



**HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN DENGAN  
KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH  
SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

**SKRIPSI**

**Oleh**

**Jundi Anas Zulfikar**

**30902200122**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2025**



**HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN DENGAN  
KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH  
SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

**SKRIPSI**

Oleh

**Jundi Anas Zulfikar**

**30902200122**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2025**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Skripsi berjudul :

**HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN DENGAN KETEPATAN  
IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH SAKIT ISLAM  
SULTAN AGUNG SEMARANG**


Disusun oleh :

Nama : Jundi Anas Zulfikar

NIM : 30902200122

Telah disahkan dan disetujui oleh pembimbing pada:

Pembimbing I  
Tanggal : 1 Desember 2025

  
Dr. Ns. Muh. Abdurouf, S.Kep., M.Kep  
NUPTK. 0837757658130272

UNISSOLA  
جامعة سلطان أحمد بن محمد الإسلامية

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi berjudul :

**HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN DENGAN KETEPATAN  
IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH SAKIT ISLAM  
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun oleh :

Nama : Jundi Anas Zulfikar

NIM : 30902200122

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 9 Desember 2025 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

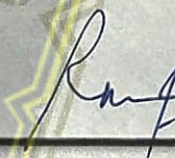
Penguji I,

Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, S.Kep., M.Kep  
NUPTK. 2054764665237043



Penguji II,

Dr. Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep., M.Kep  
NUPTK. 0837757658130272



Mengetahui  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep  
NUPTK. 1154752653130093

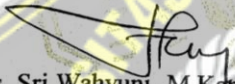
## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME


Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata Saya melakukan Tindakan plagiarism, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 20 Januari 2026

Mengetahui,  
Wakil Dekan I

Peneliti,

  
Dr. Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat  
NUPTK. 9941753654230092

  
Junji Atlas  
NIM : 30902200122



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
**SKRIPSI 2025**

## **ABSTRAK**

Jundi Anas Zulfikar

### **HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN DENGAN KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

**Pendahuluan** : Kesalahan identifikasi pasien merupakan risiko fundamental pelayanan kesehatan yang dapat dicegah melalui penerapan budaya keselamatan yang kuat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

**Metode** : Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Sampel penelitian berjumlah 94 perawat pelaksana di ruang rawat inap yang diambil menggunakan teknik total sampling. Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner dan observasi, kemudian dianalisis menggunakan uji korelasi Spearman Rank.

**Hasil** : Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat memiliki budaya keselamatan dalam kategori cukup (40,4%) dan ketepatan identifikasi pasien dalam kategori baik (43,6%). Uji statistik menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan dengan kekuatan lemah antara budaya keselamatan dan ketepatan identifikasi pasien ( $p\text{-value} = 0,043$ ;  $r = 0,209$ ).

**Kesimpulan** : Disimpulkan bahwa budaya keselamatan berkontribusi positif namun bukan satu-satunya penentu ketepatan identifikasi. Disarankan agar rumah sakit meningkatkan audit berkala dan mengembangkan sistem pelaporan insiden yang bersifat non-punitive guna mengoptimalkan kepatuhan.

**Kata Kunci** : Budaya Keselamatan, Ketepatan Identifikasi Pasien, Perawat.

**Daftar Pustaka** : 43 (1997-2025)

**NURSING SCIENCE STUDY PROGRAM**  
**FACULTY OF NURSING SCIENCE**  
**SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG**  
**Thesis 2025**

## **ABSTRACT**

Jundi Anas Zulfikar

THE RELATIONSHIP BETWEEN SAFETY CULTURE AND PATIENT IDENTIFICATION  
ACCURACY AT SULTAN AGUNG ISLAMIC HOSPITAL

Jundi Anas Zulfikar

**Introduction** : Patient identification errors are a fundamental healthcare risk that can be prevented through a strong safety culture. This study aims to analyze the relationship between safety culture and the accuracy of patient identification at Sultan Agung Islamic Hospital Semarang.

**Methods** : This study utilized a quantitative design with a cross-sectional approach. The sample comprised 94 implementing nurses from inpatient wards, selected using total sampling. Data were collected via questionnaires and observations and analyzed using the Spearman Rank correlation test.

