

EVALUASI PENERAPAN IDENTIFIKASI PASIEN DI KLINIK LARAS HATI SEWON

Tria Harsiwi¹, Nurul Insani²

Prodi DIV Manajemen Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan AKBIDYO
*email : triaharsiwi92@gmail.com

ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate the implementation of patient identification in Laras Hati Clinic. The type of research used in this study is descriptive with qualitative approach. The subject of this study consist of nurse and midwife in Laras Hati Clinic. This research has been carried out since August 2018 until October 2018. The Implementation of identification patient in Laras Hati Clinic has not implemented optimally. patient identification wristbands are not completely available. There were no operational procedure in the use of wristbands and procedures for implementing patient identification. It has been implemented but the implementation has not been optimal. It caused by the unavailability of policies and standard operational procedures in the implementation of patient identification and identification patient wristbands, and also the patient safety culture has not yet been established in this clinic.

Keyword : *Evaluation, Patient Identification, Implementation patient identification*

ABSTRAK

Penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi penerapan identifikasi pasien yang dilaksanakan di Klinik Laras Hati. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilakukan sejak Agustus sampai Oktober 2018 dengan subjek penelitian bidan dan perawat. Pelaksanaan Identifikasi pasien di Klinik Laras Hati belum berjalan dengan maksimal. Ketersediaan gelang identifikasi pasien yang belum lengkap. Belum terdapat standar operasional prosedur dalam pemakaian gelang dan prosedur pelaksanaan identifikasi pasien. Petugas belum tertib dalam pemakaian gelang identitas pasien. Identifikasi pasien di Klinik Laras Hati telah dilaksanakan namun pelaksanaannya belum sepenuhnya maksimal. Belum maksimalnya pelaksanaan identifikasi pasien adalah belum tersedianya kebijakan dan standar operasional prosedur dalam pelaksanaan identifikasi pasien maupun pemasangan gelang pasien. Budaya keselamatan pasien juga belum terbangun di Klinik ini.

Kata Kunci : *Evaluasi, Identifikasi Pasien, Implementasi identifikasi Pasien*

PENDAHULUAN

Identifikasi pasien merupakan sasaran keselamatan pasien yang akan dilakukan pertama kali pada seorang pasien. Hal ini tertera dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Sasaran ini dimaksudkan untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi hampir di semua tahapan diagnosis dan pengobatan maka perlu dilakukan identifikasi dengan tepat pada pasien dengan setidaknya ada dua data untuk identifikasi pasien yaitu nama dan nomor yang sesuai dengan yang tertera sesuai dengan yang ada berkas rekam medis pasien.

Keamanan pelayanan di rumah sakit salah satunya dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan dalam identifikasi pasien diawal pelayanan berdampak pada terjadinya kesalahan pelayanan di tahap selanjutnya (WHO, 2007). Rumah sakit harus menjamin proses identifikasi ini dapat berjalan dengan benar sejak pertama kali pasien didaftar (Setyowati, 2013).

Penelitian tahun 2013 dilakukan di 87 Klinik Dokter Umum di Australia melaporkan terdapat 24 kejadian Nyaris cidera (27%) yang disebabkan karena kesalahan pasien atau “wrong patient” dan kesalahan pemberian obat. Kejadian tersebut kemudian dievaluasi oleh semua klinik tersebut dengan adanya strategi pelayanan dengan menggunakan teknologi informasi dalam proses identifikasi dan pelayanan pada pasien.

Klinik Larashati berada di lokasi yang cukup strategis, yaitu berlokasi di Jl. Parangtritis Km.6, Sewon, Panggunharjo,

Sewon, Bantul. Posisi klinik ini berada di antara dua kampus, yaitu Institut Seni Indonesia dan kampus Stikes Akbidyo dengan lingkungan bangunan yang cukup padat dengan pemukiman penduduk. Kunjungan pasien di klinik ini mencapai 100 pasien pada tiap harinya. Selama ini belum pernah dilakukan evaluasi pelaksanaan identifikasi pasien di klinik Laras Hati, sehingga peneliti tergugah untuk mengevaluasi pelaksanaan identifikasi pasien yang telah dilakukan selama ini di klinik tersebut.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *content analysis* dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam atau *indept interview*. Menurut Azwar (2014) penelitian dengan pendekatan kualitatif lebih menekankan analisisnya pada proses penyimpulan deduktif dan induktif serta pada analisis terhadap dinamika hubungan antar fenomena yang diamati, dengan menggunakan logika ilmiah. Dalam hal ini penelitian dilakukan untuk mengevaluasi pelaksanaan identifikasi pasien di Klinik Laras Hari. Rancangan penelitian ini adalah menggunakan *Cross sectional*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian tentang pelaksanaan identifikasi pasien telah dilaksanakan pada Bulan Juni sampai September 2018 dengan melakukan wawancara mendalam oada 4 informan wawancara dan melakukan pengamatan atau observasi sarana dan dokumen pendukung pelaksanaan identifikasi pasien.

