

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)**

###### **a. Pengertian**

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu sistem dimana rumah sakit 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 terjadi 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. Dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 43 ayat 1 tentang rumah sakit juga 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.

**b. Standar Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**

Penerapan keselamatan rumah sakit diatur dan dirumuskan oleh KKP-RS sebagai pedoman pelaksanaan keselamatan pasien yang dapat digunakan oleh rumah sakit. Pedoman tersebut dirumuskan dalam KKP-RS No. 001-VIII-2005 yang berisi tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit sebagai berikut :

- 1) Bangun kesadaran akan keselamatan pasien

- 2) Ciptakan kepemimpinan dan budaya terbuka dan adil.
- 3) Pimpin dan dukung staf anda
- 4) Bangunlah komitmen, fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
- 5) Integrasikan aktivitas pengelolaan
- 6) Kembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko serta lakukan identifikasi dan assesment hal potensial bermasalah.
- 7) Kembangkan sistem pelaporan
- 8) Memastikan staf untuk melaporkan kejadian atau insiden dan rumah sakit membuat laporan kepada KKP-RS.
- 9) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- 10) Kembangkan cara-cara berkomunikasi terbuka dengan pasien.
- 11) Belajar dan berbagi tentang keselamatan pasien
- 12) Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah sebagai bahan pelajaran bagaimana dan mengapa kejadian tersebut timbul.
- 13) Cegah cedera dengan implementasi program keselamatan pasien
- 14) Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

15) Standar keselamatan pasien rumah sakit (KARS-DEPKES)

yang dikemukakan oleh KKP-RS adalah sebagai berikut :

- a) Hak pasien
- b) Mendidik pasien dan keluarga
- c) Keselamatan pasien dan asuhan yang berkesinambungan
- d) Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien
- e) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f) Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

**c. Tujuan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)**

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

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

#### **d. Sasaran Keselamatan Pasien**

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat yang harus dimiliki rumah sakit yang akan melakukan akreditasi oleh Komisi Akreditasi rumah sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh KKP-RS dan JCI. Sasaran keselamatan pasien bertujuan untuk mendorong perbaikan yang spesifik dalam keselamatan pasien di rumah sakit. Sasaran keselamatan pasien menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan. Enam sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal berikut (Kemenkes RI, 2011) :

##### 1) Sasaran 1 : Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek diagnostik dan

pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, dan adanya kelainan sensori.

Sasaran ini dimaksudkan untuk melakukan dua kali pengecekan. Pengecekan pertama dilakukan dengan identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan. Pengecekan kedua dilakukan untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Elemen penilaian sasaran 1 :

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

## 2) Sasaran II : Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan dalam keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan atau tertulis. Kesalahan dalam komunikasi yang sering terjadi adalah komunikasi yang dilakukan secara lisan atau melalui telepon.

Elemen penilaian sasaran II :

- a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- b) Perintah lengkap secara lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi secara lisan atau melalui telepon secara konsisten.

- 3) Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert)

Obat-obatan merupakan bagian dari rencana pengobatan pasien sehingga manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai adalah obat yang sering menyebabkan kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan terdengar mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM atau *Look Like Sound Like/LASA*).

Elemen penilaian standar III :

- a) Kebijakan dan prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b) Implementasi kebijakan dan prosedur.
- c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.



- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
- 4) Sasaran IV : Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi

Salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu, assesment pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

Elemen penilaian sasaran IV :

- a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
  - b) Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk verifikasi saat pre-operasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsional.
  - c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum insisi/*time-out* tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
  - d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.
- 5) Sasaran V : Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan besar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar

bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia.

Elemen penilaian sasaran V :

- a) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
  - b) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
  - c) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
- 6) Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.

Elemen penilaian sasaran VI :

- a) Rumah sakit menerapkan proses assesment awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan assesment ulang pada pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil *assesment* dianggap berisiko jatuh.
- c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan.
- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

**e. 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 (Donabedian, 1980 dalam Runciman et al., 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,2008).

Rumah sakit sebagai organisasi yang bersifat kompleks akan membentuk sistem pertahanan yang berfungsi untuk melindungi dari terjadinya insiden (kecelakaan) yang tidak diharapkan. Sistem barier dalam organisasi meliputi pengaruh organisasi, pengawasan yang aman, kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan kerja, dan perilaku yang mendukung keselamatan pasien (Cahyono, 2008).

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 cedera (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.

