

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Pelayanan keperawatan di rumah sakit memiliki resiko tinggi terhadap keselamatan perawat, pasien, pendamping pasien dan pengunjung. Perawat sebagai ujung tombak pemberi pelayanan kesehatan merupakan hal yang penting untuk dikaji dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Terkait dengan mutu pelayanan rumah sakit, Kementerian Kesehatan RI menetapkan standar akreditasi rumah sakit yang mengacu pada standar *Joint Commission International Akreditasi (JCIA)* yaitu *Internasional patient safety goals* (sasaran internasional keselamatan pasien) yang meliputi 6 indikator, dimana identifikasi pasien adalah indikator yang pertama (Permenkes RI, 2017).

Menurut *Joint Commission International* (2013) Identifikasi pasien adalah suatu sistem identifikasi terhadap pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan yang lain sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 dari 3 bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik,

atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau barcode). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. dua bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya (KARS, 2018). Proses identifikasi pasien perlu dilakukan dari sejak awal pasien masuk rumah sakit yang kemudian identitas tersebut akan selalu dikonfirmasi dalam segala proses di rumah sakit, seperti saat sebelum memberikan obat, darah atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi kesalahan identifikasi pasien yang nantinya bisa berakibat fatal jika pasien menerima prosedur medis yang tidak sesuai dengan kondisi pasien seperti salah pemberian obat, salah pengambilan darah bahkan salah tindakan medis (Permenkes RI, 2017).

Untuk mencegah terjadi kesalahan identifikasi pasien, perawat selaku tenaga kesehatan yang paling lama dan yang paling sering berinteraksi dan berjumpa dengan pasien harus memiliki kualitas kerja yang baik. Kinerja yang baik merupakan jembatan dalam menjawab kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap pasien baik yang sakit maupun yang sehat (Murdyastuti, 2010). Perawat yang berkualitas mampu melaksanakan identifikasi pasien dengan baik kepada pasien yang sehat ataupun yang sakit. Untuk itu perawat harus memiliki pengetahuan yang

baik karena setiap tindakan yang dilakukan harus didasari dengan pengetahuan. Pengetahuan merupakan hal yang penting yang harus dimiliki sepenuhnya oleh perawat profesional untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Potensial Cedera (KPC) karena kesalahan identifikasi (Anggraeni, 2014). Hal ini dapat menghindari kerugian finansial baik bagi pasien maupun system kesehatan, rumah sakit dan praktik dokter (Christopher Cheney, 2018). Karena kesalahan identifikasi dalam pengaturan klinis memiliki dampak keuangan yang tak terhitung bagi organisasi dalam perawatan tanpa kompensasi serta konsekuensi keselamatan pasien yang serius, seperti operasi pada sisi yang salah, dan bahkan kematian. (Christopher Cheney, 2018).

Sebuah survey di Ponemon Institute terhadap 503 perawat, dokter dan pekerja IT kesehatan, "National Misidentification Report 2016", merinci beberapa konsekuensi negatif yang terkait dengan kegagalan identifikasi pasien adalah : 86 % responden survey mengatakan mereka telah menyaksikan dan mengetahui kesalahan medis yang di sebabkan oleh kesalahan identifikasi, 35 % dari penolakan klaim adalah hasil dari kesalahan identifikasi pasien yang tidak akurat atau informasi pasien yang salah, rata-rata penolakan klaim terkait identifikasi pasien yang salah menghabiskan biaya \$ 1,2 juta per tahun.(Christopher Cheney, 2018). Guesthi et al. (2016)

menemukan bahwa prevalensi keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi dari bulan September 2015 sampai dengan Maret 2016 ditemukan sebanyak 12,1% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), 42,3% Kejadian Nyaris Cidera (KNC), 41,4% Kejadian Potensial Cidera (KPC). Dari data tersebut Kejadian Nyaris Cedera (KNC) merupakan kejadian yang paling sering terjadi, 42,3% Kejadian Nyaris Cidera (KNC) yang terjadi disebabkan oleh adanya kesalahan identifikasi pasien sebanyak 63,5%. *Joint Commission International* (JCI) (2012) menunjukkan bahwa sebanyak 13% surgical error dan 68% transfusi darah terjadi karena kesalahan pada tahapan identifikasi pasien dari 68% kesalahan transfusi darah 11 orang diantaranya meninggal.

Menurut Syifa Sakinah, dkk tahun 2016, ketepatan identifikasi di RSPAD Gatot Soebroto masih 80 % dan belum mencapai target yang ditentukan yaitu 100%. Berdasarkan hasil wawancara studi pendahuluan, pernah terjadi kesalahan tranfusi darah kepada pasien dikarenakan perawat tidak melakukan identifikasi pasien terlebih dahulu. dari observasi tim JKM juga masih ditemukannya perawat yang tidak memberikan gelang identitas pada pasien.

Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta pada bulan November 2011 terjadi suatu kesalahan identifikasi pasien terkait dengan keselamatan pasien terkait

dengan keselamatan pasien, yakni kesalahan pemberian obat akibat nama pasien yang sama (Meliawati, 2012).

Dalam penelitian di RSUP DR. M Djamil Padang, berdasarkan data Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dari Komite Mutu Kasus KTD 30%, KTC 25%, KPC 15% dimana insiden yang paling sering terjadi adalah pasien jatuh sebesar 55%, salah rute injeksi sebesar 10%, serta salah obat 5%. IKP berdasarkan tempat kejadian 65% terjadi di Instalasi Rawat Inap (Jaladara, 2015). Di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru pelaksanaan pemantauan indikator mutu mengenai ketepatan identifikasi pasien di ruang rawat inap baru di mulai pada bulan Januari 2018 ini, berdasarkan data Januari hingga Februari 2018 didapatkan sekitar 15 % pelaksanaan monitoring ketepatan identifikasi baru terlaksana. (Tim Mutu PRSUD. Arifin Ahmad 2018).

Di Aulia Hospital pelaporan kejadian keselamatan pasien sejak Aulia Hospital beroperasi pada bulan Juli 2018 sampai beberapa bulan sebelum akreditasi dilaksanakan, lebih tepatnya pada bulan Desember 2018, belum ada laporan persentase dari tim Mutu Aulia Hospital, karna tim Mutu Aulia Hospital baru terbentuk beberapa bulan sebelum akreditasi Aulia Hospital dilaksanakan, yakni pada bulan Desember 2018. (Tim Mutu Aulia Hospital, 2018).

Namun hasil wawancara studi pendahuluan kepada manager unit keperawatan dan beberapa koordinator ruangan di ruang rawat inap Aulia

Hospital, pernah terjadi kasus seperti KPC, KNC, dan KTC di beberapa ruangan rawat inap di Aulia Hospital, hanya saja saat itu masih pelaporan berupa kronologis dari staf yang bersangkutan dan divalidasi oleh koordinator, supervisi dan manager keperawatan saja. Adapun data pelaporan kronologis KNC karena kesalahan identifikasi di Aulia Hospital pada tahun 2017 belum terkoordinir dengan baik sehingga tidak ditemukan data pelaporannya, pada tahun 2018 pelaporan mulai terkoordinir, didapatkan data pelaporan kejadian sebanyak 5 kali di ruang perawatan rawat inap dan 2 kali di laboratorium dari bulan juni 2018 hingga Desember 2018.

Dari 5 kali kejadian di rawat inap terjadi karena ketidak tepatan perawat melakukan identifikasi pasien saat pemberian obat sebanyak 3 kali, 1 kali saat pemeriksaan penunjang laboratorium dan 1 saat pemeriksaan penunjang radiologi. Sedangkan di laboratorium terjadi kesalahan identifikasi saat penginputan data hasil laboratorium pasien.

Monitoring evaluasi (monev) ketepatan identifikasi di Aulia Hospital sudah berjalan dari bulan Juni 2018 hanya saja pelaporannya tidak terpantau dengan baik karena tim Mutu rumah sakit yang ditunjuk saat itu belum ada SK resmi penunjukan tugas dan fungsinya, selain itu juga karena adanya *double job* yang masih di pegang oleh anggota tim yang dipercayakan pada saat itu, baru pada bulan November 2018 tim mutu terbentuk dan di SK kan secara resmi, barulah tim mutu mulai menjalankan monev indikator mutu

keselamatan pasien termasuk didalamnya monev ketepatan identifikasi pasien. Dimana dalam Standar Proedur Operasional pelayanan kesehatan poin pertamanya adalah identifikasi pasien.

Dan hasil observasi studi pendahuluan sebelumnya kepada 10 perawat ruang rawat inap Aulia Hospital, didapatkan data 5 dari 10 perawat tidak melakukan pengecekan gelang identitas pasien 3 diantara karena terburu-buru dan 2 karena lupa. 3 dari 10 perawat di rawat inap tidak memvalidasi nama pasien serta tanggal lahirnya, dan 2 dari 10 perawat tidak melaksanakan identifikasi pasien dengan tepat dikarenakan perawat belum mengetahui bagaimana melakukan identifikasi pasien dengan tepat. Ini menunjukkan bahwa masih adanya pengetahuan dan kesadaran perawat yang masih kurang dalam melaksanakan identifikasi pasien, dan hal ini tentunya akan berdampak pada keselamatan pasien yang akan berakibat fatal terhadap pasien dan rumah sakit, yang dapat berefek lamanya hari rawatan pasien yang juga akan menambah biaya bagi pasien hingga mengancam keselamatan pasien sendiri, sementara kerugian bagi rumah sakit dapat menurunnya angka kunjungan pasien untuk rawat inap di Aulia Hospital sehingga menimbulkan defisit pemasukan untuk rumah sakit.

