

## ANALISIS PELAKSANAAN IDENTIFIKASI PASIEN DALAM RANGKA KESELAMATAN PASIEN DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BEKASI

**Guesthi Lunes Mutiara Cintha, Antono Suryoputro, Sutopo Patria Jati**  
Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Diponegoro Semarang  
Email: [guesthilunes20@gmail.com](mailto:guesthilunes20@gmail.com)

*Abstract: The accuracy of patient identification is the beginning of the security services at the Hospital. Hospitals must have a system that can manage security for patients. Errors due to misidentification often become the cause of problems in almost all aspects or stages of diagnosis and treatment so that the required accuracy of identification. This research aims to investigate the implementation of the identification unit Inpatient Hospital Bekasi City using systems theory. This research uses qualitative descriptive method and using the interview guidelines and observation sheet as an instrument. Interviews were conducted with nurses, the head of the room and the staff Bekasi City Hospital patient safety. The results showed that the implementation of the identification of patients at City Hospital inpatient units Bekasi already running but is not yet fully correspond as stipulated in the PMK 1691/Menkes/Per/VII/2011. This is because the human resources are inadequate, the information in identity bracelet isn't fully informatif, lack of training given to nurses, adherence nurses on SOP are still lacking, no progressed in reporting system, supervision is not optimal yet still a constraint in the implementation making the implementation becomes not optimal.*

**Keyword** : *Patient Safety, Patient Identification Accuracy, Patient Safety Incidents*

### PENDAHULUAN

#### Latar Belakang

Pembangunan kesehatan suatu negara tidak dapat terlepas dari suatu sistem yang disebut dengan Sistem Kesehatan.<sup>1</sup> Keselamatan pasien merupakan isu global yang sering dibicarakan saat ini dimana hal ini dianggap penting karena banyaknya laporan tuntutan pasien atas medical error yang terjadi pada pasien. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan

dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya di ambil. pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun terakhir akibat kesalahan medis (*medical errors*) yang sebetulnya bisa dicegah. Keadaan ini menyebabkan tuntutan hukum yang dialami rumah sakit semakin meningkat.

Menurut laporan dari *Institute of Medicine* (IOM)<sup>2</sup> di Amerika tahun 1999 secara terbuka menyatakan bahwa paling sedikit 44.000 bahkan 98.000 pasien meninggal di rumah sakit dalam satu tahun terakhir akibat kesalahan medis (*medical errors*) yang sebetulnya bisa dicegah. Keadaan ini menyebabkan tuntutan hukum yang dialami rumah sakit semakin meningkat. Menurut UU no 44 Tahun 2009 Rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan harus mampu memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, sumber daya manusia yang ada, masyarakat, serta lingkungan di Rumah Sakit itu sendiri.

Identifikasi Pasien merupakan sasaran keselamatan pasien yang pertama. Kesalahan karena kekeliruan identifikasi pasien terjadi di hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan sehingga diperlukan adanya ketepatan identifikasi pasien. Identifikasi pasien dilakukan pada saat sebelum melakukan tindakan keperawatan atau prosedur lain, pemberian obat, transfuse atau produk darah, pengambilan darah dan pengambilan specimen lain untuk uji klinis. Cara identifikasi pasien yaitu dengan tanggal lahir, nama pasien, nomor rekam medis dan gelang berkode batang. Nomor kamar atau tempat tidur tidak dapat digunakan untuk identifikasi<sup>3</sup>.

Pada tahun 2007 komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) melaporkan Insiden Keselamatan Pasien di Indonesia berdasarkan provinsi menemukan bahwa dari 145 insiden yang dilaporkan 55 kasus (37,9%) terjadi di wilayah DKI Jakarta<sup>2</sup>. Berdasarkan data insiden

keselamatan pasien Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi dari bulan September 2015 sampai dengan Maret 2016 dan ditemukan sebanyak 12,1% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), 42,3% Kejadian Nyaris Cidera (KNC), 41,4% Kejadian Potensial Cidera (KPC). Dari data tersebut KNC merupakan kejadian yang sering terjadi, dari 42,3% Kejadian nyaris cidera yang terjadi disebabkan oleh adanya kesalahan identifikasi pasien sebanyak 63,5%.

Sejak diterapkannya program Jaminan Kesehatan Nasional pada tanggal 1 Januari 2014, jumlah pasien di RSUD Kota Bekasi meningkat pesat. Menurut Kepala Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Kota Bekasi jumlah pasien meningkat sebanyak 40%. Hal ini sering kali mengakibatkan terjadinya penumpukan pasien di RSUD. Salah satunya di Unit Rawat Inap RSUD. Dari data insiden keselamatan pasien dari September 2015 sampai dengan maret 2016 didapatkan dari total kejadian kesalahan identifikasi pasien di ruang rawat inap sebesar 43,4%, sedangkan IGD sebanyak 6% dan sisanya di lingkungan.

