
Analisis Kepatuhan Tenaga Kesehatan Dalam Melakukan Identifikasi Pasien di RS Swasta Jawa Timur

Anggia Putri Harina¹

¹Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email: anggia.putri.harina13@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang : Kesalahan karena kekeliruan identifikasi pasien sering terjadi di hampir semua tahapan pelayanan kesehatan. Kepatuhan petugas secara global dalam hal tersebut umumnya rendah. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis kepatuhan tenaga kesehatan dalam melakukan identifikasi pasien di RS Swasta Jawa Timur.

Metode : Penelitian ini dilakukan secara *mixed method*. Data kuantitatif diambil secara *cross-sectional* untuk melihat pengetahuan, kemampuan dan kepatuhan tenaga kesehatan melalui kuesioner dengan *total sampling* (n=51) menggunakan analisis statistik *Spearman* dan *Annova*. Data kualitatif diperoleh melalui *purposive sampling* dengan melakukan *deep interview*.

Hasil : Kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan identifikasi sesuai *standard operating procedure* rumah sakit ini sebesar 21,6%. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kemampuan dengan kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien ($p=0,004$). Hambatan dalam implementasi identifikasi pasien adalah kinerja Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang belum maksimal, kurangnya sosialisasi, budaya dan beban kerja tinggi.

Kesimpulan : Tingkat kepatuhan tenaga kesehatan perlu ditingkatkan. Manajemen harus meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta mengatasi *barrier* agar kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien juga meningkat.

Kata Kunci: Kepatuhan, Identifikasi pasien, Rumah Sakit.

PENDAHULUAN

Penyelenggaraan *patient safety* merupakan hal yang mutlak dilakukan oleh rumah sakit. Kementerian Kesehatan telah menetapkan bahwa keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen 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 diambil¹.

Sasaran keselamatan pasien sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan adalah ketepatan identifikasi pasien; peningkatan komunikasi yang efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; dan pengurangan risiko pasien jatuh¹.

Kesalahan karena kekeliruan identifikasi pasien sering terjadi di hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan sehingga diperlukan adanya ketepatan identifikasi pasien. Kepedulian untuk identifikasi pasien secara benar telah dibuktikan dalam *National Patient Safety Goals* tahun 2003, identifikasi pasien merupakan sasaran keselamatan pasien yang pertama.

Rekomendasi terkait juga menyatakan bahwa setidaknya ada dua data untuk identifikasi pasien, tidak termasuk kamar pasien. JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*)².

Angka kejadian *medication error* di dunia bervariasi. Ketidapatuhan pada pelaksanaan identifikasi di Amerika Serikat yang mengakibatkan kesalahan identifikasi tercatat lebih dari 100 kasus setelah dilakukan *root cause analyses* sejak bulan Januari 2000 sampai dengan Maret 2003³.

Penelitian dengan tema yang sama juga dilakukan di India. Hasil yang didapatkan bahwa banyak perawat, dokter dan petugas kesehatan lainnya yang tidak melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan pada pasien. Lebih dari 30% staf tidak melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat⁴.

Angka kejadian di Indonesia berdasarkan data dari JCI 2012 menunjukkan bahwa sebanyak 13% dikarenakan *surgical error* dan 68% dikarenakan kesalahan transfusi darah. Hal ini terjadi karena kesalahan pada tahapan identifikasi pasien⁵.

RS di Madiun pada tahun 2012 menunjukkan bahwa *medical error* yang terjadi diakibatkan oleh 46% insiden berkaitan dengan kesalahan identifikasi, 36% dikarenakan komunikasi tidak efektif dan 18% dikarenakan prosedur yang tidak dijalankan. Selanjutnya pada tahun 2013, kesalahan identifikasi pasien meningkat menjadi 56% dari kasus yang terjadi. Data tersebut menunjukkan tingginya tingkat kesalahan identifikasi yang terjadi di rumah sakit⁶.

Terdapat RS Swasta tipe D di Jawa Timur yang sudah lama berdiri, tetapi pelaksanaan identifikasi pasiennya masih belum berjalan dengan baik. Data yang didapatkan dari rumah sakit ini pada bulan Januari 2017 didapatkan pemahaman pasien/ keluarga mengenai pemasangan gelang pasien sebanyak 85%, selanjutnya pada bulan Februari 2017 sebanyak 91% dan yang terakhir pada bulan Maret 2017 sebanyak 91,5%. Pemahaman pasien/keluarga tidak pernah mencapai 100%, dikarenakan beberapa tenaga kesehatan tidak memberikan informasi mengenai fungsi gelang pasien ketika melakukan pemasangan. Pada RS ini juga masih terdapat salah pemberian obat kepada pasien, tetapi tidak ada pelaporan yang teratur setiap bulannya sehingga evaluasi mengenai *patient safety* sulit dilakukan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah *mixed method*. Data kuantitatif diambil secara *cross-sectional* untuk mengetahui pengetahuan, kemampuan dan kepatuhan dalam pelaksanaan identifikasi pasien. Sampel kuantitatif yang digunakan adalah tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelaksanaan program identifikasi pasien dengan teknik pengambilan *total sampling* (n=51). Instrumen yang digunakan dalam penelitian kuantitatif ini adalah kuesioner dengan cronbach alpha variabel kompensasi sebesar 0.755 dan checklist yang sesuai dengan SOP rumah sakit ini.