Berdasarkan latar belakang hal di atas, untuk itu penulis tertarik mengadakan penelitian ini guna mengetahui “ Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam melakukan identifikasi pasien dengan pelaksanaan

identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019”.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Uraian singkat dalam latar belakang masalah diatas memberikan dasar bagi penulis untuk merumuskan beberapa hal sebagai berikut :

1. Hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.
2. Hubungan sikap dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam identifikasi pasien dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran pengetahuan, sikap dan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019
- b. Mengetahui hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.
- c. Mengetahui hubungan sikap dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori dan menambah hasil informasi ilmiah yang berhubungan dengan manajemen keperawatan terutama keselamatan pasien melalui pelaksanaan identifikasi oleh perawat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan kepada pasien.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan perbaikan kebijakan kepada pihak rumah sakit dalam mengevaluasi dan meningkatkan kompetensi perawat secara berkesinambungan dalam pelaksanaan identifikasi pasien guna meningkatkan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengetahuan

a. Defenisi Pengetahuan

Secara umum ada beberapa pendapat mengenai apa itu pengetahuan. Diantaranya sebagai berikut : Pengetahuan adalah hasil dari melihat, mendengar, merasa dan berfikir yang menjadi dasar untuk bersikap dan bertindak. (Wawan & Dewi, 2011).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo 2012),

Pengetahuan adalah semua ketahuan kita tentang suatu objek yang meliputi aspek ontology (*What/apa*), epistemology (*How/bagaimana, Why it Happens/mengapa*) dan aksiologi (*What for/untuk apa*). Pengetahuan ilmiah atau ilmu dapat diibaratkan sebagai alat bagi manusia dalam memecahkan berbagai masalah atau persoalan yang di hadapi. (Stefanus, 2013). Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya. Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik

secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Wawan, 2014). Menurut Wawan (2010), Pengetahuan dapat diukur dengan berbagai metode dan alat ukur, karena itu pengetahuan memiliki standar ukuran. Adapun standar ukuran pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu dikelompokkan menjadi 2 kategori :

- 1) Pengetahuan Baik : $\geq 56\%$ - 100 %
- 2) Pengetahuan Kurang : $< 56\%$

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Wawan & Dewi (2011) menyatakan bahwa dalam perkembangan pengetahuan, ada hal-hal yang mendasar yang memungkinkan terjadinya pengetahuan. Hal-hal tersebut adalah ingatan, kesaksian, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa dan kebutuhan manusia. Menurut Satria (2008), yang dikutip dari Mubarak ada tujuh faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1. Pendidikan, pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika

2. seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.
3. Pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung
4. Umur, dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.
5. Minat, sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.
6. Pengalaman, adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut

7. menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif
8. Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.
9. Informasi, kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Menurut WiedHary (1996) informasi memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang. Menurut Notoatmodjo (2005) meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tapi jika mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media misalnya TV, radio atau surat kabar maka hal itu akan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Menurut Wawan (2014) Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.
10. Kepercayaan
Kepercayaan adalah sikap untuk menerima suatu pernyataan atau pendirian tanpa menunjukkan sikap pro atau anti kepercayaan sering diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya

pembuktian terlebih dahulu. Kepercayaan berkembang dalam masyarakat yang mempunyai tujuan dan kepentingan yang sama. Kepercayaan dapat tumbuh bila berulang kali mendapatkan informasi yang sama.

11. Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar. Intelegensi bagi seseorang merupakan salah satu modal untuk berfikir dan mengolah berbagai informasi secara terarah sehingga mampu menguasai lingkungan, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perbedaan intelegensi dari seseorang akan berpengaruh pula pada tingkat pengetahuan.

c. Tingkatan Pengetahuan di dalam Domain Kognitif

Menurut Notoatmodjo (2002) pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

- 1) Tahu (Know) Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah diberikan sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

- 2) Memahami (Comprehension) Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (Application) Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya)
- 4) Analisis (Analysis) Analisis dapat diartikan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis (Synthesis) Sintesis ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formasi baru dari formasi-formasi yang ada.
- 6) Evaluasi (Evaluation) Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

Notoadmojo (2012), mengatakan bahwa ada dua cara untuk memperoleh pengetahuan antara lain:

1. Cara tradisional atau nonilmiah, yakni tanpa penelitian ilmiah dengan cara:
 - a) Cara coba salah, cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan. Metode ini telah digunakan dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan masalah.
 - b) Secara kebetulan, penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh seseorang.
 - c) Cara kekuasaan atau otoritas, para pemegang otoritas baik pemimpin, pemerintahan, tokoh agama, maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama dalam penemuan pengetahuan. Dengan prinsip ini orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji atau membuktikan terlebih dahulu kebenarannya.
 - d) Berdasarkan pengalaman pribadi, pengalaman adalah guru yang baik demikian bunyi pepatah. Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan, hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang

e) diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi.

f) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan manusia, cara pikir manusia pun ikut berkembang, dari sinilah manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan (Wawan, 2014).

2. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan.

Cara ini disebut mode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi pengetahuan. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold van daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang saat ini kita kenal dengan nama penelitian ilmiah. Cara ini mencakup tiga hal pokok, yaitu :

- a) Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- b) Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan.
- c) Gejala-gejala yang timbul bervariasi, yaitu gejala yang berubah-ubah dalam kondisi tertentu.

Menurut Notoatmodjo (2005) Pengetahuan dapat diukur dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Menurut Erfandi

(2009) pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes / kuesioner tentang object pengetahuan yang mau diukur, selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0.

Jenis Statistic Deskriptif yang Digunakan Untuk Mengukur

Pengetahuan :

1) Prosentase

$$P = \frac{F_x}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

F_x = Frekwensi responden dengan kriteria tertentu

N = Jumlah total responden/sampel

2. Sikap

a. Definisi Sikap

Sikap tidak bisa dilepaskan dari kehidupan manusia karena sikap dapat memberikan ciri khas pada tingkah laku atau perbuatan seseorang. Sikap sangat berperan dalam kehidupan seseorang, penting karena apabila sikap tersebut telah terbentuk dalam diri seseorang maka sikap

akan menentukan tingkah laku seseorang dalam menghadapi obyek tertentu. Menurut Agus Sujana (1999), dimana sikap (attitude) merupakan salah satu dasar kepribadian, sikap secara dasar adalah pra-respons untuk membimbing dan mendorong suatu tingkah laku. sikap berhubungan dengan suatu objek atau sekelompok objek. Berbagai pendapat ahli psikologi tentang pengertian sikap, pada umumnya berpendapat bahwa sikap merupakan kecenderungan bereaksi terhadap objek-objek tertentu dengan cara-cara tertentu pula. Menurut Krech, dkk (1992), sikap sebagai suatu system yang bertahan lama mengenai penilaian secara positif atau negative terhadap obyek sosial, berkaitan dengan perasaan dan kecenderungan untuk setuju terhadap obyek sosial itu.

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya). (Notoatmodjo 2005). Sikap merupakan kecenderungan (*Tendency*) untuk mendekati (*approach*) atau menjauhi (*avoid*), atau melakukan sesuatu, baik secara positif maupun negatif terhadap suatu lembaga, peristiwa, gagasan atau konsep (Howard Kendler dikutip Yusuf dan Nurihsan, 2006).

Sikap adalah merupakan kecenderungan merespons (secara positif atau negatif) orang, situasi atau objek tertentu. (Sarwono,2008). Sikap mengandung suatu penilaian emosional atau afektif (senang,benci, dan sedih), kognitif (pengetahuan tentang suatu objek),dan konatif (kecenderungan bertindak) (Maulana, 2009). Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Fitriani, 2011).

Jadi dapat diambil kesimpulan sikap adalah suatu respon tertutup terhadap stimulus yang menyebabkan seseorang melakukan suatu perilaku atau tindakan.

b. Komponen Pokok Sikap

Menurut Alport (dalam Azwar, (1988:17) berdasarkan strukturnya sikap terbagi dalam tiga komponen yang saling berhubungan dan menunjang, yaitu komponen kognitif, komponen afektif dan komponen konatif. Komponen kognitif berisi kepercayaan dan stereotip yang dimiliki individu mengenai sesuatu dan merupakan hal yang dipercayai oleh subyek pemilik sikap tersebut, komponen afektif merupakan komponen perasaan yang menyangkut aspek emosi, Komponen konatif merupakan komponen aspek kecenderungan perilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh subyek. Tiga komponen yang membentuk perilaku antara lain:

1) Komponen Kognitif

Komponen kognitif berupa pengetahuan dan informasi mengenai obyek, mencakup fakta-fakta, pengetahuan, persepsi dan keyakinan tentang obyek, berisi kepercayaan mengenai obyek, sikap yang diperoleh dari apa yang dilihat dan diketahui, sehingga terbentuk ide, gagasan, atau karakteristik umum mengenai obyek sikap.

2) Komponen Afektif

Komponen afektif berkaitan dengan masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu obyek sikap. Komponen ini biasanya disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Selain itu komponen afektif merupakan fungsi evaluasi terhadap obyek, mengenai benar - salah, baik - buruk, setuju -tidak setuju. Bentuk subyektif ini berpengaruh besar pada rangkaian proses pembentukan sikap. Adanya pengaruh yang besar dari emosi akan membentuk sikap yang sangat subyektif bagi tiap individu.

3) Komponen Konatif

Komponen konatif merupakan kesiapan merespon obyek atau kecenderungan bertindak dengan obyek sikap. Berdasarkan hasil kerja pikir dan pengetahuan ditunjang dengan warna emosi timbul suatu kecenderungan untuk bertindak. Bentuk kecenderungan bertindak ini dapat berupa tingkah laku yang nampak, pernyataan atau

ucapan dan ekspresi atau mimic. Kecenderungan bersifat subyektif dan sangat dipengaruhi oleh emosi seseorang yang dianggap atau sesuai dengan perasaan yang akan menjadi bentuk kecenderungan terhadap objek.