## **2. Identifikasi Pasien**

Menurut *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (2013) identifikasi pasien didefinisikan sebagai dasar dalam sebuah proses klinis dan perlu dilakukan secara benar untuk menjamin sebuah keselamatan pasien. Suharsono dalam Fendi (2012) menyebutkan bahwa identifikasi pasien adalah proses pengenalan, menempatkan obyek atau individu dalam suatu kelas sesuai dengan karakteristik tertentu. Purwadarminta (2007) juga menyebutkan

bahwa identifikasi adalah penentuan atau penetapan identitas seseorang atau benda. Definisi lain dari identifikasi pasien adalah suatu usaha/upaya yang dilakukan dalam sebuah pelayanan kesehatan sebagai suatu proses yang bersifat konsisten, prosedur yang memiliki kebijakan yang telah disepakati, diaplikasikan sepenuhnya, diikuti dan dipantau untuk mendapatkan data yang akan digunakan dalam meningkatkan proses identifikasi (*Joint Commission International*, 2010).

**a. Tujuan Identifikasi Pasien**

Rumah sakit terus mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian dalam proses identifikasi pasien. Kebijakan dan prosedur secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah, pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Berdasarkan KARS tahun 2012 maksud dan tujuan identifikasi pasien yaitu menggunakan cara yang dapat dipercaya atau reliable dalam mengidentifikasi pasien sebagai individu tersebut.

Kebijakan atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti ; nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk proses identifikasi.

Salah satu alat yang digunakan di rumah sakit terkait proses identifikasi pasien adalah gelang identitas pasien. Gelang identitas adalah suatu alat identifikasi pasien yang dipasangkan kepada pasien secara individual dan digunakan sebagai identitas pasien selama dirawat di rumah sakit. Beberapa tindakan atau prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien yaitu ; pemberian obat-obatan, prosedur pemeriksaan radiologi, intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya, transfusi darah, pengambilan sampel darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium, transfer pasien serta konfirmasi kematian. Gelang identifikasi pasien dibedakan dalam beberapa warna dengan tujuan yang berbeda, yaitu :

- 1) Gelang warna merah muda/pink : untuk pasien perempuan
- 2) Gelang warna biru : untuk pasien laki-laki
- 3) Gelang warna merah : untuk pasien dengan risiko alergi
- 4) Gelang warna kuning : untuk pasien dengan risiko jatuh



**b. Akibat Kesalahan Identifikasi Pasien**

Kesalahan identifikasi pasien merupakan hal yang memiliki hubungan erat dengan bahaya atau potensi yang berbahaya ketika menghubungkan individu tertentu dalam sebuah tindakan atau pelayanan kesehatan. Kesalahan identifikasi pasien memiliki potensi untuk menimbulkan terjadinya insiden keselamatan pasien antara lain adverse event atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) near miss atau Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Potensial Cidera (KPC), dan Kejadian Tidak Cidera (KTC).

Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien yang terdiri dari KTD yang merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. KNC adalah terjadinya insiden namun belum sampai terpapar langsung kepada pasien. KTC adalah suatu insiden yang sudah terpapar kepada pasien namun tidak menimbulkan cedera. KPC adalah suatu kondisi yang sangat potensial untuk menimbulkan terjadinya cedera, tetapi belum terjadi insiden, sedangkan kejadian sentinel adalah suatu KTD yang menyebabkan kematian atau cedera serius pada pasien (Kepmenkes RI, 2011)

Reason (2005) mengemukakan bahwa penyebab terjadinya KTD dapat dibedakan menjadi dua pendekatan yaitu pendekatan dari faktor manusia (*human factor approach*) dan pendekatan sistem (*system factor approach*). Keadaan psikologis petugas medis menjadi salah satu penyebab medical error dari faktor manusia, sedangkan tingkat sistem biasanya disebabkan oleh lingkungan kerja dan fasilitas yang buruk. Dalam pendekatan dari faktor manusia terdapat dua faktor utama, yaitu *active failures* dan *latent failures*.

- 1) *Active failures* menggambarkan suatu tindakan yang dapat membahayakan pasien atau setiap bentuk tindakan medik yang beresiko untuk terjadinya efek samping, antara lain :
  - a) *Action slips*, misalnya mengambil syringe injeksi yang salah
  - b) *Cognitive failure*, misalnya karena lupa atau kekeliruan dalam membaca suatu hasil pemeriksaan
  - c) *Violations* yaitu jika ada tindakan medik yang pelaksanaannya menyimpang dari prosedur standar atau tidak sesuai dengan *standart operating procedure*. Berbeda dengan error, violations lebih berkaitan dengan motivasi atau contoh yang buruk dari staf senior.