Data kualitatif diperoleh dengan cara melakukan *deep interview* untuk

mengeksplorasi implementasi kepatuhan tenaga kesehatan dalam melakukan identifikasi pasien terkait hambatan selama pelaksanaan identifikasi pasien dan rekomendasi guna perbaikan. Sampel kualitatif yang digunakan adalah Direktur Rumah Sakit, Kepala Bangsal Perawatan, Penanggungjawab Program *patient safety* dengan teknik pengambilan *purposive sampling* (n=3).

Analisis data kuantitatif yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat. Selanjutnya, analisis data kualitatif yang digunakan untuk menguji kredibilitas data dengan triangulasi yaitu sumber dan metode.

HASIL dan PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum Karakteristik Responden

Karakteristik responden disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 1. Gambaran Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

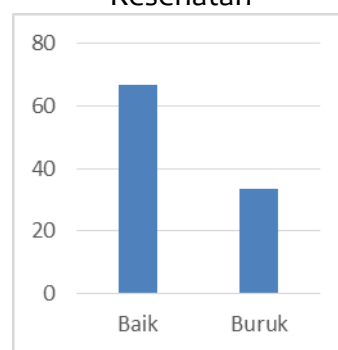
No.	Karakteristik Responden	N	%
1	Umur		
	<25 tahun	5	9,8
	25-30 tahun	37	72,5
	> 30 tahun	9	17,6
Total		51	100
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	14	27,5
	Wanita	37	72,5
Total		51	100
3	Lama Bekerja		
	<5 tahun	40	78,4
	> 5 tahun	11	21,6
Total		51	100

4	Pendidikan		
	D3	41	80,4
	S1	10	19,6
Total		25	100

Berdasarkan data karakteristik responden dapat diketahui sebagian besar responden (72,5%) berusia antara rentang 25-30 tahun, yaitu sebanyak 37 orang. Berdasarkan jenis kelamin menunjukkan jumlah perawat perempuan lebih banyak yaitu 37 orang (72,5%). Berdasarkan lama bekerja, sebagian besar baru bekerja <5 tahun yaitu sebanyak 40 orang (78,4%). Berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar pendidikan terakhir adalah D3 yaitu sebanyak 41 orang (80,4%)

2. Gambaran Tingkat Pengetahuan Responden

Hasil rekap kuesioner terhadap tenaga kesehatan sebagai berikut :
Tabel 2. Tingkat Pengetahuan Tenaga Kesehatan

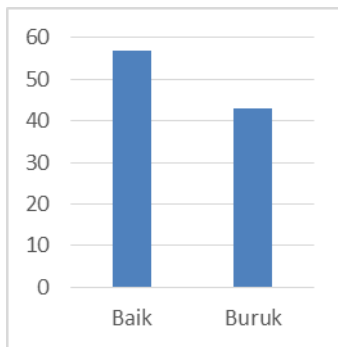


Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa tenaga kesehatan yang mempunyai tingkat pengetahuan baik adalah 66,7% dan 33,3% mempunyai tingkat pengetahuan buruk.

3. Gambaran Tingkat Kemampuan Responden

Hasil pengamatan terhadap tenaga kesehatan dalam memperagakan proses identifikasi pasien adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Tingkat Kemampuan Tenaga Kesehatan

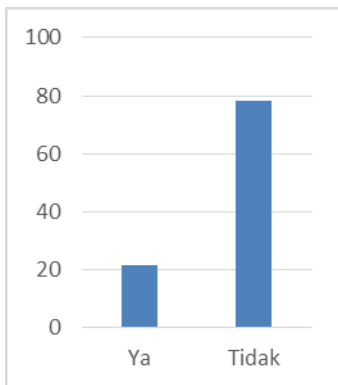


Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa tenaga kesehatan yang mempunyai tingkat kemampuan baik adalah 56,9% dan 43,1% mempunyai tingkat kemampuan kurang.

4. Gambaran Tingkat Kepatuhan Responden

Hasil observasi tenaga kesehatan dalam melakukan identifikasi pasien adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Tingkat Kepatuhan Tenaga Kesehatan



Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa 78,4% tenaga kesehatan tidak patuh terhadap

SOP rumah sakit mengenai identifikasi pasien.