Dari uraian di atas dapat dikatakan bahwa kepercayaan dan perasaan mempengaruhi perilaku. Artinya individu akan berperilaku dalam situasi tertentu akan berperilaku dalam tertentu akan banyak ditentukan oleh kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Kecenderungan berperilaku secara konsisten selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap seseorang. Untuk itu diharapkan sikap seseorang dapat dicerminkan dalam bentuk perilaku terhadap obyek, maka individu akan membantu, memperhatikan, berbuat sesuatu yang dapat menguntungkan obyek tersebut. Sebaliknya apabila individu memiliki sikap yang negative terhadap suatu obyek, maka individu itu akan mengecam, mencela, menyerang bahkan membinasakan obyek tersebut.

Para ahli sosial beranggapan ketiga komponen tersebut selaras dan konsisten dalam membentuk pola arah sikap yang seragam apabila subyek dihadapkan pada suatu obyek sikap yang sama atau serupa. Interaksi antara komponen kognisi, afeksi dan konasi tersebut akan menghasilkan sikap total (Mar'at, 1984). Dalam hal ini sikap

total individu dengan sendirinya akan tergambar dalam tingkah laku individu tersebut. Pada dasarnya sifat lebih bersifat pribadi, sedangkan tindakan atau kelakuan lebih bersifat umum atau sosial, karena itu tindakan lebih peka terhadap tekanan-tekanan sosial. Namun demikian tindakan atau tingkah laku manusia berkaitan erat dengan sikap yang dimilikinya. Pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting dalam menentukan sikap (Wawan, 2014).

c. Fungsi Sikap

Sebenarnya fungsi ^{bersikap} ini telah dijelaskan oleh Katz (Luthans, 1955) yang mana Katz menjelaskan bahwa dalam bersikap akan memiliki fungsi. Adapun fungsi sikap tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Fungsi instrumental, yaitu sikap yang dikaitkan dengan alasan praktis atau manfaat dan menggambarkan keadaan keinginannya atau tujuan.
- 2) Fungsi pertahanan ego, yaitu sikap yang diambil untuk melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga dirinya.
- 3) Fungsi nilai ekspresi, yaitu sikap yang menunjukkan nilai yang ada pada dirinya. Sistem nilai individu dapat dilihat dari sikap yang diambil individu bersangkutan (misalnya, individu yang telah menghayati ajaran agama, sikapnya akan tercermin dalam

- 4) tutur kata, perilaku, dan perbuatan yang dibenarkan ajaran agamanya).
- 5) Fungsi pengetahuan, yaitu setiap individu memiliki motif untuk ingin tahu, ingin mengerti, ingin banyak mendapat pengalaman dan pengetahuan, yang diwujudkan dalam kehidupan sehari-hari.
- 6) Fungsi penyesuaian sosial, yaitu sikap yang diambil sebagai bentuk adaptasi dengan lingkungannya (Wawan, 2014).

d. Teori Sikap

Teori kerangka sikap dibangun atas dasar pengetahuan yang dihasilkan dari kehidupan sehari-hari orang-orang yang mengakui bahwa individu-individu adalah konsumen aktif dari realitas mereka sendiri dan bahwa perspektif individu-individu itu sendiri merupakan sumber informasi yang paling penting mengenal pengalaman mereka (Riger, 1992). Teori ini mengklaim bahwa pengalaman, pengetahuan, dan perilaku komunikasi orang dibentuk sebagian besarnya oleh kelompok sosial dimana mereka tergabung.

e. Tingkatan Sikap

Seperti halnya pengetahuan yang memiliki beberapa tingkatan, begitu pula dengan sikap. Sikap juga memiliki beberapa tingkatan, antara lain:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima merupakan tingkatan sikap yang paling rendah. Di tingkatan menerima ini, seseorang ini bersedia dan memperhatikan stimulus yang diberikan, atau objek yang dihadapi. Misalnya, ketika seseorang dihadapkan dengan ilmu kesehatan, maka dia akan bersedia memberikan perhatiannya untuk informasi-informasi mengenai ilmu kesehatan tersebut. Walaupun dia belum memberi respon atau tingkatan sikap yang lain, dengan menerima setidaknya dia masih mau mempertimbangkan stimulus atau ide yang diberikan.

2) Merespon (*responding*)

Merespon atau responding ini artinya orang tersebut bersedia memberi jawaban jika diberi pertanyaan dan bersedia mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diterimanya. Hal ini merupakan indikasi dari keberadaan sikapnya. Dengan dia bersedia menjawab, mengerjakan dan menyelesaikan suatu tugas, maka artinya dia mau merespon dan menerima ide tersebut, terlepas dari benar atau tidaknya respon yang diberikannya.

3) Menghargai (*valuing*)

Tingkat yang ketiga adalah sikap menghargai atau valuing. Di sini, seseorang mau mengajak orang lain berdiskusi tentang suatu

masalah atau mengerjakan sesuatu bersama-sama. Misalnya, ketika seseorang mau mengajak orang lain datang mengunjungi restoran kesukaannya, maka berarti dia telah memiliki sikap positif terhadap restoran atau menu makanan di restoran tersebut. Contoh lainnya, ketika seorang atasan mengajak bawahannya berdiskusi dalam hal pekerjaan, artinya atasan tersebut memiliki sikap positif terhadap bawahan dan pekerjaannya

4) Bertanggungjawab (*responsible*)

Tingkatan sikap yang terakhir adalah bertanggung jawab atau responsible. Artinya, seseorang bersedia bertanggung jawab atas segala pilihan yang dibuatnya dan segala resiko yang mungkin muncul setelahnya. Bertanggung jawab ini adalah sikap yang paling tinggi karena orang tersebut pasti memiliki keberanian lebih untuk mempertahankan keputusannya, terlepas bagaimana pendapat orang lain tentang pilihannya tersebut.

e. Pembentukan dan Perubahan Sikap

Menurut Azwar (2008), pembentukan sikap dipengaruhi beberapa faktor, yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, dan faktor emosi dalam diri individu. Sementara itu, menurut

Krech, dkk (2005), pembentukan dan perubahan sikap dapat disebabkan oleh situasi interaksi kelompok dan situasi komunikasi media. Semua kejadian tersebut mendapatkan pengalaman dan pada akhirnya akan membentuk keyakinan, perasaan serta kecenderungan berperilaku. Menurut Sarwono(2000), terdapat beberapa cara untuk membentuk atau mengubah sikap individu, termasuk adopsi, diferensiasi, integrasi, trauma, dan generalisasi (Maulana, 2009).

1) Adopsi

Kejadian- kejadian dan peristiwa-peristiwa yang terjadi berulang-ulang dan terus menerus, lama kelamaan secara bertahap diserap kedalam diri individu dan memengaruhi terbentuknya suatu sikap. (misalnya pola asuh dalam keluarga).

2) Diferensiasi

Terbentuk dan berubahnya sikap karena individu telah memiliki pengetahuan, pengalaman, inteligensi dan bertambahnya umur. Hal yang pada awalnya dipandang sejenis, sekarang dipandang tersendiri dan lepas dari jenisnya sehingga membentuk sikap tersendiri. Sebagai contoh, anak yang semula takut terhadap orang yang belum dikenalnya, berangsur-angsur mengetahui mana yang baik dan yang jahat sehingga mulai dapat bermain dengan orang yang disukainya.

3) Integrasi

Sikap terbentuk secara bertahap. Diawali dari pengetahuan dan pengalaman terhadap objek sikap tertentu (misalnya, mahasiswa keperawatan yang rajin mengikuti perkuliahan, praktik klinik, dan mengikuti seminar-seminar keperawatan, akhirnya akan bersikap positif terhadap profesi keperawatan).

4) Trauma

Pembentukan dan perubahan sikap terjadi melalui kejadian yang tiba-tiba dan mengejutkan sehingga menimbulkan kesan mendalam. Sebagai contoh, individu yang pernah sakit perut karena membeli dan makan rujak dipinggir jalan sampai masuk rumah sakit, akan bersikap negatif terhadap makanan tersebut. Sikap terbentuk dan berubah karena pengalaman traumatic pada individu terhadap hal tertentu dapat menimbulkan sikap tertentu (positif atau negatif) terhadap semua hal. Sebagai contoh, pasien yang pernah mendapat perawatan yang tidak profesional dari seorang perawat akan memiliki sikap negative terhadap semua perawat (Wawan, 2014).

f. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Sikap dapat terbentuk dari adanya interaksi social yang dialami individu. Interaksi disini tidak hanya berupa kontak sosial dan hubungan antar pribadi sebagai anggota kelompok sosial, tetapi juga meliputi hubungan dengan lingkungan fisik maupun lingkungan

psikologis sekitarnya (Maulana, 2009). Proses belajar sosial terbentuk dari interaksi sosial. Dalam interaksi sosial, individu membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya. Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah:

- 1) Pengalaman pribadi. Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas.
- 2) Kebudayaan. Menurut B.F. Skinner (Azwar,2005) menekankan pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk kepribadian seseorang. Kepribadian tidak lain daripada pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah reinforcement (penguatan, ganjaran) yang dimiliki. Pola reinforcement dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut, bukan untuk sikap dan perilaku yang lain.
- 3) Orang lain yang dianggap penting. Pada umumnya, individu bersikap konformis atau searah dengan sikap orang-orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi

oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

- 4) Media massa. Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan memberi dasar afektif dalam mempersepsikan dan menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.
- 5) Institusi Pendidikan dan Agama. Sebagai suatu sistem, institusi pendidikan dan agama mempunyai pengaruh kuat dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.
- 6) Faktor emosi dalam diri. Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang

didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian bersifat sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang akan tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan lebih tahan lama. contohnya bentuk sikap yang didasari oleh faktor emosional adalah prasangka.

g. Pengukuran Sikap

Menurut Mar'at (2000) sikap adalah masalah yang banyak dibahas di dalam cabang Psikologi sosial karena memiliki kegunaan praktis. Oleh karena itu, diperlukan adanya upaya untuk memahami sikap dan perilaku seseorang, yaitu melalui pengukuran (*measurement*) dan pengungkapan (*assesment*) sikap. Sebagai landasan utama dari pengukuran sikap adalah pendefinisian sikap yang dikemukakan terdahulu dimana sikap terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavourable*) terhadap objek tersebut. Beragam teknik dan metode telah dikembangkan oleh para ahli dalam upayanya untuk mengungkap sikap manusia. Metode-metode pengungkapan sikap, yaitu pengamatan perilaku, wawancara langsung, pengungkapan langsung, dan skala sikap. (Rendi, 2017). Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak

langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan. Pertanyaan secara langsung juga dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan kata setuju atau tidak setuju terhadap pernyataan-pernyataan terhadap objek tertentu dengan menggunakan skala pengukuran.

