

Analisis Patient Safety Di Laboratorium Parahita Yogyakarta

Agus Dwi Sugiharto, Aftoni Sutanto, Abdul Choli Hidayat

Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta

E-mail: agusd96@yahoo.co.id, aftoni.sutanto@mm.uad.ac.id, hacholigh@gmail.com

Diterima: November 2019; Dipublikasikan Januari 2020

ABSTRAK

Ketepatan identifikasi pasien dan spesimen menjadi hal paling utama dalam pelayanan asuhan pasien yang aman. Jika pada proses identifikasi pasien saja terjadi kesalahan maka hal tersebut dapat berdampak secara berkelanjutan pada pelayanan pasien itu sendiri. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan sistem identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium Parahita. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jumlah sampel 6 responden orang yaitu: 1 orang Kepala Laboratorium, 2 orang Analis laboratorium dan 3 orang perawat. Data diperoleh peneliti dengan menggunakan observasi identifikasi pasien dan identifikasi spesimen, sedangkan data kualitatif diambil pedoman wawancara mendalam. Observasi dilakukan dengan menggunakan checklist yang dibuat berdasarkan fase atau tahap kerja dalam SPO laboratorium Parahita. Data kuantitatif dianalisis menggunakan statistik deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien dan identifikasi spesimen di unit laboratorium Parahita secara umum sudah sesuai dengan SPO, tetapi masih ditemukan ada beberapa unsur yang belum lengkap penulisannya seperti petugas kurang menyiapkan alat-alat untuk melaksanakan tindakan, kurang mengucapkan salam kepada pasien, kurang menyebutkan nama dan perannya, kurang memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, kurang menjelaskan maksud dan tujuan yang dilakukannya.

Kata Kunci: identifikasi pasien, spesimen, laboratorium parahita

ABSTRACT

Accuracy in identifying patients and specimens is very important in safe patient care services. If there is an error in the process of identifying patients, it can have a continuing impact on the patient's own services. This study aims to evaluate the implementation of the patient identification system and specimens in the Parahita laboratory unit. This research method uses a qualitative approach with a sample of 6 respondents: 1 Head of Laboratory, 2 Laboratory Analysts and 3 nurses. Data obtained by researchers using observation of patient identification and specimen identification, while qualitative data taken in-depth interview guidelines. Observations were made using a checklist made based on phases or stages of work in the SPO Parahita laboratory. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the implementation of patient identification and specimen identification in the Parahita laboratory unit in general was in accordance with the SPO, but there were still some incomplete elements found in writing such as the officers lacking in preparing tools to carry out the actions, not greeting the patients a little, not mentioning the names and roles, lack of information to patients about the action to be taken, less explaining the purpose and purpose of the action.

Keywords: patient identification, specimens, parahita laboratory

PENDAHULUAN

Pelaksanaan identifikasi pasien menjadi hal paling utama dalam pelayanan asuhan pasien yang aman. Jika pada proses identifikasi pasien saja terjadi kesalahan maka hal tersebut dapat berdampak secara berkelanjutan pada pelayanan pasien itu sendiri (*World Health Organization*, 2007). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh *Joint Commission International (JCI)* tahun 2007 di Amerika Serikat, ditemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien yang mencapai 13% dari kasus bedah dan 67% kesalahan identifikasi pasien dalam memberikan tranfusi darah. Pasien yang meninggal dari 67% kesalahan tranfusi darah tersebut berjumlah 11 pasien (*Meeting The International Patient safety Goals*, 2010). *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (2012) melaporkan adanya 10 kejadian akibat kesalahan identifikasi pasien yang berdampak kepada kematian dan kehilangan fungsi anggota tubuh secara permanen selama periode tahun 2009-2010. Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa data tersebut bisa saja bertambah jika kasus-kasus kesalahan identifikasi pasien pada ruang lingkup di luar kasus bedah masuk ke dalam data yang dilaporkan.

Penelitian Mulyana (2013) menyebutkan tercatat pada tahun 2009-2011 terjadi Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) sebanyak 171 kasus. Berdasarkan jumlah tersebut, sekitar 34,5% kasus terkait penggunaan obat (*medication error*) dan 65,5% kasus lainnya seperti pasien jatuh, salah identitas, salah hasil laboratorium, dan lain-lain. Rumah sakit lain yaitu RS Pelabuhan Jakarta pada bulan November tahun 2011 terjadi suatu peristiwa kesalahan identifikasi pasien terkait dengan keselamatan pasien, yakni kesalahan pemberian obat akibat nama pasien yang sama (Mulyana, 2013). Kesalahan identifikasi pasien tidak hanya terjadi di unit rawat inap, ruang konsultasi rawat jalan dan ruang operasi tapi juga bisa terjadi di unit laboratorium maupun unit radiologi yang akhirnya menyebabkan pasien menerima tindakan medis yang tidak seharusnya diterima atau menerima hasil tes yang salah (Lippi dkk., 2009).