2) *Latent failure* menggambarkan kesalahan yang terjadi akibat sistem yang keliru atau tidak langsung diakibatkan oleh petugas yang bersangkutan. Dalam sistem pelayanan kesehatan, latent failure ini bisa terjadi akibat beban kerja yang tinggi, terbatasnya pengetahuan dan pengalaman, lingkungan yang tidak nyaman, sistem komunikasi yang tidak berjalan, dan kurang memadainya pemeliharaan alat dan fasilitas.

### 3. Identifikasi Spesimen

Unit laboratorium adalah unit yang melaksanakan pelaksanaan pemeriksaan spesimen klinik untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan 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 :

a. Spesimen mikrobiologi klinik non invasif seperti urin, sputum, feses, luka. Spesimen ini relatif lebih mudah diambil jika ada kesalahan identifikasi.

b. Spesimen mikrobiologi klinik invasif seperti kultur darah, cairan tubuh steril, cairan amnion dan spesimen yg diambil pada operasi. Sebagai informasi, yang dimaksud dengan invasif adalah cara pengujian yang melibatkan operasi atau memasukkan suatu peralatan ke dalam tubuh. Berdasarkan prioritasnya, spesimen mikrobiologi klinik dibagi menjadi 4, yaitu :

- 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 yg 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.

#### **4. Unit Laboratorium Rumah Sakit**

Salah satu pelayanan penunjang medis yang dimiliki oleh rumah sakit adalah instalasi laboratorium. Laboratorium klinik rumah sakit merupakan organisasi atau unit rumah sakit dengan aktivitas pelayanan laboratorium klinik di rumah sakit tersebut. 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, dan 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. Laboratorium ini terdiri dari berbagai jenis pemeriksaan, menurut Srisasi Gandahusada (2007:122) Dalam Buku Parasitologi Klinik Diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Mikrobiologi menerima usapan, tinja, air seni, darah, dahak, peralatan medis, begitupun jaringan yang mungkin terinfeksi. Spesimen tadi dikultur untuk memeriksa mikroba patogen.
- b. Parasitologi mengamati parasit.

- c. Hematologi menerima keseluruhan darah dan plasma. Mereka melakukan penghitungan darah dan selaput darah.
- d. Koagulasi menganalisis waktu bekuan dan faktor koagulasi.
- e. Kimia klinik biasanya menerima serum. Mereka menguji serum untuk komponen-komponen yang berbeda.
- f. Toksikologi menguji obat farmasi, obat yang disalahgunakan, dan toksin lain.
- g. Imunologi menguji antibodi.
- h. Imunohematologi, atau bank darah menyediakan komponen, derivat, dan produk darah untuk transfusi.
- i. Serologi menerima sampel serum untuk mencari bukti penyakit seperti hepatitis atau HIV.
- j. Urinalisis menguji air seni untuk sejumlah analit
- k. Histologi memproses jaringan padat yang diambil dari tubuh untuk membuat di kaca mikroskop dan menguji detail sel.
- l. Sitologi menguji usapan sel (seperti dari mulut rahim) untuk membuktikan kanker dan keadaan lain.
- m. Sitogenetika melibatkan penggunaan darah dan sel lain untuk mendapatkan kariotipe, yang dapat berguna dalam diagnosis prenatal juga kanker (beberapa kanker memiliki kromosom abnormal).

- n. Virologi dan analisis DNA juga dilakukan di laboratorium klinik yang besar.
- o. Patologi bedah menguji organ, ekstremitas, tumor, janin, dan jaringan lain yang dibiopsi pada bedah seperti mastektomi payudara

Laboratorium klinik dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau swasta. Laboratorium klinik mempunyai beberapa kewajiban, yaitu :

- 1) Melaksanakan pemantapan mutu internal dan mengikuti internal dan mengikuti kegiatan pemantapan mutu eksternal yang diakui oleh pemerintah.
- 2) Mengikuti akreditasi laboratorium yang diselenggarakan oleh Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan (KLAK) setiap 5 (lima) tahun.
- 3) Menyelenggarakan upaya keselamatan dan keamanan laboratorium.
- 4) Memperhatikan fungsi sosial.
- 5) Membantu program pemerintah di bidang pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- 6) Berperan secara aktif dalam asosiasi laboratorium kesehatan.