Dalam hal ini skala yang digunakan adalah skala *Likert*, yaitu skala yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau kelompok orang tentang fenomena sosial. Dengan skala *Likert*, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrumen yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan, baik bersifat favorable (positif) ataupun bersifat *unfavorable* (negatif). Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala *Likert* mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negative.

Menurut Notoatmodjo (2005), dimana pertanyaan positif untuk mengukur sikap positif diberi skor 5, 4, 3, 2, dan 1. Sedangkan pertanyaan negatif untuk mengukur sikap negatif diberi skor 1, 2, 3, 4, dan 5 (Wawan, 2014).

B. Identifikasi Pasien

Identifikasi Pasien adalah suatu proses pelaksanaan penandaan pasien yang membedakan pasien satu dengan pasien yang lainnya. Yang diterapkan oleh suatu pelayanan kesehatan yang diatur sedemikian rupa bersifat konsisten, diberlakukan dengan suatu kebijakan yang diikuti dan dilaksanakan oleh semua unit yang terkait dan di pantau dalam pelaksanaannya di pelayanan kesehatan tersebut. (JCIA, 2017).

Sesuai standar JCI, Proses identifikasi yang digunakan di seluruh rumah sakit ini memerlukan setidaknya dua cara untuk mengidentifikasi pasien seperti nama pasien, nomor kartu identitas/KTP, tanggal lahir, gelang berkode batang atau cara lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak dapat digunakan untuk identifikasi.

Rumah sakit menetapkan proses identifikasi pasien yang seragam di seluruh rumah sakit, dengan menggunakan dua penanda identitas yang berbeda . Namun demikian, dua penanda identitas yang digunakan di unit rawat inap dapat berbeda dari dua penanda identitas di unit rawat jalan. Sebagai contoh, nama pasien dan nomor identifikasi atau nomor rekam medis dapat digunakan di seluruh area rawat inap, dan nama pasien serta tanggal lahir dapat digunakan di seluruh unit rawat jalan, seperti di unit gawat darurat, unit pelayanan rawat ambulatory atau area rawat jalan lainnya.

Untuk khusus tertentu rumah sakit dapat menyusun proses yang berbeda untuk identifikasi pasien; sebagai contoh, ketika terdapat pasien koma atau pasien yang mengalami kebingungan/disorientasi dan datang tanpa identitas, pada kasus bayi baru lahir di mana orang tua belum menentukan nama dengan segera, dan contoh lainnya.

Dua macam jenis penanda identitas yang berbeda diperlukan pada keadaan apapun dalam tindakan intervensi pada pasien. Sebagai contoh, pasien diidentifikasi sebelum mendapatkan terapi (seperti pemberian obat, pemberian darah atau produk darah; menyajikan nampan untuk pasien dengan diet ketat; atau melakukan terapi radiasi); sebelum melakukan tindakan invasif seperti memasukkan jalur intravena, sebelum tindakan diagnosis (seperti mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang), atau sebelum melakukan kateterisasi jantung atau puntindakan radiologi diagnostik. Dan juga identifikasi pada pasien koma yang tidak memiliki penanda identitas. (JCIA, 2017).

1) Tujuan Identifikasi Pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat yang harus diterapkan oleh semua rumah sakit yang terakreditasi. Kealahan karena kekliruan identifikasi pasien sering terjadi di hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan sehingga diperlukan ketepatan identifikasi untuk menghindari kesalahan prosedur dan pengobatan pada pasien.

Pelaksanaan identifikasi yang tepat adalah untuk menjamin keselamatan pasien. Hal ini terutama terutama dimaksudkan untuk dapat mengidentifikasi pasien yang dirawat inap secara tepat pada saat dilakukannya pelayanan maupun pengobatan.

Konsep identifikasi telah dijelaskan oleh para ahli, ada dua tujuan pelaksanaan identifikasi dengan benar sesuai dengan tuntutan standar akreditasi : pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima pelayanan atau pengobatan tertentu dan kedua , untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan diterima oleh pasien yang tepat (SNARS, 2017).

2) Defenisi Identifikasi Pasien

Identifikasi Pasien adalah suatu proses pelaksanaan penandaan pasien yang membedakan pasien satu dengan pasien yang lainnya. Yang diterapkan oleh suatu pelayanan kesehatan yang diatur sedemikian rupa bersifat konsiten, diberlakukan dengan suatu kebijakan yang diikuti dan dilaksanakan oleh semua unit yang terkait dan di pantau dalam pelaksanaannya di pelayanan kesehatan tersebut. (JCIA, 2017).

Keamanan pelayanan di rumah sakit salah satunya dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan identifikasi pasien diawal pelayanan akan berdampak pada kesalahanan pelayanan pada tahap selanjutnya (WHO, 2009).

Kesalahan karena identifikasi pasien sering terjadi hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan sehingga diperlukan adanya ketepatan identifikasi pasien (Nursalam, 2016).

Dari defenisi diatas dapat di simpulkan identifikasi pasien adalah suatu prosedur penandaan pasien yang membedakan pasien satu dengan yang lainnya yang harus dilakukan oleh setiap pemberi pelayan kesehatan kepada setiap pasien dalam menjalani semua prosdur diagnosis dan pengobatan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kesalahan yang mengancam keselamatan pasien dan keamanan pelayanan kesehatan tersebut.

3) Hubungan Identifikasi dengan Keselamatan Pasien

Keamanan pelayanan yang diberikan kepada pasien di sebuah rumah sakit dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan melakukan identifikasi pasien pada awal pelayanan akan berdampak pada kesalahan pelayanan pada tahap selanjutnya yang akan dilalui oleh pasien (WHO, 2009).

Ketepatan identifikasi pasien adalah suatu hal yang penting dalam menjaga keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan. Kesalahan karena kekeliruan mengenai identitas pasien merupakan hal yang amat fatal yang dapat menimbulkan akibat hingga kematian dan tentunya berkaitan dengan tuntutan hukum yang berat. Perlu

proses kolaboratif yang baik dari suatu system yang ada di rumah sakit untuk memperbaiki proses identifikasi pasien guna mengurangi kesalahan dalam melakukan identifikasi pasien.

Proses identifikasi pasien perlu dilakukan dari sejak awal pasien masuk rumah sakit yang kemudian identitas tersebut akan selalu dikonfirmasi dalam segala proses pelayanan yang diterima pasien selama mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, seperti pada saat sebelum mendapatkan pengobatan, menerima transfuse darah atau produk darah atau sebelum pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium, dan sebelum tindakan atau prosedur yang akan diterima pasien. Hal ini dilakukan untuk menghindari terjadinya kesalahan identifikasi pasien yang nantinya bisa berakibat fatal jika pasien menerima prosedur medis yang tidak sesuai dan tepat dengan keadaan pasien seperti salah pemberian obat, salah pengambilan darah bahkan salah tindakan medis tertentu (Permenkes RI, 2017).

Keselamatan pasien sebagai suatu upaya untuk mencegah terjadinya bahaya atau cedera pada pasien selama proses pengobatan. *United States Pharmacopoeia* melaporkan lebih dari satu juta kesalahan pengobatan terjadi di rumah sakit, diperkirakan 7.000

kematian akibat kesalahan pengobatan (*medication error*) (Hayward and Hofer, 2001).

Rumah sakit harus menjamin proses identifikasi ini berjalan dengan benar sejak pertama kali pasien melakukan proses pendaftaran. Resiko keselamatan pasien terjadi pada saat ditemukan adanya ketidakcocokan antara pasien dengan pelayanan kesehatan yang seharusnya diterima pasien. Kesalahan identifikasi pasien adalah akar masalah adanya banyak kesalahan yang terjadi.

Insiden keselamatan pasien (IKP) di Negara berkembang lebih serius daripada di negara industri. Studi yang dilakukan oleh WHO, tahun 2006 di 8 negara berkembang menyatakan IKP terjadi pada 2,5 % - 18,4 % dari 15.548 rekam medis di 26 rumah sakit, 83% diantaranya dapat dicegah, 30 % berhubungan dengan kematian dan 34 % berkaitan dengan kesalahan therapeutic pada situasi klinik yang realtif tidak kompleks. Laporan WHO pada studi yang melibatkan 11.379 pasien ranap di 58 rumah sakit di Argentina, Colombia, Costa Rica, Mexico and Peru oleh IBEAS (The Latin American Study Of Adverse Events) mengidentifikasi bahwa IKP terjadi pada 10% dari admisi akibat pelayanan kesehatan. (Wardhani, 2017)

Lembaga Nasional Keselamatan Pasien Inggris pada bulan November 2003 sampai Juli 2006 , melaporkan sebanyak 236

kejadian *near miss* berhubungan dengan kehilangan gelang identitas, dan adanya informasi yang salah pada gelang identitas pasien. Pada bulan Januari 2000 hingga Maret 2003, *United States Departement Of Veteran Affairs (VA) National Center For Patient Safety* melaporkan kejadian kesalahan identifikasi ditemukan pada lebih dari 100 analisa akar masalah. Dan selama 2009 hingga 2010, NSQHS Australia mencatat adanya 10 kejadian akibat kesalahan pasien atau anggota badan yang salah yang mendapatkan prosedur tertentu yang berdampak pada kematian atau kehilangan fungsi anggota tubuh secara permanen. Anggraeni, dkk (2014). “Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit”. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol 28, Suplemen No.1.

