
PELAKSANAAN IDENTIFIKASI PASIEN DAN SPESIMEN DI UNIT LABORATORIUM RS PKU MUHAMMADIYAH GAMPING

Siti Shofiah¹, Sri Sundari², Qurotul Aini³

1Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jalan
Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta

2Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jalan
Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta

3Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Jalan
Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta

Email: nerssitishofiaku@gmail.com

Abstract

Laboratory is one of the main supporting departemen in hospital services. This study aims to determine the implementation of patient and specimens identification based on SOP (standard operating procerude) in laboratory departemen. This research used mixed methods research which are quantitative and qualitative method. Quantitative data obtained by moment observation using check list and qualitative data obtained by interview. The implementation of patient identification and specimen in the laboratory of PKU Muhammadiyah Gamping Hospital has not fully complied with SOP. According to 100 moment observation, patient data on the laboratory request form is 77% incomplete, 74% laboratory officers confirmed the patient's identity correctly, 84% laboratory officers verified the name and date of birth of the patient and only 45% laboratory officers placed the verified labels on the specimen tube simultaneously with the patient's presence. Barriers in the implementation are less of culture in the patient safety especially patient and specimen identification, uncomplete in the request form, the number of requests for laboratory examination and less of evaluation. Hospitals should provide maximum support to the application of patient safety culture, provide adequate numbers of health personnel, improvement of facilities and infrastructure, policy improvement, training, and evaluation.

Kata Kunci: Identifikasi pasien, identifikasi spsimen, unit laboratorium, RS PKU Muhammadiyah Gamping

PENDAHULUAN

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.¹

Unit laboratorium merupakan bagian penting bagi terselenggaranya asuhan di Rumah Sakit, dalam 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.²

Kesalahan pada tahap pra-analisis yang termasuk di dalamnya yaitu kesalahan identifikasi pasien dan spesimen menyebabkan 50% dari 70% errors.³ Seluruh langkah dalam tahap pra-

analisis spesimen di laboratorium yaitu lembar permintaan pemeriksaan laboratorium, identifikasi pasien dan spesimen, dan kualitas dalam transport spesimen sangat memerlukan evaluasi dan pengawasan.⁴ Berdasarkan Root Case Analysis (RCA) yang dilakukan oleh United States Departement of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety, dalam rentang waktu Januari 2000 sampai Maret 2003 terjadi lebih dari 100 kasus kesalahan identifikasi pasien di laboratorium.⁵

Rata-rata terjadinya kesalahan identifikasi pasien adalah 55 errors dari 1.000.000 tes laboratorium.⁶ Pada 51.746 pemeriksaan sampel yang dilakukan oleh laboratorium rumah sakit pendidikan

University of Padova, hasilnya ditemukan 393 kasus kesalahan dan 160 kasus tersebut diakibatkan oleh *laboratory errors*.⁷ *Laboratory errors* tidak hanya disebabkan oleh kesalahan identifikasi pasien di unit laboratorium, namun tidak lepas dari proses identifikasi spesimen sampai menjadi hasil pemeriksaan yang akan disampaikan kepada pasien maupun tenaga medis lain. Dari 16.632 spesimen errors yang telah dikumpulkan terdapat 1,0% kesalahan dalam pelabelan

spesimen, 6,3% kesalahan disebabkan oleh ketidakcocokan permintaan pemeriksaan laboratorium, dan 4,6% spesimen yang tidak terdapat label.⁸

Unit laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping sudah memiliki SOP mengenai sistem identifikasi pasien dan SOP identifikasi spesimen. Namun, pada pelaksanaannya masih terdapat berbagai macam kesalahan dalam mengelola identifikasi spesimen, seperti kurang lengkapnya pengisian identifikasi dalam label spesimen dan lembar permintaan yang kosong di bagian identitas pasien.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan pendekatan *mixed methods research* yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif dan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*). Metode kuantitatif dipilih untuk mengetahui pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen dengan menggunakan *check list*. Metode kualitatif dipilih untuk menganalisis lebih dalam mengenai pelaksanaan sistem identifikasi pasien dan spesimen dengan menggunakan metode wawancara kepada tim KPRS (Keselamatan Pasien

Rumah Sakit) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

Variabel dalam penelitian ini merupakan variabel tunggal yaitu pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

Instrumen penelitian ini adalah:

1. Check list observasi yang dibuat berdasarkan fase kerja SOP lembar permintaan pemeriksaan laboratorium, SOP identifikasi pasien dan SOP identifikasi spesimen.
2. Pedoman wawancara semi terstruktur.
3. Peralatan wawancara berupa alat tulis, tape recorder atau alat perekam suara.