Setiap laboratorium klinik wajib melaksanakan pencatatan pelaksanaan kegiatan laboratorium dan menyimpan arsip mengenai surat permintaan pemeriksaan, hasil pemeriksaan, hasil pemantapan mutu dan hasil rujukan. Setiap laboratorium klinik juga wajib segera melaporkan hasil pemeriksaan laboratorium untuk penyakit yang berpotensi wabah dan kejadian luar biasa kepada Dinas Kabupaten/Kota setempat dalam waktu kurang dari 24 jam sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Lippi et al. (2010) menjelaskan bahwa kegiatan laboratorium terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu pra-analisis, analisis dan pasca analisis. Ketiga tahap tersebut dapat disebut juga sebagai *total testing process* (TTP). Plebani, Mario (2007) dalam penelitiannya juga menjelaskan tahap pertama dalam pra-analisis adalah permintaan tes, identifikasi pasien dan spesimen, pengambilan dan penanganan spesimen dan perjalanan spesimen tersebut menuju ke laboratorium. Tahap kedua merupakan tahap analisis dari spesimen itu sendiri. Selanjutnya tahap ketiga adalah pasca-analisis yang dilakukan diluar wewenang dari laboratorium yaitu meliputi penerimaan hasil oleh dokter, pembacaan dan penginterpretasian hasil, dan membuat keputusan dari hasil pemeriksaan laboratorium dan sumber lainnya.

## B. Penelitian Terdahulu

1. Anggraeni, *et al* (2014) dalam penelitiannya yang berjudul “Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab belum optimalnya sistem identifikasi pasien di ruang rawat inap RS X Malang. Penelitian ini merupakan studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data dilakukan dengan focus group discussion (FGD) wawancara, pengamatan serta studi dokumen. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa belum optimalnya pelaksanaan sistem identifikasi pasien disebabkan oleh sistem supervisi terhadap prosedur identifikasi yang belum optimal serta budaya safety yang perlu terus ditingkatkan. Penelitian ini memiliki gambaran tujuan dan pelaksanaan penelitian yang hampir sama dengan penelitian yang akan peneliti lakukan, tetapi memiliki beberapa perbedaan yaitu perbedaan karakteristik responden penelitian dan unit rumah sakit yang akan diteliti, penelitian yang akan peneliti lakukan merupakan penelitian metode kuantitatif dan kualitatif dengan cara pengambilan data yaitu observasi *by moment*, dan wawancara .
2. Wagar *et al* (2006) dalam penelitiannya yang berjudul “*Patient Safety in the Clinical Laboratory ( A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors)*”. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis

- dan menilai perbaikan sistem identifikasi pasien dan pelabelan spesimen setelah dilakukan implementasi menggunakan *statistical tools*. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan *statistical tools* dan kemudian dianalisis dengan *trend analysis* dan *student t tes statistics*. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa 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. *Student t test* menunjukkan penurunan error yang signifikan dengan  $p < 0.001$  dan *trend analysis* menunjukkan penurunan error setelah 26 bulan. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan peneliti lakukan adalah metode penelitian dan karakteristik responden penelitian.
3. Valenstein, *et al* (2006) dalam penelitiannya yang berjudul “*Identification Errors Involving Clinical Laboratories (A Collage of American Pathologist Q-Probes Study of Patient and Specimen Identification Errors at 120 Institutions)*”. Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui frekuensi *identification errors*, frekuensi KTD yang berhubungan dengan kesalahan identifikasi spesimen, dan faktor-faktor yang terkait dengan tingkat kesalahan yang lebih rendah serta deteksi yang lebih baik terhadap terjadinya kesalahan

identifikasi pasien dan spesimen. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa rata-rata terjadinya kesalahan identifikasi pasien adalah 55 *errors* dari 1.000.000 tes laboratorium. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan peneliti lakukan adalah jenis penelitian, penelitian, karakteristik responden dan cara pengambilan data serta analisis data.

## **C. Kerangka Teori**

### **1. Teori Perilaku (Behavioral Theory)**

#### **a. Pengertian**

Teori perilaku adalah sebuah teori yang dianut oleh Gage dan Berliner tentang perubahan tingkah laku sebagai hasil dari pengalaman (Gage, N.L., & Berliner, D, 1979). Teori ini lalu berkembang menjadi aliran psikologi belajar yang berpengaruh terhadap arah pengembangan teori dan praktik pendidikan dan pembelajaran yang dikenal sebagai aliran behavioristik. Aliran ini menekankan pada terbentuknya perilaku yang tampak sebagai hasil belajar.. Seseorang dianggap telah belajar sesuatu jika dia dapat menunjukkan perubahan perilakunya.