Identifikasi pasien merupakan hal mendasar yang perlu diperhatikan oleh seluruh tenaga kesehatan sebagai salah satu penerapan keselamatan pasien. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua

kali pengecekan yaitu pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Memastikan dengan benar identitas pasien merupakan hal penting untuk mencegah kesalahan dalam pelayanan (Morrison, 2010). Kesalahan yang terjadi selama pemberian pelayanan dapat berakibat fatal (Marquard, 2011). Pelaksanaan identifikasi pasien ini tidak terlepas dari sarana pendukung seperti gelang identitas pasien.

1. Ketersediaan gelang identitas pasien

Pelaksanaan identifikasi pasien dimulai sejak di tempat pendaftaran pasien atau tempat penerimaan pasien (TPP). Identitas pasien dicetak pada stiker yang ditempel pada gelang identitas pasien dan juga tertera pada formulir permintaan pemeriksaan penunjang. Identitas pasien yang tertera pada stiker atau dituliskan pada gelang identitas terdiri dari 4 item meliputi nama, alamat, tanggal lahir dan no rekam medis pasien. Gelang identitas dibedakan berdasarkan kriteria berikut :

- a. Merah muda untuk pasien berjenis kelamin perempuan
- b. Biru muda untuk pasien berjenis kelamin laki-laki.
- c. Gelang Bayi
- d. Merah untuk pasien alergi obat-obatan
- e. Kuning untuk pasien dengan risiko jatuh

Berikut hasil pengamatan ketersediaan gelang identitas pasien di Klinik Laras Hati;

Tabel 1 Hasil Pengamatan Ketersediaan Gelang Identitas Pasien di Klinik Laras Hati Sewon Bantul

No	Komponen yang di observasi	Keterangan
1	Gelang Identitas Pasien Dewasa berdasarkan Jenis Kelamin	Belum Ada
2	Gelang Identitas Bayi	Sudah Ada tetapi tidak selalu digunakan
3	Gelang Resiko Jatuh	Belum Ada
4	Gelang Alergi Obat	Belum Ada

Tabel 1 di atas menunjukkan hasil pengamatan yang dilakukan di Klinik Laras Hati didapatkan hasil bahwa klinik ini baru mempunyai gelang identitas bayi, sedangkan gelang identitas lainnya seperti gelang resiko jatuh (gelang berwarna kuning), gelang alergi obat (gelang berwarna merah) dan gelang identitas pasien dewasa belum tersedia di Klinik Larashati. Ketersediaan gelang identitas pasien yang belum lengkap ini juga disampaikan langsung oleh informan, berikut kutipan hasil wawancara yang didapatkan dari informan.

“disini emang gak pakai gelang kok mbak e, ada sih gelang bayi aja tapi jarang dipakai nya juga” (informan 1)

“ kalo gelang pasien yaa cuma gelang bayi aja mbak disini, kalo kayak yang lainnya itu belum ada” (informan 2)

Belum maksimalnya pemakaian gelang bayi juga disampaikan oleh informan bahwa gelang bayi tidak selalu dipakai karena pasien rawat inap yang berjumlah sedikit. Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa salah satu alasan belum maksimalnya pemakaian gelang pasien adalah karena petugas merasa jumlah pasien rawat inap yang tidak banyak sehingga petugas merasa tidak perlu pemakaian gelang identitas pasien.

2. Ketersediaan Prosedur atau Kebijakan Pelaksanaan Identifikasi Pasien

Prosedur atau panduan merupakan suatu acuan dalam pelaksanaan identifikasi pasien. Hal ini juga merupakan salah satu komponen terlaksananya identifikasi pasien secara benar dan tepat. Tanpa ada panduan atau acuan maka pelaksanaan identifikasi pasien tidak dapat dilaksanakan dengan tepat.

Standar Operasional Prosedur (SOP) merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar (Sailendra, 2015). Maka ketersediaan prosedur pelaksanaan ini juga merupakan hal yang penting dalam pelayanan kesehatan.