Data dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Indonesia selama empat bulan pada 2011 menemukan bahwa adanya kasus KTD (14,41%), dan KNC (18,53%) yang disebabkan oleh proses atau prosedur klinik (9,26%), medikasi (9,26%) dan pasien jatuh (5,15%). (Wardhani, 2017)

Dalam Standar Akreditasi Nasional Edisi 1 tahun 2017, Standar Keselamatan Pasien yang pertama adalah ketepatan identifikasi pasien dilanjutkan dengan peningkatan komunikasi efektif, peningkatan obat yang perlu di waspadai, kepastian tepat lokasi, tepat

prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan resiko pasien jatuh.

4) Pelaksanaan Identifikasi Pasien dalam pelayanan kesehatan

Proses identifikasi pasien perlu dilakukan dari sejak awal pasien masuk rumah sakit yang kemudian identitas tersebut akan selalu dikonfirmasi dalam segala proses di rumah sakit, seperti saat sebelum memberikan obat, darah atau produk darah atau sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan. Sebelum pengobatan dan tindakan atau prosedur tertentu. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi kesalahan identifikasi pasien yang nantinya bisa berakibat fatal jika pasien menerima prosedur medis yang tidak sesuai dengan kondisi pasien seperti salah pemberian obat, salah pengambilan darah bahkan salah tindakan medis (Permenkes RI, 2017).

Pelaksanaan identifikasi di rumah sakit umumnya dimulai dari pemberian gelang identitas kepada pasien. Pada saat pemasangan gelang identitas, pasien akan diberi tahu mengenai manfaat gelang yaitu untuk mencocokkan identitas pasien yang tercatat dalam rekam medis rumah sakit dengan identitas pasien sebenarnya, di rawat inap pasien akan diidentifikasi pada saat sebelum memberikan obat, darah atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan, sebelum memberikan pengobatan dan tindakan

prosedur. Sehingga jika pasien menolak untuk diberi gelang identitas maka pihak rumah sakit akan meminta bukti penolakan pemasangan gelang dan wajib menjelaskan resiko yang akan timbul jika tidak dipasang gelang. Selain itu pasien juga berhak untuk menolak tindakan medis yang akan dilakukan jika pihak rumah sakit tidak mengkonfirmasi lebih dahulu dengan melihat gelang pasien dan menanyakan identitas pasien.

Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan gelang identitas pasien yang berwarna putih untuk pasien dewasa., warna pink untuk bayi baru lahir perempuan dan biru untuk bayi baru lahir laki-laki. Prinsip yang harus dijelaskan oleh petugas pada saat identifikasi pasien adalah dengan menjelaskan manfaat pemasangan gelang, menjelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas dan menutupi gelang serta minta pasien untuk mengingatkan petugas jika akan melakukan tindakan atau memberikan obat tidak melihat gelang (SNARS, 2017).

5) Instrumen Survei identifikasi Pasien dengan benar

Sesuai dengan Panduan Instrumen Survei SNARS (2018), dalam mengidentifikasi pasien terdapat beberapa elemen penilaian antara lain:

1. Regulasi yang mendasari pelaksanaan identifikasi dalam bentuk Kebijakan dan standar prosedur yang mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.
2. Pasien diidentifikasi dengan menggunakan minimal dua (2) identitas pasien dan tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit. Ada bukti pelaksanaan identifikasi pasien pada semua rekam medis, tercetak dengan menggunakan tiga identitas : Nama pasien sesuai eKTP, tanggal lahir, dan nomor rekam medis.
3. Pasien diidentifikasi pada saat sebelum tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik, identifikasi dilakukan secara verbal atau visual.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet
5. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik dan identifikasi terhadap pasien koma.

6) Strategi Identifikasi Pasien

Kesalahan yang sering terjadi ketika melakukan identifikasi pasien pada suatu prosedur tertentu akan berdampak pada prosedur pemberian obat, pelaksanaan tindakan tertentu, pemeriksaan klinis pada pasien yang salah. WHO *Collaborating Center for Patient Safety*, dimotori oleh *Join Commission International Accreditation*, suatu badan akreditasi dari Amerika Serikat, pada tahun 2005 mengumpulkan pakar keselamatan pasien dari 100 negara dengan kegiatan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien dan mencari solusi berupa system atau intervensi sehingga mampu meningkatkan keselamatan pasien.

Pada tanggal 2 Mei 2007 WHO *Collaborating Center for Patient Safety* resmi menerbitkan panduan “*Nine Life Saving Patient Safety Solutions*” (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Dari 9 solusi keselamatan pasien, identifikasi terlihat pada urutan kedua. Adapun strategi yang dapat diterapkan pada pelayanan kesehatan dalam melaksanakan identifikasi pasien adalah sebagai berikut:

1. Menitik beratkan tanggung jawab petugas pada saat sebelum melakukan tindakan perawatan, pengobatan, pengambilan spesimen atau pemeriksaan klinis wajib memastikan identitas pasien secara benar.

2. Menerapkan pelaksanaan identifikasi dengan menggunakan dua identitas nama dan tanggal lahir pasien dan mencocokkan dengan nomor medical record pasien.
3. Menetapkan kebijakan dan standar prosedur yang jelas untuk mengidentifikasi pasien dan untuk membedakan identitas pasien dengan nama yang sama
4. Memberikan edukasi pasien untuk berpartisipasi dalam penerapan identifikasi pasien di rumah sakit.
5. Mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam semua tahapan proses perawatan di rumah sakit
6. Melaksanakan pemberian label pada wadah yang digunakan untuk pengambilan darah dan spesimen lainnya
7. Menetapkan kebijakan dan standar prosedur yang jelas untuk menjaga identitas sampel pasien pada pra-analitis, analitis dan proses pasca analitis
8. Menetapkan kebijakan dan standar prosedur yang jelas untuk mempertanyakan hasil laboratorium atau temuan tes lain ketika mereka tidak konsisten dengan riwayat klinis pasien
9. Menetapkan *double cross check* untuk pemeriksaan berulang dan review dalam rangka untuk mencegah multiplikasi otomatis dari kesalahan entry pada komputer.

7) Hasil Identifikasi Pasien

Kesalahan identifikasi pasien adalah adanya ketidakcocokan antara pasien yang terkait dengan identifikasi pasien yang akan mendapatkan pelayanan atau perawatan. Kesalahan identifikasi memiliki potensi untuk menimbulkan kejadian *adverse events* atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), *near miss* atau Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Potensi Cidera (KPC), dan Kejadian Tidak Cidera (KTC) dan kejadian sentinel (*Australian on Safety and Quality in Health Care*, 2008).

Kesalahan identifikasi pasien dapat berakibat fatal, misalnya kematian dan pemicu kesalahan lainnya. Berbagai bentuk kesalahan identifikasi pasien tersebut meliputi pemberian obat pada pasien yang salah, pembedahan pada pasien yang salah, pemeriksaan imaging pada pasien yang salah, pemberian transfusi transfusi pada pasien yang salah, pengambilan spesimen pada pasien yang salah. Hal tersebut dapat terjadi pada pelayanan kesehatan (Anggraeni, 2014).

C. Penelitian yang terkait dengan Identifikasi Pasien

Penelitian terkait kepatuhan perawat dalam pelaksanaan identifikasi pasien belum ada referensi yang menyatakan pernah di teliti, namun penelitian yang terkait dengan kepatuhan dan identifikasi sudah ada pada penelitian sebelumnya, perbedaannya dengan penelitian ini adalah penulis lebih menitik

beratkan kepada variable dependennya adalah kepatuhan perawat dan variable independennya pelaksanaan identifikasi pasien untuk mencapai keselamatan pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan. Terlampir data penelitian terkait sebagai berikut :

Tabel 1.1. Data Peneliti yang Terkait

NO	JUDUL PENELITIAN	NAMA PENELITI	TEMPAT DAN TAHUN PENELITIAN	RANCANGAN PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN	PERSAMAAN dan PERBEDAAN PENELITIAN	KELEMAHAN PENELITIAN
1	Hubungan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Secara Benar dengan Kepuasan pasien di IGD RSUP Prof, Dr. R.D. Kandou Manado	Thisna Sari Umaterate	RSUP Prof Dr. R.D Kandou Manado Tahun 2015	Desain penelitian ini adalah cross sectional, Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling	Variabel bebas : Pelaksanaan Identifikasi secara benar, Variabel terikat : Kepuasan pasien di IGD	Ada hubungan bermakna antara identifikasi secara benar dengan kepuasan pasien	Persamaan : Peneliti sama sama meneliti mengenai pelaksanaan identifikasi, Perbedaan : terletak pada variabel bebas dan variabel terikatnya,	Peneliti lebih berfokus kepada kepuasan pasien bukan pelaksanaan identifikasinya untuk keselamatan pasien.
2	Hubungan Karakteristik dan Tingkat Pengetahuan perawat terhadap pengelolaan keselamatan pasien di RS	Agung Cahyono	Stikes Binawan Tahun 2015	Desain penelitian deskriptif crossectional, dengan Pendekatan kuantitatif	Variabel bebas : Karakteristik dan tingkat pengetahuan peawat Variabel terikat : Pengelolaan keselamatan pasien di RS	Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perawat dan praktek keselamatan pasien. Hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan dan praktek keselamatan	Persamaan : Variabel bebasnya sama2 membahas tingkat pengetahuan. Perbedaan : Variabel terikatnya membahas skop lebih luas mengenai keselamatan pasien, sementara identifikasi adalah	Praktek keselamatan pasien tidak dirinci lebih detail sesuai dengan standar keselamatan pasien yang dipersyaratkan oleh SNARS 2017.