Unit laboratorium merupakan bagian penting bagi terselenggaranya asuhan di Rumah Sakit. Setiap kegiatan pasien di unit laboratorium memerlukan proses identifikasi terhadap pasien dan identifikasi terhadap spesimen. Pasien perlu diidentifikasi secara pasti ketika akan diberikan obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau mendapatkan tindakan medis lainnya, sehingga terhindar dari kesalahan yang mungkin dapat berakibat fatal bagi keselamatan pasien (Kemenkes, 2011). Plebani dkk., (2013) menyebutkan bahwa 50% dari 70% kesalahan yang terjadi di laboratorium disebabkan adanya kesalahan yang terjadi saat fase pra-analisis yang termasuk di dalamnya yaitu kesalahan identifikasi pasien dan spesimen. Seluruh langkah dalam fase pra-analisis spesimen di laboratorium yaitu lembar permintaan pemeriksaan pasien di laboratorium, identifikasi pasien dan identifikasi specimen yang di ambil dari pasien , dan kualitas dalam transport spesimen dari pengambil specimen sampai tempat proses specimen sangat memerlukan evaluasi dan pengawasan (Lippi dkk., 2012). Data insiden keselamatan pasien Indonesia tahun 2012 melaporkan analisis penyebab terjadinya insiden 46 % berkaitan dengan salah identifikasi, 36 % dikarenakan karena komunikasi yang tidak efektif sehingga terjadi medication error, 18 % dikarenakan prosedur tidak dijalankan (Yudhawati dan Listiowati, 2016).

Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan propinsi menunjukkan bahwa dari 145 insiden yang dilaporkan terdapat 55 kasus (37,9%) terjadi di wilayah DKI Jakarta. Sedangkan berdasarkan jenisnya didapatkan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebanyak 69 kasus (47,6%), KTD sebanyak 67 kasus (46,2%) dan lain-

lain sebanyak 9 kasus (6,2%). Data insiden keselamatan pasien DIY sampai dengan Maret 2018 terdapat 331 laporan kasus insiden (Sumarni, 2017).

Data dari perawat unit laboratorium Parahita tahun 2018 didapatkan informasi bahwa terdapat insiden keselamatan pasien dari bulan Januari sampai dengan Desember 2018 terdapat 251 laporan kasus insiden. Seratus dua puluh satu diantaranya menyangkut identifikasi pasien yaitu 96 laporan pasien tidak terpasang gelang, 29 laporan kesalahan gelang. Untuk menekan angka insiden keselamatan pasien perlunya adanya implementasi patient safety untuk meningkatkan mutu kualitas laboratorium.

Melakukan identifikasi pasien dan specimen merupakan aktifitas bekerja yang memiliki nilai atau pahala yang besar bila dipandang dari sudut ajaran Islam. Bekerja dalam ajaran Islam tidak sekedar berlandaskan tujuan yang bersifat duniawi, namun lebih kepada bekerja untuk ibadah. Bekerja akan membuahkan hasil dan hasil itulah yang bisa memberikan makan, tempat tinggal, pakaian, menafkahi keluarga sekaligus menjalani bentuk ibadah lain dengan baik. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *patient safety* di laboratorium di unit laboratorium Parahita.

TINJAUAN PUSTAKA

Keselamatan Pemeriksaan Pasien (*Patient Safety*)

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu sistem di mana rumah sakit atau tempat layanan kesehatan membuat asuhan pasien yang lebih aman. Sistem tersebut memiliki beberapa bagian penting, yaitu *assesment* resiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta melakukan implementasi dari solusi yang didapatkan untuk meminimalkan terjadinya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat salah dalam melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Kemenkes RI, 2011). Menurut Sunaryo (2009), *patient safety* adalah tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena kecelakaan. Keselamatan pasien perlu dikembangkan menjadi suatu budaya kerja di dalam rumah sakit, tidak sebatas sebagai suatu ketentuan maupun aturan.

Pelaksanaan keselamatan pasien di Indonesia secara jelas telah diatur dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 29 ayat 1 yang menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. UU No. 44 tahun 2009 pasal 43 ayat 1 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa keselamatan pasien adalah suatu proses dalam pemberian layanan rumah sakit terhadap pasien dengan lebih aman. Pelanggaran terhadap kewajiban tersebut telah diatur secara jelas dalam ayat 2 pasal tersebut yaitu pelanggaran atas kewajiban sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 akan dikenakan sanksi administratif berupa teguran tertulis, denda dan pencabutan izin rumah sakit. Keseriusan dalam upaya mewujudkan keselamatan pasien adalah dengan dibentuknya komite keselamatan pasien rumah sakit (KKP-RS) pada 1 Juni tahun 2005.