Data kuantitatif di analisa dengan menggunakan statistik diskriptif. Termasuk dalam statistik diskriptif antara lain adalah perhitungan modus, median, mean, frekuensi, serta perhitungan prosentase. Penyajian data akan menggunakan tabel, grafik, diagram lingkaran, dan pictogram (Sugiyono, 2011).⁹ Data kualitatif dianalisis secara kualitatif. Proses analisa data pada penelitian *mixed methods* ini dengan menggunakan tujuh tahapan yaitu: Reduksi data, tayangan data,

transformasi data, penghubungan data, konsolidasi data, komparasi data dan pengintegrasian data.¹⁰

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini berjumlah 8 tenaga medis yang bekerja di unit laboratorium RS PKU

Muhammadiyah Gamping. Karakteristik demografi responden dalam penelitian ini meliputi; nama, jenis kelamin, usia, kualifikasi atau pendidikan terakhir dan jam kerja per minggu yang dirangkum dalam yang dirangkum di dalam tabel 1.1 sebagai berikut :

Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian

No	Jenis Kelamin	Usia	Kualifikasi	Jam kerja/minggu
1	L	45 th	DIII Analis Kesehatan	42 jam
2	L	43 th	DIII Analis Kesehatan	45 jam
3	L	30 th	DIII Analis Kesehatan	50 jam
4	P	27 th	DIII Analis Kesehatan	42-45 jam
5	P	27 th	DIII Analis Kesehatan	42-45 jam
6	P	27 th	DIII Analis Kesehatan	42-45 jam
7	P	21 th	DIII Analis Kesehatan	42-45 jam
8	L	21 th	DIII Analis Kesehatan	42-45 jam

Berdasarkan tabel diatas, seluruh karyawan laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping berlatarbelakang pendidikan DIII Analis Kesehatan.. Saat dilakukan penelitian oleh peneliti tidak ada petugas laboratorium yang sedang cuti maupun menolak sebagai responden. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa semua petugas di laboratorium memenuhi kriteria inklusi pada penelitian ini.

2. Hasil analisa data observasi Moment Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Spesimen di Unit Laboratorium

a. Analisa Data Observasi Moment Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium

Hasil observasi moment pada kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium berdasarkan SOP lembar permintaan pemeriksaan laboratorium. 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 nomer ID pendaftaran 96%. Nama dan tanda tangan dokter yang meminta pemeriksaan 100% lengkap dituliskan. Tanggal permintaan

pemeriksaan dituliskan 67 %. Penulisan diagnosa sebanyak 90% dan jenis pemeriksaan yang diminta sebanyak 99 % dari 100 observasi.

Tabel 2. Observasi Moment Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium

Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium		Observasi			Jumlah Observasi Moment
		Σ Ya	Σ Tidak	%	
1.	Nama lengkap	94	6	94	100
2.	Alamat	70	30	70	(77 lengkap, 23 tidak lengkap)
3.	Nomer ID pendaftaran	96	4	96	
4.	Dokter yang meminta (nama dan ttd)	100	-	100	
5.	Tanggal permintaan				
6.	Diagnosa	67	33	67	
7.	Jenis pemeriksaan yang diminta	90	10	90	
		99	1	99	

a. Analisa Data Observasi Moment Pelaksanaan Identifikasi Pasien di Laboratorium

Tabel di bawah ini menunjukkan hasil observasi moment pelaksanaan identifikasi pasien di laboratorium berdasarkan SOP identifikasi pasien. Petugas laboratorium 100% menyiapkan alat-alat untuk melaksanakan tindakan. Dari 100 observasi, 67% petugas mengucapkan salam kepada pasien sebelum melakukan tindakan. Sejumlah 55% petugas menyebutkan nama dan perannya.

Petugas juga memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan sebanyak 74%. Tabel di atas juga menunjukkan bahwa 64% petugas menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan identifikasi dan 74% memastikan identitas pasien dengan benar.

Tabel 3 .Observasi Moment Pelaksanaan Identifikasi Pasien di Laboratorium

Pelaksanaan Identifikasi Pasien	Observasi			Jumlah Observasi Moment
	ΣYa	$\Sigma Tidak$	%	
1. Menyiapkan alat-alat untuk melaksanakan tindakan	100	-	100	100
2. Mengucapkan salam	67	33	67	
3. Menyebutkan nama dan peran	55	45	55	
4. Memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan	74	26	74	
5. Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan identifikasi	64	36	64	
6. Memastikan identitas pasien dengan benar sebelum dilakukan tindakan dengan cara :	74	26	74	
a) Meminta pasien menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.				
b) Membandingkan nama dan tanggal lahir yang disebutkan pasien dengan yang tercantum pada gelang identitas pasien/lembar permintaan pemeriksaan laboratorium				

b. Analisa Data Observasi Moment Observasi Moment Pelaksanaan Identifikasi Spesimen di Laboratorium

Tabel di atas menunjukkan hasil observasi moment pelaksanaan identifikasi spesimen di laboratorium berdasarkan SOP identifikasi spesimen. Dari 100 observasi yang dilakukan oleh peneliti, 84% petugas melakukan verifikasi nama dan tanggal lahir pasien dengan formulir permintaan laboratorium

sebelum mengambil spesimen dan 100% petugas melakukan verifikasi rincian label dengan pasien dan dengan formulir permintaan setelah spesimen diambil. Petugas laboratorium 100% tidak memberikan label pada wadah spesimen sebelum mengambil sampel dan verifikasi identitas namun hanya 45% petugas menempelkan label yang telah diverifikasi di tabung spesimen atau wadah bersamaan dengan keberadaan pasien.

