

REDESIGN KETEPATAN IDENTITASI PASIEN DENGAN METODE FMEA DI RSUD PACITAN JAWA TIMUR

Desak Nyoman Sithi ¹⁾, Ani Widiastuti ²⁾

¹ Prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UPN "Veteran" Jakarta

Email: nyoman_sithi@yahoo.co.id

² Prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UPN "Veteran" Jakarta

Email: ani.andrunaomi@gmail.com

Abstrak

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi pada semua aspek pelayanan termasuk pada penetapan diagnosa, pemeriksaan laboratorium, pengobatan maupun perawatan. Data ketidaktepatan identifikasi pasien di RSUD Pacitan mencapai 80% dokumen pada Januari dan Februari 2016, dan 76% pada Maret 2016. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi potensi resiko pada identifikasi pasien akibat kesalahan identitas. Metode yang digunakan adalah *failure mode and effect analysis (FMEA)*. Populasi penelitian ini adalah rekam medik pasien rawat inap sebanyak 380, 118 sampel, dengan *purposive sampling*. Penelitian dianalisa dengan metode *risk priority number (RPN)*, berdasarkan tingkat keparahan, kejadian dan keterpantauan. Intervensi dari penelitian ini adalah redesain untuk sistem pendaftaran dengan cara: a) Membuat *counter* baru untuk rawat inap; b) Menempatkan petugas administrasi baru; c) Meningkatkan kemampuan petugas, d) Menggunakan sistem *barcode*. Hasil penelitian menunjukkan terjadi penurunan yang signifikan yaitu 2 kesalahan pada Juni dan 1 kesalahan pada Juli 2016, dengan indikator penurunan skor RPN dari 250 menjadi 125 pada pengisian identitas pasien. Kesimpulan penelitian adalah redesain dengan metode FMEA berdampak positif dalam menjaga konsistensi identitas pasien, untuk menurunkan resiko insiden keselamatan pasien.

Kata Kunci: Ketepatan Identifikasi, Metode FMEA, Redesain

Abstract

Patient missidentification can occur in all aspect of health care, include: diagnose, testing, treatment and nursing care. Data of missidentification in RSUD Pacitan reached 80% documents which surveyed in January and February 2016, and 76% in March 2016. Purposed of this study is to identify potential risk of patient identification caused by identification error. Method of this study is failure mode and effect analysis (FMEA). Population of this study was medical record of 380 exp, 118 sample sizes, with purposive sampling. This study analyzed by risk priority number (RPN) method, based on severity, occurrence and detectability. intervention of this study is redesign to registration system by: a) Create a new registration counters for hospitalization; b) Placing admission officer, c) Improving admission officer competencies, and d) Using Barcode for consistency in medical record. The results showed a significantly decrease of 2 errors in June and 1 error in July 2016, with indicators of decreasing RPN score from 250 to 125 on the filling of patient identity. The conclusion is that redesign with FMEA method have positive impacting to keep consistency of patient identification correctly to prevent incident of patient safety.

Keywords: Redesign, Identification correctly, FMEA Method

PENDAHULUAN

Di Indonesia data khusus terkait kesalahan identifikasi belum banyak diteliti dan dilaporkan. Banyak RS yang tidak menyadari bahwa penggunaan identitas yang tidak konsisten beresiko tinggi terjadinya insiden keselamatan pasien. Hasil penelitian Latham, *et al.* (2012) menyatakan bahwa 34% staf RS masih mengingat kesalahan identifikasi yang pernah dilakukan satu tahun sebelumnya. Kurang dari 10% staf menggunakan identifikasi lain di luar nama pada saat pengambilan specimen darah, dan 98% formulir permintaan laboratorium menggunakan identitas yang berbeda selain nama, termasuk tanpa identitas.

Hasil penelitian Desak (2012) di RS Kepolisian Jakarta menunjukkan bahwa hampir 65%, perawat menyatakan pernah melakukan kesalahan 1-3 kali dalam tahun terakhir, 35.3% di antaranya menyatakan tidak melakukan identifikasi secara tepat. Dari jumlah tersebut 52.5% di antaranya beresiko tinggi terjadi IKP(KTD/KNC). Hasil observasi langsung pada sekitar 20 RS di seluruh Indonesia dari tahun 2012-2016, dalam kapasitas sebagai surveyor akreditasi RS, menunjukkan bahwa lebih dari 50% identifikasi pasien dilakukan secara tidak konsisten, antara unit rawat inap, penunjang (laboratorium dan Radiologi), farmasi maupun instalasi gizi.

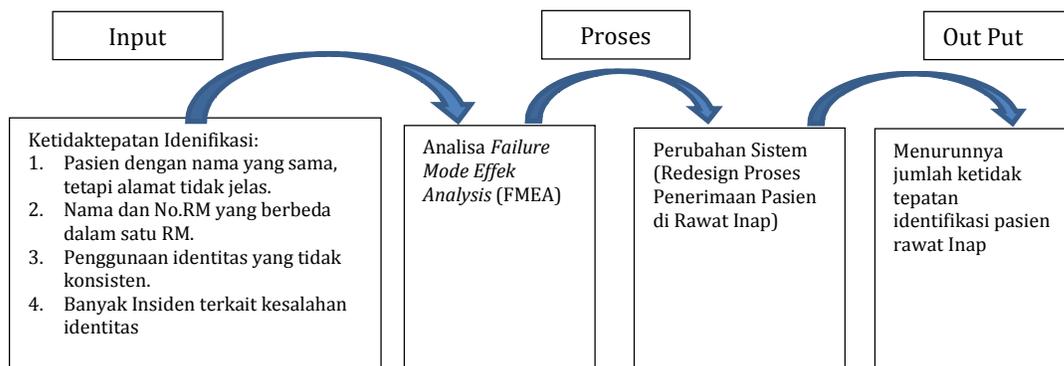
Data ketidaktepatan identifikasi pasien di RSUD Pacitan Jawa Timur mencapai (80%) yaitu 40 dari 50 dokumen yang disurvei pada bulan Januari dan Februari 2016, sedangkan data bulan Maret 2016 terjadi 38 dari 50 (76%). Hal ini merupakan masalah yang serius dan beresiko tinggi. Masalah yang terjadi antara lain: nama pasien sama, alamat tidak jelas, nomer rekam medis tidak jelas, nama dan nomer RM berbeda dalam 1 status pasien, RS belum menggunakan sistem barcode. Hal ini beresiko tinggi terjadi kesalahan dalam pemeriksaan laboratorium atau penunjang lainnya, termasuk penegakan diagnosa, tindakan medis, maupun pemberian obat, yang resiko terjadi insiden keselamatan pasien terkait kesalahan identitas pasien.

Anonymous (2011) dan Anonymous (2012) mewajibkan RS untuk melakukan *failure mode effect analysis (FMEA)*. *Failure mode effect analysis* merupakan tehnik berbasis tim, sistematis dan proaktif yang digunakan untuk mencegah sebelum permasalahan muncul sampai dengan tingkat keparahan dari akibat yang ditimbulkan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi potensi resiko pada identifikasi pasien akibat kesalahan identitas untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien. Jenis penelitian ini adalah penelitian produk terapan untuk memecahkan permasalahan ketidaktepatan identitas pasien dengan metode FMEA sebagai berikut :

Failure mode effect analysis adalah metodologi untuk mengevaluasi kegagalan dalam sebuah sistem, desain, proses, atau pelayanan (*service*). Identifikasi potensi kegagalan dilakukan dengan cara pemberian nilai atau skor masing-masing *mode* kegagalan berdasarkan tingkat kejadian (*occurrence*), tingkat keparahan (*severity*), dan tingkat deteksi (*detection*) (Stamatis, 1995). Tujuan penerapan metode ini adalah untuk meminimalkan resiko terjadinya kesalahan identitas pasien pada rekam medis (*defect*). Di RSUD Pacitan FMEA diterapkan pada desain dan proses pelayanan di unit rawat jalan dan admisi untuk menganalisa inkonsistensi penerapan identitas pasien yang akan dirawat inap dengan skema sebagai berikut.



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

Adapun langkah-langkah dalam implementasi FMEA adalah sebagai berikut.

1. Menentukan masalah yang mempunyai resiko tinggi dan membentuk tim
2. Menyusun diagram proses
3. *Brainstorming potential failure mode*
4. Menentukan prioritas *failure mode*
5. Identifikasi akar penyebab masalah dari *failure mode*
6. Analisa dan pengumpulan data
7. Membuat rancangan ulang proses

8. Implementasi dan monitoring rancangan ulang proses.

Penelitian ini dibagi dalam 3 tahap yaitu tahap pengumpulan data dan identifikasi masalah (Januari-Maret 2016), tahap redesain (April-Mei 2016) dan tahap evaluasi (Juni-Juli 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medik (RM) rawat inap sebanyak 380, dengan sampel 118 rekam medik yang memiliki identitas yang tidak konsisten (*purposive sampling*). Hasil penelitian dianalisis menggunakan metode *risk priority number* (RPN) berdasarkan: tingkat keparahan ($S = Severity$), kejadian ($O = Occurance$) dan tingkat keterpantauan ($D = Detectable$) masing-masing dengan rentang nilai (1-10). Dari hasil perhitungan RPN ditentukan berdasarkan skor tertinggi I, II dan III. Selanjutnya tim memberikan rekomendasi untuk dilakukan perubahan dengan membuat rancangan ulang atau *redesign* proses dan selanjutnya dilakukan monitoring dan evaluasi setelah proses dengan rancangan baru dan dibandingkan dengan rancangan sebelumnya.

Proses Penelitian

Langkah 1: Identifikasi Penyebab Masalah

Langkah-langkah implementasi FMEA dimulai dari identifikasi penyebab masalah. Penyebab masalah dilihat dari berbagai aspek antara lain:

- a. Aspek manusia, meliputi: 1). Petugas pendaftaran dan admisi terbatas, 2). Ketrampilan petugas dalam melakukan admisi sangat kurang dan tidak sama, 3). Kepedulian petugas kurang, 4). Latar belakang pendidikan petugas admisi tidak sama
- b. Aspek sarana prasarana, meliputi: 1). Computer yang digunakan untuk admisi terbatas, 2). Informasi alur proses pendaftaran rawat inap kurang jelas.
- c. Aspek lingkungan, meliputi: 1). Tempat admisi pasien rawat inap menjadi satu dengan loket pendaftaran rawat jalan, 2). Ruang untuk penjelasan dan pengisian persetujuan umum menjadi satu dengan loket pendaftaran. 3). Ruang tunggu pendaftaran sempit
- d. Aspek metode, meliputi: 1). Alur pelayanan tidak jelas, 2). SOP tidak diterapkan dengan benar, 3). Penyimpanan dokumen rekam medis tidak sesuai tempatnya

Langkah 2: Menghitung Risk Priority Number

Tabel 1. Menghitung Risk Priority Number (RPN)

No	Proses	Kegagalan	Severity (1-10)	Occurance (1-10)	Detectable (1-10)	RPN
1.	Penerimaan pasien	Kurang komunikatif	5	5	1	25
2.	Pendaftaran lama	Antrian lama	5	10	1	50
3.	Identifikasi kunjungan pasien	Identifikasi tidak jelas	5	10	5	250
4.	Penyiapan lembar RM	Lembar RM tidak sesuai peruntukan	5	5	1	25
5.	Pengisian identitas pasien pd lembar RM	Salah identitas	5	10	5	250
6.	Petugas Admisi menjelaskan General Consent	Penjelasan Kurang lengkap	5	5	1	25
7.	Penjelasan Tarif dan biaya pelayanan	Informasi Tarif kurang jelas	5	5	1	25
8.	Pemesanan kamar	kamar tidak sesuai dengan permintaan	5	5	5	125
9.	Pemasangan gelang identitas	Salah warna gelang dan atau identitas pada gelang	5	5	5	125
10.	Pasien ditransfer ke ruang rawat inap	Tempat perawatan pasien tidak sesuai kasus	5	5	5	125

Langkah 3: Analisa Data

Dari hasil perhitungan RPN di atas didapatkan hasil, sebagai berikut.

- Nilai RPN pada proses 3 (Identifikasi kunjungan pasien): 250 (tertinggi I)
- Nilai RPN pada proses 5 (Pengisian Rekam Medik tidak jelas): 250 (tertinggi II)
- Nilai RPN pada proses 8 (Pemesanan Kamar): 125 (tertinggi III)
- Nilai RPN pada proses 9 (Pemasangan Gelang Identitas): 125 (tertinggi IV)

Ke-empat proses di atas memiliki resiko tinggi terjadi insiden keselamatan pasien. Berdasarkan data tersebut peneliti dan Tim FMEA merekomendasikan hal-hal sebagai berikut: a) Membuat loket pendaftaran rawat inap, b) Menempatkan petugas admisi tersendiri, c) Meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas admisi, d) Menggunakan stiker (*Barcode*) yang sudah diprogramkan untuk ditempelkan pada setiap lembar rekam medis,

Langkah 4:

Membuat Rancangan Ulang (*Redesign*) Proses Penerimaan Pasien Baru Unit Rawat Inap, melalui: a) Penataan tempat pendaftaran, b) Menyiapkan loket pendaftaran rawat inap tersendiri, c) Menyiapkan petugas admisi tersendiri yg sudah terlatih khusus menangani penerimaan pasien rawat inap, d) Penempatan lembar rekam medis kosong di lokasi yang jelas, e) Menyiapkan komputer, printer,

program identitas pasien dan stiker *Barcode*, untuk lembar rekam medis rawat inap sesuai lembar yg tersedia, g) Memperbaiki alur pelayanan pasien rawat inap yg mudah dipahami, h) Memperbaiki SOP timbang terima, i) Menempatkan dokter jaga rawat inap, j) Perawat ruangan mengisi identitas pasien pada setiap lembar rekam medis dengan menempelkan *barcode* termasuk pada pengantar ke penunjang medis, dan k) Memperbaiki SOP pengisian lembar rekam medis.

Langkah 5: Implementasi dan Monitoring Pelaksanaan Metode Baru:

Setelah proses *redesign* dilaksanakan, selanjutnya dilakukan monitoring yang diawali dengan menghitung ulang RPN sebagai berikut.

Tabel 2. Menghitung *Risk Priority Number* (RPN) Ulang setelah *Redesign*

No	Proses	Kegagalan	Score awal	Severity (1-10)	Occurance (1-10)	Detectable (1-10)	RPN
1.	Penerimaan pasien	Kurang komunikatif	25	5	5	1	25
2.	Pendaftaran lama	Antrian lama	50	5	10	1	50
3.	Identifikasi kunjungan pasien	Identifikasi tidak jelas	250	5	5	5	125
4.	Penyiapan lembar RM	Lembar RM tidak sesuai peruntukan	25	5	5	1	25
5.	Pengisian identitas pasien pd lembar RM	Salah identitas	250	5	5	5	125
6.	Petugas Admisi menjelaskan General Consent	Penjelasan Kurang lengkap	25	5	5	1	25
7.	Penjelasan Tarif dan biaya pelayanan	Informasi Tarif kurang jelas	25	5	5	1	25
8.	Pemesanan kamar	kamar tidak sesuai dengan permintaan	125	5	5	1	25
9.	Pemasangan gelang identitas	Salah warna gelang dan atau identitas pada gelang	125	5	5	1	25
10.	Pasien ditransfer ke ruang rawat inap	Tempat perawatan pasien tidak sesuai kasus	125	5	1	5	25

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil setelah dilakukan *redesign* sistem pendaftaran didapatkan penurunan nilai RPN sebagai berikut:

1. Proses ke 3 (Identifikasi kunjungan pasien): nilai RPN turun dri 250 menjadi 125
2. Proses ke 5 (pengisian identitas pasien): nilai RPN turun dari 250 menjadi 125
3. Proses ke-8 (pemesanan kamar): nilai RPN turun dari 125 menjadi 25

4. Proses ke-9 (pemasangan gelang): nilai RPN turun dari 125 menjadi 25

Hal tersebut menunjukkan bahwa melalui *redesign* proses pelayanan di rawat jalan dan admisi rawat inap, serta perbaikan fasilitas, membawa efek penurunan nilai RPN yang berarti terjadi penurunan jumlah resiko kesalahan di tempat pendaftaran. Hal ini tentunya berdampak pada penurunan resiko insiden keselamatan pasien. Dalam hal pengisian identitas pasien terjadi penurunan yang signifikan. Hasil monitoring Juni-September hanya terjadi 3 kali kesalahan identitas pasien dalam pengisian rekam medik, termasuk pemasangan gelang pasien, yaitu 2 kali pada Juni 2016 dan satu kali pada Juli 2016. Dari aspek sumber daya manusia, terbatasnya jumlah petugas pendaftaran dan admisi dengan kompetensi yang kurang membuat petugas kurang peduli dan kurang komunikatif. Lingard, *et al.* (2004) menyatakan bahwa komunikasi yang kurang efektif kepada pasien maupun antar petugas kesehatan berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien, baik pada tahap intervensi, implementasi dan bisa menjadi intrumen untuk mencegah terjadinya outcome yang negatif. Kesalahan (error) karena keliru pasien (salah identifikasi) dapat terjadi pada hampir semua aspek pelayanan, baik pada tahapan penentuan diagnosis, pengobatan, pemeriksaan penunjang, maupun pada saat dilakukan tindakan medis (*medical error*), atau asuhan keperawatan.

Panjangnya antrian membuat petugas admisi kurang konsentrasi dan kurang teliti, sehingga identitas yang ditulis tidak lengkap dan tidak jelas. Hal ini beresiko tinggi terjadi kesalahan dalam penulisan identitas baik pada formulir pemeriksaan labotatorium, radiologi, maupun etiket obat di farmasi. Hasil penelitian Elizabeth (2006) menunjukkan bahwa dari 16.632 jumlah specimen yang diperiksa di laboratorium, 1% di antaranya *error* akibat label yang tidak jelas (*mislabelling*), 6.3% karena label yang salah, dan 4.6 % label yang tidak sesuai. Dari hasil analisa statistik menunjukkan penurunan yang signifikan pada kesalahan identifikasi dengan insiden keselamatan pasien dengan ($PV = 0.001$). Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi pada semua aspek pelayanan baik pada saat penentuan diagnosis maupun tindakan. Ketelitian dalam melakukan identifikasi diperlukan di semua lini pelayanan. Permenkes nomor 11 tahun 2017 menegaskan bahwa identifikasi pasien minimal menggunakan 2 dari 3 identitas yang disarankan yaitu nama, tanggal lahir dan Nomor Rekam Medik. Identifikasi dilaksanakan secara konsisten pada semua situasi dan lokasi. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi.

KESIMPULAN

Metode FMEA sangat efektif untuk memecahkan masalah inkonsistensi dalam identifikasi pasien. *Redesign* dalam proses penerimaan pasien rawat inap mengurangi resiko terjadinya kesalahan identitas pada lembar rekam medisnya dan resiko insiden keselamatan pasien baik pada pemeriksaan penunjang maupun pada penentuan diagnosa. Hasil monitoring dan evaluasi terhadap kesalahan identitas pasien menunjukkan penurunan yang sangat signifikan. Juni-September 2017 hanya terjadi 3 kali kejadian, yaitu: dua kejadian pada Juni 2017 dan satu kejadian pada Juli 2017. Agustus dan September 2017 nihil.

REFERENSI

- Anonymous. (2011). *The Joint Commission Journal on Quality and Safety: Patient Safety Solutions*, Volume 1, Solution 2, May 2007, [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33127-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33127-9).
- _____. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 12 tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan.
- Desak, S. (2012). *Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Kepolisian Pusat Jakarta*. (Non Publikasi).
- Elizabeth, A. et al. (2006). Patient Safety in the Clinical Laboratory: A Longitudinal Analysis of Specimen Identification Errors. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 130 (11), 1662-1668.
- Latham, T. et al. (2012). *Quality in practice: implementation of hospital guidelines for patient identification in Malawi*, *International Journal for Quality in Health Care*, 24 (6), 1 December 2012, 626-633, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs038>.
- Lingard LS, Espin S, Whyte G, et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:330-334. [PMC free article] [PubMed].
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Kementerian Kesehatan.
- Stamatis, D.H.1995.*Failure Mode and Effect Analysis : FMEA from Theory to Execution*. Milwaukee : ASQC Quality Press.