						pasien memiliki hubungan positif	salah satu bagian dari keselamatan pasien	
3	Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap RS	Dewi Anggraeni	Rumah Sakit Panti Nirmala Malang Tahun 2014	Penelitian ini merupakan studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data dilakukan dengan focus group discussion (FGD), wawancara, pengamatan serta studi dokumen. Identifikasi prioritas alternatif solusi menggunakan brainstorming dengan mempertimbangkan urgency, severity/seriousness, growth (USG).	Variabel bebas : Pelaksanaan sistem Identifikasi pasien, Variabel terikat : Sistem supervisi terhadap pelaksanaan sistem identifikasi	: Belum optimalnya pelaksanaan system identifikasi pasien berhubungan dengan system supervise terhadap pelaksanaan identifikasi yang belum optimal serta budaya safety yang perlu ditingkatkan	: Persamaan variabel bebasnya dan dengan variabel terikat peneliti sama yaitu pelaksanaan identifikasi pasien, Perbedaan : Variabel terikatnya lebih dititikberatkan kepada sistem supervisi pelaksanaan identifikasi	: Penelitian berhubungan dengan pelaksanaan supervise bukan karena kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi untuk keselamatan pasien

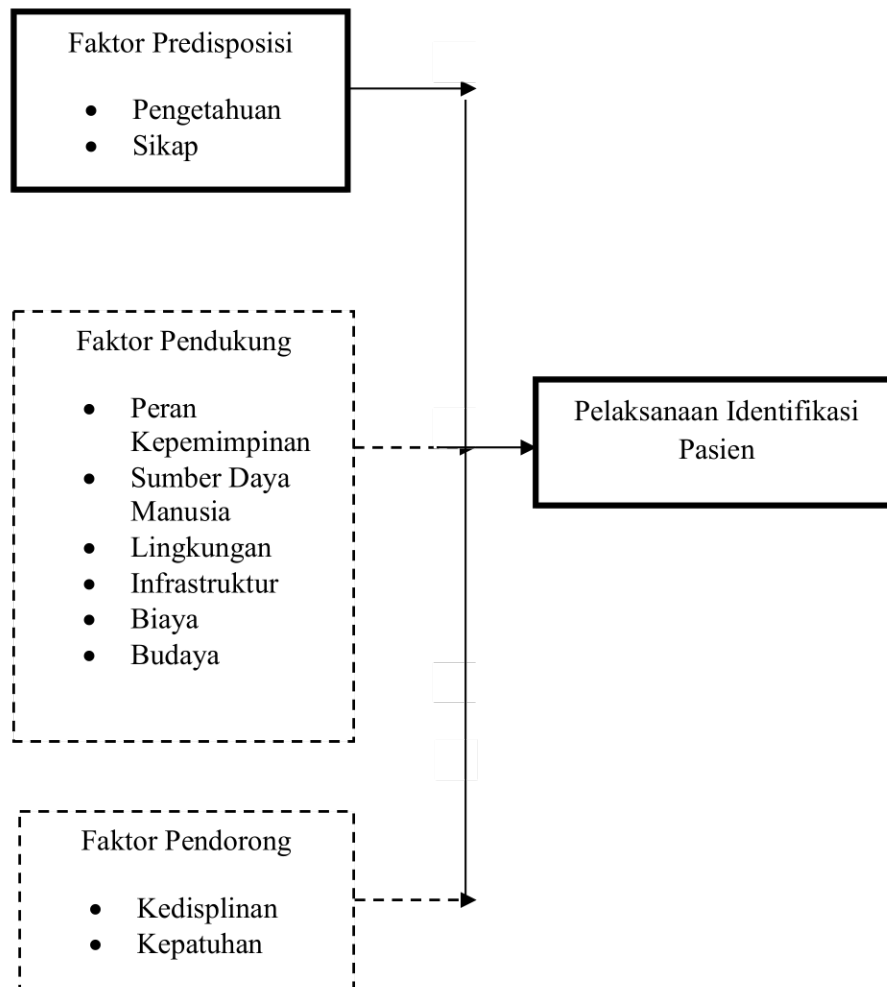
4	Gambaran Pengetahuan Pasien tentang pemasangan gelang identifikasi pasien di Instalasi Rawat Inap A BLU. RSUP Prof. Dr. R.D. Kandoun Manado	Ni Luh Ayu Widyana	RSUP Prof Dr. R.D Kandou Manado Tahun 2014	Penelitian ini menggunakan desain survey deskriptif	Variabel bebas : Gambaran Pengetahuan Pasien Variabel terikat : Pemasangan gelang identitas pasien di Instalasi Rawat Inap	: Gambaran pengetahuan pasien tentang pengertian pemasangan gelang identitas pasien di instalasi Rawat Inap A dalam kategori baik.	Persamaan : Sama2 membahas mengenai pengetahuan tentang identifikasi pasien Perbedaan : pengetahuan yang dibahas lebih dititik beratkan kepada pengetahuan pasien bukan perawatnya.	Peneltian lebih memfokuskan pada pengetahuan pasien bukan petugas yang akan melaksanakannya.
---	---	--------------------	--	---	--	--	---	--

D. Kerangka Teori

Kerangka teoritis adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor penting yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu. Arti teori adalah sebuah kumpulan proposisi umum yang saling berkaitan dan digunakan untuk menjelaskan hubungan yang timbul antara beberapa variabel yang diobservasi.

Berdasarkan tinjauan kepustakaan mengenai hubungan pengetahuan dan sikap perawat dalam melaksanakan identifikasi dengan pelaksanaan identifikasi untuk menjamin keselamatan pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru tahun 2019, Maka dirumuskan kerangka teori sebagai berikut :

Skema 2.1. Kerangka Teori



Sumber : Adaptasi dari Wawan (2014), Sutoto (2017) dan Notoatmodjo (2012).

Keterangan:

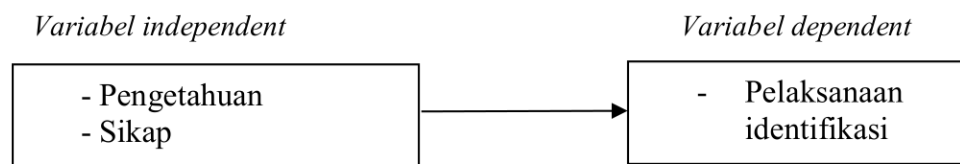
- = Variabel diteliti
- = Variabel tidak diteliti
- = Variabel dianalisis
- = Variabel tidak dianalisis

E. Kerangka Konsep

Dari uraian tinjauan pustaka yang telah diuraikan serta masalah penelitian yang dirumuskan, perlu dikembangkan suatu kerangka konsep penelitian. Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara setiap konsep masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepatuhan perawat dalam pelaksanaan identifikasi pasien di Aulia Hospital Pekanbaru.

Penyusunan kerangka konsep akan membantu untuk membuat hipotesis, menguji hubungan tertentu, dan membantu menghubungkan hasil penemuan dengan teori yang hanya dapat diamati atau diukur melalui variabel. Kerangka konsep menyajikan konsep mengacu pada masalah-masalah yang akan diteliti atau berhubungan dengan penelitian dan dibuat dalam bentuk diagram. Variabel yang diamati terdiri dari *variable independen* atau variabel bebas dan *variable dependen* atau variabel terikat. Variabel bebas pada penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap, sedangkan untuk variabel terikatnya yaitu pelaksanaan identifikasi pasien. Kerangka konsep dapat dilihat pada skema 2.2. di bawah ini.

Skema 2.2. Kerangka konsep



F. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pernyataan yang masih lemah dan membutuhkan pembuktian untuk menegaskan apakah hipotesis tersebut dapat diterima atau harus ditolak, berdasarkan fakta atau data empiris yang telah dikumpulkan dalam penelitian (Hidayat, 2007). Berdasarkan uraian teoritis tersebut, maka hipotesis pada penelitian ini adalah:

1. H_a : Ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.
2. H_a : Ada hubungan antara sikap perawat dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital tahun 2019.

BAB III

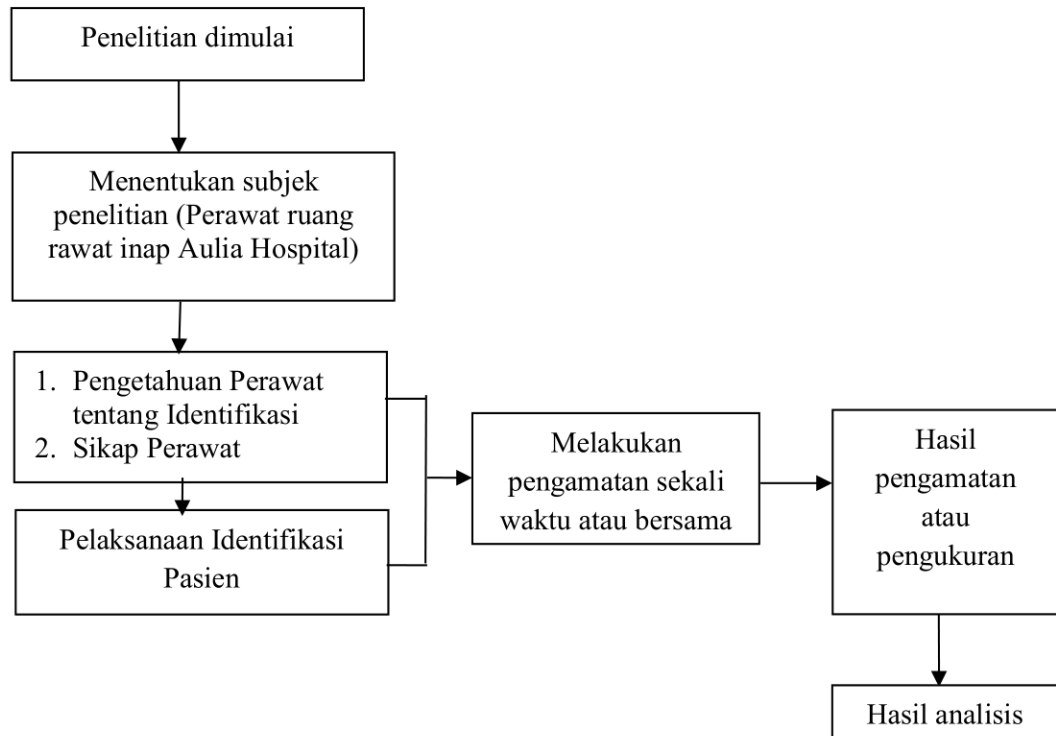
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan bentuk desain penelitian yang umumnya digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Hidayat,2011). Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi dan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptif korelasi adalah suatu penelitian yang menelaah hubungan antara 2 variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2005). Penelitian *cross sectional* jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran / observasi data variabel *independen* dan *dependen* hanya satu kali pada satu saat (Hidayat,2011).