Tabel 4. Observasi Moment Pelaksanaan Identifikasi Spesimen di Laboratorium

Pelaksanaan Identifikasi Spesimen	Observasi			Jumlah Observasi Moment
	ΣYa	$\Sigma Tidak$	%	
1. Melakukan verifikasi nama dan tanggal lahir pasien dengan formulir permintaan lab sebelum mengambil darah atau spesimen lain	84	16	84	100
2. Setelah spesimen diambil, melakukan verifikasi rincian label dengan pasien dan dengan formulir permintaan	100	-	100	
3. Menempelkan label yang telah diverifikasi di tabung spesimen atau wadah bersamaan dengan keberadaan pasien	45	55	45	
4. Jangan memberikan label pada wadah spesimen sebelum mengambil sampel dan verifikasi identitas	100	-	100	

b. Analisis Data Berdasarkan Hasil Wawancara pada Tim Keselamatan Pasien Wawancara pada Tim Keselamatan Pasien

Wawancara tentang pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping pada 3 orang tim KPRS, yaitu:

1. Informan 1 : Supervisor Unit Laboratorium
 2. Informan 2 : Sekretaris Tim Keselamatan Pasien
 3. Informan 3 : Divisi Sosialisasi Tim Keselamatan Pasien:
- Waktu pelaksanaan wawancara : 28, 29 dan 30 November 2016

Tabel 4. Rangkuman Hasil Wawancara Pada Tim KP RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

No	Kata Kunci Pertanyaan	Coding	Kesimpulan
1	Kebijakan (SOP) identifikasi pasien dan spesimen	I. Sudah ada II. Sudah ada III. Sudah ada	RS PKU Muhammadiyah Gamping telah memiliki kebijakan atau SOP mengenai identifikasi pasien dan spesimen
2	Kualitas kebijakan (SOP) identifikasi pasien dan spesimen	I. Sudah cukup bagus II. Kebijakannya sudah bagus III. Sudah bagus	Kualitas kebijakan (SPO) identifikasi pasien dan spesimen sudah cukup bagus namun terbuka untuk dilakukan perbaikan
3	Pemahaman petugas terhadap	I. Sebagian sudah paham II. Sudah cukup paham	Pemahaman petugas terhadap kebijakan (SOP) identifikasi

	kebijakan (SOP) identifikasi pasien dan spesimen	III. Sudah paham	pasien dan spesimen sudah cukup bagus tapi kesadaran petugas dalam melaksanakan kebijakan tersebut masih kurang
4	Alur pelaporan insiden keselamatan pasien	<p>I. Melapor kepada supervisor, menulis di lembar pelaporan insiden keselamatan pasien dan menyerahkannya pada tim KPPRS dalam waktu kurang lebih 2x24 jam.</p> <p>II. Mengisi lembar pelaporan insiden keselamatan pasien. Dilaporkan pada tim KPPRS dalam waktu 2x24 jam.</p> <p>III. Insiden dilaporkan dalam bentuk tertulis oleh supervisor unit di mana KTD/KNC terjadi kepada tim KPPRS.</p>	Alur pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu dengan mengisi lembar pelaporan insiden, dan dilaporkan kepada tim KPPRS dalam waktu 2x24 jam oleh supervisor unit dimana terjadi insiden.
5	Kemudahan proses pelaporan insiden keselamatan pasien oleh petugas laboratorium	<p>I. Cukup mudah</p> <p>II. Mudah</p> <p>III. Sangat mudah</p>	Proses pelaporan insiden keselamatan pasien oleh petugas laboratorium adalah mudah
6	Tindak lanjut pelaporan insiden	<p>I. Investigasi dan evaluasi kepada unit yang melaporkan insiden tersebut dengan tujuan kejadian serupa tidak terulang lagi.</p> <p>II. Dilakukan investigasi sederhana kepada unit yang melaporkan kejadian untuk menemukan solusi. Namun jika investigasi sederhana belum dapat menemukan solusi maka bisa dibuat RCA (<i>root case analysis</i>)</p> <p>III. Pertama dilakukan investigasi sederhana, yang kedua menyusun RCA.</p>	Tindak lanjut pelaporan insiden yaitu dengan investigasi sederhana, RCA (<i>root case analysis</i>) dan evaluasi kepada unit yang melaporkan.
7	Pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium	<p>I. Belum baik, masih banyak kekurangan dalam pelaksanaannya.</p> <p>II. Belum baik, karena masih adanya beberapa pelaporan insiden dari unit laboratorium dan memang sebabnya dari kesalahan identifikasi.</p> <p>III. Sudah cukup bagus, tapi memang pelaporan KTD/KNC masih ada.</p>	Pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium masih belum baik, masih ada beberapa laporan insiden yang penyebabnya dari kesalahan identifikasi.
8	Sistem	I. Belum baik, semua petugas	Sistem pengorganisasian,