Sesuai dengan teori sistem dalam Azrul Azwar (1996) untuk mengetahui proses pelaksanaan dari suatu kegiatan dilihat dari ketersediaan input, dan pelaksanaan proses. Adapun input yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kebijakan tertulis dan prosedur/SOP, sumber daya, dan sarana prasarana. Sedangkan proses yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan penilaian. Informan utama dari penelitian ini adalah empat perawat pelaksana di

unit rawat inap RSUD Kota Bekasi. Dan informan Triangulasi empat kepala ruang dan staf KMKP subbidang Keselamatan Pasien.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yang disajikan secara deskriptif. Pedoman wawancara mendalam dan lembar observasi digunakan sebagai instrumen penelitian. Penelitian dilaksanakan pada bulan April sampai dengan bulan Agustus 2016. Variabel dalam penelitian ini adalah Aspek Inup dan Aspek Proses.

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu dengan metode *purposive sampling* dan menggunakan informan sebagai subjek penelitian. Informan utama dalam penelitian ini terdiri dari empat orang yang merupakan perawat pelaksana di unit Rawat Inap RSUD Kota Bekasi. Sedangkan informan triangulasi merupakan empat kepala ruang unit rawat inap RSUD Kota Bekasi dan staf KMKP subbidang keselamatan pasien.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Karakteristik Informan

Informan utama berjumlah 4 (empat) orang dengan pendidikan terakhir rata-rata D3 dengan masa kerja lebih dari 1 tahun:

1. Perawat Pelaksana Ruang Tulip
2. Perawat Pelaksana Ruang Bougenville
3. Perawat Pelaksana Ruang Nusa Indah

4. Perawat Pelaksana Ruang Teratai

Informan triangulasi berjumlah 5 (lima) orang dengan pendidikan terakhir rata-rata S1 dengan masa kerja lebih dari 10 tahun:

1. Kepala Ruang Tulip
2. Kepala Ruang Bougenville
3. Kepala Ruang Nusa Indah
4. Kepala Ruang Teratai
5. Staf KMKP Subbidang Keselamatan Pasien

### B. Analisis Hasil Wawancara Mendalam

1. Aspek Input
  - a. Ketersediaan Kebijakan/ SOP  
Kebijakan dan SOP dari Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi sudah tersedia. Pelaksanaan Keselamatan Pasien telah ada sejak tahun 2014 berdasarkan peraturan direktur nomor 65/RSUD/PDMN.28.2/1/2014 tentang pedoman pelayanan komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit di lingkungan RSUD Kota Bekasi, lalu di fokuskan kepada identifikasi pasien berdasarkan peraturan direktur nomor 69/RSUD/PDN.98/1/2014 tentang Panduan Identifikasi Pasien di Lingkungan RSUD Kota Bekasi.
  - b. Sumber Daya Manusia  
Sumber Daya Manusia yang dimiliki oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi khususnya perawat pelaksana dalam ruang perawatan masih belum mencukupi hal ini dikarenakan masih adanya perawat pelaksana yang

memiliki tugas ganda atau *double job* selain itu pasien yang banyak dan tidak yang banyak membuat perawat pelaksana memiliki beban kerja yang cukup berat hal ini membuat perawat pelaksana menjadi sibuk. Untuk pemahaman dari perawat pelaksana mengenai Standar Prosedur Operasional yang mengatur tentang identifikasi pasien sudah mencukupi hal ini dibuktikan dengan perawat pelaksana mengerti seberapa pentingnya identifikasi pasien dilakukan, selain itu mereka mengetahui langkah-langkah dan tindakan apa saja yang memerlukan identifikasi.

c. Sarana dan Prasarana.

Sarana dan Prasarana yang diperlukan untuk proses identifikasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi sudah tersedia dan sudah lengkap, akan tetapi masih belum memadai dikarenakan informasi yang tercantum pada gelang identitas belum sesuai dengan standar yang diatur dalam pedoman keselamatan pasien menurut Departemen Kesehatan tahun 2008 dan kualitas bahan yang digunakan untuk gelang tersebut masih rendah dikarenakan informasi yang tercantum dalam gelang tersebut mudah terhapus.

2. Aspek Proses

a. Pengorganisasian

Kegiatan pengorganisasian sudah berjalan dimana terdapat struktur organisasi dan uraian tugas mengenai

tugas pokok yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana. Uraian tugas yang diberikan juga jelas karena selain diberikan dalam bentuk lembaran yang berisikan tugas pokok dari perawat pelaksana, setiap pergantian shift kepala ruangan akan melakukan *briefing* untuk mengingatkan tugas yang harus dilakukan perawat pelaksana yang akan melaksanakan tugas. Untuk pelatihan dan pembinaan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi memang sudah ada akan tetapi pelatihan yang dilakukan masih belum merata yang menyebabkan persebaran informasi yang tidak merata meskipun seluruh informan mengatakan pelatihan penting untuk menunjang pelaksanaan keselamatan pasien.

b. Pelaksanaan

Proses pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi masih belum berjalan sebagai mana mestinya dimana proses pelaksanaan identifikasi harus sesuai dengan prosedur yang mengatur akan tetapi dalam pelaksanaan masih banyak perawat pelaksana yang belum mematuhi prosedur. Perawat pelaksana masih menggunakan nomor kamar dan nomor ruangan dalam mengidentifikasi pasien hal ini tidak dibenarkan dalam PMK 1691/MENKES/PER/VII/2011

selain itu masih banyak pasien yang tidak teridentifikasi dengan benar. Hal ini dikarenakan identifikasi pasien masih belum menjadi budaya untuk dilaksanakan di Unit Rawat Inap untuk mencapai keselamatan pasien.