1. Rancangan Penelitian

Skema 3.1 Rancangan Penelitian

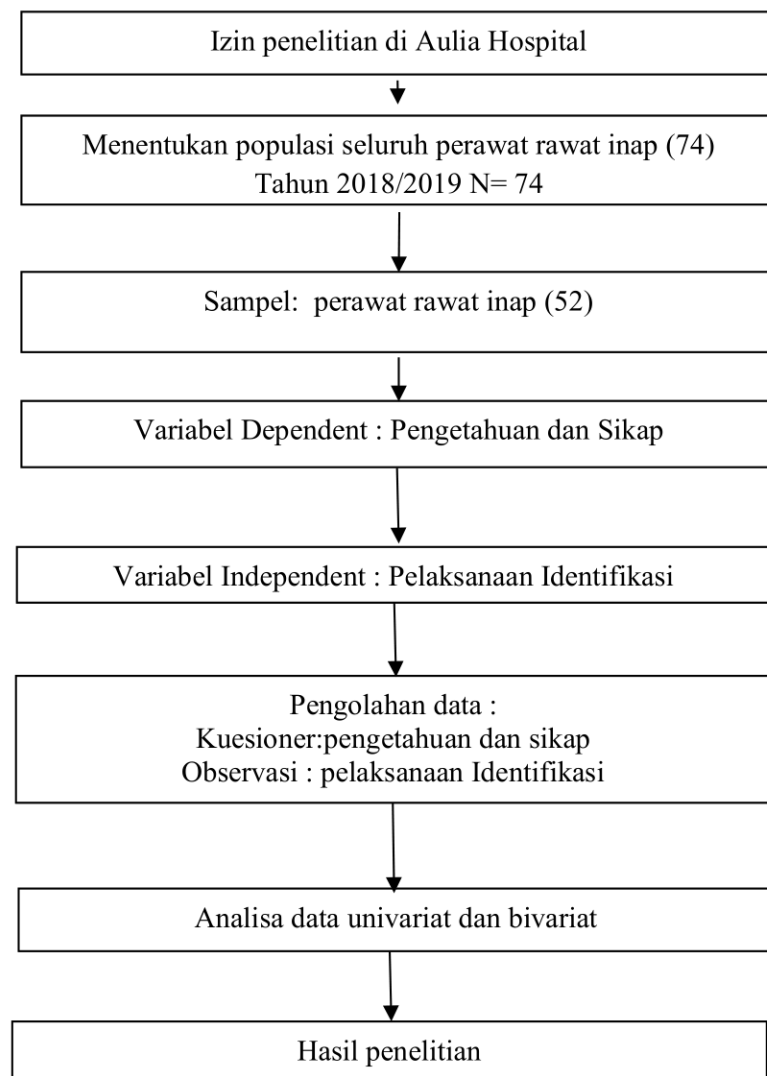


Sumber : Adaptasi dari Hidayat (2011)

2. Alur Penelitian

Alur penelitian dari penelitian ini dapat dilihat pada skema dibawah ini.

Skema 3.2 : Alur Penelitian



3. **Prosedur Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, prosedur yang dijalani oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- a. Setelah proposal penelitian mendapat persetujuan dari pembimbing, peneliti mengurus surat permohonan izin penelitian kepada Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru.
- b. Setelah mendapatkan izin penelitian dari ketua Program studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan, peneliti meminta izin kepada Direktur Aulia Hospital Pekanbaru.
- c. Peneliti membicarakan kepada manager keperawatan Aulia Hospital Pekanbaru untuk menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta diminta kesediaan untuk ikut membantu dalam pelaksanaan penelitian.
- d. Responden berjumlah sebanyak 52 orang, tidak sesuai dengan jumlah populasi dikarenakan adanya yang cuti melahirkan, cuti tahunan, tugas belajar selama 3 bulan, 3 hari dan 5 hari.
- e. Calon responden diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat prosedur penelitian yang akan dilakukan.

- f. Calon responden setuju maka diberikan lembar persetujuan peneliti untuk ditanda tangani.
- g. Selanjutnya responden diberikan penjelasan secara lisan tentang jaminan kerahasiaan jawaban.
- h. Pada saat pengisian kuesioner peneliti mendampingi dan menjelaskan cara pengisian.
- i. Setelah mendampingi pengisian kuesioner, peneliti juga melakukan observasi tindakan langsung pelaksanaan identifikasi pasien.

4. Variabel Penelitian

Variabel – variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah :

- a. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel respon, output, kriteria konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pelaksanaan identifikasi pasien.

- b. Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, input, predictor, dan antecedent. Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen.

Sedangkan variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap perawat.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru dengan alamat di Jl. HR. Soebrantas No. 63 Pekanbaru. Pemilihan Aulia Hospital Pekanbaru sebagai tempat penelitian karena dari fenomena yang di temukan peneliti bahwa adanya kejadian keselamatan pasien yang di sebabkan karena perawat tidak melaksanakan identifikasi pasien dengan tepat dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2. Waktu Penelitian

Kegiatan penelitian dilakukan tanggal 9 sampai 12 Mei 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di ruang rawat inap rumah sakit Aulia Hospital berjumlah 74 perawat. Rawat inap Aulia terdiri dari ruangan naimah ward 10 perawat, zulaika ward 16 perawat, zaidar ward 16 perawat, joebhar suite 7 perawat, NICU/PICU 10 perawat, dan

ICU/ICCU/HCU 15 perawat.

2. Sampel dan Kriteria Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2007). Sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik pengambilan *Total Sampling*. Teknik sampel dengan cara mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2013). Namun dalam penelitian ini sampel yang bisa diambil dari total populasi sebanyak 52, hal ini terjadi karena ada yang sedang cuti melahirkan, cuti tahunan dan sakit.

Sedangkan kriteria sampel ada dua kriteria yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Penentuan kriteria sampel diperlukan untuk mengurangi hasil penelitian yang bias. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang harus dipenuhi setiap masing-masing anggota populasi yang akan dijadikan sampel penelitian. Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak bisa dijadikan sebagai sampel penelitian. (Notoatmodjo, 2010).

Kriteria inklusi dalam pengambilan sampel adalah :

- a. Seluruh perawat di ruang rawat inap Aulia Hospital
- b. Pendidikan minimal DIII Keperawatan

Kriteria eksklusi yang ditetapkan adalah:

- a. Perawat yang tidak bisa ditemui selama penelitian karena sakit, cuti, izin pelatihan.
- b. Perawat yang tidak bersedia menjadi responden.

D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia maka etika penelitian harus diperhatikan (Hidayat,2011). Dalam penelitian ini peneliti mengajukan permohonan izin kepada Direktur Aulia Hospital untuk mendapatkan persetujuan. Adapun masalah etika penelitian menurut Hidayat (2011) adalah sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed consent*)

Informed consent diberikan sebelum melakukan penelitian. *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara penelitan dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain:

partisipasi pasien, tujuan dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lain-lain.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

E. Teknik Pengumpulan Data

Untuk keperluan analisa data, peneliti memerlukan sejumlah data pendukung yang berasal dari dalam dan luar lapangan. Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder.

1. Data primer yaitu dikumpulkan sendiri oleh peneliti dengan

melakukan anamnesa berdasarkan data monitoring evaluasi, hasil wawancara kepada koordinator dan hasil wawancara serta observasi kepada perawat tujuannya disesuaikan dengan keperluan peneliti.

2. Data sekunder diperoleh melalui pengumpulan atau pengolahan data yang bersifat studi dokumentasi penelaah terhadap dokumen pribadi, resmi kelembagaan, referensi-referensi yang memiliki relevansi dengan dengan fokus permasalahan penelitian.

F. Alat Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan alat pengumpulan data berupa lembar kuesioner. Kuesioner merupakan alat ukur berupa angket atau kuesioner dengan beberapa pertanyaan (Hidayat, 2011). Peneliti menyusun kuesioner sendiri berdasarkan tinjauan teoritis yang ada. Lembar kuesioner diberikan oleh peneliti kepada perawat yang ada di ruang rawat inap Aulia Hospital.

Kuesioner akan mengukur pengetahuan, sikap dan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap Aulia Hospital. Untuk mengukur pengetahuan perawat tentang identifikasi pasien diberikan pertanyaan sebanyak 20 pertanyaan dalam bentuk *Multiple Coise*, jika responden menjawab benar diberi nilai 1 dan jika menjawab salah diberi nilai 0.