Tujuan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Tujuan keselamatan pasien berdasarkan Depkes RI (2008) adalah sebagai berikut :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien
2. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya KTD

4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

Dalam mendukung tercapainya keselamatan pasien ini, *Joint Commission International* (JCI) mengeluarkan standar yang merujuk pada peranan penting bagi pimpinan rumah sakit dalam menjamin integrasi, dukungan dan penerimaan usaha-usaha keselamatan pasien.

Faktor yang Berpengaruh Dalam Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien yang merupakan bagian dari mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat sebagai sebuah sistem terdiri atas komponen struktur, proses dan hasil. Struktur meliputi infrastruktur fisik, organisasi (struktur dan budaya), manajemen, sumber daya manusia, penjadwalan dan ketersediaan peralatan. Komponen proses meliputi kepatuhan pada protokol, proses pelayanan, prosedur tindakan, pengendalian serta pedoman. Keselamatan pasien merupakan hasil dari komponen struktur dan proses (Runciman dkk., 2010). Keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi petugas kesehatan dengan berbagai komponen dalam sistem pelayanan kesehatan. Interaksi tersebut bersifat kompleks. Kompleksitas interaksi ini dapat menimbulkan resiko terjadinya kesalahan selama proses asuhan kesehatan pasien apabila tidak dilakukan dengan hati-hati. Kesalahan petugas sangat mungkin terjadi. Kesalahan faktor manusia (*human error*) juga terjadi karena masalah komunikasi, tuntutan pekerjaan, tuntutan kecepatan pelayanan, kesibukan dan kelelahan, lingkungan kerja yang sering tidak menentu dan sering berubah (Cahyono, 2012). Tempat layanan kesehatan atau rumah sakit sebagai organisasi yang bersifat kompleks akan membentuk sistem pertahanan yang berfungsi untuk melindungi dari terjadinya insiden (kecelakaan) yang tidak diharapkan. Sistem barrier dalam organisasi meliputi pengaruh organisasi, pengawasan yang aman, kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan kerja, dan perilaku yang mendukung keselamatan pasien (Cahyono, 2012).

Insiden kecelakaan dapat terjadi ketika sistem barrier mampu ditembus. Hal ini mengindikasikan sistem pertahanan tidak mampu berfungsi secara optimal. Kesalahan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat mengakibatkan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) maupun kejadian nyaris cidera (KNC) pada pasien. Menurut KKP-RS (2008) faktor kontributor yang mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan resiko suatu kejadian kesalahan terdiri atas; 1) faktor kontributor luar (*external*), 2) faktor dalam organisasi (*internal*), 3) faktor yang berhubungan dengan petugas yaitu kognitif atau perilaku petugas yang kurang, lemahnya supervisi, kurangnya *team work* atau komunikasi, dan 4) faktor yang berhubungan dengan keadaan pasien.

Identifikasi Spesimen Pasien

Unit laboratorium adalah unit yang melaksanakan pelaksanaan pemeriksaan spesimen klinik untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan perorangan, terutama untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Spesimen klinik adalah bahan yang berasal dan/atau diambil dari tubuh manusia untuk keperluan diagnostik, penelitian, pengembangan, pendidikan, dan/atau analisis lainnya, termasuk *new-emerging* dan *re-emerging*, dan penyakit infeksi berpotensi pandemik (Permenkes Nomor 411/MENKES/PER/III/2010). Berdasarkan cara pengambilannya spesimen dibagi menjadi :

1. Spesimen kritikal/invasif CNS seperti otak, darah, katup jantung, cairan perikardial, cairan amnion, bronco alveolar lavage (BAL) dan cairan vitreus/aqueus.
2. Spesimen mikrobiologi klinik yang tidak diawetkan seperti sputum, jaringan, faeses, aspirasi luka, pus dan tulang.
3. Spesimen mikrobiologi klinik yang memerlukan akurasi dalam jumlah penyebab infeksi seperti urin, tip kateter dan jaringan kuantitatif.
4. Spesimen mikrobiologi klinik yang memerlukan penyimpanan khusus misalnya pada pemeriksaan bakteri anaerob.

Pemberian identitas pasien dan atau spesimen adalah tahapan yang harus dilakukan karena merupakan hal yang sangat penting. Pemberian identitas meliputi pengisian formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dan pemberian label pada wadah spesimen, keduanya harus cocok sama. Pemberian identitas ini setidaknya memuat nama pasien, nomor ID atau nomor rekam medis serta tanggal pengambilan. Kesalahan pemberian identitas dapat merugikan. Untuk spesimen berisiko tinggi (HIV, Hepatitis) sebaiknya disertai tanda khusus pada label dan formulir permintaan laboratorium.