5. Hubungan antara Pengetahuan dan Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien

Uji statistika yang digunakan untuk menganalisa hubungan antara tingkat pengetahuan tenaga kesehatan terhadap kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien pada RS swasta di Jawa Timur adalah dengan menggunakan uji Spearman Rank Correlation dengan bantuan program SPSS.

Tabel 5. Hasil Uji Spearman Pengetahuan dan Kepatuhan

		Pengetahuan	Kepatuhan
Spearman's rho	Correlation	1.000	.371**
	Pengamatan		
	Coefficient Sig. (2-tailed)		.001
	N	51	51
Kepatuhan	Correlation	.371**	1.000
	Coefficient Sig. (2-tailed)	.001	
	N	51	51

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Berdasarkan tabel 5, diperoleh perbandingan nilai pengetahuan dengan kepatuhan sebesar 0,001 dengan nilai $0,001 < 0,05$ maka H_1

terima atau dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan tenaga kesehatan dengan kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien.

6. Hubungan antara Kemampuan dan Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien

Uji statistika yang digunakan untuk menganalisa hubungan antara tingkat kemampuan tenaga kesehatan terhadap kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien pada RS swasta di Jawa Timur adalah dengan menggunakan uji *Spearman Rank Correlation* dengan bantuan program SPSS.

Tabel 6. Hasil Uji *Spearman* Kemampuan dan Kepatuhan

		Kemampuan	Kepatuhan
Spearman's rho	Correlation	1.000	.457**
	Coefficient Sig. (2-tailed)	.	.001
	N	51	51
	Correlation	.457*	1.000
	Coefficient Sig. (2-tailed)	.001	.
	N	51	51

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Berdasarkan tabel 6, diperoleh perbandingan nilai pengetahuan dengan kepatuhan sebesar 0,001 dengan nilai $0,001 < 0,05$ maka H1 terima atau dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kemampuan tenaga kesehatan dengan kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien.

7. Hubungan antara Pengetahuan, Kemampuan dan Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien

Uji statistika yang digunakan untuk menganalisa hubungan antara tingkat pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan terhadap kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien pada RS swasta di Jawa Timur adalah dengan menggunakan uji *Annova* dengan bantuan program SPSS.

Tabel 7. Hasil Uji *Annova* Pengetahuan, Kemampuan dan Kepatuhan

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	1.800	2	.900	6.327	.004 ^b
Residual	6.828	48	.142		
Total	8.627	50			

a. Dependent Variable: Kepatuhan

b. Predictors: (Constant), Kemampuan, Pengetahuan

Berdasarkan tabel 8, diperoleh perbandingan nilai pengetahuan dengan kepatuhan sebesar 0,004 dengan nilai $0,004 < 0,05$ maka H_1 terima atau dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dengan kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi pasien.

8. Hasil Wawancara

Dilakukan wawancara terhadap Direktur RS Swasta di Jawa Timur sebagai informan 1, Penanggungjawab program *patient safety* sekaligus Kepala Bidang Keperawatan sebagai informan 2 dan Kepala Bangsal Perawatan sebagai informan 3 di ruang staff RS Swasta di Jawa Timur.

Berdasarkan hasil wawancara, didapatkan informasi bahwa standar operasional prosedur (SOP) identifikasi pasien sudah ada tetapi pelaksanaannya belum baik. Sosialisasi identifikasi SOP sudah dilakukan tetapi tidak rutin dan tidak berkelanjutan. Kepatuhan dalam pelaksanaan identifikasi pasien sesuai SOP di rumah sakit sangat sulit dilakukan. Masih banyak petugas kesehatan yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sesuai SOP.

Masalah dan hambatan dalam pelaksanaan identifikasi pasien adalah tim keselamatan pasien rumah sakit yang belum memenuhi tugasnya secara maksimal, karena sumber daya manusia yang tidak mencukupi. Kebiasaan petugas kesehatan yang sulit juga menjadi

masalah dalam hal ini dan beban kerja yang tinggi karena terbatasnya jumlah karyawan. Kurangnya sosialisasi juga menjadi kendala dalam pelaksanaan identifikasi pasien.

Karakteristik Responden

Perbedaan karakteristik berpengaruh terhadap kualitas pelayanan seorang petugas dalam menjalankan tugasnya. Berdasarkan umur, petugas kesehatan dengan umur 25-30 tahun lebih banyak. Perawat dalam usia tersebut termasuk dalam usia produktif untuk menghasilkan kinerja yang bagus. Perawat yang memiliki kinerja bagus mempunyai potensi besar untuk lebih profesional dalam memberikan perawatan terhadap pasien⁷.

Petugas kesehatan terbanyak adalah perempuan. Dalam sejarah keperawatan, mayoritas pekerjaan perawat dianggap sebagai pekerjaan perempuan, hal ini dikarenakan perawat identik dengan ibu/wanita yang dikenal *mother instinct*⁸. Tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam pengetahuan dan praktik kesehatan^{9,10}.