Berikut ini hasil pengamatan peneliti tentang ketersediaan dokumen seperti panduan pelaksanaan atau kebijakan yang mendukung pelaksanaan identifikasi pasien :

Tabel 2 Hasil Pengamatan Ketersediaan Panduan atau Standar Prosedur Proses Identifikasi Pasien di Klinik Laras Hati Sewon Bantul

No	Komponen yang di observasi	Keterangan
1	SOP/Prosedur/ Kebijakan Pelaksanaan Keselamatan Pasien	Belum Ada
2	SOP/Prosedur/ Kebijakan Pelaksanaan Identifikasi Pasien	Belum ada
3	SOP /Prosedur pemasangan gelang pasien	Belum Ada

Standar Operasional Prosedur (SOP) atau panduan pelaksanaan proses keselamatan pasien belum tersedia di Klinik Laras Hati. Begitu juga dengan prosedur pelaksanaan identifikasi pasien yang juga belum terdapat di Klinik Laras Hati. Menurut hasil wawancara panduan dan prosedur untuk proses identifikasi pasien ini memang belum dibuat dan menurut informan saat ini semua SOP sedang dalam proses pembuatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan :

“belum ada mbak, tapi insyaallah bentar lagi bakal ada heheh, baru mau pada dibikin” (Informan 3)

“ oh yang kayak SOP gitu ya mb, itu sih belum ada mbak, kayaknya tapi akan diadakan kok mb. Cuma belum tau kapannya, soale juga buat akreditasi bentar lagi” (Informan 4)

Pelaksanaan identifikasi pasien di Klinik Laras Hati belum

mempunyai beberapa panduan atau prosedur dalam melaksanakan identifikasi pasien, hal ini menjadi salah satu hambatan terlaksananya identifikasi pasien karena dengan tidak adanya panduan pelaksanaan maka tidak ada acuan bagi para tenaga medis dalam melaksanakan identifikasi pasien secara benar dan tepat.

3. Pemahaman Proses Identifikasi Pasien dan Pelaksanaannya

Berdasarkan hasil wawancara mendalam pada 4 orang informan, pada umumnya perawat atau bidan memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang sistem identifikasi. Mereka sebenarnya memahami bahwa tujuan identifikasi pasien dilakukan untuk mencegah kesalahan identitas yang dapat menyebabkan kesalahan tindakan, demi keamanan petugas. Petugas juga menyadari pentingnya ketepatan proses identifikasi pasien pasien yang ditunjukkan dalam kutipan komentar saat wawancara.

“ emang penting mbak kalau pelaksanaan identitas eh identifikasi ke pasien itu soalnya kan kalo gak tepat juga bisa salah juga kasih perawatannya. Misal salah obat karena namanya gak sesuai gitu hehe tapi disini belum bisa begitu , maksudnya belum maksimal gitu” (Informan 2)

“kalau identifikasi pasien itu setau saya emang sering diterapkan di RS, saya sebenarnya gak begitu tau kalo klinik itu sebenarnya bagaimana, tapi ya seharusnya juga diterapkan karena itu penting untuk semua pelayanan pasien kan biar gak ada kesalahan jadi gak ada kejadian yang gak sesuai yang terjadi, intinya ngindarin adanya kesalahan pasien lah mbak” (Informan 4)

“identifikasi itu kan salah satu standard penting di 6 standar keselamatan pasien jadi ketepatan proses identifikasi itu pasti penting mbak untuk keselamatan dan keamanan pasien dan untuk kita juga sih mbak, biar kita juga gak salah ngasih pelayanan ke pasien” (Triangulasi)

Petugas juga mengetahui item atau komponen apa saja yang harus ada dalam gelang identitas pasien yaitu meliputi nama pasien, nomor rekam medis dan tanggal lahir pasien yang sesuai dengan data yang ada di rekam medis pasien. Berikut kutipan jawaban informan.

“ kalau setau saya sih yang harus ada di gelang itu nama, no RM sama tanggal lahir mbak” (Informan 1)

“itu kalau di RS udah cetak gitu, kalau yang manual berarti ya ditulis di gelang itu nama pasiennya , trus tanggal lahirnya sama no rekam medisnya” (Informan 2)

Hasil wawancara yang didapatkan bahwa secara garis besar pelaksanaan identifikasi pasien belum berjalan dengan baik disebabkan banyak hal selain sarana dan prosedur yang tidak lengkap atau tidak ada namun juga kemauan para SDM untuk melakukannya yang masih sangat kurang. Keterangan ini juga disampaikan informan, berikut kutipannya ;

“kalau ke pasiennya memang belum berjalan maksimal mb tapi kita semua paham itu penting, ya mungkin karena udah kebiasaan begini, ee.. dari dulu begini belum ada kebijakan gitu yang membuat kita kudu ngelakuin jadi ya kita kayak ngikut kebiasaan di sini nya gitu mb”

“ bisa dibilang belum jalan emang mbak kalo identifikasi pasien yang sempurna e.. ya masih begini lah kondisinya mbaknya mungkin juga paham ee.. yaaa kurang digalakkan gitu mbak jadi kita

ya begini-begini aja mbak belum berubah banyak” (Informan 4)

Pada dasarnya para petugas yang ada di Klinik Larashati telah paham tujuan dilakukannya identifikasi pasien namun dalam pelaksanaannya belum maksimal. Hal ini dikarenakan faktor pendukung yang belum juga maksimal seperti belum lengkapnya gelang pasien yang tersedia, belum adanya panduan atau prosedur identifikasi pasien termasuk pemakaian gelang identitas pasien yang digunakan sebagai acuan petugas untuk melaksanakan identifikasi pasien sehingga petugas tidak selalu memasangkan gelang identitas pada pasien.