Unit Laboratorium

Fungsi dari laboratorium diantaranya memberikan pelayanan, pelatihan, pendidikan dan penelitian di bidang laboratorium klinik antara lain hematologi, kimia klinik, imunologi, mikrobiologi klinik, urinalisis dan analisis cairan tubuh lainnya, baik untuk keperluan laboratorium klinik sendiri maupun bersama bidang lainnya terutama bidang klinik. Tenaga analis kesehatan sangat berperan dalam menjalankan segala kegiatan yang ada di lingkungan Laboratorium Klinik Rumah Sakit (Qauliyah, 2008). Menurut KEPMENKES No.943/Menkes/SK/VIII/2002 yang dimaksud dengan laboratorium kesehatan adalah sarana kesehatan yang melaksanakan pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia atau bahan bukan berasal manusia untuk penentuan jenis penyakit, kondisi kesehatan atau faktor yang dapat berpengaruh pada kesehatan perorangan dan masyarakat. Sebagai bagian yang integral dari pelayanan kesehatan, pelayanan laboratorium sangat dibutuhkan dalam pelaksanaan berbagai program dan upaya kesehatan, serta dimanfaatkan untuk keperluan penegakan diagnosis, pemberian pengobatan dan evaluasi hasil pengobatan serta pengambilan keputusan lainnya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang laboratorium klinik menyebutkan bahwa laboratorium klinik adalah laboratorium kesehatan yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan spesimen klinik untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan perorangan terutama untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari 2019 di unit laboratorium Parahita Yogyakarta yang beralamat di Jl. Doktor Sutomo No.60, RW.001, Baciro, Kecamatan Gondokusuman, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta 55211. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jumlah sampel 6 responden orang yaitu: 1 orang Kepala Laboratorium, 2 orang Analis laboratorium dan 3 orang perawat. Data diperoleh peneliti dengan menggunakan observasi identifikasi

pasien dan identifikasi spesimen, sedangkan data kualitatif diambil pedoman wawancara mendalam. Observasi dilakukan dengan menggunakan *checklist* yang dibuat berdasarkan fase atau tahap kerja dalam SPO laboratorium Parahita. Data kuantitatif dianalisis menggunakan statistik diskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

Tabel 1: Deskripsi Karakteristik Informan

Karakteristik	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Umur	25	22	40	26	31	22
Jenis kelamin	L	L	L	P	P	P
Pendidikan	D3	D3	D3	D3	D3	D3
Unit kerja	Perawat	Analisis lab	Perawat	Analisis lab	Perawat	Perawat

Sumber: Data Diolah.

Tabel 1. memperlihatkan bahwa informan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang yang berumur antara 22-40 tahun. Jenis kelamin informan terdiri dari 3 orang laki-laki (50%) dan 3 orang perempuan 50%). Berdasarkan tingkat pendidikan, semua informan berpendidikan D3. Berdasarkan unit kerja, informan yang bekerja sebagai perawat berjumlah 4 orang (66,7%) dan yang bekerja sebagai analis lab berjumlah 2 orang (33,3%).

Tabel 2: Kelengkapan Pengisian Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium

Kelengkapan	f	%
Lengkap mengisi lembar permintaan pemeriksaan	89	89
Tidak lengkap mengisi lembar permintaan pemeriksaan	11	11
Jumlah	100	100

Sumber: Data Diolah.

Tabel 2. memperlihatkan bahwa dari 100 observasi diketahui 89% lembar dokumen telah diisi lengkap dan 11% lainnya diisi tidak lengkap. Hasil observasi lembar permintaan pemeriksaan laboratorium dapat diperlihatkan pada tabel berikut:

Tabel 3: Observasi Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium

Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium	Observasi			
	ΣYa	%	Σ Tidak	%
Nama lengkap	95	95	5	5
Alamat	85	85	15	15
Nomer ID pendaftaran	97	97	3	3
Dokter yang meminta (nama dan ttd)	80	80	20	20
Tanggal permintaan	76	76	24	24
Diagnosa	93	93	7	7
Jenis pemeriksaan yang diminta	100	100	0	0

Sumber: Data Diolah.

Dari 100 observasi didapatkan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium yang dituliskan nama lengkap pasien sebanyak 95%, artinya ada 5% lembar permintaan pemeriksaan laboratorium tidak dituliskan nama lengkap pasien. Kelengkapan pengisian alamat pasien sejumlah 85% dan 15% alamat pasien tidak ditulis lengkap. Nomer ID pendaftaran yang ditulis lengkap 97% dan 3% tidak ditulis lengkap. Nama dan tanda tangan dokter yang meminta pemeriksaan 80% dan 20% tidak lengkap dituliskan. Tanggal permintaan pemeriksaan ditulis lengkap 76% dan 24% tidak ditulis lengkap. Penulisan diagnosa secara lengkap sebanyak 93% dan 7% tidak ditulis lengkap. Jenis pemeriksaan yang diminta sebanyak 100 % dari 100 observasi.

