusan DIII. Prevalensi bertambah secara signifikan setelah dikontrol secara bersama-sama dengan variabel luar (kelengkapan fasilitas dan SOP).

Menurut Scholfield<sup>6</sup> risiko atau *error* di antaranya dipengaruhi beberapa hal yaitu peralatan medis dan obat-obatan dan prosedur-prosedur serta kebijakan di tempat pelayanan. Hobgood, *et al*<sup>7</sup> juga menyebutkan bahwa peralatan yang tersedia berpengaruh sebesar 12% pada *error* ringan dan angka lebih tinggi pada *error* yang berat.

Kelengkapan fasilitas dan alat, serta prosedur yang jelas dalam menangani pasien jelas akan meningkatkan kualitas perawatan pasien dan mencegah terjadinya *medical error*. Namun, Lester dan Jonathan<sup>8</sup> menjelaskan lebih jauh bahwa dalam upaya untuk menurunkan kejadian *medical error* penggunaan *checklist*, SOP, atau bahkan *computerized decision aids* akan menjadi sebuah ketegangan yang terjadi pada *provider* (dokter). Ketegangan tersebut terjadi antara proses perubahan karakter individu secara natural dengan proses berpikir dan bekerja. Penjelasan ini berfokus pada kematangan individu dalam proses sosialisasi (pemahaman dan internalisasi) profesi dokter. Perubahan terkini dalam praktik kedokteran yang bertujuan untuk menurunkan kejadian *error* lebih banyak diarahkan kepada individu dokter karena adanya persepsi publik yang berkembang bahwa *medical error* adalah hal yang biasa terjadi dan sebagian besar dilakukan oleh profesi dokter. Dari sudut pandang pendidikan kedokteran konsep berpikir tentang *error* menjadi suatu perubahan pada aspek pendidikan dokter, seperti halnya perubahan kurikulum yang disusun untuk perubahan positif guna menurunkan kejadian *medical error*.

*Self reported* pelaksanaan asuhan pada ibu bersalin oleh responden dikategorikan baik, meskipun masih ada yang dikategorikan tidak baik. Pelaksanaan asuhan pada ibu bersalin bagi bidan telah ditetapkan prosedurnya dalam Asuhan Persalinan Normal (APN). Kurikulum pendidikan Diploma III kebidanan telah menggunakan pokok bahasan APN dalam mata kuliah Askeb II (asuhan pada ibu ber-

salin). Dengan demikian, bidan lulusan program studi diploma III kebidanan telah mempunyai bekal yang terstandar berkaitan dengan pelayanan kepada ibu bersalin. Ini mendukung analisis yang menunjukkan bahwa asuhan kebidanan yang dilaksanakan pada ibu bersalin dapat dikategorikan baik. Kualitas asuhan atau pelayanan yang diberikan bidan tentu saja dipengaruhi oleh kemampuan kompetensi yang dikuasai bidan.

Menurut ICM<sup>9</sup> komponen inti kompetensi bagi bidan mencakup pengetahuan, keterampilan, dan sikap. Ketiga hal tersebut dipelajari dan dilatih selama masa pendidikan. Kurikulum pendidikan bidan diimplementasikan dalam mata kuliah yang diikuti bidan merupakan hal yang penting. Kroll<sup>10</sup> dalam studi kualitatifnya menegaskan bahwa kekeliruan menjadi hal yang signifikan dalam kurikulum. Kurikulum yang tidak memasukan materi tentang *medical error* dalam mata kuliah akan menjadikan atau meluluskan dokter muda yang tidak akuntabel. Demikian pula terhadap kurikulum DIII kebidanan, hampir seluruhnya belum membahas secara khusus tentang *medical error* atau lebih jauh tentang *patient safety*. Inilah *gap* yang terjadi antara tuntutan kompetensi bidan yang harus mampu memberikan pelayanan atau asuhan kebidanan yang bermutu tinggi dan aman bagi pasien, sedangkan materi untuk memahami tentang *patient safety*, *medical error* dan hal-hal yang berkaitan dengan *adverse event* tidak dibahas secara fokus dan mendalam.

Perkembangan dalam asuhan persalinan normal mengharuskan bidan untuk *proaktif* dengan perkembangan ilmu dan keterampilan atau memperhatikan hal-hal penting dalam pelayanan untuk mengurangi risiko terjadinya kekeliruan atau *error*. Pengalaman kerja responden sebagian besar satu tahun, ini akan mempengaruhi terhadap kinerjanya. Meskipun Hobgood, *et al*<sup>7</sup> dalam penelitiannya menjelaskan bahwa karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, ras, pengalaman kerja, tingkat kemampuan teknis medis, dan status kepegawaian tidak menunjukkan angka yang signifikan terhadap terjadinya *error*.