Perawat dengan lama kerja <5 tahun lebih banyak serta memiliki pengetahuan, kemampuan dan kepatuhan yang baik dalam melaksanakan identifikasi pasien. Perawat dengan masa kerja 1-5 tahun biasanya masih segar dan belum mendapat kejenuhan saat bekerja, sehingga dalam mengembangkan diri dan memberikan pelayanan pasien lebih maksimal¹¹. Orang yang memiliki lama kerja yang lebih lama terkadang

produktivitasnya menurun karena terjadi kebosanan dalam pekerjaannya¹². Terdapat penurunan tingkat kepatuhan pada perawat dengan masa kerja yang lebih lama¹³.

Tingkat pendidikan pada perawat paling banyak yaitu DIII. Lebih dari 60% perawat di Indonesia masih berpendidikan DIII¹⁴. Perawat dengan pendidikan terakhir S1 memiliki kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan perawat dengan pendidikan terakhir DIII. Pendidikan tinggi sangat berperan dalam kepatuhan seseorang dalam menaati peraturan¹⁵.

Hubungan antara Pengetahuan dan Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien

Tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan baik, maka patuh terhadap implementasi identifikasi pasien. Semakin tinggi pengetahuan perawat, maka semakin patuh terhadap peraturan guna mencegah kejadian tidak diinginkan. Maka dari itu tenaga kesehatan terutama perawat harus memperbarui pengetahuannya dengan melanjutkan program pendidikan lanjutan dan mengikuti pelatihan secara berkala¹⁶.

Pengetahuan seseorang didapat dari pendidikan atau pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan, kepatuhan didapatkan setelah memperoleh pengetahuan¹⁷.

Hubungan antara Kemampuan dan Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien

Semakin mampu tenaga kesehatan tersebut dalam mempraktikkan pelaksanaan identifikasi, maka semakin patuh dalam implementasi identifikasi pasien. Hasil kemampuan yang baik akan berbanding lurus dengan kepatuhan. Sehingga tercapailah kepatuhan yang akan mengarah pada pencapaian tujuan yang akan menghasilkan kepuasan pasien¹⁸.

Faktor kepribadian lain yang terkait dengan kepatuhan terhadap peraturan adalah kontrol diri. Kontrol diri yang dimaksud adalah kemampuan untuk menyusun, membimbing, mengatur dan mengarahkan bentuk perilaku ke arah positif. Hal inilah yang mendukung terbentuknya kontrol diri, sehingga memperkuat perilaku kepatuhan¹⁹. Keselamatan pasien meningkat jika tenaga kesehatan yang bertugas patuh dalam menjalankan perawatan sesuai prosedur. Hal itu dapat dilakukan jika tenaga kesehatan tersebut memiliki kemampuan dan keterampilan yang memadai dalam melakukan perawatan secara benar dan aman²⁰.

Hubungan antara Pengetahuan, Kemampuan dan Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Melaksanakan Identifikasi Pasien

Tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan dan kemampuan baik, maka patuh dalam implementasi identifikasi pasien. Pengetahuan dan kemampuan adalah hal yang sangat berpengaruh pada kepatuhan seseorang. Terdapat penelitian

sebelumnya yang memberikan intervensi pada perawat di salah satu rumah sakit di California yaitu pelatihan mengenai manajemen pasien, selanjutnya kemampuan perawat tersebut meningkat dan akhirnya kepatuhan juga meningkat²¹.

Kepatuhan diperoleh setelah seseorang mendapatkan pengetahuan. Pengetahuan didapatkan dari pendidikan maupun pengalaman dari berbagai macam sumber. Setelah memperoleh pengetahuan maka terbentuklah perilaku, perilaku disini yang disebut dengan kemampuan. Selanjutnya setelah seseorang mampu, maka terbentuk lah kepatuhan¹⁷.

Kesalahan identifikasi juga terjadi pada pemberian obat intravena, sebagian besar dikarenakan tenaga kesehatan tidak patuh dalam menjalankan prosedur. Hal tersebut disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan tersebut²².

Pelaksanaan Identifikasi Pasien

Rumah sakit ini memiliki SOP mengenai identifikasi pasien dan terakhir direvisi pada tahun 2016. Tetapi pelaksanaan identifikasi pasien masih belum maksimal, hanya 21,6% tenaga kesehatan di rumah sakit ini yang patuh menjalankan identifikasi pasien sesuai dengan SOP.

Kepatuhan dalam melaksanakan identifikasi masih sangat rendah. Penelitian terhadap 204 rumah sakit di Amerika dengan membandingkan kesalahan gelang identifikasi. Kasus kesalahan identifikasi yang menyebabkan flebotomi adalah 5,7% dari total seluruh kejadian. Selain itu,

didapatkan juga tidak adanya gelang, gelang dengan informasi yang hilang, beberapa gelang dengan informasi yang berbeda, gelang dengan informasi yang salah dan pasien yang memakai gelang pasien lain²³.