Kesadaran para petugas dalam melaksanakan identifikasi pasien ini harus dibangun dengan baik. Pada lingkup pelayanan kesehatan dimana banyak melibatkan kerja tim, peralatan dan prosedur yang banyak serta bermacam tingkat kompleksitasnya (Prahasto, 2004), maka pencegahan terjadinya kesalahan harus dilakukan dengan membangun sebuah system yang mendukung orang untuk tidak berbuat kesalahan (Budhiharjo, 2008). Perbaikan sistem saja belum cukup karena peran manusia atau SDM menentukan terjadinya kesalahan sehingga perlu dibangun budaya untuk meminimalkan kesalahan yang tidak diharapkan (Bidhiharjo, 2008).

SIMPULAN

1. Belum lengkapnya sarana penunjang pelaksanaan identifikasi pasien yaitu gelang identitas pasien.
2. Gelang bayi yang ada di Klinik juga belum digunakan sebagaimana mestinya. Gelang tidak selalu dipakaikan ke pasien rawat inap

3. Peraturan, kebijakan ataupun prosedur yang berisi ketentuan identifikasi pasien maupun pemakaian gelang identitas pasien belum tersedia di Klinik Laras Hati
4. Pelaksanaan identifikasi pasien di Klinik Laras Hati belum berjalan dengan maksimal.

SARAN

1. Klinik Laras Hati perlu menyediakan gelang identitas pasien, saat ini baru gelang bayi yang ada sehingga perlu dilakukan pengadaan untuk gelang identitas pasien yang lainnya.
2. Klinik perlu menyusun SOP (Standar Operating Procedure) atau panduan pelaksanaan identifikasi pasien maupun pemakaian gelang identitas pasien sehingga dapat menjadi acuan petugas.
3. Klinik Laras Hati perlu melakukan studi banding ke klinik yang sebanding dengan Klinik Laras Hati sebagai referensi dalam mengatasi permasalahan yang ada di Klinik Laras Hati

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, Dewi. 2014. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 28, Suplemen No. 1. Universitas Brawijaya
- Azwar, S. 2014. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Budhiharjo, A. 2008. Pentingnya Safety Culture di Rumah Sakit Upaya Meminimalkan Adverse Events. *Jurnal Manajemen Bisnis*.
- Budi, S C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Jakarta: Quantum Sinergis Media

- Carpenter, K. B., et al. Measures of Patient Safety in Developing and Emerging Countries: a review of the literature. *Quality and Safety in Health Care* 19.1 (2010): 48-54
- Carthey, J. & Clarke, J. 2009 *A How to Guide for Implementing Human Factors in Healthcare Volume 2. Patient Safety First.*
- Depkes RI. 2008. *Sistem Kesehatan Nasional.* Jakarta
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan.* Jakarta
- Hospital National Patient Safety Goals. 2016. *Joint Commission International*
- Joint Commission International and Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2016. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals.* Joint Commission Resources
- Marquard, J. L., Henneman, P. L., He, Z., Jo, J., Fisher, D. L., & Henneman, E. A. 2011. Nurses' Behaviors And Visual Scanning Patterns May Reduce Patient Identification Errors. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 17(3), 247.
- Menkes RI. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/III/2011 Tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.* Jakarta : Depkes RI.
- Menkes RI. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.* Jakarta : Depkes RI.
- Menkes RI. 2015. *Permenkes RI No 4 Tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi.* Jakarta
- Menkes RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.* Jakarta
- Menkes RI. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.* Jakarta
- Moleong L J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif.* Bandung: Remaja Rosda Karya
- Morrison, A. P., Tanasijevic, M. J., Goonan, E. M., Lobo, M. M., Bates, M. M., Lipsitz, S. R., ... & Melanson, S. E. 2010. Reduction in specimen labelling errors after implementation of a positive patient identification system in phlebotomy. *American Journal of Clinical Pathology*, 133(6), 870-877
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: RinekaCipta.

Prahasto, ID. 2004. Medical Error di Rumah Sakit dan Upaya untuk Meminimalkan Risiko. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*

Sailendra, Annie. 2015. Langkah-Langkah Praktis Membuat SOP. Cetakan Pertama. Trans Idea Publishing, Yogyakarta.

Setyowati, D. 2013. Hubungan Kepemimpinan Head Nurse dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Universitas Indonesia.