



# Analysis of the Accuracy Implementation of Patient Identification Based on Objective Standards of Patient Safety at Surya Insani Hospital Pasir Pangaraian

## Analisis Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Berdasarkan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Surya Insani Pasir Pangaraian

Ahmed Mawardi<sup>1</sup>, Asriwati<sup>2</sup>, Jamaluddin<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Institusi Kesehatan Helvetia

### ABSTRACT

Identifikasi pasien merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Surya Insani. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dimana pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, dan telaah dokumen. Informan yang menjadi narasumber yaitu tim keselamatan pasien, manajer keperawatan, kepala ruangan, petugas pendaftaran, perawat, bidan, pasien dan pendamping pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Surya Insani sudah berjalan tetapi belum sesuai standar. Pengetahuan petugas kesehatan masih kurang; petugas tidak melakukan verifikasi data pasien; dan pasien tidak teredukasi dengan baik terkait pelaksanaan identifikasi pasien. Pelaksanaan identifikasi pasien tidak berjalan dengan baik karena karyawan yang sering berganti, kurangnya sosialisasi yang diberikan kepada petugas, kepatuhan petugas pada SPO masih kurang, dan tidak ada pelaporan pelaksanaan identifikasi pasien. Beberapa saran yang direkomendasikan dalam penelitian ini adalah rumah sakit perlu melakukan pengendalian dan pencegahan terhadap turnover intention karyawan; tim keselamatan pasien rumah sakit perlu melakukan sosialisasi prosedur identifikasi pasien; melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien; dan perlunya menekankan tanggung jawab petugas dalam menjelaskan pentingnya identifikasi pasien dan kegunaan gelang identitas pada saat pemasangan gelang identitas.

### ABSTRAK

Patient identification is one of the goals of patient safety at the hospital. This research aimed to analyze the accuracy implementation of patient identification at Surya Insani Hospital. The research is research qualitative descriptive where data collection was carried out by interview, observation, and document review. The informants were patient safety team, nursing manager, room head, registration officer, nurse, midwife, patient and their companion. The results showed that the implementation of patient identification at the Hospital was running but not in accordance with standards. Health worker knowledge as still lacking; the officer did not verify patient data; and the patient was not well educated regarding the implementation of patient identification that did not run well because of the employees were frequently changing, the lack of socialization provided to the officers, the compliance of officers at the SOP was still lacking, and there was no reporting of it. Suggestion for hospitals to control and prevent employee turnover intentions; the hospital patient safety team needs to disseminate the patient identification procedure; recording and reporting the accuracy implementation of patient identification; and the need to emphasize the officer's responsibility in explaining the importance of identification patients and usefulness of bracelet identity at the time of the installation of bracelet identity.

**Keywords :** Identifikasi Pasien, Keselamatan Pasien, Pengetahuan

**Kata Kunci :** Patient Identification, Patient Safety, Knowledge

Correspondence : Ahmed Mawardi  
Email : [mawar.diahmed@gmail.com](mailto:mawar.diahmed@gmail.com) , 0812 6437 7006

• Received 01 Juli 2020 • Accepted 03 September 2020 • p - ISSN : 2088-7612 • e - ISSN : 2548-8538 •

DOI: <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol6.Iss2.546>

## PENDAHULUAN

Indonesia belum mampu bersaing dengan rumah sakit di luar negeri di era globalisasi ini. Fokus permasalahan yang menyebabkan hal tersebut salah satunya yaitu dengan krisis ketidakpercayaan dari masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan dimana semakin seringnya muncul dugaan malpraktik dan salah diagnosis oleh petugas kesehatan (Adisasmito 2008). Untuk itu perlunya peningkatan keselamatan pasien rumah sakit dengan harapan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dapat meningkat. Dengan adanya program keselamatan pasien dapat mengurangi Kejadian Tak Diharapkan (KTD), yang dapat berdampak pada peningkatan biaya pelayanan, menimbulkan konflik antara petugas kesehatan dengan pasien, menimbulkan tuntutan hukum, tuduhan malpraktik, yang akhirnya menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit (Kemenkes RI 2015).

Keselamatan pasien merupakan sistem yang dibentuk rumah sakit untuk mencegah dan mengurangi kesalahan dalam perawatan terhadap pasien akibat dari kelalaian atau kesalahan asuhan yang diberikan. Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan kepada pasien di rumah sakit yang aman dan tidak merugikan pasien. Semua komponen pelayanan kesehatan rumah sakit meliputi dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya (Setiowati et al. 2013).

Keselamatan pasien di rumah sakit dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Karena salah identifikasi pasien diidentifikasi sebagai akar penyebab banyak kesalahan yang terjadi. Kesalahankarena kekeliruan identifikasi pasien terjadi di hampir semua aspek atau tahapan diagnosis dan pengobatan sehingga diperlukan adanya ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan identifikasi pasien dapat mengakibatkan dampak yang serius bagi pasien seperti medication errors, kesalahan pemberian obat, salah dalam transfusi darah, pemberian prosedur pengobatan pada orang yang salah, bahkan bisa menyebabkan penyerahan bayi pada keluarga yang salah (Abdellatif, James P Bagian, et al. 2007).

Pada tahun 2000 Institute of Medicine di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengejutkan banyak pihak ("wake up call") : "TO ERR IS HUMAN", Building a Safer Health System. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Kejadian tidak diharapkan (KTD) atau Adverse Event di Utah dan Colorado ditemukan sebesar 2,9%, dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York, KTD adalah sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai Negara; Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang

3,2-16,6%. Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (Kemenkes RI 2015).

Gerakan keselamatan pasien di Indonesia dimulai ketika Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) mengambil inisiatif membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada tahun 2005 (Kemenkes RI 2015). Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Indonesia berdasarkan jenisnya dari 145 insiden yang dilaporkan didapatkan kejadian nyaris cidera (KNC) sebanyak 69 kasus (47,6%), KTD sebanyak 67 kasus (46,2%), dan lain-lain sebanyak 9 kasus (6,2%). Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa masih banyaknya masalah patient safety yang seharusnya dapat dicegah dengan penerapan International Patient Safety Goal. Walaupun telah ada laporan insiden yang diperoleh, perhitungan kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien masih sangat terbatas.

Penelitian Ismaniar (2012) di salah satu rumah sakit swasta di Riau menunjukkan hasil dari 42 kasus laporan insiden, terjadi 45,22% medication error, 2,38% mengakibatkan kematian dan 50% kasus tidak dilakukan analisis. Tidak ada laporan internal dan eksternal yang dilakukan oleh tim KPRS (Ismaniar 2015). Sama halnya dengan data di tingkat provinsi, laporan keselamatan pasien di tingkat kabupaten juga tidak tercatat dan terlapor. Di Kabupaten Rokan hulu terdapat 6 rumah sakit, dimana salah satunya adalah Rumah Sakit Surya Insani. Dari enam sasaran keselamatan pasien, pelaksanaan identifikasi di Rumah Sakit Surya Insani masih belum mencapai target yang ditetapkan. Hal ini yang mendasari peneliti untuk melakukan analisis terhadap pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Surya Insani.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif, dengan informan penelitian adalah orang yang mengetahui permasalahan secara mendalam, mampu dan memiliki pengetahuan luas serta bersedia memberikan informasi dengan baik dalam proses kegiatan penyelenggaraan identifikasi pasien. Informan utama adalah ketua tim keselamatan pasien rumah sakit; petugas yang terlibat langsung dalam proses kegiatan identifikasi pasien, yaitu perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya yang berhubungan langsung dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kemudian dipilih juga informan pendukung yaitu Pasien, dan Keluarga pasien. Teknik penentuan subjek penelitian menggunakan metode purposive. Cara pengumpulan data dengan melakukan wawancara mendalam, observasi langsung dan telaah dokumen. Pedoman wawancara dan lembar observasi digunakan sebagai instrumen penelitian. Wawancara dilakukan untuk mengetahui pengetahuan petugas terhadap identifikasi pasien, kemudian peneliti mengobservasi langsung terhadap petugas dalam pelaksanaan identifikasi pasien. Penelitian dilakukan sejak bulan

Agustus hingga September 2019. Adapun langkah-langkah yang peneliti lakukan adalah: 1) observasi petugas dalam melakukan identifikasi pasien 2) telaah dokumen, 3) wawancara dengan informan. Analisis dilakukan terhadap data yang telah dikumpulkan, disajikan dalam bentuk naratif deskriptif. Untuk menjamin keabsahan data, maka peneliti melakukan pengumpulan data dengan teknik triangulasi. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik triangulasi sumber.

## HASIL

Terdapat lima elemen yang harus dipenuhi pada sasaran ketepatan identifikasi pasien, yaitu: ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien, identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal dua identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit, identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik, pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet, 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.

Dalam pemenuhan elemen pertama pada sasaran ketepatan identifikasi pasien, Rumah Sakit Surya Insani sudah menyiapkan dokumen-dokumen yang dibutuhkan untuk memenuhi sasaran ketepatan identifikasi pasien, seperti Peraturan Direktur, Standar Prosedur Operasional (SPO), dan Panduan Identifikasi Pasien. Kebijakan terkait Ketepatan Identifikasi Pasien, yaitu Peraturan Direktur Nomor 009/RSSI/PER-DIR/III/2017 tentang Identifikasi Pasien Rumah Sakit Surya Insani.

Kebijakan tentang ketepatan identifikasi pasien mengatur tentang identifikasi pasien harus menggunakan minimal dua identitas (nama dan tanggal lahir pasien) dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan elemen kedua dalam sasaran ketepatan identifikasi pasien. Kebijakan tersebut sudah berjalan, tetapi belum semua terbiasa melakukan ketepatan identifikasi pasien sesuai dengan peraturan yang ada. Identifikasi pasien sudah dilakukan oleh perawat, tetapi terkadang mereka lupa untuk menggunakan dua identitas. Pencatatan dan pengawasan juga belum dijalankan oleh tim keselamatan pasien terhadap pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien. Berikut kutipan wawancara dengan tim keselamatan pasien mengenai pelaksanaan Peraturan Direktur tentang Identifikasi Pasien :

*"Pelaksanaannya sudah berjalan pasien diberikan gelang identitas yang berisi tiga identitas disana, nama, nomer rekam medis sama tanggal lahir. Identitas itu yang nulis petugas pendaftaran baru kemudian*

*diberikan ke perawat igd atau poliklinik untuk dipakekan gelangya kalau pasien rawat inap. Nah perawat pun ketika memasang infus, memberikan obat atau mengambil darah memang sudah kroscek minimal nama sama tanggal lahir. Kalau secara praktek mungkin sudah jalan, pencatatannya kita yang belum."*(TKP1)

Standar Prosedur Operasional (SPO) merupakan salah satu dokumen yang juga dibutuhkan untuk memenuhi elemen sasaran ketepatan identifikasi pasien. Tim keselamatan Rumah Sakit Surya Insani juga sudah membuat SPO tentang Identifikasi Pasien. Terdapat sepuluh SPO yang dibuat untuk ketepatan identifikasi pasien, yaitu Pemasangan gelang identifikasi, penggelangan ulang pasien, identifikasi pasien rawat inap dan pasien yang melakukan tindakan di kamar operasi, identifikasi melakukan tindakan medis, Identifikasi pasien poliklinik, identifikasi pasien sebelum pemberian pengobatan dan tindakan, identifikasi sebelum pemberian darah dan atau produk darah, identifikasi sebelum pemberian obat, identifikasi sebelum pengambilan darah dan specimen klinis, dan pasien menolak pemasangan gelang identifikasi. Secara keseluruhan, identifikasi pasien yang dibuat oleh tim keselamatan sudah sesuai dengan standar akreditasi.

*"SPO kita juga sudah punya, pokja SKP yang membuat sesuai dengan elemen akreditasi, semua elemen akreditasi dimasukkan di SPO itu"*(TKP1)

Panduan identifikasi pasien juga sudah dibuat oleh tim keselamatan pasien. Panduan ini dibuat untuk tatalaksana identifikasi pasien secara rinci yang sudah disesuaikan dengan Rumah Sakit Surya Insani, panduan tersebut diperlukan karena Peraturan Direktur tentang identifikasi pasien di Rumah Sakit Surya Insani tidak membahas secara rinci tatalaksana identifikasi pasien.

Perawat dan bidan merupakan petugas yang akan sering melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan kepada pasien. Berdasarkan hasil wawancara terhadap perawat dan bidan yang ditanyakan mengenai kebijakan ketepatan identifikasi pasien, beberapa perawat dan bidan mengatakan bahwa peraturan terkait ketepatan identifikasi ada berupa SPO dan ditempatkan di nurse station. Perawat lainnya mengatakan bahwa peraturan ketepatan identifikasi pasien dilakukan sesuai dengan ketentuan akreditasi. Kemudian ada juga perawat yang tidak mengetahui tentang peraturan mengenai identifikasi pasien baik berupa peraturan direktur ataupun SPO, tetapi melakukan identifikasi pasien sesuai arahan kepala ruangan dan manajer keperawatan.

Sosialisasi terhadap peraturan, terutama prosedur perlu dilakukan kepada perawat agar perawat mengetahui prosedur identifikasi pasien sesuai dengan peraturan yang ada. Berdasarkan wawancara, sebagian perawat mengatakan bahwa belum pernah mendapat sosialisasi tentang ketepatan identifikasi pasien.

*"kalo disini ngga pernah ada sosialisasi. Cuma dari rumah sakit sebelumnya sudah tau begitu" (BID2)*

*"hmm kalo pas aku masuk, kayaknya belum, tapi sebelumnya mungkin udah ya." (PER5)*

Sedangkan sebagian besar perawat lainnya mengatakan pernah mendapat sosialisasi terkait ketepatan identifikasi pasien.

*"ada dulu waktu mau akreditasi disosialisasikan sama tim SKP" (PER2)*

Dengan adanya peraturan yang dibuat tentang identifikasi pasien, ada perubahan yang signifikan terhadap pelaksanaan identifikasi pasien. Petugas yang berhubungan dengan pasien harus melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan sesuai dengan peraturan yang ada.

Pengetahuan perawat terhadap prosedur identifikasi pasien harus sesuai dengan regulasi yang sudah dibuat oleh tim keselamatan pasien. Berdasarkan wawancara kepada perawat, beberapa perawat kurang tepat dalam menjelaskan SPO identifikasi pasien yang telah dibuat. Sebagian perawat mengatakan bahwa prosedur ketepatan identifikasi pasien yang mereka tahu yaitu identifikasi pasien dilakukan setiap akan melakukan tindakan, serta menanyakan nama pasien dan tanggal lahir.

*"kayak manggil nama pasien, tanggal lahir, kalo nomor rm pasti pasiennya gak ngerti. Jadi biasanya nama pasien sama tanggal lahir" (PER2)*

*"setiap tindakan, pemberian obat, terus observasi tanda-tanda vital kita identifikasi juga, apalagi yaa pemberian obat, pengambilan darah, terapi medikasi semua kita identifikasi itu sih" (PER3)*

Berdasarkan panduan identifikasi pasien Rumah Sakit Surya Insani bahwa pada saat melakukan identifikasi pasien, perawat harus melakukan verifikasi dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan dengan gelang identitas yang digunakan pasien. Perawat juga harus menanyakan identitas pasien dengan pertanyaan terbuka, contohnya: *"siapa nama bapak/ibu?"*, dan tidak boleh menggunakan pertanyaan tertutup seperti *"Apakah nama anda Sri?"*.

Kepala ruangan bertanggung jawab menjelaskan SPO kepada perawat. Menurut kepala ruangan, petugas kesehatan baik perawat atau bidan yang bekerja di Rumah Sakit Surya Insani sering berganti. Penjelasan sistem di rumah sakit, termasuk ketepatan identifikasi pasien kepada perawat dilakukan pada saat orientasi dilaksanakan dan hari penempatan perawat tersebut.

*"semua di awal masuk kan ada orientasi, orientasi itu tentang sistem yang ada disini,... iya, terus juga pas hari penempatan disini kami juga orientasi di ruangan, seputar ruangan, seputar sistem, seputar ya kebiasannya disini. Karena memang perawat bidan kita banyak yang baru baru ada yang*

*baru tamat juga dari pendidikan, jadi ya itu harus disosialisasikan lagi waktu orientasi" (KRU1)*

Wawancara lebih lanjut terhadap informan manajer keperawatan dan kepala ruangan mengenai penyebab tingginya pergantian perawat diperoleh informasi yang beragam. Menurut manajer keperawatan perawat yang baru tersebut karena untuk memenuhi standar jumlah tenaga kesehatan dibandingkan jumlah tempat tidur sesuai permenkes, kemudian beberapa karyawan juga yang sudah habis kontrak tidak diperpanjang, dan alasan lain karena tempat tinggal yang jauh.

*"iya memang perawat kita dan bidan disini banyak yang baru karena memang untuk memenuhi ketentuan akreditasi, jadi pada saat akreditasi kemaren jumlah tenaga kesehatan kita masih kurang, belum sesuai permenkes jadi bertahap kita tambah. Kemudian juga beberapa perawat yang kita kontrak sudah habis kontraknya tidak dilanjutkan. Kalo alasannya kita tanya kebanyakan karena menikah, setelah menikah ikut suami, dan ada yang tidak diizinkan suami bekerja. Kebanyakan alasannya begitu sih. Ada juga karena masalah tempat tinggal karena disini banyak dari luar kota banyak yang dari sumbar, jadi disuruh pulang oleh orang tuanya. Kalo untuk kesejahteraan disini kayanya bukan jadi penyebab utama mereka keluar karena kita sudah lumayan tinggi kalo gaji, tekanan juga disini tidak terlalu, kita cukup santai pekerjaan di surya insani." (KEP1)*

Cara yang dilakukan tim keselamatan pasien untuk mengetahui bahwa perawat sudah mengetahui prosedur identifikasi pasien, yaitu dari kepala ruangan, dan juga dari laporan kesalahan identifikasi pasien saat petugas melakukan tindakan kepada pasien. Sedangkan, kepala ruangan melakukan juga supervisi untuk melihat serta mengawasi perawat-perawat dalam melakukan tindakan kepada pasien.

*"caranya tau ya, yaa, sebenarnya ya awalnya ada identifikasi, kayak gini ini supaya tidak ada salah identifikasi ya, jadi ketika kita udah kayak gini akan minimal nih orang yang salah pemberian obat, salah transfusi jadi dengan kayak gini pasti kejadian kayak gitu menurun" (TKP1)*

Selanjutnya pemenuhan elemen ketiga, keempat, dan kelimadari sasaran ketepatan identifikasi pasien dilakukan observasi terhadap petugas. Berdasarkan observasi kepada perawat saat melakukan asuhan/ tindakan kepada pasien, sebagian perawat yang diobservasi sudah sesuai dengan prosedur identifikasi pasien, yaitu mengidentifikasi pasien dengan membandingkan identitas pada gelang identitas. Sedangkan sebagian besar perawat tidak melakukan semua prosedur dengan benar. Tahapan prosedur identifikasi pasien yang biasa tidak dilakukan oleh perawat yaitu memeriksa dan membandingkan data pada gelang pengenalan dengan rekam medis. Sebagian besar perawat melakukan identifikasi pasien hanya dengan menanyakan nama pasien, tanpa membandingkan dengan gelang identitas. Kemudian perawat terkadang tidak

selalu menanyakan nama pasien karena merasa sudah mengenal pasien, dan juga agar pasien tidak merasa bosan ditanya terus-menerus.

*"nanya namanya siapa, tapi kalo setiap hari kita sama kayak gitu, pasiennya ngerasa susternya gak kenal-kenal nihsama kita, aku jarang-jarang sih ya, paling 3 sampe 5 kali ketemu masih aku tanya tapi kalo udah 5 kali lebih udah langsung ke pasiennya. Karena kalo sering ditanya siapa namanya, pasiennya ngomong susternya gak hapal-hapal nih"(PER6)*

Berdasarkan wawancara dengan pasien rawat inap, sebagian besar pasien mengatakan saat perawat akan melakukan tindakan/ asuhan hanya menanyakan nama pasien, dan tidak mencocokkannya dengan gelang identitas pasien.

*"iya biasanya suka nanya nama aja, kadang-kadang ngecek, kadang gak susternya udah hapal."(PAS6)*

*"enggak, mereka langsung tanya aja gitu, ibunya namanya siapa gitu"(PAS8)*

## PEMBAHASAN

Ketepatan dalam mengidentifikasi pasien merupakan upaya untuk mengurangi kesalahan dalam melakukan tindakan terhadap pasien (Abdellatif, James P. Bagian, et al. 2007). Rumah Sakit Surya Insani telah membuat dokumen-dokumen yang diperlukan untuk ketepatan identifikasi pasien, mulai dari Kebijakan/ Peraturan Direktur, SPO, dan Panduan Identifikasi Pasien. Semua dokumen tersebut sudah memenuhi standar akreditasi RS untuk sasaran ketepatan identifikasi pasien.

Tim keselamatan pasien sudah membuat kebijakan sesuai dengan ketentuan standar akreditasi RS versi 2012 Peraturan Direktur Nomor 009/RSSI/PER-DIR/III/2017 tentang Identifikasi Pasien Rumah Sakit Surya Insani. Menurut Guwandi dalam rangka menjamin keamanan pasien, rumah sakit wajib membuat dan memberlakukan aturan dan kebijakan dalam rangka menjamin pelayanan yang aman bagi pasien (Cahyono & Suharjo 2008). Hal ini sesuai dengan langkah-langkah yang harus dilakukan rumah sakit menuju keselamatan pasien, dimana langkah pertama yaitu rumah sakit harus memiliki kebijakan dan menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden (Kemenkes RI 2017).

Kebijakan yang telah dibuat oleh tim keselamatan pasien mengatur tentang identifikasi pasien harus menggunakan minimal dua identitas dan kapan saja dilakukan identifikasi pasien. Berdasarkan panduan identifikasi pasien Rumah Sakit Surya Insani, dua identitas yang ditanyakan pada saat mengidentifikasi pasien yaitu nama pasien dan tanggal lahir pasien, kedua identitas tersebut juga harus ada pada gelang identitas pasien.

Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang identifikasi pasien di Rumah Sakit Surya Insani telah dibuat dan sudah

disesuaikan dengan elemen-elemen pada sasaran ketepatan identifikasi pasien sesuai standar akreditasi RS versi 2012. Prosedur ini belum disosialisasikan kepada perawat secara keseluruhan. Akan tetapi, kepala ruangan yang juga sebagai tim keselamatan pasien memiliki tanggung jawab untuk melakukan sosialisasi kebijakan serta SPO kepada perawat. Berdasarkan penelitian, tidak semua perawat mendapatkan sosialisasi dari kepala ruangan terkait SPO ketepatan identifikasi pasien. Beberapa perawat mengatakan pernah dilakukan sosialisasi saat orientasi, atau langsung mendapat sosialisasi dari kepala ruangan, namun beberapa perawat lainnya mengaku belum pernah mendapat sosialisasi terhadap SPO ketepatan identifikasi pasien. Oleh karena itu, prosedur identifikasi pasien tidak diketahui secara keseluruhan oleh perawat.

Sosialisasi seharusnya dilakukan secara menyeluruh kepada seluruh perawat agar pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien berjalan dengan optimal. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Yudhawati dan Listiowati, menyatakan bahwa sosialisasi dan SPO yang belum optimal menjadi hambatan dalam pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien oleh perawat (Aditama 2008).

Untuk pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dapat dilakukan secara menyeluruh oleh petugas medis yang berhubungan dengan pasien, tim pokja SKP melibatkan semua instalasi yang berhubungan dengan pasien untuk menjadi tim keselamatan pasien. Maka setiap instalasi memiliki perwakilan yang menjadi tim keselamatan pasien. Hal ini merupakan pengelolaan tim yang dilakukan tim keselamatan pasien agar peraturan terkait ketepatan identifikasi pasien berjalan dengan optimal. Hal ini sesuai dengan penelitian Sunarti bahwa ada hubungan antara faktor manajemen dan organisasi dengan ketepatan identifikasi pasien (Swastikarini et al. 2019).

Menurut Yudhawati dan Listiowati, bahwa kebijakan dan SPO identifikasi pasien belum menjadi budaya bagi petugas, evaluasi identifikasi belum dilaksanakan secara rutin oleh manajemen, menyebabkan pelaksanaan identifikasi pasien tidak optimal (Aditama 2008). Berdasarkan penelitian, dengan adanya kebijakan/peraturan yang telah dibuat oleh tim pokja keselamatan pasien terkait ketepatan identifikasi pasien, lebih menekankan petugas medis agar menjadi patuh dalam melakukan identifikasi pasien sebelum tindakan. Namun belum ada pencatatan dan pelaporan sebagai bahan evaluasi dan pengawasan yang dilakukan oleh tim keselamatan pasien terhadap ketepatan identifikasi pasien oleh perawat.

Pengetahuan perawat terhadap prosedur yang berlaku di Rumah Sakit Surya Insani tentang ketepatan identifikasi pasien perlu diketahui secara maksimal oleh perawat. Menurut WHO, perlu dilakukan pelatihan atau sosialisasi tentang prosedur untuk memverifikasi pasien (Abdellatif, James P. Bagian, et al. 2007). Untuk itu, SPO yang telah dibuat seharusnya dijelaskan kepada perawat agar mengetahui isi dari SPO tersebut dan

melaksanakannya sesuai dengan prosedur tersebut. Sesuai dengan elemen kedua sasaran ketepatan identifikasi pasien standar akreditasi, perawat harus melakukan identifikasi pasien dengan dua identitas pasien (KARS 2017). Berdasarkan SPO identifikasi pasien yang ada di Rumah Sakit Surya Insani bahwa pada saat melakukan identifikasi pasien, perawat harus membandingkan data pasien dengan gelang identitas pasien. Namun, tidak semua perawat yang diteliti mengetahui dengan tepat prosedur identifikasi pasien.

Berdasarkan penelitian, tidak semua perawat mengetahui dengan tepat SPO identifikasi pasien yang ada di Rumah Sakit Surya Insani. Hanya sebagian kecil perawat yang mengetahui dengan tepat prosedur dalam mengidentifikasi pasien. Sebagian besar perawat tidak mengetahui dengan tepat prosedur identifikasi pasien yang sudah dibuat oleh tim keselamatan pasien. Prosedur yang sering terlewat oleh perawat saat melakukan identifikasi pasien yaitu mengidentifikasi pasien dengan dua identitas pasien dan melakukan verifikasi dengan membandingkan data pasien dengan gelang identitas yang digunakan pasien. Kurangnya pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Surya Insani, dapat membuat pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien tidak berjalan dengan optimal. Hal ini sesuai dengan penelitian Sitorus bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan identifikasi pasien secara tepat (Sitorus 2013). Oleh karena itu, dengan kurangnya pengetahuan perawat terhadap SPO identifikasi pasien, tim keselamatan pasien perlu melakukan sosialisasi terkait prosedur identifikasi pasien agar pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dapat berjalan optimal.

Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan bahwa kurangnya pengetahuan perawat dan petugas kesehatan lain dalam identifikasi pasien disebabkan oleh sering terjadi pergantian karyawan. Hal ini menyebabkan perawat atau bidan yang baru bergabung belum mendapatkan sosialisasi terkait pelaksanaan identifikasi pasien. Tingginya turnover intention karyawan di Rumah Sakit Surya Insani akan berpengaruh terhadap beberapa aspek terkait pekerjaan karyawan. Hal ini sesuai dengan penelitian Asmara (2017) di Rumah Sakit Bedah Surabaya bahwa turnover intention berpengaruh terhadap kinerja karyawan. Turnover yang tinggi akan berbahaya bagi keberlangsungan organisasi dan dapat mengurangi produktivitas organisasi (Asmara 2018).

## KESIMPULAN

Dari kelima elemen sasaran ketepatan identifikasi pasien akreditasi SNARS edisi 1, hanya elemen pertama yang sudah sesuai dengan standar akreditasi Untuk elemen kedua hingga elemen kelima belum sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan. Kebijakan/peraturan terkait pelaksanaan ketepatan

identifikasi pasien di Rumah Sakit Surya Insani sudah dibuat sesuai dengan standar akreditasi. Sebagian besar perawat mengetahui bahwa identifikasi pasien dilakukan sebelum melakukan tindakan/asuhan kepada pasien, namun tidak mengetahui harus mengidentifikasi pasien dengan dua identitas dan verifikasi data pasien. Tahapan yang sering dilewatkan oleh perawat dalam melakukan identifikasi pasien yaitu melakukan verifikasi data dengan membandingkan data pasien dengan gelang identitas pasien, serta hanya menanyakan nama pasien saja.

## Konflik Kepentingan

Dalam penelitian ini tidak ada konflik kepentingan.

## Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang banyak memberikan bantuan dan dukungan serta ucapan terimakasih kepada Bapak/Ibu Pimpinan Rumah Sakit Surya Insani Pasir Pengaraian Riau tahun 2019 yang telah memberikan kesempatan, tempat, waktu dan memberikan arahan kepada peneliti untuk melakukan penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdellatif, A., Bagian, J.P., et al., 2007. Patient Identification: Patient Safety Solutions, Volume 1, Solution 2, May 2007. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7), pp.434–437.
- Abdellatif, A., Bagian, J.P., et al., 2007. Patient Safety Solutions Preamble - May 2007. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(7), pp.427–429.
- Adisasmitho, W., 2008. Kesiapan Rumah Sakit Dalam Menghadapi Globalisasi. Case Studi: Analisis Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Aditama, T.J., 2008. Manajemen Administrasi Rumah Sakit, Jakarta: Universitas Indonesia.
- Asmara, A.P., 2018. Pengaruh Turnover Intention terhadap Kinerja Karyawan di Rumah Sakit Bedah Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), p.123.
- Cahyono, J. & Suharjo, B., 2008. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktek Kedokteran, Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Ismaniar, H., 2015. Keselamatan Pasien di Rumah Sakit D. N. Rachmawati, ed., Yogyakarta: Deepublish.
- KARS, 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, Jakarta: Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Kemkes RI, 2015. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit 3rd ed., Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kemenkes RI, 2017. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien,
- Setiowati, D., Allenidekania & Sabri, L., 2013. Kepemimpinan Efektif Head Nurse Meningkatkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Makara Seri Kesehatan*, 2(17), pp.79–81.
- Sitorus, S., 2013. Analisis Kepatuhan Perawat Terhadap Pelaksanaan Identifikasi Pasien Sebelum Melakukan Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Siloam Hospitals Lippo Village. Skripsi, p.2013.
- Swastikarini, S. et al., 2019. Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien oleh Perawat Pelaksana. , (2), pp.125–134.