	pengorganisasian, pembagian kerja dan supervisi di unit laboratorium	<p>laboratorium masih melakukan semua kegiatan laboratorium secara bergantian.</p> <p>II. Sudah bagus, tidak ada laporan insiden atau kejadian yang penyebabnya dari adanya kekurangan pada sistem organisasi, pembagian kerja, maupun supervisi di laboratorium.</p> <p>III. Sudah cukup bagus.</p>	pembagian kerja dan supervisi di unit laboratorium sudah cukup bagus,
9	Hambatan dan masalah dalam pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium	<p>I. Kurangnya kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium, SOP dan lembar permintaan pemeriksaan belum sama untuk poin-poin identifikasi, kebiasaan petugas masih kurang bagus dalam pelaksanaan identifikasi, banyaknya jumlah permintaan pemeriksaan laboratorium tidak sebanding dengan jumlah petugas.</p> <p>II. Budaya <i>patien safety</i> belum bagus, kurangnya kebiasaan atau budaya menulis oleh petugas, pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium tidak lengkap</p> <p>III. Perbedaan point-point identifikasi di lembar permintaan pemeriksaan laboratorium dan di SOP, point-point identifikasi di lembar permintaan pemeriksaan laboratorium jarang diisi dengan lengkap, kurangnya evaluasi</p>	Kurangnya kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium terkait budaya menulis oleh petugas yang masih kurang, perbedaan point-point identifikasi di SOP identifikasi pasien dan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium, banyaknya jumlah permintaan pemeriksaan laboratorium tidak sebanding dengan jumlah petugas, budaya dan kebiasaan petugas dalam identifikasi masih kurang, serta kurangnya evaluasi pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen.
10	Saran dan rekomendasi terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium	I. SOP dibuat mudah dipahami dan disosialisasikan, perlunya peningkatan budaya pasien safety dengan pelatihan-pelatihan dan pengawasan yang berkala, peningkatan kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium oleh semua tenaga medis, tindak lanjut dari pelaporan	Saran dan rekomendasi terhadap pelaksanaan identifikasi pasien yaitu SOP dibuat mudah dipahami dan disosialisasikan, perlunya pelatihan untuk meningkatkan budaya patient safety, lembar permintaan pemeriksaan laboratorium diperbaiki, sosialisasi untuk meningkatkan budaya menulis petugas medis, kelengkapan data

		<p>insiden agar disosialisasikan.</p> <p>II. Sistem harus dievaluasi, lembar permintaan laboratorium dibuat baku dan sama serta dibuat adanya tempat untuk menempel identitas pasien, kelengkapan data pasien harus ditingkatkan minimal menulis dua point identitas pasien, evaluasi berkala terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen</p> <p>III. Perbaiki dan evaluasi berkala terhadap SOP identifikasi pasien dan spesimen, evaluasi yang berkelanjutan pada pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen, perlu sosialisasi untuk meningkatkan budaya menulis.</p>	<p>dalam lembar permintaan pemeriksaan laboratorium harus lengkap minimal dua point identifikasi pasien, tindak lanjut pelaporan insiden agar disosialisasikan, evaluasi berkala terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di laboratorium.</p>
--	--	--	---

PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Spesimen di Unit Laboratorium

a) Lembar Permintaan Pemeriksaan Laboratorium

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa lembar permintaan pemeriksaan yang ditujukan ke unit laboratorium tidak semua data ditulis dengan lengkap. Dari 100 observasi pada lembar permintaan pemeriksaan laboratorium, sejumlah 77 lembar permintaan tidak lengkap penulisannya, data nama lengkap

pasien ditulis 94%, alamat pasien 70%, nomer ID pendaftaran 96 %, tanggal permintaan pemeriksaan dituliskan 67%, diagnosa 90% dan jenis pemeriksaan yang diminta sebanyak 99 %. Dogether et al (2016) dalam hasil penelitiannya menyebutkan bahwa dari 228 sampel lembar permintaan pemeriksaan laboratorium terdapat 57 (25%) lembar permintaan yang tidak lengkap.¹¹ 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.

Ketidakkelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium nantinya dapat menyebabkan kesalahan dalam proses identifikasi dan berpotensi menyebabkan insiden. Hal ini sesuai dengan penelitian *retrospective analysis* yang dilakukan oleh Chawla et al (2010) yang menyebutkan bahwa dari 96.328 spesimen yang dikumpulkan, 1469 (1,52%) spesimen tidak dapat dilanjutkan ke proses pemeriksaan berikutnya dan 0,47% ditolak karena lembar permintaan pemeriksaan laboratorium yang tidak lengkap.¹² Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan bahwa :

“Belum, masih banyak kekurangan dalam pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di laboratorium. Mulai dari permasalahan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium yang

kadang tidak diisi, kosong cuma ada namanya, kadang tidak ada keterangan jenis pemeriksaan yang diminta.” (Responden 1)