Data dari hasil penelitian ini diperoleh dengan melihat *medical error* dari sisi *provider*, dalam hal ini adalah bidan. Grober<sup>11</sup> menjelaskan beberapa penelitian tentang *medical error* juga dilakukan dengan melihat *outcome* kejadian *medical error* misalnya *komplain* pasien, hasil audit kasus dan dengan model

*self identify*, dan *self report* baik dengan memberikan kuesioner maupun wawancara atau dengan studi kasus. Mengungkap masalah *medical error* memang tidaklah mudah, karena *error* merupakan hal negatif yang selayaknya tidak terjadi. Namun bagi orang yang memahami konsep tentang *medical error* dan keselamatan pasien, ini menjadi penting untuk diungkap untuk dijadikan referensi pembelajaran dalam meningkatkan pelayanan kepada pasien. Kaldjian, *et al*<sup>12</sup> dalam studinya tentang sikap dan perilaku dokter untuk pengungkapan *medical error* pada pasien, menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara sikap dan perilaku dokter berkaitan dengan pengungkapan *medical error*. Kerelaan untuk mengungkapkan *error* berhubungan dengan tingkat pelatihan yang lebih tinggi dan kondisi pasien. Penelitian ini juga menyebutkan bahwa kesediaan untuk mengungkapkan *error* lebih banyak persentasenya (77%) pada kasus *error* yang mengakibatkan kerugian pasien yang lebih berat. Singkatnya, semakin tinggi pemahaman tenaga kesehatan tentang *medical error*, maka pengungkapan *error* dan upaya-upaya untuk mencegah *error* lebih diperhatikan. Kejadian *medical error* yang terjadi atau dilakukan oleh responden mencakup *type error omission* maupun *type error commission*. *Error of commission* merupakan tipe yang sering terjadi pada responden. Kekeliruan dalam memberikan asuhan antara lain adalah kekeliruan pada tindakan pertolongan persalinan yang sebagian besar sebagian besar terjadi kekeliruan pada penanganan awal kasus kegawatan pada ibu dan masih dilakukannya dorongan pada fundus uteri untuk mempercepat kelahiran bayi, sedangkan *error* yang terjadi pada upaya pencegahan infeksi, sebagian besar responden (56.60%) tidak mencuci tangan tujuh langkah sebelum dan sesudah menangani pasien. Hobgood, *et al*.<sup>7</sup> dalam penelitiannya mengidentifikasi bahwa pada kategori *error* ringan proporsi terjadinya kesalahan diagnosis adalah 80%, lebih tinggi dari *error* yang terjadi pada saat tindakan dan program pengobatan, sedangkan untuk *error* pada pemberian obat sebesar 98% (95% CI 8-16). Lombaard dan Robert<sup>13</sup> menjelaskan bahwa pelayanan di bawah standar menyebabkan kejadian kematian ibu yang lebih tinggi dibandingkan dengan kejadian *nearmiss*, meskipun bentuk *error* sama, namun terdapat perbedaan proporsi dimana kejadian *nearmiss* lebih kecil proporsi terjadinya *error* (0,61) dibandingkan dengan proporsi kejadian *error* pada

kasus kematian ibu (2,25). Pola *error* yang sering terjadi diantaranya terjadi dalam bentuk kesalahan pada pengkajian, penentuan diagnosa, keterlambatan merujuk, penanganan yang salah, pelayanan di bawah standar, tidak dimonitor, terlalu lama memonitor kasus abnormal tanpa melakukan tindakan, dan resusitasi.

DeJoy<sup>14</sup> menjelaskan, beberapa mahasiswa kebidanan percaya bahwa komplikasi akan terjadi pada setiap persalinan, namun mereka merasa pengetahuan yang sudah mereka peroleh belum cukup untuk menjelaskan atau memahami komplikasi yang terjadi. Bagaimanapun pengetahuan dan keterampilan untuk menangani kasus komplikasi masih sangat kurang. Operasi sesar menjadi satu-satunya solusi untuk mengatasi komplikasi selama persalinan. Keadaan ini tidak jauh berbeda dengan kondisi di Indonesia saat ini. Terbatasnya kesempatan untuk turut serta dalam menangani kasus komplikasi persalinan selama praktik dan batas kewenangan bidan untuk mengatasi masalah komplikasi menjadi salah satu kendala untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang cukup dalam mengatasi kasus komplikasi. Keputusan untuk merujuk merupakan hal yang penting untuk dilaksanakan, namun apa yang harus dilakukan sebelum merujuk merupakan hal yang lebih penting untuk dipelajari dan dipraktikkan.