Identifikasi Pasien

Tabel 4: Observasi Pelaksanaan Identifikasi Pasien di Laboratorium

Pelaksanaan Identifikasi Pasien	Observasi				Jumlah observasi
	ΣYa	%	Σ Tidak	%	
Menyiapkan alat-alat untuk melaksanakan tindakan	97	97	3	3	100
Mengucapkan salam	85	85	15	15	
Menyebutkan nama dan peran	76	76	24	24	
Memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan	68	68	32	32	
Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan identifikasi	81	81	19	19	
Memastikan identitas pasien dengan benar sebelum dilakukan tindakan dengan cara : Meminta pasien menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya Membandingkan nama dan tanggal lahir yang disebutkan pasien dengan yang tercantum pada gelang identitas pasien/lembar permintaan pemeriksaan laboratorium	92	92	8	8	

Sumber: Data Diolah.

Tabel 4. menunjukkan hasil observasi pelaksanaan identifikasi pasien di laboratorium berdasarkan SOP identifikasi pasien. Petugas laboratorium menyiapkan alat-alat untuk melaksanakan tindakan sebanyak 97% dan ada 3% petugas laboratorium tidak menyiapkan alat-alat untuk melaksanakan tindakan. Dari 100 observasi, 85% petugas mengucapkan salam kepada pasien sebelum melakukan tindakan dan 15% tidak mengucapkan salam kepada pasien. Sejumlah 76% petugas menyebutkan nama dan perannya sedangkan 24% lainnya tidak menyebutkan nama dan perannya. Petugas juga memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan sebanyak 68% sedangkan 32% lainnya tidak memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Tabel di atas juga menunjukkan bahwa 81% petugas menjelaskan maksud dan tujuan maksud dan tujuan dilakukan identifikasi sedangkan 19% lainnya tidak menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya identifikasi. Sebanyak 92% petugas laboratorium memastikan identitas pasien dengan benar sedangkan 8% lainnya tidak memastikan identitas pasien dengan benar.

Pelaksanaan Identifikasi Spesimen di Laboratorium

Tabel 5: Observasi Pelaksanaan Identifikasi Spesimen di Laboratorium

No.	Pelaksanaan Identifikasi Spesimen	Observasi				Jumlah observasi
		ΣYa	%	Σ Tidak	%	
1.	Melakukan verifikasi nama dan tanggal lahir pasien dengan formulir permintaan lab sebelum mengambil darah atau spesimen lain	97	97	3	3	100
2.	Setelah spesimen diambil, melakukan verifikasi rincian label dengan pasien dan dengan formulir permintaan	91	91	9	9	
3.	Menempelkan label yang telah diverifikasi di tabung spesimen atau wadah bersamaan dengan keberadaan pasien	93	93	7	7	
4.	Jangan memberikan label pada wadah spesimen sebelum mengambil sampel dan verifikasi identitas	89	89	11	11	

Sumber: Data Diolah.

Tabel 5. menunjukkan hasil observasi pelaksanaan identifikasi spesimen di laboratorium berdasarkan SOP identifikasi spesimen. Dari 100 observasi yang dilakukan oleh peneliti, petugas melakukan verifikasi nama dan tanggal lahir pasien dengan formulir permintaan laboratorium sebelum mengambil spesimen sebanyak 97% dan sebanyak 3% petugas tidak melakukan verifikasi nama dan tanggal lahir pasien dengan formulir permintaan laboratorium sebelum mengambil spesimen. Sebanyak 91% petugas melakukan verifikasi rincian label dengan pasien dan dengan formulir permintaan setelah spesimen diambil. Petugas yang tidak melakukan verifikasi rincian label dengan pasien dan dengan formulir permintaan setelah spesimen diambil sebanyak 9%.

Petugas laboratorium yang menempelkan label yang telah diverifikasi di tabung spesimen atau wadah bersamaan dengan keberadaan pasien sebanyak 93% dan 7% lainnya tidak menempelkan label yang telah diverifikasi di tabung spesimen atau wadah bersamaan dengan keberadaan pasien. Petugas laboratorium yang tidak memberikan label pada wadah spesimen sebelum mengambil sampel dan verifikasi identitas sebanyak 89% dan 11% petugas laboratorium memberikan label pada wadah spesimen sebelum mengambil sampel dan verifikasi identitas.