Plebani dan Piva (2010) menyebutkan bahwa kesalahan yang terjadi di laboratorium banyak terjadi di fase pra-analisis dan pasca-analisis yang didalamnya terdapat langkah yang dilakukan di luar laboratorium dan melebihi pengawasan langsung oleh petugas laboratorium.¹³ Plebani, Mario (2007) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa pertanyaan penting yang akhirnya muncul adalah, apakah petugas laboratorium harus memikul tanggungjawab dalam seluruh proses pemeriksaan di laboratorium, termasuk kelengkapan lembar permintaan pemeriksaan dan interpretasi hasil oleh dokter?¹⁴ Berdasarkan ISO 22367, kesalahan di laboratorium (*laboratory error*) didefinisikan sebagai kecatatan yang terjadi pada bagian manapun di siklus pemeriksaan laboratorium dari

lembar permintaan pemeriksaan sampai pelaporan hasil pemeriksaan dan penginterpretasiannya serta aksi yang diambil berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut.¹⁵

b) Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Spesimen

Hasil observasi moment pelaksanaan identifikasi pasien berdasarkan SOP identifikasi pasien RS PKU Muhammadiyah Gamping menunjukkan bahwa hanya 67% petugas yang mengucapkan salam kepada pasien sebelum melakukan tindakan, 55% petugas menyebutkan nama dan perannya, 74% petugas memberikan informasi pada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, dan hanya 74% petugas yang memastikan identitas pasien dengan benar. Observasi moment pada pelaksanaan identifikasi spesimen berdasarkan SOP identifikasi spesimen juga didapatkan 84% petugas melakukan verifikasi nama dan tanggal lahir pasien

dengan formulir permintaan laboratorium sebelum mengambil spesimen, dan hanya 45% petugas menempelkan label yang telah diverifikasi di tabung spesimen atau wadah bersamaan dengan keberadaan pasien. Kondisi tersebut sama dengan hasil penelitian Mutiara Cintha et al., (2014) yang menyatakan bahwa RS Rumah Sakit Umum Daerah kota Bekasi sudah memiliki sistem dan SOP identifikasi pasien namun dalam pelaksanaannya banyak perawat pelaksana yang belum mematuhi SOP.¹⁶

Hasil obsevasi moment pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium tersebut masih kurang baik mengingat bahwa proses identifikasi pasien dan spesimen merupakan tahapan penting sebelum melakukan tindakan kepada pasien dan tidak boleh terlewat atau tidak dilakukan. Kurang baiknya hasil observasi moment pada pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen tersebut beresiko menyebabkan

terjadinya kesalahan identifikasi pasien maupun kesalahan identifikasi spesimen yang efek panjangnya dapat menyebabkan insiden. Meiliawati PL (2009) menjelaskan bahwa tiga hal tersering yang menyebabkan terjadinya kesalahan identifikasi adalah kesalahan dalam penulisan dan administrasi, kesalahan dalam verifikasi dan masalah dalam komunikasi.¹⁷ Penelitian Bonini et al (2002) yang berjudul *Errors in Laboratory Medicine* juga menyebutkan bahwa kesalahan yang terjadi laboratorium berhubungan dengan bagaimana spesimen diidentifikasi dan diberikan label.¹⁸ Lippi et al (2010) menyebutkan 46-68% “errors” di laboratorium diakibatkan adanya kesalahan dalam fase pra-analisis yang meliputi; kesalahan dalam identifikasi, kesalahan spesimen, ketidakcukupan spesimen yang diambil, kondisi spesimen yang buruk, dan ketidaktepatan dalam penanganan dan transportasi spesimen.¹⁹

Dari wawancara yang dilakukan oleh peneliti kepada tim KPPRS juga didapatkan hasil bahwa pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium masih belum baik, masih ada beberapa laporan insiden yang penyebabnya dari kesalahan identifikasi. Hal ini dibuktikan dengan kutipan hasil wawancara terhadap TIM KPRS sebagai berikut ;

“Belum ya saya kira, karena masih adanya beberapa pelaporan KTD/KNC dari unit laboratorium dan memang sebabnya dari kesalahan identifikasi.”
(Responden 2)

“Pada saat proses identifikasi juga kadang-kadang kita sudah sesuai prosedur, cuma kadang-kadang belum karena banyaknya pasien yang datang, jadi identifikasi dilakukan singkat saja.”(Responden 1)

Pernyataan di atas dan hasil dari observasi moment yang dilakukan peneliti terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen menunjukkan

bahwa kepatuhan petugas dalam melakukan tindakan identifikasi pasien dan spesimen berdasarkan SOP yang ditetapkan oleh rumah sakit masih kurang. Arma MR (2012), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa salah satu upaya untuk menjaga keselamatan pasien adalah dengan menerapkan SOP (*standard operational procedure*) dalam setiap tindakan perawat.²⁰ Natasia et al (2014) menjelaskan ada pengaruh antara motivasi dan persepsi terhadap kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SOP.²¹

2. Hambatan Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Spesimen di Unit Laboratorium

Penerapan program budaya keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping tidak mudah, mengingat rumah sakit ini usianya masih muda. Cahyono (2012) mengungkapkan ada beberapa kultur di dalam organisasi rumah sakit yang dapat menghambat berjalannya program keselamatan pasien diantaranya

ketakutan terhadap hukuman, cara memandang kesalahan/KTD, perilaku, respon terhadap KTD, pelaporan KTD, hubungan dokter dan sistem, situasi mendesak dan variasi dalam perilaku klinis.²² Berdasarkan hasil wawancara dengan tim KPRS, hambatan-hambatan dalam pelaksanaan identifikasi pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah :

- 1) Budaya dan kebiasaan petugas dalam pelaksanaan identifikasi masih kurang. Dari data kuantitatif didapatkan bahwa hanya 74% petugas laboratorium yang memastikan identitas pasien dengan benar. Hasil dari wawancara kepada tim KPRS juga menyebutkan bahwa:

“Menurut saya hambatannya ada di budayanya saja yang belum terbentuk agar semua petugas kesehatan melakukan proses identifikasi dengan baik dan benar sesuai SOP” (Responden 2)

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggraeni et al., (2014) yang menjelaskan bahwa penyebab utama belum optimalnya

pelaksanaan sistem identifikasi pasien berhubungan dengan sistem supervisi terhadap pelaksanaan prosedur identifikasi yang belum optimal serta budaya keselamatan pasien yang masih perlu terus ditingkatkan.²³

- 2) Kurangnya kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium terkait dengan kurangnya budaya menulis oleh petugas di luar unit laboratorium. Dari hasil observasi moment yang dilakukan pada kelengkapan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium didapatkan 94% dituliskan nama lengkap pasien, pengisian alamat pasien sejumlah 70%, nomer ID pendaftaran 96, tanggal permintaan pemeriksaan dituliskan 67 %, penulisan diagnosa sebanyak 90% dan jenis pemeriksaan yang diminta sebanyak 99 % dari 100 observasi. Hasil wawancara kepada tim KPRS juga menyebutkan bahwa:

“Hambatannya yang pertama kurangnya kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium.” (Responden 1)

“Kurangnya kelengkapan dalam pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium juga jadi hambatan, apalagi kalau yang diisi cuma nama, dan pemeriksaan yang diminta. Padahal kan identifikasi minimal dengan dua poin, nama dan tempat tanggal lahir misalnya.” (Responden 3)

Hal tersebut kurang sesuai dengan Permenkes Nomor 411/MENKES/PER/III/2010) menyebutkan bahwa 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.²⁴ Plebani et al (2002) menyebutkan bahwa kerjasama antar departemen diharapkan dapat meningkatkan kualitas dari kelengkapan lembar permintaan,

identifikasi pasien, pengambilan spesimen dan penanganannya.²⁵

- 3) Perbedaan point-point identifikasi di SOP lembar permintaan pemeriksaan laboratorium dan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium. Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping belum sesuai dengan SOP yang telah dibuat. Beberapa point yang berbeda adalah tidak ada point nama ruangan di lembar permintaan untuk ruang rawat inap. Hasil wawancara kepada tim KPRS menunjukkan bahwa :

“Dari hasil penelitian dan observasi yang anda lakukan sudah ditemukan adanya beberapa hal yang perlu diperbaiki, yaitu lembar permintaan laboratorium agar dibuat baku dan sama, dibuat adanya tempat untuk menempel identitas pasien, sekarang kan belum ada tempat menempelnya jadi menempelnya kadang disembarang tempat.” (Responden 2)

- 4) Banyaknya jumlah permintaan pemeriksaan laboratorium yang tidak sebanding dengan jumlah petugas. RS PKU Muhammadiyah adalah rumah

sakit besar dengan beberapa fasilitas kesehatan yang memadai menghasilkan banyak jumlah pasien yang berobat. Pada Januari – Mei 2015, jumlah pasien di unit laboratorium adalah 2.922 (Data RS PKU Muhammadiyah Gamping, 2015). Jumlah tersebut pasti telah meningkat dari tahun ke tahun, dan jumlah pasien ini menuntut jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan yang seimbang. Hasil wawancara kepada tim KPRS menyebutkan bahwa :

“Banyaknya jumlah permintaan pemeriksaan laboratorium dengan jumlah petugas membuat petugas laboratorium beralasan mempersingkat waktu dan hanya melakukan point-point yang penting saja dalam identifikasi pasien dan spesimen.”(Responden 1)

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dalam pertanyaan tentang sistem pengorganisasian, pembagian kerja dan supervisi di unit laboratorium sudah cukup baik dalam rangka mendukung pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen, didapatkan jawaban sebagai berikut :

“Belum ya, semua petugas laboratorium masih melakukan semua kegiatan laboratorium itu bergantian atau bahkan semua proses pemeriksaan dikerjakan oleh satu petugas laboratorium. Mulai dari proses administrasi, identifikasi pasien, pengambilan spesimen, identifikasi spesimen sampai nanti memasukan hasil pemeriksaan ke komputer. Ini riskan keliru karena banyaknya pasien yang diperiksa jadinya buru-buru. Belum lagi kalau hasilnya diminta cepat.” (Responden 1)

Pola kerja yang tidak seimbang dan beban kerja yang berlebihan dapat memungkinkan kesalahan yang lebih tinggi. Hal ini dibuktikan dari hasil karakteristik responden petugas yang bekerja di unit laboratorium yang rata-rata bekerja > 42 jam per minggu dan tidak sesuai dengan aturan Undang-Undang No.13 th 2003 tentang ketenagakerjaan.²⁶

- 5) Kurangnya evaluasi pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen. Secara garis besar dapat dikatakan bahwa evaluasi adalah pemberian nilai terhadap kualitas tertentu. Arikunto