Untuk pengukuran sikap keluarga tentang pelaksanaan identifikasi pasien dengan menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari 10 pernyataan.

Menurut Machfoedz (2008), skala *Likert* menyediakan atau 5 alternatif jawaban dan setiap jawaban sudah tersedia nilainya. Dalam skala *Likert*, item ada yang bersifat *favourable* (positif) terhadap masalah yang diteliti, sebaliknya adapula yang bersifat *unfavourable* (negatif) terhadap masalah yang diteliti. Jumlah item yang positif maupun yang negative sebaiknya harus seimbang atau sama. Kuesioner ini terdiri dari 5 pernyataan positif dan 5 pernyataan negatif. Untuk mengukur sikap perawat, peneliti menggunakan skala *Likert* dengan 4 pilihan jawaban yang diberikan yaitu Sangat Tidak Setuju (STS), Tidak Setuju (TS), Setuju (S) dan Sangat Setuju (SS). Untuk alternatif jawaban positif, jika responden menjawab “SS” maka akan diberi nilai 4, jika menjawab “S” maka akan diberinilai 3, jika menjawab “TS” maka akan diberi nilai 2 dan jika menjawab “STS” setuju maka akan di beri nilai 1.

Untu alternatif jawaban negatif, jika responden menjawab “SS” maka akan di beri nilai1, jika menjawab “S” maka akan diberinilai 2, jika menjawab “TS” maka akan diberi nilai 3 dan jika menjawab “STS” setuju maka akan diberinilai 4. Untuk mengukur pelaksanaan identifikasi pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit Aulia Hospital, indikator pelaksanaan identifikasi pasien yang akan dicantumkan pada lembar kuesioner kepada responden terdiri dari 5 indikator yang sudah baku sesuai dengan instrumen survei identifikasi dalam Standar Akreditasi

Nasional Rumah Sakit (SNARS, 2017) .

Dalam kuesioner akan diberikan jawaban ya jika perawat melaksanakan identifikasi pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan dan tidak jika perawat tidak melaksanakan identifikasi pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan. Jika responden menjawab ya diberi nilai 1 dan jika menjawab tidak diberi nilai 0.

G. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui tingkat kevalidan dari instrument yang digunakan dalam pengumpulan data dengan cara mengkorelasikan setiap skor variabel jawaban dibandingkan dengan dengan total skor masing-masing variabel, kemudian hasil korelasi dibandingkan dengan nilai mutlak pada pada taraf signifikansi 0,05 dan 0,01 (Arikunto, 2010).

Sebelum kuesioner disebarkan secara resmi terlebih dahulu dilakukan uji validitas dengan menggunakan rumus korelasi *pearson product moment* dengan sistem komputerisasi. Kuesioner berjumlah 30 pertanyaan terdiri dari 20 pertanyaan pengetahuan tentang identifikasi pasien dan 10 pernyataan sikap tentang identifikasi pasien. Uji coba dilakukan kepada 20 responden, dalam hal ini adalah perawat ruang rawat inap di RS

Sansani Pekanbaru, dimana RS Sansani memiliki tipe RS yang sama dengan Aulia Hospital yaitu sama sama RS Tipe C.

Uji validitas dilakukan dengan hasil untuk pertanyaan pengetahuan diperoleh nilai r hitung $>$ r tabel (0.444), maka 20 pertanyaan dinyatakan valid, sedangkan untuk pernyataan sikap diperoleh nilai r hitung $>$ r tabel (0.444), maka 10 pernyataan sikap dinyatakan valid (hasil uji validitas terlampir).

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran ini tetap konsisten bila dilakukan pengukuran terhadap kasus yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Arikunto 2010).

Uji Reliabilitas pada penelitian ini menggunakan teknik dengan sistem perhitungan yang menggunakan rumus *alpha Cronbach* dengan sistem komputerisasi, untuk pertanyaan pengetahuan diperoleh nilai *alpha* 0.960 $>$ konstanta (0.444), maka pernyataan dinyatakan reliabel dan untuk pernyataan sikap diperoleh nilai *alpha* 0.684 $>$ konstanta (0.444), maka pernyataan sikap tersebut dinyatakan reliabel (hasil uji reliabilitas terlampir).

H. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variable secara operasional berdasarkan karakteristik yang diteliti, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian, sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel dapat diukur dan ditentukan karakteristiknya (Hidayat, 2011).

Definisi operasional dari variabel – variabel penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.1 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel Independen	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Pengetahuan perawat tentang identifikasi pasien	Segala yang diketahui oleh responden tentang identifikasi pasien defenisi, manfaat, identifikasi, unit pelaksana, dan pada saat kapan identifikasi harus dilakukan	Kuesioner Tulisan dengan 20 Pertanyaan	Ordinal	0. Kurang jika responden mendapat nilai < 56 % (< 12 soal yg dijawab benar) 1. Baik jika responden mendapat nilai $\geq 56\%$ (≥ 12 soal di jawab benar)
2	Sikap perawat dalam identifikasi pasien	Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Fitriani, 2011)	Kuesioner dengan 10 Pernyataan	Ordinal	0. Negatif jika nilai $X < \text{mean}$ (34,69) 1. Positif Jika nilai $X \geq \text{mean}$ (34,69)

3.	Pelaksanaan identifikasi pasien oleh perawat	Upaya dalam menerapkan identifikasi pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan instrumen survei penilaian identifikasi dalam SNARS (2017) :	Observasi Langsung	Ordinal	0.Tidak
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat melakukan identifikasi saat menerima pasien baru. 2. Perawat memastikan pasien terpasang gelang identitas pasien 3. Perawat mengidentifikasi dengan menggunakan minimal 2 yakni nama dan tanggal lahir dan dicocokkan dengan data rekam medis pasien dan gelang pasien. 4. Ada bukti pelaksanaan identifikasi pasien pada semua rekam medis, tercetak dengan menggunakan tiga identitas : Nama pasien sesuai eKTP, tanggal lahir, dan nomor rekam medis. 			<p>Dilakukan, Jika responden Tidak melakukan identifikasi pada salah satu prosedur yang wajib dilakukan identifikasi sesuai dengan instrumen survei penilaian identifikasi sesuai SNARS 2017.</p> <p>1. Dilakukan, Jika responden melakukan identifikasi pada semua prosedur yang wajib dilakukan identifikasi sesuai dengan instrumen survei penilaian identifikasi sesuai SNARS 2017.</p>

-
5. Perawat melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat.
 6. Perawat melakukan identifikasi sebelum pemberian Transfusi darah.
 7. Perawat melakukan identifikasi pasien sebelum pengambilan sample darah atau spesimen lainnya.
 8. Perawat mengidentifikasi pasien sebelum pemberian cairan intravena.
 9. Perawat mengidentifikasi pasien sebelum prosedur radiologi diagnostik.
 10. Perawat mengidentifikasi pasien sebelum hemodialisis.
-

I. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Sebelum data dianalisa, terlebih dahulu dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut:

a. *Editing*

Setelah kuesioner selesai diisi kemudian dikumpul langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data, apakah data dapat dibaca atau tidak. Kuesioner yang belum lengkap diisi oleh responden, peneliti langsung meminta responden melengkapinya saat itu juga.

b. *Coding*

Untuk mempermudah dalam pengumpulan data, peneliti memberikan kode berupa angka pada semua variable yaitu mulai dari karakteristik responden yang terdiri dari jenis kelamin, umur, pendidikan, dan pengalaman kerja perawat, jawaban dari kuesioner pengetahuan, sikap serta pelaksanaan identifikasi pasien.

c. *Entry*

Peneliti memasukkan seluruh data yang telah dikumpulkan yang diperlukan dalam penelitian ini dan mengolah data tersebut serta menganalisisnya dengan menggunakan program komputer.

d. *Cleaning*

Data yang sudah ada dicek lagi kelengkapannya, sehingga data siap untuk dianalisa.

e. *Processing*

Data diproses dengan mengelompokkan kedalam variabel yang

sesuai.

f. *Analyzing*

Dalam penelitian ini digunakan analisa univariat dan analisa bivariat menggunakan program komputer (Hidayat, 2011).

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Tujuan dari analisa univariat ini adalah untuk menjelaskan / mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variable yang diteliti (Hastono,2007). Analisa ini digunakan untuk melihat gambaran masing-masing variabel, dengan menggunakan distribusi frekuensi dalam bentuk persentase dan narasi yang diantaranya adalah karakteristik perawat (data umum) yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, masa kerja, dan kemampuan dalam pelaksanaan identifikasi pasien serta memperoleh gambaran dari variable yang diteliti yaitu variable pengetahuan (kurang dan baik), variable sikap (positif dan negatif), dan variable pelaksanaan identifikasi (dilakukan dan tidak dilakukan) pasien pada perawat di ruang rawat inap Aulia Hospital. Menurut Machfoedz (2008), teknik analisa data dapat diperhitungkan dengan rumus :

Keterangan :

P : Nilai persentase responden

F : Jumlah jawaban yang benar

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

N : Jumlah soal

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variable *independen* (pengetahuan dan sikap tentang identifikasi pasien) dengan variable *dependen* (pelaksanaan identifikasi pasien). Untuk mengetahui hubungan antara variable digunakan uji statistik *Chi-square* (X^2) dengan tingkat kemaknaan ($\alpha = 0,05$). Rumus *chi-square* yaitu:

$$X^2 = \frac{\sum(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan :

f_0 : Nilai Observasi

f_e : Nilai Harapan

Uji *Chi-square* digunakan untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data dan untuk mengetahui hubungan antara variable kategorik dengan variable katagorik (Hidayat, 2011). Apabila $p\text{-value} \leq \alpha = 0,05$ maka dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, sehingga H_a dapat diterima, sedangkan apabila $p\text{-value} > \alpha = 0,05$ artinya tidak ada hubungan yang bermakna, maka H_a ditolak.