Untuk pelaporan, pelaksanaan masih belum berjalan sebagaimana mestinya. Hal ini dikarenakan dari pihak KMKP memiliki sistem grading yang dibuat untuk mempermudah pelaporan yang sudah disosialisasikan dan bentuk polaporan yang harus diserahkan minimal 1 bula sekali. Akan tetapi hal ini tidak dilakukan dikarenakan perawat pelaksana hanya mengetahui proses pelaporan sampai ke kepala ruangan. Masih adanya anggapan bahwa apabila melaporkan kejadian atau insiden maka ruangan yang memberikan laporan akan memiliki citra yang buruk.

#### c. Penilaian

Penilaian dalam hal ini adalah supervise atau pengawasan yang telah dilakukan di setiap ruangan. Akan tetapi supervise yang dilakukan oleh kepala ruangan masih belum rutin. Hal ini dikarenakan kepala ruangan juga merangkap menjadi perawat pelaksana dan tidak setiap hari berada di ruangan karena kegiatan tertentu. Untuk Komite Mutu dan Keselamatan Pasien masih belum melaksanakan

supervise secara rutin akan tetapi apabila terjadi kejadian atau insiden pihak komite akan langsung keruangan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### A. Kesimpulan

#### 1. Aspek Input

Pada dasarnya Rumah Sakit Umum Daerah kota Bekasi sudah memiliki sistem identifikasi sejak tahun 2014 dan sudah memiliki SOP akan tetapi sumber daya manusia dan sarana prasarana masih belum memadai dikarenakan walaupun pemahaman dari perawat pelaksana mengenai identifikasi pasien dan SOPnya sudah baik akan tetapi masih banyaknya perawat pelaksana yang mengeluh tentang beban kerja yang berat dan masih adanya individu yang memiliki tugas ganda, gelang identitas masih sulit untuk diidentifikasi karena informasi yang tertera di gelang identitas kurang informatif dan bahan yang digunakan kualitasnya masih rendah karena mudah terhapusnya informasi dari gelang apabila terkena air.

#### 2. Aspek Proses.

Pada aspek proses uraian tugas sudah jelas akan tetapi dalam pelaksanaannya masih banyak perawat pelaksana yang belum mematuhi SOP, lokasi tempat pasien masih dijadikan sebagai acuan dalam mengidentifikasi. Pelaporan insiden dalam pelaksanaan identifikasi masih belum berjalan optimal. Hal ini dikarenakan masih banyaknya anggapan bahwa apabila suatu individu atau suatu ruangan memiliki kejadian atau kesalahan maka akan dianggap buruk. Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang masih belum

rutin dikarenakan kepala ruang juga merupakan perawat pelaksana juga, supervise yang dilakukan oleh TIM KMKP menggunakan 1 metode yaitu mengumpulkan kepala ruang dalam akhir bulan dengan menggunakan hasil laporan akan tetapi pelaporan tidak dilaksanakan secara optimal, hal ini menjadikan supervise yang dilakukan jadi tidak valid dan tidak optimal.

## B. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi
  - a. Menyediakan penanggung jawab untuk keselamatan pasien di setiap ruangan agar tidak terjadi tugas ganda atau *double job* dan lebih fokus terhadap pelaksanaan keselamatan pasien
  - b. Penyesuaian informasi pada gelang identitas dengan panduan keselamatan pasien dimana seharusnya berisikan nama, tanggal lahir dan nomor medrec.
  - c. Penyediaan gelang identitas dengan menggunakan system barcode atau dengan computer
  - d. Perlu diadakannya pelatihan rutin dan diupayakan seluruh

perawat pelaksana menerima informasi yang seragam tanpa mengganggu jam kerja mereka

2. Bagi Komite Mutu dan Keselatan Pasien
  - a. Perlu diadakannya sosialisasi mengenai sistem pelaporan grading terhadap semua perawat pelaksana dan pengawasan terhadap pelaporan.
  - b. Perlu melakukan supervise secara rutin baik apabila terjadi kejadian maupun tidak.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Bappenas. Microsoft Word - BAb1-Lampiran.DOC - 20\_makalah.pdf. :1-54. [http://kgm.bappenas.go.id/document/makalah/20\\_makalah.pdf](http://kgm.bappenas.go.id/document/makalah/20_makalah.pdf).
2. Dede. SM (2013). Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit "X" Jakarta. Tesis FKM UI: tidak diterbitkan
3. Depkes (2008) Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*) Jakarta.