(2003) mengungkapkan bahwa evaluasi adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengukur keberhasilan program pendidikan.²⁷ Dalam hal ini, evaluasi dimaksudkan agar rumah sakit dapat mengukur keberhasilan pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium dan melakukan perbaikan-perbaikan. Wawancara kepada tim KPRS menunjukkan bahwa :

“Yang terpenting sebenarnya hambatannya ada di kurangnya evaluasi di pelaksanaan identifikasi itu sendiri. Jadi selama ini ya berjalan begitu saja, kurang ada evaluasi dan penilaian bagaimana sudah bagus atau belum.” (Responden 3)

3. Saran dan Rekomendasi Dalam Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Spesimen di unit Laboratorium

Berdasarkan prinsip pencegahan kesalahan dalam identifikasi di atas menunjukkan bahwa penerapan program keselamatan pasien tidak hanya berasal dari pihak TIM KPRS saja melainkan dapat juga berasal dari

manajerial, petugas kesehatan/unit sebagai pelaksana keselamatan pasien, tapi juga melibatkan pasien dan keluarga. Hasil wawancara kepada tim KPRS menunjukkan bahwa :

“Hal-hal yang penting yang perlu diperbaiki itu yang pertama SOP yang mudah dipahami dan disosialisasikan kepada semua petugas medis, yang kedua perlunya peningkatan budaya pasien safety dengan pelatihan-pelatihan dan pengawasan yang berkala, yang ketiga perlunya peningkatan kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium oleh semua tenaga medis, yang keempat harapan saya tentang tindak lanjut dari pelaporan insiden agar disosialisasikan kepada seluruh pegawai khususnya pegawai di unit laboratorium agar semua tahu letak kesalahannya sehingga insiden tidak terulang lagi” (Responden 1)

“SOP identifikasi pasien dan spesimen sudah dibuat oleh manajemen rumah sakit dengan baik, bila memang diperlukan

kedepannya dilakukan perbaikan-perbaikan dan harapan saya SOP yang sudah dibuat ini dapat dijalankan dengan baik. Perlu juga dilakukan semacam penilaian dan evaluasi yang berkelanjutan pada pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium. Yang terakhir menurut saya diperlukan sosialisasi untuk meningkatkan budaya menulis, bisa dilihat dari kurang lengkapnya pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium malah terkadang tidak diisi poin identitasnya itu berarti tenaga medis kita budaya menulisnya sangat kurang, itu harus diperbaiki.” (Responden 3)

Dengan demikian saran dan rekomendasi terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping yaitu :

1. Perlunya pelatihan untuk meningkatkan budaya patient safety khususnya pada identifikasi pasien dan spesimen. Adanya kebijakan (SOP) yang sudah baik saja tidak cukup. Diperlukan

- konsistensi dan kemauan petugas untuk mematuhi SOP tersebut.
2. Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium diperbaiki sesuai SOP. SOP merupakan instrument bagi petugas medis untuk melakukan tindakan, sehingga alat maupun bahan yang digunakan untuk melakukan suatu tindakan harus sama dengan SOP yang dibuat oleh rumah sakit.
 3. Sosialisasi untuk meningkatkan budaya menulis petugas medis untuk meningkatkan kelengkapan data dalam lembar permintaan pemeriksaan laboratorium. Meskipun penulisan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium ditulis oleh petugas di luar unit laboratorium namun sosialisasi untuk meningkatkan budaya menulis tidak hanya untuk unit yang bersangkutan saja. Karena proses pelayanan rumah sakit yang kompleks dan saling terhubung maka ketepatan data maupun administrasi adalah tanggungjawab seluruh petugas rumah sakit.
 4. Tindak lanjut pelaporan insiden agar disosialisasikan. Hal ini bertujuan agar insiden tidak terulang lagi dengan adanya sosialisasi dari tim KPRS akan adanya insiden dan penyebabnya.
 5. Evaluasi berkala terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di laboratorium.

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan di bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping belum sepenuhnya sesuai dengan SPO. Pada identifikasi pasien hanya 74% petugas yang memastikan identitas pasien dengan benar. Pada identifikasi spesimen 84% petugas melakukan verifikasi nama dan tanggal lahir pasien dengan formulir permintaan laboratorium sebelum mengambil spesimen, dan hanya 45% petugas menempelkan label

- yang telah diverifikasi di tabung spesimen atau wadah bersamaan dengan keberadaan pasien.
2. Hambatan dalam pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah sebagai berikut :
 - a) Budaya dan kebiasaan petugas dalam pelaksanaan identifikasi masih kurang.
 - b) Kurangnya kelengkapan pengisian lembar permintaan pemeriksaan laboratorium terkait dengan kurangnya budaya menulis oleh petugas di luar unit laboratorium.
 - c) Perbedaan point-point identifikasi di SOP lembar permintaan pemeriksaan laboratorium dan lembar permintaan pemeriksaan laboratorium.
 - d) Banyaknya jumlah permintaan pemeriksaan laboratorium yang tidak sebanding dengan jumlah petugas.
 - e) Kurangnya evaluasi pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen.
 3. Saran dan rekomendasi terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah dengan pelatihan untuk meningkatkan budaya patient safety khususnya pada identifikasi pasien dan spesimen, lembar permintaan pemeriksaan laboratorium diperbaiki sesuai SOP, sosialisasi untuk meningkatkan budaya menulis petugas medis, tindak lanjut pelaporan insiden agar disosialisasikan, dan agar dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium.

SARAN

1. Bagi RS PKU Muhammaadiyah Unit II
 - a) Manajemen rumah sakit harus memberikan dukungan yang maksimal baik dari respon terhadap kebutuhan dalam pemberian pelayanan kesehatan dengan penerapan budaya keselamatan pasien, baik dari

jumlah tenaga kesehatan yang memadai, perbaikan sarana dan prasarana, pelatihan-pelatihan maupun pelaksanaan program keselamatan pasien yang masih belum terlaksanakan.

b) Tim KPRS harus memaksimalkan tahapan terhadap analisis pada sebuah insiden keselamatan pasien meskipun memiliki tugas dan tanggung jawab yang lainnya dan mensosialisasikan hasil analisis tersebut.

c) Manajemen rumah sakit agar melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien demi terjaminnya mutu rumah sakit.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat dilakukan penelitian dengan kajian kualitatif yang lebih mendalam dengan interview pada seluruh bagian yang terkait dalam pelaksanaan program keselamatan pasien, tidak hanya dilakukan kepada TIM KPRS saja.

DAFTAR PUSTAKA

1. Lippi, et al. (2009). *Causes, consequences, detections, and preventions of identifications errors in laboratory diagnostics*. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* : 47(2):143-153.
2. Kementrian Kesehatan RI. (2011) *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta
3. Plebani et al. (2013). *Harmonization of Pre-analytical Quality Indicators*. *Biochemia Medika* 2014;24(1): 105-13.
4. Lippi et al. (2012). *Preanalytical Quality Improvement : In Quality We Trust*. *Clin Chem Lab Med* 2013;51:220-41.
5. Mannos, D. (2008). *Identifications Errors in Laboratory (Root Case Analysis /RCA)*. United States Departement of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety.
6. Valenstein, et al. (2006). *Identifications Errors Involving Clinical Laboratories*. *Arch Pathol Lab Med* Vol : 130.
7. Carraro dan Plebani. (2007). *Errors in a Stat Laboratory : Types and*

- Frequencies 10 Years Later. Clinical Chemistry*, 53;7.
8. Wagar, et al. (2006). *Patient Safety in Clinical Laboratory. Arch Pathol Lab Med- Vol : 130.*
 9. Sugiyono. (2011). *Statistika untuk penelitian. Bandung : Penerbit Alfabeta.*
 10. Onwuegbuzie, AJ and tiddlie, C. 2003. *A framework for Analyzing data in Mixed Methods Research dalam Tashakkori&Teddle (Eds). Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural research, 351 – 384. London: Sage Publication, Inc.*
 11. Dogether, et al. (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)*
 12. Chawla et al. (2010). *Identifications of the Types of Preanalytical Errors in the Clinical Laboratory: 1-Year Study at G.B. Pant Hospital. Labmedicine; Vol 2, No 2.*
 13. Plebani & Piva. (2010). *Notification of Critical Values in Clinical Laboratories. Biochemia Medika 2010;20(2):173-8.*
 14. Plebani, Mario. (2007). *Laboratory Errors : How to Improve Pre- and Post-Analytical Phases? Biochemia Medika 2007;17(1): 1-138.*
 15. ISO/PDTS 22367. *Medical Laboratories-Reducing of Errors Laboratory Medicine? Clin Chem Lab Med 2006;44;750-9.*
 16. Mutiara Cintha et al. (2014). *Analisis Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dalam Rangka Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RS Umum Daerah Kota Bekasi. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal) Vol 4, No 4 (ISSN-2356-3346).*
 17. Meliawati, PL. (2009). *Tinjauan Penerapan Identifikasi Pasien dengan Benar di Unit Rekam Medis Rawat Inap Terkait Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. Universitas Esa Unggul; UEU Library.*
 18. Bonini et al. (2002). *Errors in Laboratory Medicine. Clinical Chemistry 48:5, Hal 691-698.*

19. Lippi et al. (2010). *Overview on Patient Safety in Healthcare and Laboratory Diagnostics*. *Biochemia Medika* 2010;20(2): 131-43.
20. Arma MR. (2012). Pengaruh Pelatihan Kolaborasi Pada Perawat yang Mengalami Konflik Peran terhadap Kepatuhan dalam Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (Pemasangan Infus) di Ruang Interne RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tahu 2012. Universitas Andalas, Padang.
21. Natasia et al. (2014). Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol 28.
22. Cahyono. (2012). *Membangun Budaya Keselamatan pasien Dalam Praktek Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
23. Anggraeni, et al. (2014). Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol 28.
24. PERKEMKES No 411/MENKES/PER/III/2010
25. Plebani et al. (2002). *Interdepartemental Cooperation May Help Avoid Errors in Medical Laboratories*. *BMJ* 2002;324:423-4.
26. Undang – undang. 2003. No 3. Ketenaga Kerjaan. Ayat 77 – 85. Indonesia
27. Arikunto. (2003). *Evaluasi Program Pendidikan*. Jakarta : Bumi Aksara.