*Medical error* yang terjadi pada upaya pencegahan infeksi, 56.60% bidan tidak melakukan cuci tangan tujuh langkah sebelum dan sesudah menangani pasien, meskipun dalam APN hal tersebut diharuskan sebagai *universal precaution*. Masih banyak fasilitas kebidanan yang tidak mempunyai alat perlindungan diri sesuai standar dan tidak digunakan secara maksimal seperti; kaca mata, masker, tutup kepala dan sepatu *booth*. Perilaku mencuci tangan tujuh langkah belum menjadi kebiasaan bidan, meskipun jika dilihat di tempat praktik mereka, sudah banyak poster tentang pentingnya mencuci tangan tujuh langkah. Therese, *et al*.<sup>15</sup> Sebagian besar bidan tidak mencuci tangan sebelum memeriksa pasien atau menolong persalinan, perineum juga tidak pernah dibersihkan sebelum dilakukan pemeriksaan vagina dan pertolongan persalinan, meskipun mereka mencuci tangan sesudah menolong persalinan, namun tanpa desinfeksi. Penggunaan sarung tangan *disposable* dan alat atau instrumen telah diperhatikan kesterilannya.

## Kesimpulan

Asuhan persalinan oleh bidan lulusan DIII kebidanan di Kabupaten Bantul 75,5% dikategorikan baik, dan kejadian *medical error* dalam asuhan persalinan sebanyak 41,5%. Prevalensi asuhan persalinan yang tidak baik meningkatkan kejadian *medical error* dibandingkan dengan asuhan persalinan persalinan yang baik. *Medical error* dalam asuhan persalinan yang diungkapkan melalui *self reported* dalam penelitian ini terjadi dipengaruhi pula oleh kelengkapan alat dan SOP yang ada di fasilitas pelayanan kebidanan.

## Kepustakaan

1. Hernawati I. Kebijakan Jampersal dalam peningkatan persalinan aman. Naskah dipresentasikan dalam Rakernas IBI ke V, Solo, Jawa Tengah, 2011.
2. Wilopo SA. Kompetensi inti kesehatan reproduksi dan seksual untuk bidan dalam rangka mempercepat pencapaian MDGs di Indonesia. Naskah dipresentasikan dalam Rakernas IBI ke V, Solo, Jawa Tengah, 2011.
3. IBI. Sistem dan Standart Pendidikan Bidan. Naskah dipresentasikan dalam Rakernas IBI ke V, Solo, Jawa Tengah, 2011.
4. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C. The "To Err is Human" report and the patient safety literature, quality and safety in health care, 2006. Available on <http://qshc.bmj.com/cgi/content> Diakses pada tanggal 14 May 2008
5. Utarini A. Mutu pelayanan kesehatan di Indonesia: sistem regulasi yang responsif. Naskah disampaikan dalam Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar pada Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2011.
6. Scholefield, H. Safety in obstetric critical care, best practice & research clinical obstetrics and gynaecology, 2008;22(5):965-82
7. Hobgood C, Bowen JB, Brice JH, Overby B, Tamayo-Sarver JH. Do EMS Personnel Identify, Report, And Disclose Medical Errors?, *Prehospital Emergency Care*, 2006;10:21-27.
8. Lester H. and Jonatthan QT. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease to error, *Medical Education*, 2001;35:855-61.
9. International Confederation of Midwives, Essential competencies for basic midwifery practice 2010, available at [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org). Diakses pada tanggal 25 January 2012
10. Kroll L, Singleton A, Collier J, Jones IR. Learning not to take it seriously: junior doctor's accounts of error, *Medical Education*;2008; 42:982-90
11. Grober ED, John, Bohnen. Defining medical error, *Can J Surg*, 2005;48(1):39-44.
12. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing Medical Errors to Patients: Attitudes and Practices of Physicians and Trainees. *Society of General Internai Medicine*.2007; 22:988-96
13. Lombaard H. & Robert CP. Common errors and remedies in managing post partum haemorrhage, *Best Practice & Research Clinical and Gynaecology*, 2009;XXX:1-10.
14. DeJoy, Sharon, Bernecki. "Midwife Are Nice, But...": Perceptions of Midwifery and Childbirth in an Undergraduate Class, *J Midwifery Womens Health*,2010;55:117-23.
15. Therese, Delvaux, Ake Tam Odile, Gohou Kouassi Valerie, Bosso Patrice, Collin Simon, Konsmans Carine. Quality of normal delivery care in Cote d'Ivoire, *African Journal of Reproductive Health*, 2007;11(1)April.