Masalah dan Hambatan pada Pelaksanaan Identifikasi Pasien

Didapatkan 4 masalah terkait identifikasi pasien di rumah sakit ini, yaitu: Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang belum maksimal, kurangnya sosialisasi, perilaku dan kebiasaan serta beban kerja tinggi.

Rumah sakit ini mempunyai Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS), tetapi pelaksanaannya belum maksimal dikarenakan masih kekurangan sumber daya manusia. Pada rumah sakit ini yang mengurus identifikasi pasien adalah kepala bidang keperawatan, dikarenakan tim tersebut kekurangan orang sehingga dalam pelaksanaannya terhambat baik dari segi waktu maupun program yang kurang inovatif.

Struktur organisasi ruangan rawat inap di RS ini dikepalai oleh seorang kepala ruang. Metode asuhan pada ruangan rawat inap menggunakan MPM (*Method Primer Modification*). Dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode modifikasi primer, satu tim terdiri dari 2 hingga 3 perawat memiliki tanggung jawab penuh pada sekelompok pasien berkisar 8 hingga 12 orang²⁴.

Pada ruangan rawat inap di RS ini yang terbagi dalam 2 tim dengan 2 *Primary Nurse* (PN) dimana setiap *Primary Nurse* (PN) bertanggung jawab

kepada 3 bangsal dan dikelola bersama dengan bidan dan perawat. Dalam 1 tim terdiri dari 2-3 perawat yang memiliki tanggung jawab penuh terhadap 20 – 25 pasien, hal tersebut tidak sesuai dengan standar yang disebutkan pada teori diatas.

Jumlah tenaga kesehatan di ruang rawat inap adalah 23 orang yang terdiri dari 3 dokter, 1 kepala ruang dan 19 perawat dan bidan. Dari data jumlah pasien yang dirawat, jumlah tenaga kerja yang ada dan jumlah tempat tidur yang dimiliki di ruang rawat inap di rumah sakit ini, perhitungan estimasi kebutuhan tenaga kerja

Tabel 8. Perhitungan jumlah tenaga kerja

No	Category	Patient /day	Hours of Care
1	Minimal care	31	2
2	Intermediate care	18	3.08
3	Total care	5	4.15
4	Intensive care	0	6.16

Dari hasil perhitungan beban kerja dan kebutuhan tenaga kerja yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa kebutuhan tenaga perawat sebanyak 33 orang berdasarkan rumus Douglas²⁵, 43 orang berdasarkan rumus Gillies²⁶ dan 28 orang berdasarkan rumus Departemen Kesehatan²⁷. Jumlah tenaga perawat dalam rumah sakit ini hanya 20 orang, hal tersebut tidak sesuai dengan perhitungan beban kerja dan kebutuhan tenaga kerja yang dibutuhkan, sehingga beban kerja yang dimiliki setiap perawat semakin tinggi.

Penambahan anggota staff rumah sakit (perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya) memiliki peningkatan yang signifikan untuk budaya kerja tim, budaya keselamatan pasien, kepuasan kerja dan manajemen rumah sakit menjadi lebih baik²⁸.

Kurangnya sosialisasi mengenai identifikasi pasien merupakan salah satu hambatan dalam pelaksanaan identifikasi pada salah satu rumah sakit swasta di Jawa Timur. Sosialisasi yang kurang berarti pendekatan terhadap tenaga kesehatan di rumah sakit juga kurang. Pendekatan kepada tenaga kesehatan pada sebuah pelayanan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien. Metode ini telah berhasil diterapkan dalam penelitian dan praktik perawatan kesehatan²⁹.

Kepatuhan merupakan bagian dari perilaku individu yang bersangkutan untuk mentaati atau mematuhi sesuatu, sehingga kepatuhan perawat dalam melaksanakan identifikasi pasien bergantung dari perilaku perawat itu sendiri³⁰. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya adalah pemahaman tentang instruksi, tingkat pendidikan, keyakinan, sikap dan kepribadian, serta dukungan social³¹.

Pelaksanaan identifikasi pada kenyataannya masih ada yang kurang sesuai dari SOP yang telah ditetapkan pada salah satu rumah sakit swasta di Jawa Timur, dimana identifikasi dilakukan dengan menggunakan kode kamar pasien. Hal ini tidak sesuai dengan yang tercantum pada Kemenkes RI dimana pasien diidentifikasi menggunakan dua

identitas pasien, tidak boleh menggunakan kode kamar atau lokasi pasien¹.