Menurut teori ini dalam belajar yang penting adalah input yang berupa stimulus dan output yang berupa respon. Stimulus adalah apa saja yang diberikan guru kepada pebelajar, sedangkan

respon berupa reaksi atau tanggapan pebelajar terhadap stimulus yang diberikan oleh guru tersebut. Proses yang terjadi antara stimulus dan respon tidak penting untuk diperhatikan karena tidak dapat diamati dan tidak dapat diukur. Teori ini mengutamakan pengukuran, sebab pengukuran merupakan suatu hal penting untuk melihat terjadi atau tidaknya perubahan tingkah laku tersebut. Faktor lain yang dianggap penting oleh aliran behavioristik adalah faktor penguatan (*reinforcement*). Bila penguatan ditambahkan (*positive reinforcement*) maka respon akan semakin kuat. Begitu pula bila respon dikurangi/dihilangkan (*negative reinforcement*) maka respon juga semakin kuat. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respon terhadap stimulus tertentu, tingkatan respon adalah menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*) (Sunaryo, 2004; Purwanto, 1999).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Green (2000), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*) (Notoatmodjo, 2003; Green, 2000).

## 1) Faktor-faktor predisposisi

### a) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensori khususnya mata dan telinga terhadap obyek tertentu. Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Sunaryo, 2004; Notoatmodjo, 2003).

### b) Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut.

### c) Nilai-nilai

Nilai-nilai atau norma yang berlaku akan membentuk perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai atau norma yang telah melekat pada diri seseorang (Green, 2000).

### d) Kepercayaan

Seseorang yang mempunyai atau meyakini suatu kepercayaan tertentu akan mempengaruhi perilakunya

dalam menghadapi suatu penyakit yang akan berpengaruh terhadap kesehatannya (Green, 2000).

e) Persepsi

Persepsi merupakan proses yang menyatu dalam diri individu terhadap stimulus yang diterimanya. Orang yang mempunyai persepsi yang baik tentang sesuatu cenderung akan berperilaku sesuai dengan persepsi yang dimilikinya (Sunaryo, 2004; Notoatmodjo, 2003).

2) Faktor-faktor pendukung

Faktor pendukung merupakan faktor pemungkin. Faktor ini bias sekaligus menjadi penghambat atau mempermudah niat suatu perubahan perilaku dan perubahan lingkungan yang baik (Green, 2000). Faktor pendukung mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas. Sarana dan fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya suatu perilaku, sehingga disebut sebagai faktor pendukung atau faktor pemungkin.

3) Faktor-faktor pendorong

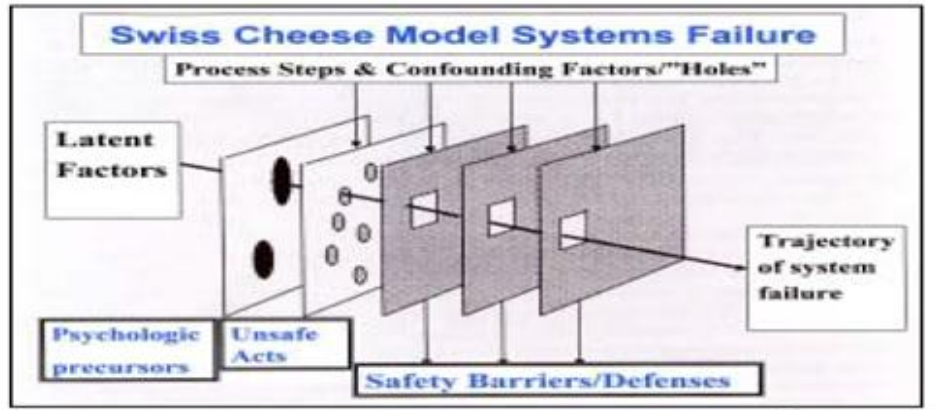
Faktor-faktor pendorong merupakan penguat terhadap timbulnya sikap dan niat untuk melakukan sesuatu atau berperilaku. Suatu pujian, sanjungan dan penilaian yang baik

akan memotivasi, sebaliknya hukuman dan pandangan negatif seseorang akan menjadi hambatan proses terbentuknya perilaku. Motivasi inilah yang mendorong seseorang untuk berperilaku, beraktifitas dalam pencapaian tujuan. Motivasi sebagai motor penggerak, maka bahan bakarnya adalah kebutuhan (Widayatun, 2005). Tingkah laku seseorang dipengaruhi serta dirangsang oleh keinginan, kebutuhan, dan kepuasannya sehingga akan menciptakan motivasi yang mendorong orang bekerja atau beraktifitas untuk memperoleh kebutuhan dan kepuasan dari kerjanya (Hasibuan, 2005).