Hasil Wawancara Pelaksanaan Keselamatan Pasien Kebijakan (SPO)

Berdasarkan keterangan dari informan diketahui bahwa Parahita lab telah memiliki kebijakan-kebijakan terkait pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen yang sesuai dengan SOP. Kebijakan telah dilakukan oleh supervisor mulai dari preanalitik sampai post analitik. Kebijakan identifikasi pasien dan spesimen yang meliputi SOP, human error, kesalahan analisa dulu, preanalitik, bila ada komplin akan dilakukan pengecekan, kroscek, riwayat pasien. Bila terdapat ketidaksesuaian dengan SOP dilakukan penelusuran mulai dari pelayanan dan sampai labnya.

Informan telah melaksanakan identifikasi pasien dan specimen namun tidak memberikan penjelasan secara detail tentang bagaimana pelaksanaan tersebut dilakukan sehingga menimbulkan kesan bahwa informan kurang memahami SOP identifikasi pasien dan specimen meskipun juga bisa dipahami bahwa informan tidak ingin identifikasi pasien dan specimen diketahui secara detail oleh pihak luar.

Pelaporan

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa alur pelaporan apabila terjadi KTD/KNC adalah dengan melakukan pencatatan sampel, kesalahan diserahkan ke manajer lab dan ke manajer pelayanan bisa langsung bila ada identitas pasien, ambil sampel ulang. Pelaksanaannya dilakukan oleh supervisor berdasarkan SOP yang telah ditetapkan. Apabila terjadi insiden keselamatan pasien maka segera dilaporkan kepada kepala ruang untuk dilakukan klarifikasi, identifikasi, di cek ulang. Pelaporan insiden segera ditindaklanjuti dengan melakukan croscek, menelusuri kesalahan dan mengambil sampel ulang sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan.

Pelaksanaan

Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program keselamatan pasien khususnya identifikasi pasien dan specimen telah dilakukan dengan baik. Sistem pengorganisasian, pembagian kerja dan supervisi di unit laboratorium telah dilaksanakan dengan cukup baik untuk meningkatkan dan menjaga kualitas. Hambatan dan masalah dalam pelaksanaan identifikasi pasien dan specimen adalah human error, komunikasi dan pasien terlalu banyak, namun juga ada yang menyatakan bahwa tidak ada hambatan dan masalah dalam pelaksanaan identifikasi pasien dan specimen.

Pembahasan

Penelitian ini selaras dengan Hasugian (2015) yang mengemukakan bahwa kepemilikan/ada tidaknya SOP dan evaluasi SOP penting untuk mencegah kejadian dan komplikasi pada pemeriksaan laboratorium. Standard Operating Procedure atau Standar Operasional Prosedur (SOP) laboratorium merupakan acuan untuk menjaga kualitas, integritas dan konsistensi dari setiap pemeriksaan yang dilakukan. Keberadaan SOP laboratorium adalah salah satu syarat utama untuk memenuhi kriteria *Good Laboratory Practice* (GLP) sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku dan merupakan salah satu bagian dalam penilaian risiko keselamatan biologik (biosafety) di laboratorium.

Natasia (2014) dalam penelitiannya menjelaskan salah satu upaya untuk menjaga keselamatan pasien, dengan menerapkan Standard Operational Procedure (SOP) dalam setiap tindakan perawat. Keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan pelayanan dan menghindari tuntutan malpraktik. Standard Operational Prosedur (SOP) adalah standar yang harus di jadikan acuan dalam memberikan setiap pelayanan. Standar kinerja ini sekaligus dapat digunakan untuk menilai kinerja instansi pemerintah secara internal maupun eksternal. Setiap sistem manajemen kualitas yang baik selalu didasari oleh SOP kemudian disosialisasikan kepada seluruh pihak yang berkompeten untuk melaksanakannya. Meskipun demikian sebagian besar perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan sesuai dengan SOP yang ditetapkan oleh rumah sakit. Sebuah SOP adalah suatu set instruksi yang memiliki kekuatan sebagai suatu petunjuk atau direktif. Hal ini mencakup proses pelayanan yang memiliki suatu prosedur pasti atau terstandarisasi, tanpa kehilangan keefektifannya.

Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Spesimen di Unit Laboratorium

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Shofiah (2017) yang menyebutkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien telah dilaksanakan dengan baik meskipun belum sepenuhnya sesuai dengan SOP yang telah ditetapkan. Identifikasi pasien merupakan proses penting dalam pelaksanaan program keselamatan pasien. Kesalahan identifikasi pasien tidak hanya terjadi di unit rawat inap, ruang konsultasi rawat jalan dan ruang operasi tapi juga bisa terjadi di unit laboratorium maupun unit radiologi yang akhirnya menyebabkan pasien menerima tindakan medis yang tidak seharusnya diterima atau menerima hasil tes yang salah. Setiap kegiatan pasien di unit laboratorium memerlukan proses identifikasi pasien dan identifikasi spesimen. Pasien perlu diidentifikasi secara pasti ketika akan diberikan obat, darah atau produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis atau mendapatkan tindakan medis lainnya, sehingga terhindar dari kesalahan yang mungkin dapat berakibat fatal bagi keselamatan pasien.

Dewi (2019) dalam penelitiannya mengungkapkan ketepatan identifikasi pasien yang dilakukan oleh perawat di Rumah Sakit mengenai kesesuaian identitas pasien dengan informasi yang sudah didapatkan sebelumnya yang tercatat pada rekam medik yang terdapat pada rumah sakit melalui konfirmasi ulang kepada pasien mengenai nama lengkap sesuai dengan KTP, dan tanggal lahir, sebelum dilakukan pemberian obat, pengambilan spesimen, dan sebelum pemberian tindakan. Hal ini dimaksudkan untuk pengurangan risiko kesalahan identifikasi yang dapat berakibat pada salah pasien, salah pemberian tindakan ataupun prosedur yang diberikan ketika pasien melakukan rawat inap di rumah sakit. Dalam hal ini, pasien juga dipasang gelang yang berisi identitas pasien yang berisikan nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis dengan warna yang disesuaikan dengan jenis kelamin pasien. Kemudian diberikan gelang berwarna biru untuk laki-laki dan merah muda untuk perempuan. Hal tersebut sesuai dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 yang menyatakan bahwa sistem identifikasi pasien dilakukan sejak pasien mendaftarkan, identitas pasien meliputi: nama, umur, dan nomor rekam medis pasien.

Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Shofiah (2017) yang menyebutkan bahwa dari 100 observasi didapatkan 77 lembar lengkap penulisan datanya dengan klasifikasi 94% lembar permintaan pemeriksaan laboratorium dituliskan nama lengkap pasien. Kelengkapan pengisian alamat pasien sejumlah 70% dan nomor ID pendaftaran 96%. Nama dan tanda tangan dokter yang meminta pemeriksaan 80%. Tanggal permintaan pemeriksaan dituliskan 67%. Penulisan diagnosa sebanyak 90% dan jenis pemeriksaan yang diminta sebanyak 100% dari 100 observasi.

Dogether et al (2016) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa dari 228 sampel lembar permintaan pemeriksaan laboratorium terdapat 57 (25%) lembar permintaan yang tidak lengkap. Penelitian tersebut juga mengungkapkan bahwa penggunaan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium berbasis kertas lebih kurang dapat dimengerti, kurang lengkap, dan kurang dapat dibaca daripada permintaan pemeriksaan laboratorium berbasis elektronik. Ketidaklengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium nantinya dapat menyebabkan kesalahan dalam proses identifikasi dan berpotensi menyebabkan insiden.

Masalah Dan Hambatan Tentang Sistem Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Spesimen Di Unit Laboratorium Parahita

Hasil informasi informan diketahui bahwa masalah dan hambatan yang ada adalah error, komunikasi dan pasien terlalu banyak, namun hal itu tidak dianggap sebagai hambatan yang serius. Hal ini dapat disebabkan karena dianggap sesuatu yang biasa dan wajar. Memperhatikan masalah dan hambatan yang ada di unit laboratorium Parahita, hal tersebut didukung oleh penelitian Shofiah (2017) yang menyebutkan adanya hambatan dalam pelaksanaan identifikasi pasien dan specimen seperti banyaknya permintaan pemeriksaan laboratorium yang tidak sebanding dengan jumlah petugas yang ada sehingga ada beberapa unsure specimen yang tidak diisi. Hasil wawancara menunjukkan bahwa perlu dilakukan evaluasi untuk peningkatan kualitas pelayanan, diantaranya adalah kenyamanan pasien, standarisasi sarana dan prasarana lab, penyederhanaan barcoding dan melakukan review SOP dan IKA. Evaluasi diperlukan untuk menilai sekaligus merencanakan perbaikan untuk meningkatkan pelayanan bagi pasien. Penelitian ini didukung oleh Pasaribu (2017) yang menyebutkan adanya evaluasi terhadap SOP yang dianggap kurang sesuai seperti pemasangan gelang identitas terhadap tanggung jawab petugas dalam menjelaskan pentingnya identifikasi pasien dan kegunaan gelang identitas.

Yudhawati DD, Listiowati E. (2016) menyebutkan bahwa rekomendasi untuk mengatasi permasalahan identifikasi pasien dan specimen adalah melaksanakan evaluasi dan monitor secara rutin pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit untuk membudayakan kepada petugas agar identifikasi pasien menjadi budaya yang biasa dilakukan oleh petugas, mengembangkan sistem yang memudahkan petugas nyaman dalam pelaksanaan identifikasi pasien, misalkan identifikasi pasien yang seragam dan menyeluruh disemua lini rumah sakit dengan tulisan yang jelas dan barcode di gelang pasien, dan mengembangkan program-program yang mendukung budaya pasien safety

KESIMPULAN

Pelaksanaan identifikasi pasien dan identifikasi spesimen di unit laboratorium Parahita secara umum sudah sesuai dengan SPO, tetapi masih ditemukan ada beberapa unsur yang belum lengkap penulisannya seperti petugas kurang menyiapkan alat-alat untuk melaksanakan tindakan, kurang mengucapkan salam kepada pasien, kurang menyebutkan nama dan perannya, kurang memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, kurang menjelaskan maksud dan tujuan yang dilakukannya. Kemungkinan masalah dan hambatan yang ada adalah beban kerja yang berlebihan yang menyebabkan beberapa kesalahan dalam melakukan tindakan pemeriksaan specimen. Kesalahan yang sering terjadi disebabkan karena adanya human error, komunikasi yang kurang baik antara sesama tenaga non medis dan tenaga medis maupun dengan pasien dan pasien terlalu banyak. Namun masalah dan hambatan tersebut bisa di atasi dengan koordinasi antara pelaksana di bagian masing-masing dan koordinator bagian masing-masing dan masalah tersebut segera terselesaikan.

Rekomendasi bagi Unit Laboratorium Parahita, diharapkan dapat melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien demi terjaminnya mutu laboratorium terutama dalam kelengkapan identifikasi pasien dan specimen. Kepala laboratorium melakukan sosialisasi kepada seluruh tenaga medis di lingkup tanggungjawabnya secara berkesinambungan berkaitan dengan kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan, identifikasi pasien dan identifikasi specimen. Bagi yang tidak melakukan SOP akan di beri sanksi baik berupa teguran sampai surat peringatan ,

Begitu juga bagi yang melakukan SOP dengan baik akan di berikan bonus tambah atas pencapaiannya dengan baik melakukan SOP

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, A.N., (2019). Analisis Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien Di Unit Rawat Inap RS Wawa Husada Kabupaten Malang, *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)* Volume 7, Nomor 1, Januari 2019 (ISSN: 2356-3346). Hal 20-30
- Dogether, M.A., Muallem, Y.A., Househ, M., Saddik, B., Khalifa, M., (2016). The impact of Automatic Laboratory Request Form on the Quality of Health Care Service. *King Saud Bin Abdulaziz for Health Sciences*; Elsevier Limited (1876-0341)
- Hasugian, A.R., (2015). Peran Standar Operasional Prosedur Penanganan Spesimen untuk Implementasi Keselamatan Biologik (Biosafety) di Laboratorium Klinik Mandiri, *Media Litbangkes*, Vol. 26 No. 1, Maret 2016, 1 – 8
- Kementrian Kesehatan RI. (2011), *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta
- Lippi, G, Blanckaert, N., Bonini, P., Green, S., Kitchen, S., Palicka, V., Vassault, A.J., Mattiuzzi, C., Plebani M., (2009). Causes, consequences, detections, and preventions of identifications errors in laboratory diagnostics. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* : 47(2):143-153.
- Lippi, G., Becan-McBride K., Behúlová D., Bowen RA., Church S., Delanghe J., Grankvist K., Kitchen S., Nybo M., Nauck M., Nikolac N., Palicka V., Plebani M., Sandberg S., Simundic AM.. (2012). Preanalytical Quality Improvement : In Quality We Trust. *Clin Chem Lab Med* 2013;51:220-41.
- Mulyana. (2013). *Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta*. FKM UI.
- Natasia, N., Loekqijana, A., Kurniawati, J., (2014). Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol 28. Hal. 21-25
- Pasaribu, A.T.U., (2017). Gambaran Pelaksanaan Ketepatan Identifikasipasien Oleh Perawat Di Instalasi Rawat Inapkelas III RSUD Pasar Minggu Tahun 2017, *Skripsi*, Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta
- Plebani, M., Michael L. Astion, Julian H. Barth, Wenxiang Chen, César A. de Oliveira Galoro, Mercedes Ibarz Escuer, Agnes Ivanov, Warren G. Miller, Penny Petinos, Laura Sciacovelli, Wilson Shcolnik, Ana-Maria Simundic and Zorica Sumarac (2013). Harmonization of Pre-analytical Quality Indicators. *Biochemia Medika* 2014;24(1): 105-13.
- Shofiah, S., (2017). Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Spesimen Di Unit Laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping. Naskah. Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Sumarni (2017) Analisis Implementasi Patient Safety Terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *J Ners dan Kebidanan Indones.* 2017;5(2):91–9.

- WHO. (2007). *Patient Identification. Patient Safety Solutions*, vol 1, solutions 2. Artikel Pdf. Diakses 8 Januari 2015 dari <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solutions2>
- Yudhawati DD, Listiowati E. (2016) Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien di Bangsal Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun. *JMMR (Jurnal*