Pengidentifikasian yang benar adalah salah satu kunci keberhasilan program keselamatan pasien di rumah sakit, sehingga kejadian cedera atau yang tidak diharapkan dapat dihindari. Dengan identifikasi yang benar dan tepat, perawat akan memahami kebutuhan dan keinginan pasien³². Kebiasaan yang tidak sesuai akan mengalami kegagalan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Maka dari itu perlu diingatkan secara rutin guna mengubah kebiasaan sehingga sesuai dengan peraturan yang akan berdampak positif terhadap keselamatan pasien³³.

Beban kerja tenaga kesehatan yang tinggi menyebabkan prevalensi kelelahan yang meningkat yang berakibat peningkatan kejenuhan. Tingkat kejenuhan yang tinggi akan cenderung melakukan kesalahan dalam tindakan medis dan berkurangnya tingkat kepuasan pasien. Perlu dilakukan penurunan beban kerja sampai seimbang antara jumlah tenaga kesehatan dan jumlah pasien sehingga kejadian bisa terhindar dari kejadian yang tidak diinginkan³⁴.

Beban kerja perawat yang tinggi dapat mempengaruhi *patient safety*. Seperti banyak tugas keperawatan yang perlu dilakukan oleh beberapa perawat selama satu shift yang disebabkan jumlah perawat yang kurang, jumlah pasien yang banyak, kondisi pasien yang tidak stabil serta sistem kerja perawat³⁵. Apabila beban kerja terlalu besar dapat menimbulkan stres kerja yang bisa mempengaruhi

motivasi kerja dan menurunnya kinerja³⁶.

Saran dan Rekomendasi pada Pelaksanaan Identifikasi Pasien

Terdapat beberapa rekomendasi terkait pelaksanaan identifikasi, menambah sumber daya manusia agar beban kerja tidak terlalu tinggi, memaksimalkan kinerja TKPRS, melakukan sosialisasi secara rutin, membudayakan *patient safety* dalam melakukan semua tindakan medis serta melakukan evaluasi rutin yang bertujuan untuk mengetahui peningkatan pelaksanaan *patient safety* pada salah satu rumah sakit swasta di Jawa Timur.

Pembentukan TPKRS bertujuan untuk menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, monitoring dan evaluasi tentang implementasi program keselamatan pasien rumah sakit.¹ Tim keselamatan pasien mengandalkan kerja tim dan komunikasi yang baik untuk memastikan perawatan pasien yang efektif dan aman³⁷.

Dalam hal ini peran direktur sangatlah penting. Pimpinan adalah pemegang kunci perubahan, karena pemimpin memiliki tanggungjawab untuk memimpin perubahan, tanpa dukungan pimpinan yang kuat maka tidak akan pernah terjadi perubahan dalam suatu organisasi³⁸.

Salah satu rumah sakit swasta di Jawa Timur memiliki sumber daya yang kurang, sehingga dalam pelaksanaan *patient safety* kurang maksimal. Peranan SDM dalam sebuah organisasi sangat penting untuk meraih keberhasilan dalam mencapai tujuan

baik secara pribadi individu maupun di dalam organisasi. Sumber daya manusia sebagai faktor utama dalam proses pembangunan dan pencapaian tujuan organisasi³⁹.

Budaya keselamatan pasien yang ada di rumah sakit memiliki hubungan langsung terhadap pelaksanaan pelayanan yang bertujuan untuk menjamin keselamatan pasien. Semakin tinggi tingkat budaya keselamatan pasien oleh perawat akan berpengaruh pada tingkat pelaksanaan pelayanan dan akhirnya akan berdampak pada menurunnya angka KTD di rumah sakit⁴⁰.

Evaluasi rutin sangat penting dilakukan untuk mengetahui peningkatan pelaksanaan program di rumah sakit. Rumah sakit harus mempertimbangkan desain evaluasi yang kuat ketika menerapkan sebuah strategi untuk mencapai sebuah tujuan⁴¹.

Terdapat tiga strategi utama harus dikejar untuk meningkatkan keselamatan pasien. Sistem manajemen keselamatan pasien yang melibatkan pelaporan kesalahan, belajar dari kesalahan, dan pertukaran informasi yang adil harus dilakukan di rumah sakit. Sistem manajemen kesalahan harus dilaksanakan di mana insiden yang terjadi harus kritis diidentifikasi, dilaporkan, dan dianalisis sehingga kejadian serupa dapat dicegah, dan langkah-langkah untuk pencegahan insiden kritis dan kesalahan juga harus dilaksanakan dan dievaluasi. Sehingga, kapan saja kejadian buruk yang dapat dicegah itu terjadi, orang-orang yang terlibat harus mengambil tindakan untuk mencegah

kerusakan lebih lanjut pada pasien dan individu lain yang terlibat⁴².

SIMPULAN

Tingkat kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaksanakan identifikasi pasien masih rendah, sehingga perlu ditingkatkan. Terdapat hubungan antara pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan terhadap kepatuhan dalam melakukan identifikasi pasien.