## **2. Keselamaan Pasien (*Patient Safety*)**

*Patient safety* adalah salah satu fungsi pengendalian terhadap manajemen oleh seorang manajer, pengendalian oleh setiap perawat untuk memberikan perawatan, pengobatan dan kenyamanan terhadap pasien (Depkes R.I., 2008). Berikut ini menggambarkan teori tentang *patient safety*.





**Gambar 1. *Swiss cheese theory* (teori keju swiss)**

Sumber: *Patient Safety Initiative* (2002)

Teori keju swiss (*swiss cheese theory*) atau disebut *swiss cheese model* merupakan model penyebab kecelakaan yang dikembangkan oleh James T. Reason seorang psikolog dari Inggris pada tahun 1990 dan teori ini dipakai di bidang kedokteran. Model keju ini menggambarkan suatu sistem yang berlubang-lubang dan ditaruh berjejer setelah dipotong-potong. Setiap lapis yang dipotong berlubang, hal ini menggambarkan kelemahan manusia atau sistem yang terus menerus berubah-ubah bervariasi besar dan isinya. Berbagai kelemahan akhirnya suatu saat membentuk lubang yang berada di garis lurus menjadi transparan yang menggambarkan kecelakaan.

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 (Donabedian, 1980 dalam Runciman et al., 2010).

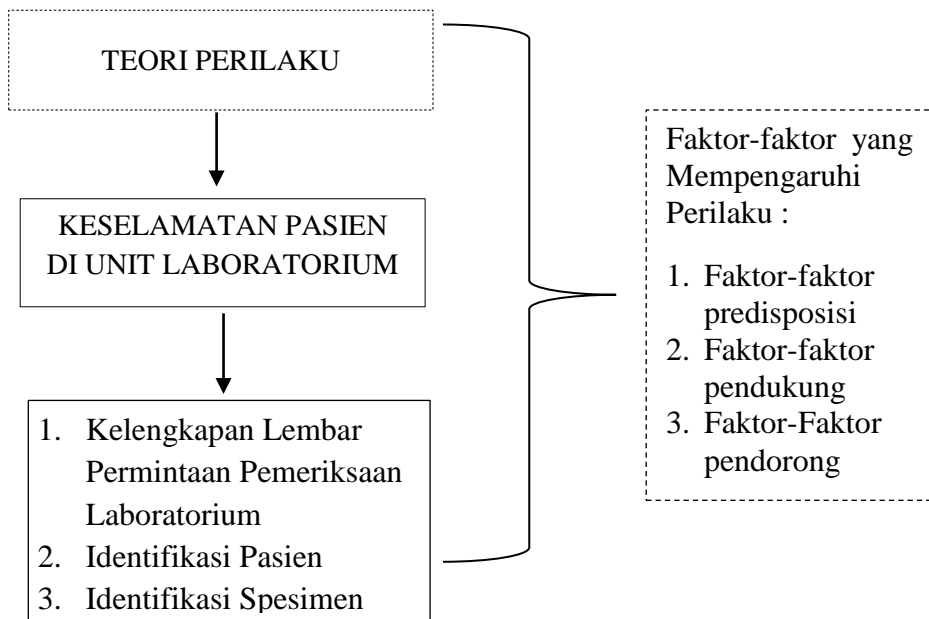
Keselamatan pasien merupakan hasil dari interaksi petugas kesehatan dengan berbagai komponen dalam sistem pelayanan kesehatan. Interaksi tersebut bersifat kompleks. Kompleksitas interaksi ini dapat menimbulkan resiko terjadinya kesalahan selama proses asuhan kesehatan pasien apabila tidak dilakukan dengan 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, 2008).

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, 2008).

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 cedera (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.

#### D. Kerangka Konsep



Ket :

Diteliti : ——

Tidak diteliti : - - - - -

**Gambar 2. Kerangka Konsep**

#### E. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan sistem identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?
2. Bagaimana kelengkapan penulisan data pasien di lembar permintaan pemeriksaan laboratorium di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?

3. Apa saja masalah dan hambatan tentang sistem pelaksanaan identifikasi pasien dan spesimen di unit laboratorium Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping?