

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi yang berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan, baik kuratif maupun preventif, sebagaimana dijelaskan oleh *World Health Organization* (WHO, 2023) dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. Sebagai institusi padat modal, karya, dan teknologi, rumah sakit memiliki proses pelayanan yang bervariasi meskipun inputnya sama (Setyawan & Supriyanto, 2020). Seiring perkembangan, orientasi rumah sakit bergeser dari fungsi sosial menuju manajemen berbasis usaha, sehingga memunculkan persaingan ketat antara rumah sakit pemerintah dan swasta dalam menarik pasien (Hajrah, 2022). Perkembangan ini menuntut rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan bermutu sesuai kebutuhan dan harapan pasien, berlandaskan kode etik profesi dan standar medis, guna mempertahankan eksistensinya (Mahfudhoh & Muslimin, 2020).

Dalam era persaingan layanan kesehatan, kualitas pelayanan menjadi kunci utama. Penerapan prinsip *service excellence* akan membentuk loyalitas pasien dan menciptakan citra positif, sehingga meningkatkan kepercayaan masyarakat (Kuntoro & Istiono, 2017). Kepuasan pasien menjadi faktor penting bagi keberlangsungan rumah sakit karena hanya dapat tercapai bila pelayanan mampu memenuhi harapan secara optimal. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan pemantauan dan evaluasi berkelanjutan disertai upaya perbaikan pelayanan yang efektif dan efisien, agar mampu bersaing, meningkatkan mutu, serta menjaga keberlanjutan operasional jangka panjang (Anfal, 2020).

Pemerintah Indonesia menilai kualitas mutu rumah sakit melalui sistem akreditasi yang menyeluruh. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020, setiap rumah sakit diwajibkan terakreditasi. Proses akreditasi rumah sakit dilaksanakan secara periodik setiap empat tahun sekali sebagai upaya untuk menjamin keberlanjutan pemenuhan standar mutu pelayanan. Di Indonesia, standar akreditasi rumah sakit disebut sebagai Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dengan melibatkan Kementerian Kesehatan sebagai peluncur instrumen akreditasi SNARS dan *The International Society for Quality in Health Care* (ISQua), yang menandakan pengakuan mutu pelayanan kesehatan Indonesia secara internasional.

Menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), terdapat lima tingkatan akreditasi yang menggambarkan pencapaian mutu pelayanan rumah sakit. Status tersebut terdiri atas tidak terakreditasi, diberikan jika rumah sakit belum mampu memenuhi standar yang ditetapkan; dasar, apabila minimal empat bab standar akreditasi mencapai nilai $\geq 80\%$; madya, jika delapan bab memenuhi kriteria tersebut; utama, apabila dua belas bab

dinyatakan lulus; dan paripurna, yaitu status tertinggi yang diberikan apabila seluruh lima belas bab (atau enam belas bab untuk rumah sakit pendidikan) mencapai nilai minimal 80% (KARS, 2022; Katigaku, 2019; Proqua Consulting, 2020). Sistem klasifikasi ini mulai berlaku sejak diberlakukannya SNARS pada 2018 serta diperkuat dengan instrumen survei terbaru yang diterbitkan sesuai regulasi Kementerian Kesehatan (2022).

Risiko keselamatan pasien merupakan bagian tak terpisahkan dari layanan rumah sakit, sehingga paradigma pelayanan paripurna menuntut keselamatan pasien menjadi prioritas utama sebagai representasi mutu institusi. Penelitian terbaru di Jakarta menemukan bahwa digitalisasi pelaporan insiden keselamatan pasien secara signifikan meningkatkan jumlah laporan, yakni sebesar 6,6 kali lipat setelah sistem diubah pada 2023, dan bertambah dua kali lipat setelah dilakukan penyuluhan kepada tenaga kesehatan pada 2024 (Pertiwi et al., 2024). Standar akreditasi terkini berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1128 Tahun 2022 melalui STARKE 2022 juga memperkuat fokus manajemen risiko dan pelaporan insiden sebagai bagian fundamental peningkatan keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2022).

Sasaran keselamatan pasien (*Patient Safety Goals*) merupakan seperangkat intervensi yang bertujuan mencegah insiden medis dan meningkatkan keamanan perawatan. Implementasi enam sasaran keselamatan pasien, yaitu identifikasi pasien yang benar, komunikasi efektif antar tenaga kesehatan, keamanan penggunaan obat berisiko tinggi, kepastian lokasi dan prosedur sebelum operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan, serta pencegahan jatuh telah terbukti efektif. Penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap enam sasaran tersebut dapat meningkatkan kepuasan pasien di unit hemodialisis (Ambarwati & Dewi, 2024), dipengaruhi oleh faktor kompetensi perawat dan beban kerja (Anggela et al., 2023), serta berkontribusi signifikan dalam menurunkan insiden keselamatan pasien (Rauf et al., 2023).

Keselamatan pasien menjadi pilar utama dalam pelayanan kesehatan modern, dan identifikasi pasien disebut oleh *Joint Commission International* (JCI, 2023) sebagai Sasaran Keselamatan Pasien Nomor 1 yang merupakan langkah paling krusial karena kesalahan pada tahap ini dapat memicu prosedur selanjutnya menjadi salah, mulai dari pemberian obat hingga tindakan medis. Penelitian konseptual terbaru menegaskan bahwa kesalahan identifikasi adalah akar dari berbagai insiden keselamatan pasien, termasuk keterlambatan perawatan, biaya tambahan, cedera yang tidak perlu, kesalahan diagnosis, dan bahkan kematian, sehingga menegaskan urgensi intervensi yang komprehensif dalam praktik identifikasi pasien (Patel et al., 2022).

International Alliance of Patient's Organizations (2018) melaporkan bahwa setiap tahun terdapat sekitar 42,7 juta kejadian buruk yang dialami pasien. Hal ini menunjukkan bahwa cedera pada pasien menjadi salah satu

penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. Insiden keselamatan pasien tetap menjadi tantangan global dan lokal yang krusial. Data dari WHO (2023) menunjukkan bahwa satu dari sepuluh pasien mengalami kerugian akibat pelayanan kesehatan, dan lebih dari 3 juta kematian setiap tahun berkaitan dengan pelayanan yang tidak aman. Di Inggris, *National Health Service* (NHS, 2022) mencatat 2.410.311 laporan insiden keselamatan pasien selama periode Agustus 2021–Juli 2022. Di tingkat nasional Indonesia, kajian penilaian mandiri sistem laporan keselamatan pasien menemukan skor rata-rata hanya 64,7 dari 100, terutama rendah dalam aspek keterlibatan pasien dan keluarga, menunjukkan perlunya peningkatan sistemik (Rachmawati et al., 2023).

Menurut laporan WHO, rumah sakit harus memprioritaskan keselamatan pasien. Menurut *Institute of Medicine* (IOM), kesalahan medis yang dapat dicegah diperkirakan menyebabkan sekitar 98.000 kematian di Amerika Serikat pada tahun 2020. Angka ini menyoroti urgensi untuk meningkatkan sistem keselamatan pasien dan memperkecil potensi kesalahan medis yang dapat berakibat fatal. Hasil penelitian Toyo et al. (2022) yang dilakukan di rumah sakit terakreditasi JCI menunjukkan bahwa ada 52 insiden yang terjadi di sebelas rumah sakit di lima negara. Sekitar 31% dari kasus keselamatan pasien terjadi di Hong Kong, diikuti oleh Australia dengan 25%, India dengan 23%, Amerika Serikat dengan 12%, dan Kanada dengan 10%. Pada tahun 2019, Indonesia mencatatkan total 7.465 insiden keselamatan pasien, yang terdiri dari 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1.183 cedera ringan, dan 5.659 kasus tanpa cedera. Dari 2.877 rumah sakit yang telah terakreditasi, laporan insiden keselamatan pasien tersebut mencerminkan sekitar 12% dari total insiden yang terjadi. Insiden tersebut terbagi menjadi 38% kategori nyaris cedera (KNC), 31% insiden tanpa cedera (KTC), dan 31% lainnya termasuk dalam kategori insiden yang tidak diinginkan (KTD). Angka tersebut menunjukkan perlunya peningkatan sistem keselamatan pasien untuk mengurangi risiko insiden yang dapat memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Selama periode Januari hingga September 2018, Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran di Kota Kediri melaporkan total 11 insiden terkait keselamatan pasien. Insiden tersebut mencakup lima kasus kejadian nyaris cedera, lima kasus kejadian tidak cedera, serta satu kasus yang tergolong sebagai kejadian tidak diharapkan. Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto Jakarta melaporkan antara September hingga Desember 2016 terdapat 171 insiden keselamatan pasien, yang mencakup 57 kasus kondisi potensial cedera. Insiden-insiden tersebut terdiri dari lima kasus kejadian nyaris cedera, lima kasus kejadian tidak cedera, dan satu kasus kejadian tidak diharapkan (Sakinah et al., 2017).

Budi et al. (2019) mengemukakan rumah sakit kelas B pendidikan di Kota Water, Kabupaten Kulon Progo, mengalami 14 variasi insiden dalam penerapan Sasaran Keselamatan Pasien 1. Sasaran penelitian ini

menekankan pada akurasi dalam identifikasi pasien, yang tercatat sebesar 31,88% dengan jumlah responden sebanyak 44 orang. Rendahnya tingkat ketepatan ini sebagian besar disebabkan oleh tidak tersedianya gelang identitas pada pasien. Sasaran keselamatan pasien 2 berkaitan dengan komunikasi yang efektif mengalami delapan variasi insiden (7,97%; n = 11), dengan kesalahan komunikasi antara perawat dan petugas laboratorium yang paling sering terjadi. Sasaran keselamatan pasien 5 berusaha mengurangi risiko infeksi terkait perawatan kesehatan melalui satu variasi insiden yang mencakup flebitis sebesar 1,45% dengan dua kasus. Sasaran keselamatan pasien 6 berusaha mengurangi risiko jatuh pasien melalui enam variasi insiden yang mencakup 13,04% dari jumlah total dan jenis insiden yang paling umum adalah jatuh di kamar pasien (Nugraheni et al., 2021).

Berdasarkan laporan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, tingkat kepatuhan terhadap standar keselamatan pasien di Indonesia pada tahun 2020 masih rendah, yaitu sebesar 44,26% (Galleryzki et al., 2021). Empat rumah sakit di Indonesia masih melakukan penilaian keselamatan di bawah target 64,81% yang ditetapkan oleh KARS. Rumah Sakit Ibu dan Anak Nuraida tidak memenuhi dua sasaran keselamatan pasien, menurut penelitian. Meskipun rumah sakit tersebut memiliki prosedur operasi standar, tenaga medis mengabaikan pemasangan gelang identifikasi pasien (Hermawan et al., 2022).

Kesalahan identifikasi pasien merupakan salah satu bentuk kejadian yang mengancam keselamatan pasien dan dapat berakibat fatal. Berdasarkan laporan dari JCI, kesalahan identifikasi pasien menempati urutan pertama dalam sepuluh besar daftar sentinel events di dunia, seperti kesalahan operasi pada pasien yang salah atau pemberian obat yang salah (Joint Commission, 2021). Di Indonesia, Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP, 2022) mencatat bahwa dari total 11.546 insiden keselamatan pasien yang dilaporkan antara tahun 2017 hingga 2021, sekitar 16% berkaitan langsung dengan kesalahan identifikasi pasien. Di tingkat regional, khususnya Sulawesi Selatan, laporan Dinas Kesehatan Provinsi pada tahun 2023 menunjukkan bahwa kesalahan identifikasi pasien merupakan salah satu dari lima besar jenis insiden keselamatan pasien di rumah sakit rujukan, terutama di unit IGD dan rawat inap (Dinkes Sulsel, 2023). Fakta ini menunjukkan bahwa kesalahan identifikasi pasien masih menjadi persoalan serius yang perlu dikaji secara menyeluruh.

Intervensi multimodal telah terbukti efektif dalam meningkatkan praktik identifikasi aktif. Sebuah studi quasi-eksperimental pada pusat kesehatan primer menunjukkan bahwa setelah pelaksanaan intervensi yang menitikberatkan pada pendidikan dan prosedur aktif, tingkat kepatuhan identifikasi pasien mencapai 100%, meski kemudian sedikit menurun menjadi 82,3% selama 21 bulan berikutnya. Hal ini menunjukkan keberhasilan, namun juga tantangan dalam mempertahankan perubahan

perilaku (Wright et al., 2025). Selain itu, studi di unit radiologi sebuah rumah sakit swasta di Medan menunjukkan bahwa setelah pelatihan keselamatan pasien, kepatuhan identifikasi meningkat dari sekitar 67,9% menjadi 92,9% dalam beberapa bulan, dan jumlah insiden keselamatan pasien menurun secara signifikan (Sitepu & Tambunan, 2024).

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kesalahan identifikasi pasien tetap menjadi tantangan dalam layanan kesehatan. Di Rumah Sakit Otonoma Kota Gorontalo, Syukur dan Ismail (2023) menemukan bahwa sejumlah prosedur identifikasi pasien seperti menyapa pasien, menyebutkan nama, dan meminta pasien menyebutkan namanya sendiri sering tidak dilaksanakan, dengan frekuensi kegagalan mencapai hingga 78% pada langkah tertentu, meskipun tidak mengakibatkan kesalahan pemberian obat. Di RS Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta, Putri dan Rizky (2024) melaporkan bahwa tingkat pengetahuan perawat secara signifikan berkaitan dengan kepatuhan terhadap protokol identifikasi pasien di ruang rawat inap. Temuan ini mempertegas bahwa peningkatan pelatihan dan budaya keselamatan sangat penting untuk meminimalkan insiden akibat misidentifikasi.

Penelitian terdahulu di Rumah Sakit Primaya Betang Pabelum menunjukkan bahwa petugas kesehatan tidak selalu mengidentifikasi pasien dengan benar saat memberikan perawatan dan tindakan medis. Meskipun mereka sudah menyebutkan identitas pasien, petugas kesehatan tidak langsung mencatat hasil sign in. Hasil dari 30 partisipan menunjukkan bahwa 10 pasien (33%) diidentifikasi tanpa pertanyaan terbuka saat proses serah terima karena perawat langsung menyebutkan nama pasien. Sebanyak 12 pasien (40%) diminta untuk menyebutkan nama pasien saja tanpa menyertakan nama lengkap dan tanggal lahir, dan delapan pasien (27%) hanya diminta untuk menyebutkan tanggal lahir karena proses serah terima sudah selesai di unit rawat inap bedah (Katimenta et al., 2023).

Metode penting untuk mengidentifikasi pasien melalui verifikasi memengaruhi keselamatan pasien selama perawatan medis. Semua prosedur layanan kesehatan menimbulkan risiko keselamatan pasien jika identifikasi pasien yang tepat gagal, yang dapat mengakibatkan kesalahan identifikasi pasien, prosedur yang salah, perawatan yang salah, dan jenis kesalahan lainnya. Kesalahan dalam pengobatan laboratorium dan perawatan kesehatan dapat berasal dari proses identifikasi yang tidak akurat, seperti pelabelan yang tidak akurat, penggunaan data pasien yang salah, dan kesalahan dalam pengumpulan spesimen. Sistem layanan kesehatan mencegah kesalahan dengan menggunakan pendekatan inovatif untuk identifikasi pasien. Strategi ini termasuk peningkatan efisiensi berteknologi tinggi (Febrianti, 2021).

Model *PRECEDE-PROCEED* yang dikembangkan oleh Green menekankan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Faktor predisposisi seperti pengetahuan dan

pengalaman kerja tenaga kesehatan berperan dalam membentuk kesiapan awal individu, sementara faktor pemungkin seperti pelatihan dan komunikasi efektif memberikan dukungan untuk mempraktikkan perilaku yang diharapkan, dan faktor penguat seperti pengawasan berperan menjaga konsistensi perilaku tersebut. Kerangka ini relevan dengan penelitian mengenai kepatuhan tenaga kesehatan terhadap identifikasi pasien, karena kepatuhan tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan, tetapi juga oleh adanya dukungan sistem dan pengawasan yang berkesinambungan (Wright et al., 2025). Dengan demikian, kerangka pemikiran ini membantu menjelaskan bagaimana berbagai faktor saling berinteraksi dalam membentuk kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar keselamatan pasien.

Sementara itu, teori manajemen kinerja (*Performance Management Theory*) yang dikemukakan oleh *Armstrong* menekankan pentingnya tiga aspek utama, yaitu *goal setting*, *capacity building*, serta *monitoring & reward*. *Goal setting* diwujudkan melalui penetapan standar operasional prosedur (SOP) yang jelas, seperti kewajiban penggunaan minimal dua identitas pasien sebelum tindakan medis. *Capacity building* mencakup pelatihan berkelanjutan, penyediaan fasilitas pendukung seperti gelang identitas, serta penguatan komunikasi efektif antar tenaga kesehatan agar mampu memenuhi standar tersebut. Selanjutnya, *monitoring & reward* dilaksanakan melalui supervisi rutin, audit kepatuhan, serta pemberian penghargaan maupun sanksi, yang berfungsi untuk menjaga konsistensi perilaku sesuai prosedur. Dengan demikian, teori ini relevan dalam menjelaskan bagaimana rumah sakit dapat mengelola kinerja tenaga kesehatan agar kepatuhan identifikasi pasien terjaga dan tujuan keselamatan pasien dapat tercapai (Armstrong, 2009; Wright et al., 2025).

Penelitian-penelitian tersebut mempertegas alasan kuat mengapa penelitian fokus pada SKP 1 (identifikasi pasien), karena praktik ini merupakan langkah awal dalam setiap pelayanan medis, menjadi fondasi keselamatan yang jika salah, akan menggoyahkan seluruh rantai pelayanan medis. Intervensi berbasis pelatihan, komunikasi efektif, supervisi, pengalaman, dan pengetahuan telah terbukti relevan dalam memperbaiki kepatuhan, sehingga menjadi fokus penting dalam upaya menjaga keselamatan pasien. Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako, sebuah rumah sakit yang telah terakreditasi paripurna oleh KARS. Pemilihan lokasi ini didasari oleh beberapa pertimbangan. Pertama, aksesibilitas peneliti terhadap rumah sakit, sehingga proses perizinan dan pengambilan data lebih efisien. Kedua, rumah sakit ini memiliki komitmen tinggi terhadap penerapan *patient safety* dan peningkatan mutu layanan, sebagaimana tercermin dari capaian akreditasi paripurna yang merupakan level tertinggi dalam sistem akreditasi rumah sakit di Indonesia. Hal ini menjadikan RS Primaya Inco Sorowako sebagai lokasi yang relevan dan

strategis untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan terhadap identifikasi pasien.

Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako adalah salah satu rumah sakit yang telah mengimplementasikan standar akreditasi nasional. Rumah sakit menjadikan PT Vale Indonesia sebagai mitra besar dan berkomitmen untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien melalui prosedur standar yang berlaku. Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako resmi berdiri pada 31 Maret 1977 dan bergabung dengan jaringan Rumah Sakit Primaya sejak 1 Januari 2019. Rumah sakit ini terletak di Sorowako, Kecamatan Nuha, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan, di pantai selatan Danau Matano. Layanan rehabilitasi dan terapi di Primaya Inco Sorowako mencerminkan dedikasinya terhadap kesehatan pasien dengan menawarkan layanan kesehatan yang komprehensif melalui proses diagnostik, intervensi medis, serta pendekatan terapeutik hingga pemulihan. Rumah sakit ini menunjukkan dedikasinya terhadap kebutuhan layanan kesehatan individu melalui layanan terpadu yang terhubung dengan jaringan Rumah Sakit Primaya yang lebih luas.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan permasalahan di atas, maka dapat dirumuskan masalah yang akan diteliti yaitu "Apa saja faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako?".

1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

1.3.1. Tujuan Umum Penelitian

Adapun tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

1.3.2. Tujuan Khusus Penelitian

1. Untuk mengetahui hubungan masa kerja dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
2. Untuk mengetahui hubungan pelatihan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
3. Untuk mengetahui hubungan komunikasi efektif dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
4. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
5. Untuk mengetahui hubungan pengawasan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

1.3.3. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut;

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi salah satu informasi dan referensi untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya mengenai faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

2. Manfaat Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai media promosi atau bahan masukan bagi perusahaan agar lebih waspada terhadap risiko ketidakpatuhan pelaksanaan identifikasi pasien yang akan berdampak pada keselamatan pasien dan reputasi mutu rumah sakit.

3. Manfaat Praktis

Penelitian ini bermanfaat bagi peneliti untuk menambah wawasan dan dapat berperan sebagai alat untuk menerapkan dan memajukan pengetahuan yang diperoleh secara teoritis selama studi di perguruan tinggi, sekaligus meningkatkan pemahaman dalam bidang kesehatan masyarakat, khususnya fokus pada manajemen rumah sakit.

1.4 Matriks Penelitian

Tabel 1.1 Matriks penelitian terdahulu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako

No	Penulis	Judul Penelitian	Tujuan	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Hasil	Perbedaan dan Hubungan dengan Penelitian
1.	Alhassan, R. K., et al. (2024)	<i>Determinants of Hand Hygiene Compliance Among Healthcare Workers in Invasive Care Units</i>	Identifikasi faktor yang mempengaruhi kepatuhan di ICU	Studi Kualitatif	20 tenaga kesehatan di ICU	Faktor individual, lingkungan kerja, dan manajemen berpengaruh terhadap kepatuhan	Fokus pada hand hygiene di ICU, akan tetapi sama-sama menilai kepatuhan

No	Penulis	Judul Penelitian	Tujuan	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Hasil	Perbedaan dan Hubungan dengan Penelitian
2.	Charbell Ungido Meza Sierra et al. (2023)	<i>Interventions to Improve Knowledge or Compliance to Hand Hygiene in Nursing Students</i>	Review intervensi peningkatan kepatuhan siswa keperawatan	Scoping Review	15 artikel hasil review	Pelatihan dan pendidikan utama berdampak positif terhadap kepatuhan	Subjek penelitian mahasiswa, berbeda dengan subjek penelitian saya yaitu tenaga medis, akan tetapi sama-sama menilai hubungan pelatihan terhadap kepatuhan
3.	Manser et al. (2022)	<i>Effective Communication in Nursing Teams and Impact on Patient Safety Compliance</i>	Menilai hubungan komunikasi tim dengan kepatuhan protokol keselamatan pasien	Mixed Method Survey dan Wawancara	120 perawat rumah sakit	Komunikasi terbuka dan umpan balik positif signifikan meningkatkan kepatuhan ($p < 0,01$)	Sama-sama menilai faktor komunikasi, akan tetapi penelitian saya fokus pada kepatuhan identifikasi pasien
4.	Ningsih, D. A., & Utami, W. (2024)	Analisis Pengetahuan dan Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Kartasura	Analisis hubungan pengetahuan, masa kerja, dan usia terhadap kepatuhan	Mixed Method	40 perawat ruang rawat inap	Perawat dengan pengetahuan tinggi menunjukkan kepatuhan 100%; masa kerja dan usia berpengaruh	Sama-sama menilai pengaruh pengetahuan dan masa kerja, akan tetapi penelitian saya fokus pada kepatuhan identifikasi pasien

No	Penulis	Judul Penelitian	Tujuan	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Hasil	Perbedaan dan Hubungan dengan Penelitian
5.	Kurniati et al. (2019)	Analisis Faktor Ketidaksesuaian Penggunaan Gelang Identitas Pasien	Menganalisis faktor ketidaksesuaian penggunaan gelang identitas	Kualitatif deskriptif	12 perawat ruang rawat inap	Kurangnya pelatihan dan pengawasan menyebabkan ketidaksesuaian penggunaan gelang	Penelitian saya menggunakan uji statistik untuk menguji hubungan antar variabel
6.	Mustika sari et al. (2020)	Evaluasi Implementasi Identifikasi Pasien di RSUD X	Mengevaluasi implementasi kebijakan identifikasi pasien	Kualitatif	15 tenaga kesehatan	Implementasi belum maksimal karena kurangnya pemantauan rutin	Sama-sama meneliti identifikasi pasien, tetapi penelitian saya bersifat kuantitatif dengan sampel yang lebih besar
7.	Novianty et al. (2022)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Gelang Identitas Pasien	Menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan	Cross-sectional	80 perawat	Faktor pendidikan, beban kerja, dan pelatihan berpengaruh terhadap kepatuhan	Sama-sama menggunakan desain cross-sectional, akan tetapi penelitian saya menambah variabel komunikasi dan SOP

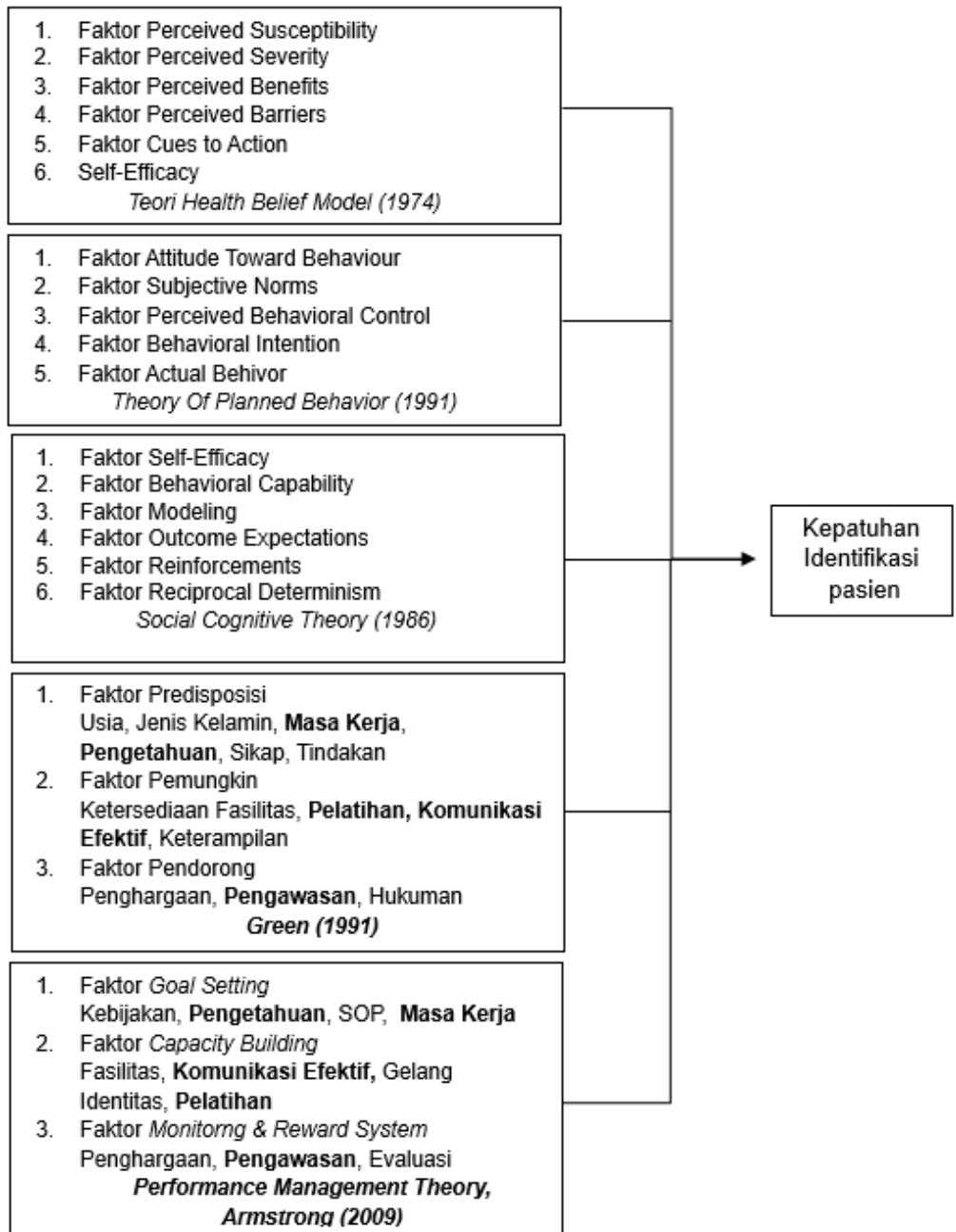
No	Penulis	Judul Penelitian	Tujuan	Desain Penelitian dan Metode Analisis	Sampel	Hasil	Perbedaan dan Hubungan dengan Penelitian
8.	Putri et al. (2019)	Pengaruh Pelatihan terhadap Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Gelang Identitas Pasien	Menganalisis dampak pelatihan terhadap kepatuhan	Pre-post test	30 perawat	Pelatihan signifikan meningkatkan kepatuhan perawat	Sama-sama menilai pelatihan, tetapi penelitian saya menguji komunikasi dan masa kerja

Berdasarkan matriks penelitian terdahulu, dapat diinterpretasikan bahwa kepatuhan tenaga kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti pengetahuan, masa kerja, pelatihan, komunikasi efektif, serta pengawasan. Beberapa penelitian sebelumnya menekankan pentingnya edukasi, pelatihan, dan manajemen sebagai faktor dominan, sedangkan penelitian lain menunjukkan pengaruh signifikan komunikasi dan pengawasan terhadap peningkatan kepatuhan. Penelitian-penelitian tersebut juga menggunakan desain beragam, mulai dari kualitatif, *cross-sectional*, hingga *mixed method*. Hal ini menunjukkan bahwa topik kepatuhan dalam pelaksanaan identifikasi pasien maupun tindakan keselamatan pasien lainnya masih sangat relevan untuk diteliti lebih lanjut.

Adapun pembeda penelitian yang dilakukan yaitu terletak pada jumlah dan kombinasi variabel yang lebih komprehensif yakni masa kerja, pengetahuan, pelatihan, pengawasan, dan komunikasi efektif, yang belum pernah dikaji secara bersamaan dalam penelitian sebelumnya. Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan instrumen kuesioner dan lembar observasi, melibatkan 115 tenaga kesehatan di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien dibandingkan dengan penelitian terdahulu.

1.5 Kerangka Teori Penelitian

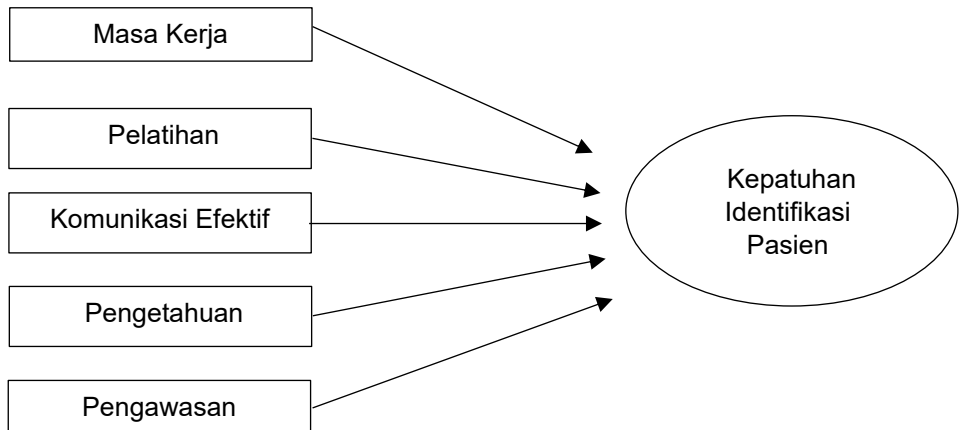
Berdasarkan uraian landasan teori yang telah dipaparkan sebelumnya, adapun kerangka teori penelitian sebagai berikut:



Gambar 1.1 Kerangka Teori Penelitian

1.6 Kerangka Konsep Penelitian

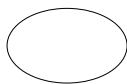
Berdasarkan dari uraian kerangka teori diatas, adapun kerangka konsep merupakan fokus penelitian yang diteliti. Gambaran kerangka konsep untuk penelitian ini adalah sebagai berikut:



Keterangan:



: variabel independent



: variabel dependent



: arah hubungan

Gambar 1.2 Kerangka Konsep Penelitian
Sumber: Green (1991) & Armstrong (2009)

Bagan tersebut menggambarkan hubungan antara lima variabel independent, yaitu: masa kerja, pelatihan, komunikasi efektif, pengetahuan, dan pengawasan, terhadap satu variabel dependen, yaitu kepatuhan identifikasi pasien. Setiap variabel independent diilustrasikan dengan kotak persegi yang terhubung panah ke oval sebagai simbol variabel dependen. Panah menunjukkan arah pengaruh atau hubungan yang diteliti. Kerangka ini digunakan sebagai dasar analisis dalam mengukur faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan identifikasi pasien di rumah sakit.

1.7 Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Kerangka konsep ini mengacu pada kerangka teori yang telah disebutkan sebelumnya. Adapun uraian variabel berdasarkan tujuan penelitian sebagai berikut:

1.7.1 Masa Kerja

Masa kerja adalah durasi seorang tenaga kesehatan bekerja dalam institusi maupun profesinya. Lamanya masa kerja sering dihubungkan dengan peningkatan keterampilan, pemahaman prosedur, dan kemampuan menghadapi situasi kerja yang kompleks. Tenaga kesehatan dengan pengalaman yang lebih panjang biasanya memiliki kepekaan lebih tinggi terhadap aturan dan standar operasional yang berlaku di rumah sakit (Hidayati, 2021).

Selain itu, masa kerja juga memengaruhi pola pikir dan cara tenaga kesehatan menghadapi permasalahan di lapangan. Mereka yang sudah lama bekerja biasanya lebih terampil dalam mengambil keputusan, terutama yang berkaitan dengan kepatuhan terhadap standar keselamatan pasien. Namun, di sisi lain masa kerja yang terlalu panjang bisa menimbulkan kejenuhan dan rasa jenuh terhadap rutinitas sehingga dapat memengaruhi kepatuhan (Rahman, 2022).

Dengan demikian, masa kerja dapat menjadi pedang bermata dua. Di satu sisi, pengalaman yang panjang mendukung penerapan prosedur secara konsisten, tetapi di sisi lain, kejenuhan yang muncul bisa melemahkan kedisiplinan. Oleh karena itu, penting bagi manajemen rumah sakit untuk menyeimbangkan faktor pengalaman dan motivasi kerja agar masa kerja tetap berdampak positif terhadap kepatuhan (Amalia, 2023).

1.7.2 Pelatihan

Pelatihan adalah proses sistematis untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan sikap tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas. Program pelatihan yang terarah terbukti mampu meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar keselamatan pasien, karena memberikan pemahaman yang lebih komprehensif tentang manfaat penerapan prosedur. Dengan pelatihan, tenaga kesehatan dapat menyadari risiko kesalahan medis yang bisa terjadi akibat kelalaian (Santoso, 2023).

Selain memberikan pengetahuan baru, pelatihan juga berfungsi sebagai sarana penyegaran bagi tenaga kesehatan agar tidak kehilangan sensitivitas terhadap pentingnya kepatuhan. Program pelatihan yang dilaksanakan secara rutin membuat tenaga kesehatan lebih siap menghadapi perubahan kebijakan maupun penerapan teknologi baru dalam pelayanan pasien. Hal ini sangat penting untuk menjaga konsistensi standar mutu di rumah sakit (Lestari, 2024).

Lebih jauh, pelatihan juga dapat meningkatkan motivasi kerja. Dengan merasa dihargai melalui program pengembangan diri, tenaga kesehatan akan lebih bersemangat untuk menerapkan ilmu yang diperoleh dalam keseharian. Hal ini memperlihatkan bahwa pelatihan tidak hanya meningkatkan kompetensi teknis, tetapi juga memperkuat sikap patuh dan bertanggung jawab terhadap prosedur pelayanan (Putri, 2021).

1.7.3 Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah kemampuan menyampaikan informasi secara jelas, tepat, dan mudah dipahami, baik antar tenaga kesehatan maupun antara tenaga kesehatan dengan pasien. Komunikasi yang efektif meminimalkan risiko kesalahan, terutama pada proses identifikasi pasien. Ketika informasi dapat tersampaikan dengan baik, tenaga kesehatan dapat bekerja lebih terkoordinasi dalam menjalankan prosedur (Wulandari, 2020).

Di rumah sakit, komunikasi efektif juga memengaruhi kolaborasi antarprofesi. Dengan adanya komunikasi yang baik, setiap anggota tim memahami perannya dan dapat melaksanakan tugas sesuai tanggung jawab. Hal ini secara langsung meningkatkan kepatuhan karena meminimalkan potensi miskomunikasi yang bisa mengarah pada pelanggaran standar keselamatan (Putra, 2021).

Selain itu, komunikasi efektif juga menciptakan rasa saling percaya antara tenaga kesehatan dan pasien. Pasien yang mendapat informasi jelas akan lebih kooperatif, sehingga tenaga kesehatan lebih mudah dalam melaksanakan prosedur sesuai standar. Oleh karena itu, komunikasi yang efektif merupakan salah satu faktor penting yang mendukung kepatuhan di lingkungan pelayanan kesehatan (Nugroho, 2022).

1.7.4 Pengetahuan

Pengetahuan adalah pemahaman seseorang terhadap informasi, aturan, dan standar yang berlaku. Pengetahuan yang memadai akan memengaruhi perilaku tenaga kesehatan dalam melaksanakan prosedur dengan benar. Dalam konteks rumah sakit, tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan tinggi akan lebih sadar terhadap pentingnya prosedur keselamatan pasien (Maulida, 2023).

Selain itu, pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan formal maupun pelatihan berkelanjutan. Pengetahuan yang diperbarui secara berkala membuat tenaga kesehatan lebih siap menghadapi perubahan sistem dan aturan baru. Dengan demikian, pengetahuan yang baik bukan hanya berfungsi sebagai landasan kognitif, tetapi juga faktor penentu dalam praktik kepatuhan sehari-hari (Sari, 2024).

Tidak hanya itu, penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan yang rendah dapat meningkatkan risiko terjadinya kesalahan medis. Sebaliknya, tenaga kesehatan dengan pemahaman yang baik cenderung lebih disiplin dalam menerapkan protokol. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan melalui pelatihan, seminar, maupun pembelajaran mandiri menjadi langkah penting untuk memperkuat kepatuhan (Wijaya, 2020).

1.7.5 Pengawasan

Pengawasan adalah aktivitas yang dilakukan oleh manajemen atau supervisor untuk memastikan tenaga kesehatan bekerja sesuai standar operasional prosedur. Dengan adanya pengawasan, setiap pelanggaran atau kesalahan dapat segera diperbaiki. Hal ini berfungsi untuk menjaga kualitas pelayanan serta meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas (Handayani, 2021).

Pengawasan juga berperan sebagai sarana evaluasi kinerja. Supervisor yang aktif melakukan pengawasan dapat memberikan umpan balik langsung, sehingga tenaga kesehatan termotivasi untuk memperbaiki kesalahan. Proses ini mendorong terbentuknya budaya kerja yang disiplin dan konsisten dengan standar keselamatan pasien (Yuliani, 2022).

Lebih lanjut, pengawasan tidak hanya bersifat korektif tetapi juga preventif. Melalui pengawasan yang efektif, potensi pelanggaran dapat dicegah sebelum menimbulkan dampak yang lebih besar. Oleh karena itu, pengawasan menjadi salah satu faktor kunci yang memengaruhi tingkat kepatuhan tenaga kesehatan dalam menjaga mutu pelayanan rumah sakit (Kurniawan, 2023).

1.8 Hipotesis Penelitian

A. Hipotesis Null (H_0)

1. Tidak terdapat hubungan masa kerja dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
2. Tidak terdapat hubungan pelatihan SDM dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
3. Tidak terdapat hubungan komunikasi efektif dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
4. Tidak terdapat pengetahuan efektif dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
5. Tidak terdapat hubungan pengawasan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

B. Hipotesis Alternatif (H_a)

1. Terdapat hubungan masa kerja dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
2. Terdapat hubungan pelatihan SDM dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

3. Terdapat hubungan komunikasi efektif dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
4. Terdapat hubungan pengetahuan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.
5. Terdapat hubungan pengawasan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

1.9 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1.2 Definisi operasional dan kriteria objektif

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Skala	Kriteria Objektif
Variabel Dependen					
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	Tingkat kepatuhan pekerja dalam melakukan prosedur identifikasi pasien sesuai standar yaitu menggunakan minimal dua identitas (nama dan tanggal lahir) dan dilakukan sebelum tindakan diagnostik apapun	Kuesioner yang terdiri dari 8 pernyataan dengan menggunakan skala <i>Likert</i> , kategori sebagai berikut: a. Selalu = 4 b. Sering = 3 c. Kadang-Kadang = 2 d. Tidak Pernah = 1	Nominal	Skor Maksimal = 32 poin a) Baik: apabila jawaban responden memperoleh skor ≥ 21 poin b) Kurang: apabila jawaban responden memperoleh skor < 21 poin (Azizah, 2023).
Variabel Independen					
2	Masa Kerja	Masa kerja yang dimaksudkan pada penelitian ini adalah lama waktu pekerja terhitung dimulai saat pekerja mulai bekerja hingga penelitian ini dilakukan, diukur dalam satuan tahun.	Kuesioner dengan kategori sebagai berikut: a. Baru = 0 Lama = 1	Ordinal	a) Baru: Jika responden telah bekerja selama < 5 tahun b) Lama: Jika responden telah bekerja selama ≥ 5 tahun (Suma' mur, 2013).

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Skala	Kriteria Objektif
3	Pelatihan	Pelatihan yang dimaksudkan pada penelitian ini adalah upaya pembekalan pengetahuan/keterampilan yang diterima tenaga kesehatan terkait identifikasi pasien melalui program pelatihan resmi.	Kuesioner yang terdiri dari 5 pernyataan Dengan menggunakan Skala Guttman, Kuesioner kategorik a. Ya = 1 b. Tidak=0	Ordinal	Skor Maksimal = 5 poin a) Baik: apabila jawaban responden memperoleh skor ≥ 4 poin b) Kurang: apabila jawaban responden memperoleh skor < 4 (Kinyua, 2020)
4	Komunikasi Efektif	Komunikasi efektif yang dimaksudkan pada penelitian ini adalah kemampuan tenaga kesehatan dalam menyampaikan dan menerima informasi secara jelas, tepat, dan akurat dalam proses identifikasi pasien.	Kuesioner Likert (6 pernyataan) kategori sebagai berikut: a. Selalu = 4 b. Sering = 3 c. Kadang-Kadang = 2 d. Tidak Pernah = 1	Nominal	Skor Maksimal = 24 poin a) Baik: apabila jawaban responden memperoleh skor ≥ 20 poin b) Kurang: apabila jawaban responden memperoleh skor < 20 poin (Azizah, 2023).
5	Pengetahuan	Pengetahuan yang dimaksudkan pada penelitian ini adalah Tingkat penyerapan informasi yang diterima oleh tenaga kesehatan tentang pengetahuan dasar mengenai identifikasi pasien	Kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan dengan menggunakan skala <i>Guttman</i> , kategori sebagai berikut: a. Benar = 3 b. Salah = 2 c. Tidak Tahu = 1	Ordinal	Skor Maksimal = 21 poin a) Baik: apabila jawaban responden memperoleh skor ≥ 18 poin b) Kurang: apabila jawaban responden memperoleh skor < 18 poin (Bae & Park, 2021).

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Skala	Kriteria Objektif
6	Pengawasan	Pengawasan yang dimaksudkan pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan dipantau oleh pengawas untuk selalu melakukan proses identifikasi pasien saat bekerja.	Kuesioner yang terdiri dari 6 pernyataan dengan menggunakan skala <i>Likert</i> , kategori sebagai berikut: a. Selalu = 4 b. Sering = 3 c. Kadang-Kadang = 2 d. Tidak Pernah = 1	Nominal	Skor Maksimal = 24 poin a) Baik: apabila jawaban responden memperoleh skor ≥ 16 poin b) Kurang: apabila jawaban responden memperoleh skor < 16 poin (Azizah, 2023).

Sumber; Azizah 2023; Suma'mur 2013; Kinyua 2020; Bae & Park 2021.

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Jenis pada penelitian ini bersifat kuantitatif untuk mengetahui hubungan variabel independen (masa kerja, pelatihan, komunikasi efektif, pengetahuan, dan pengawasan) dengan variabel dependen (kepatuhan identifikasi pasien) dengan menggunakan desain *cross-sectional* dimana variabel dependen dan independen diukur dalam rentang waktu bersamaan.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Primaya Sorowako, Kecamatan Nuha, Kabupaten Luwu Timur pada bulan September – November 2025.

2.3 Populasi dan Sampel Penelitian

2.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan dari subjek dan atau objek yang akan menjadi sasaran penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

Tabel 2.1 Total tenaga kesehatan yang menjadi populasi

Kategori	Jumlah Orang
Dokter Umum	6
Dokter Spesialis	16
Perawat	77
Apoteker	18
Analisis Lab	15
Bidan	16
Fisioterapist	8
Radiografer	4
Ahli Gizi	2
Total	162 orang

Sumber: Data Sekunder, 2025

2.3.2 Sampel

Setelah jumlah populasi diketahui, kemudian penelitian ini menggunakan rumus Slovin dalam menghitung jumlah sampel, sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N \times e^2} \quad (1)$$

Keterangan:

- n = besar sampel
- N = besar populasi
- e = *margin of error* (0.05/5%)

Maka,

$$\begin{aligned} n &= \frac{162}{1 + 162 \times (0.05)^2} \\ n &= \frac{162}{1 + 162 \times 0,0025} \\ n &= \frac{162}{1 + 0,405} \\ n &= \frac{162}{1,405} \\ n &= 115,3 = 115 \end{aligned} \quad (2)$$

Selanjutnya dengan menggunakan *Stratified Random Sampling*, dapat memastikan bahwa sampel yang diambil mencerminkan distribusi populasi dalam Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako, yaitu dengan memilih sampel secara proporsional dari setiap kategori populasi. Rumus untuk menghitung proporsi sampel per kategori adalah:

$$\text{Sampel per kategori} = \left(\frac{\text{Jumlah populasi dalam kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \right) \times \text{ukuran sampel total} \quad (3)$$

Tabel 2.2 Distribusi sampel

Kategori	Populasi	Perhitungan	Penyebaran Sampel
Dokter Umum	6	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	4
Dokter Spesialis	16	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	11
Perawat	77	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	55
Apoteker	18	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	13
Analisis Lab	15	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	11

Kategori	Populasi	Perhitungan	Penyebaran Sampel
Bidan	16	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	11
Fisioterapist	8	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	6
Radiografer	4	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	3
Ahli Gizi	2	$\frac{\text{Jumlah Populasi dalam Kategori}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{ukuran sampel total}$	1

Sumber: Data Sekunder, 2025

2.4 Pengumpulan Data Penelitian

2.4.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan secara langsung dari sumber pertama pihak-pihak yang terkait dengan penelitian ini. Data primer dalam penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan kuesioner elektronik dalam bentuk *G-Form* melalui kode *QR* yang kemudian di scan langsung oleh tenaga kesehatan yang sedang bertugas di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako. Kemudian penggunaan lembar observasi untuk memperoleh data yang relevan sebagai bukti dan lampiran, agar mendapatkan informasi mengenai apa saja faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako.

2.4.2 Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari berbagai dokumen dan sumber resmi yang relevan dengan pelaksanaan identifikasi pasien di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako. Data ini mencakup informasi mengenai profil rumah sakit, struktur organisasi, jumlah tenaga kesehatan per profesi, serta dokumen kebijakan seperti pedoman dan prosedur tetap (*protap*) terkait pelaksanaan identifikasi pasien. Selain itu, data sekunder juga mencakup referensi dari buku, jurnal ilmiah, dan hasil penelitian terdahulu yang mendukung landasan teori dan pembahasan dalam penelitian ini. Data sekunder ini digunakan sebagai pelengkap dan penguat terhadap data primer yang diperoleh langsung dari responden melalui kuesioner dan lembar observasi.

2.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat bantu yang digunakan untuk memperoleh data sesuai dengan tujuan dan variabel penelitian. Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan untuk pengambilan data serta alat pendukungnya adalah sebagai berikut:

2.5.1 Kuesioner

Kuesioner digunakan untuk memperoleh data primer dari responden, yaitu tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan kepada pasien dan melaksanakan identifikasi pasien. Kuesioner ini disusun berdasarkan variabel penelitian yang telah disusun sebelumnya. Bentuk pertanyaan adalah tertutup dan disebarikan secara daring menggunakan *Google Form* (G-Form) untuk mempermudah pengumpulan data. Penyusunan item kuesioner mengacu pada pedoman akreditasi rumah sakit dan penelitian sebelumnya yang relevan (Putri & Wahyuni, 2020).

2.5.2 Lembar Observasi

Lembar observasi digunakan sebagai instrumen observasi untuk menilai kesesuaian praktik identifikasi pasien di lapangan. Observasi ini mencakup penilaian dokumentasi dan prosedur langsung. Penilaian dilakukan dengan mencentang atau menyilang pada item yang sesuai/tidak sesuai selama observasi (Safitri & Widodo, 2021).

2.5.3 Alat Tulis

Alat tulis digunakan sebagai perlengkapan pendukung untuk mengisi lembar observasi secara manual selama proses observasi. Instrumen ini membantu peneliti dalam mencatat penilaian terhadap pelaksanaan identifikasi pasien. Penggunaan alat tulis bersifat praktis, terutama dalam pengumpulan data di lapangan, yang membutuhkan kecepatan dan ketelitian dalam pencatatan (Hartati & Prasetya, 2019).

2.5.4 Kamera

Kamera digunakan untuk mendokumentasikan kegiatan observasi dan proses pengumpulan data sebagai bukti pendukung dalam laporan penelitian. Dokumentasi visual meliputi situasi pelaksanaan identifikasi pasien dan penggunaan atribut identitas pasien (Lestari & Hadi, 2018).

2.6 Uji Instrumen Penelitian

2.6.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah proses untuk menilai sejauh mana suatu instrumen atau alat ukur mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Validitas bertujuan untuk memastikan bahwa item-item dalam kuesioner atau instrumen penelitian benar-benar mencerminkan konsep atau variabel yang dimaksud. Terdapat beberapa jenis validitas, di antaranya validitas isi, validitas konstruk, dan validitas kriterium. Dalam penelitian kuantitatif, validitas diuji dengan menghitung korelasi antara skor item dan skor total melalui *Pearson Product Moment*; item dinyatakan valid jika nilai korelasinya melebihi nilai kritis pada tingkat signifikansi tertentu (Sugiyono, 2019).

Instrumen yang tidak valid dapat menghasilkan data yang bias dan tidak mencerminkan kondisi sebenarnya. Uji validitas dilakukan melalui SPSS dengan membandingkan r hitung dan r tabel. Jika r hitung lebih besar dari r tabel maka item kuesioner dinyatakan valid dan sebaliknya, apabila r hitung lebih kecil dari r tabel maka item kuesioner dinyatakan tidak valid. Berikut hasil uji validitas atas kuesioner penelitian ini.

Tabel 2.3 Hasil analisis uji validitas instrumen penelitian

No.	Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
Kepatuhan Identifikasi Pasien				
1	KIP1	0.736	0.361	Valid
2	KIP2	0.643	0.361	Valid
3	KIP3	0.884	0.361	Valid
4	KIP4	0.728	0.361	Valid
5	KIP5	0.784	0.361	Valid
6	KIP6	0.657	0.361	Valid
7	KIP7	0.826	0.361	Valid
8	KIP8	0.750	0.361	Valid
Pengetahuan				
1	PENG1	0.730	0.361	Valid
2	PENG2	0.713	0.361	Valid
3	PENG3	0.624	0.361	Valid
4	PENG4	0.640	0.361	Valid
5	PENG5	0.652	0.361	Valid
6	PENG6	0.733	0.361	Valid
7	PENG7	0.777	0.361	Valid
Komunikasi Efektif				
1	KOMEF1	0.862	0.361	Valid
2	KOMEF2	0.929	0.361	Valid
3	KOMEF3	0.878	0.361	Valid
4	KOMEF4	0.757	0.361	Valid
5	KOMEF5	0.757	0.361	Valid
6	KOMEF6	0.789	0.361	Valid
Pengawasan				
1	AWASAN1	0.701	0.361	Valid
2	AWASAN2	0.700	0.361	Valid
3	AWASAN3	0.776	0.361	Valid
4	AWASAN4	0.532	0.361	Valid
5	AWASAN5	0.836	0.361	Valid
6	AWASAN6	0.736	0.361	Valid
7	AWASAN7	0.619	0.361	Valid
Pelatihan				
1	PEL1	0.632	0.361	Valid

No.	Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Keterangan
Pelatihan				
2	PEL2	0.632	0.361	Valid
3	PEL3	0.632	0.361	Valid
4	PEL4	0.632	0.361	Valid
5	PEL5	0.632	0.361	Valid

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel hasil uji validitas di atas, dapat diketahui bahwa r hitung dari semua item pertanyaan lebih besar dari r tabel, maka semua item yang digunakan dalam penelitian ini dinyatakan valid sehingga dapat digunakan sebagai instrument penelitian.

2.6.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk menilai konsistensi atau keajegan suatu instrumen dalam mengukur variabel yang sama pada waktu yang berbeda. Instrumen dikatakan reliabel jika hasil pengukurannya stabil dan konsisten meskipun dilakukan dalam kondisi yang berbeda atau oleh penilai yang berbeda. Dalam penelitian kuantitatif, reliabilitas umumnya diuji menggunakan koefisien *Cronbach's Alpha*, di mana nilai $\geq 0,6$ dianggap menunjukkan reliabilitas yang baik (Ghozali, 2018). Instrumen yang reliabel sangat penting agar hasil penelitian dapat dipercaya dan diandalkan dalam pengambilan Keputusan.

Pengujian reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menghitung besarnya nilai *Cronbach's Alpha*. Apabila nilai *Cronbach's Alpha* lebih besar dari 0.600 maka jawaban dari responden dinyatakan reliabel, begitupun sebaliknya, apabila nilai *Cronbach's Alpha* lebih kecil dari 0.600 maka jawaban dari responden dinyatakan tidak reliabel. Berikut hasil uji reliabilitas atas instrument kuesioner penelitian ini.

Tabel 2.4 Hasil Analisis Uji Reliabilitas Instrumen Penelitian

Cronbach's Alpha	r Standar	Total Pertanyaan	Keterangan
0.932	0.600	34	Reliabel

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan hasil uji reliabilitas di atas, diketahui nilai *Cronbach's Alpha* pada seluruh item pertanyaan lebih besar dari 0.600. Maka dapat disimpulkan bahwa semua kuesioner dalam penelitian ini reliabel atau konsisten sehingga dapat digunakan sebagai instrument penelitian.

Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian dilakukan di Rumah Sakit Primaya Inco Sorowako sebagai lokasi penelitian utama. Pemilihan lokasi ini bertujuan agar instrumen yang diuji sesuai dengan konteks dan karakteristik responden yang

sebenarnya, sehingga hasilnya lebih relevan dengan kondisi penelitian. Jumlah responden uji coba ditetapkan sebanyak 30 orang sesuai dengan pedoman Sugiyono (2019), yang merekomendasikan minimal 20–30 responden untuk memperoleh hasil uji instrumen yang stabil dan representatif. Peneliti memilih jumlah maksimal, yaitu 30 responden, untuk memastikan kualitas instrumen lebih kuat sebelum digunakan pada penelitian utama. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di lokasi penelitian yang sama diluar dari 115 sampel penelitian utama, sehingga tidak menimbulkan bias dan tetap menjaga independensi data.

2.7 Pengolahan dan Analisis Data Penelitian

2.7.1 Pengolahan Data Penelitian

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan perangkat lunak SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Tahapan pengolahan data meliputi beberapa langkah sebagai berikut:

A. Editing

Pada tahap awal, dilakukan pemeriksaan ulang terhadap data yang diperoleh melalui kuesioner *google form*. Proses ini bertujuan untuk memastikan kelengkapan dan konsistensi jawaban dari responden. Jika ditemukan data yang tidak lengkap atau tidak logis, maka dilakukan verifikasi ulang atau perbaikan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

B. Coding

Pengkodean dilakukan terhadap setiap item jawaban pada kuesioner. Untuk pertanyaan tertutup (jawaban “Ya” atau “Tidak”), diberi kode numerik, misalnya “Ya” = 1 dan “Tidak” = 0. Untuk Skala Likert 4 poin diberi nilai 1=tidak pernah, 2=kadang-kadang, 3=sering, 4=selalu. Pengkodean ini bertujuan agar data lebih mudah diproses dan dianalisis menggunakan SPSS.

C. Entry Data

Setelah proses pengkodean selesai, data dimasukkan ke dalam aplikasi SPSS sesuai dengan variabel-variabel yang diteliti. Setiap variabel memiliki kolom tersendiri dalam program, yang diisi dengan data hasil pengumpulan kuesioner dan lembar observasi.

D. Cleaning Data

Tahapan ini dilakukan untuk memeriksa kembali data yang telah diinput agar tidak terjadi kesalahan pengisian atau duplikasi data. Analisis frekuensi digunakan untuk mendeteksi adanya nilai yang tidak sesuai, dan perbaikan dilakukan dengan mengacu pada data asli.

E. Scoring

Pada tahapan ini, setiap responden akan memperoleh skor pada masing-masing pertanyaan yang kemudian dijumlahkan untuk mendapatkan skor total per variabel. Skor rata-rata digunakan untuk menggambarkan Tingkat persepsi atau pelaksanaan responden terhadap masing-masing aspek yang diteliti. Skor rata-rata dikategorikan menjadi tiga tingkat yaitu rendah (1,00-1,75), sedang (1,76-3,00), dan tinggi (3,01-4,00) guna mempermudah interpretasi hubungan antar variabel.

2.7.2 Analisis Data Penelitian

5.2.1 Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase masing-masing variabel penelitian, baik dari hasil kuesioner maupun lembar observasi. Tujuannya adalah memberikan gambaran umum terhadap karakteristik data yang diperoleh.

5.2.2 Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan pelaksanaan identifikasi pasien sebagai variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square Test*, karena sesuai untuk data kategorik dari kuesioner. Namun, uji *Chi-Square* memiliki keterbatasan, yaitu mensyaratkan bahwa tidak boleh ada lebih dari 20% sel pada tabel kontingensi dengan frekuensi harapan kurang dari 5, serta tidak boleh ada sel dengan frekuensi harapan sama dengan 0. Apabila syarat tersebut tidak terpenuhi, maka digunakan *Fisher's Exact Test* sebagai alternatif, karena lebih akurat untuk ukuran sampel kecil maupun distribusi data dengan frekuensi harapan rendah. Hasil uji ini akan menunjukkan ada atau tidaknya hubungan yang signifikan secara statistik antara variabel yang diteliti, dengan tingkat signifikansi ditetapkan pada $p\text{-value} \leq 0,05$.

2.8 Penyajian Data Penelitian

Data yang telah diolah dan dianalisis kemudian akan disajikan dalam bentuk narasi, dan tabel distribusi frekuensi disertai interpretasi untuk membahas hasil pengolahan dan analisis data penelitian.