Didapatkan empat masalah terkait identifikasi pasien, yaitu : kinerja Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang belum maksimal, kurangnya sosialisasi, budaya dan beban kerja tinggi.

Rekomendasi dalam pelaksanaan identifikasi pasien di rumah sakit ini yaitu pihak manajemen perlu menambah petugas kesehatan, memaksimalkan kinerja TKPRS, melakukan sosialisasi secara rutin, membudayakan identifikasi pasien dalam melakukan semua tindakan medis serta melakukan evaluasi rutin yang bertujuan untuk mengetahui peningkatan pelaksanaan identifikasi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691/MENKES/ PER/VII/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Jakarta: Depkes RI.
2. Beyea, Suzanne C. (2003). Patient identification—a crucial aspect of patient safety -Patient Safety First. *AORN Journal*, 58(2), 242-248
3. World Health Organization. (2007). *Joint Commision International. The*

- Joint Commision. Patient Safety Solutions.
4. Chawla R. & Kaushik S. 2016. Incidence of Patient Identification Errors observed before Medication and Procedure/Intervention. *International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration*, 4(2):100-106. Diakses pada 3 Mei 2018.
 5. Kusumapraja, Rokiah. 2012. *Patient Safety in Nursing*. Jakarta : UNJ
 6. Donna D. Y. 2015. *Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien di Bangsal Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun*. Tesis. Program Studi Manajemen Rumah Sakit. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
 7. Swasky, S. (2007). Could employment based targeting approach save Egypt ini moving toward a social health insurance models. *EMHJ (East Mediteranian Health Journal)*. WHO for Mediterranean Country. <http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/1472-6904/12/9>.
 8. Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (2005). *Fundamental of Nursing*, Lippincot William & Wilkin, Philadelphia.
 9. Linus J. Dowell. (2015). *The Relationship between Knowledge and Practice*. The journal of education research : Taylor and Francis Online. <https://www.tandfonline.com>.
 10. Bernadette C. Hayes, Vicki N. Tariq. (2000). Gender differences in scientific knowledge and attitudes toward science: a comparative study of four Anglo-American nations. *Sage journal : Public Understanding of Science*. <http://journals.sagepub.com>.
 11. Andri, F.S. (2016). *Pengisian Sign In Dalam Meningkatkan Kepatuhan Safe Surgery Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta*. Tesis. Program Studi Manajemen Rumah Sakit. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
 12. Suma^mur P.K. (2014). *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes)*. Jakarta: CV Sagung Seto
 13. Dai, H., Milkman, K. L., Hofmann, D. A., & Staats, B. R. (2015). The impact of time at work and time off from work on rule compliance: The case of hand hygiene in health care. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 846-862. <http://dx.doi.org>.
 14. Soeroso, S. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit Suatu Pendekatan Sistem*. Jakarta: EGC
 15. Chen, Connie; Woyansky, Sara; Zundell, Carrie. (2015). The Effects of Education on Compliance With Skin Cancer Risk Reduction Guidelines. *Journal of the Dermatology Nurses' Association: Volume 7*, p97-100. https://journals.lww.com/jdnaonline/Abstract/2015/03000/The_Effects_of_Education_on_Compliance_With_Skin.6.aspx.
 16. Ayed A, Eqtait M, Fashafsheh I. (2015). Knowledge & Compliance of Nursing Staff towards Standard Precautions in the Palestinian Hospitals. *Advances in Life Science*

- and Technology ISSN 2224-7181 (Paper) ISSN 2225-062X (Online) Vol.36.
<https://www.researchgate.net/publication>.
17. Notoatmodjo, S. (2007). Pendidikan dan Perilaku kesehatan. Cetakan 2 Jakarta: PT. Rineka Cipta.
 18. Stephanie Dellande, Mary C. Gilly, John L. Graham. (2004). Gaining Compliance and Losing Weight: The Role of the Service Provider in Health Care Services. *Journal of Marketing*: July 2004, Vol. 68, No. 3, pp. 78-91. <http://journals.ama.org>.
 19. Kusumadewi, S et al. (2012). Hubungan Antara Dukungan Sosial Peer Group dan Kontrol Diri dengan Kepatuhan terhadap Peraturan pada Remaja Putri di Pondok Pesantren Modern Islam Assalam Sukoharjo. Skripsi. Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
 20. Siu J, Maran N, Brown S.P. (2016). Observation of behavioural markers of non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. *Journal of The Royal College of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. <http://www.thesurgeon.net>.
 21. Morice A.H. , Wrench C. . (2001). The Role Of The Asthma Nurse In Treatment Compliance And Self-Management Following Hospital Admission. *Journal of Respiratory Medicine*, Volume 95, Issue 11, Pages 851-856. <http://www.resmedjournal.com>.
 22. Westbrook J.I, Rob M.I, Woods A, Parry D. (2011). Errors In The Administration Of Intravenous Medications In Hospital And The Role Of Correct Procedures And Nurse Experience. *BMJ Journal*. <http://qualitysafety.bmj.com>.
 23. Jane C. Dale Stephen W. Renner. (2015). Wristband Errors in Small Hospitals: A College of American Pathologists' Q-Probes Study of Quality Issues in Patient Identification. *Journal of Laboratory Medicine*, Volume 28, Issue 3, 1 March 1997, Pages 203–207. <https://doi.org/10.1093/labmed/28.3.203>.
 24. Arwani & Heru Supriyatno. (2005). *Manajemen Bangsal Keperawatan*. EGC: Jakarta
 25. Douglas, Laura Mae. (1992) *The effective Nurse : Leader and Manager* ., 4 Th. Ed,. Mosby -year book, Inc.
 26. Gillies, D.A. (1994). *Nursing management, a system approach*. Third Edition. Philadelphia : WB Saunders.
 27. Depkes RI. (2002). *Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit, Dit Jen Yanmed*, cetakan 1, Depkes: Jakarta.
 28. Pettker C.M MD, Thung S.F MD, Raab C.A. RNC, Donohue K.P RN, Copel J.A MD, Lockwood C.J MD, Funai E.F MD. (2011). A Comprehensive Obstetrics Patient Safety Program Improves Safety Climate And Culture. *American Journal of Obstetrics and*

- Gynecology Volume 204, Issue 3, Pages 216.e1–216.e6.
<http://www.ajog.org>.
29. Pascale Carayon, Tosha B.Wetterneck, A. JoyRivera-Rodriguez, Ann SchoofsHundt, PeterHoonakker, RichardHolden, Ayse P.Gurses. (2014). Human Factors Systems Approach To Healthcare Quality And Patient Safety. *Journal of Applied Ergonomics* Volume 45, Issue 1, Pages 14-25.
<https://www.sciencedirect.com>.
 30. Andreas. (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan cuci tangan perawat di RSI Sultan Agung Semarang. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Semarang.
 31. Carpenito, Lynda Juall. (2000). *Buku Diagnosa Keperawatan*. Editor Monica Ester. Jakarta: EGC.
 32. Maryam, D, Nurrachmah dan Hastono,S.P. 2009. Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di RSUD Dr Suetomo Surabaya. *Buletin penelitian RSUD Dr.Suetomo*.
 33. Henneman E.A. RN, PhD, CCNS, Roche J.P. RN, PhD, APRN, Fisher D.L. PhD, Cunningham H. RN, MS, Reilly C.A. RN, PhD, Nathanson B.H. PhD, Henneman P.L. MD. (2010). Error identification and recovery by student nurses using human patient simulation: Opportunity to improve patient safety. *Journal of Applied Nursing Research* Volume 23, Pages 11-21.
<https://www.sciencedirect.com>.
 34. Dyrbye L.N. MD, MHPE, Shanafelt T.D. MD. (2011). A Potential Threat to Successful Health Care Reform. *Journal of Physician Burnout* 305(19).
<https://jamanetwork.com/journals/jama>.
 35. Carayon, P, & Gurses, AP, (2008). Nursing Workload And Patient Safety—A Human Factors Engineering Perspektive, Patient Safety And Quality. *Journal For Nurses: Chapter 30*. Vol. 2.
 36. Mudayana A.A. (2012). Hubungan Beban Kerja Dengan Kinerja Karyawan Di Rumah Sakit Nur Hidayat Bantul. *Kes Mas*. Vol.6 No.1
 37. Weller J, Boyd M, Cumin D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Post Graduated Medical Journal*.
<http://pmj.bmj.com/content/early/2014/01/07/postgradmedj>.
 38. Daswati. (2012). Implementasi Peran Kepemimpinan Dengan Gaya Kepemimpinan Menuju Kesuksesan Organisasi.
 39. Edi, Suryadi. (2010). Analisis Peranan Leadership Dan Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Pegawai.
 40. Pujilestari.A., Maidin. A., & Anggraeni R. (2013). Gambaran Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat dalam melaksanakan pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUP DR. Wahidin. Sudirohusodo. Tesis. Makassar: Fakultas Kesehatan masyarakat UNHAS
 41. Morello RT, Lowthian JA, Barker A L, et al. (2013). Strategies for improving patient safety culture in

hospitals: a systematic review BMJ
Qual Saf 2013;22:11-18.
<http://qualitysafety.bmj.com>.

42. Hoffmann B. Dr. med., MPH, Rohe
J. Dr. med. (2010). Patient Safety
and Error Management : What
Causes Adverse Events and How
Can They Be Prevented. Journal of
US National Library of Medicine
National Institutes of Health 107(6)
:
92-99.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.