**Results** : The findings indicated that the majority of nurses had a safety culture in the 'sufficient' category (40.4%) and patient identification accuracy in the 'good' category (43.6%). Statistical analysis revealed a significant but weak relationship between safety culture and identification accuracy ( $p$ -value = 0.043;  $r$  = 0.209).

**Discussion** : It is concluded that safety culture positively contributes to patient identification accuracy but is not the sole determinant. It is recommended that the hospital enhance periodic audits and develop a non-punitive incident reporting system to optimize compliance.

**Keywords** : Safety Culture, Patient Identification Accuracy, Nurse.

**Bibliography** : 43 (1997 – 2025)

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillah, Segala puji penulis haturkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan nikmat, taufiq, dan hidayahnya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN DENGAN KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG”. Sholawat serta salam tercurahkan kepada baginda nabi Muhammad SAW yang selalu kita nantikan syafaatnya.

Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari arahan, bimbingan, dan dukungan serta bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan rasa terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M. Hum selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA beserta jajarannya
3. Ibu Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, S.kep., M.kep., Sp. Kep. M.B selaku ketua prodi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan S1 Ilmu Keperawatan UNISSULA beserta jajarannya
4. Bapak Dr. Ns. MuhAbdurrouf, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberi bimbingan dan pengarahan dalam membuat proposal skripsi yang baik dan benar

5. Seluruh dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta memberikan bantuan kepada penulis selama melaksanakan studi
6. Kepada keluarga saya khususnya Bapak dan Ibu saya yang telah memberikan doa dan dukungan berupa moril maupun material selama kuliah
7. Teman-teman satu bimbingan saya yang hampir selalu kebersamai saya dalam melaksanakan penelitian
8. Teman-teman satu angkatan 2022 Prodi S1 Ilmu Keperawatan FIK UNISSULA
9. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis berusaha sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, dan menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu penulis membutuhkan kritik dan saran sebagai bahan evaluasi bagi penulis. Penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi banyak pihak.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Demak, 6 Desember 2025

Penulis

Jundi Anas Zulfikar

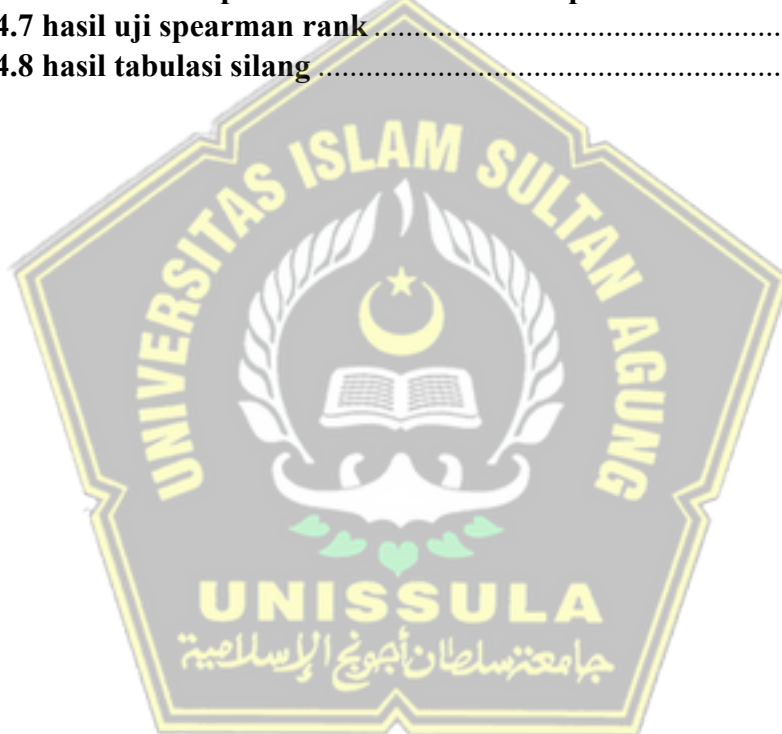
## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Bagi perawat.....	6
2. Bagi Rumah Sakit.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Tinjauan Teori.....	8
1. Identifikasi Pasien.....	8
2. Budaya Keselamatan.....	15
B. Kerangka Teori.....	25
C. Hipotesis.....	26
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	27
A. Kerangka Konsep.....	27

B. Variabel Penelitian .....	27
C. Jenis dan Desain Penelitian .....	28
D. Populasi dan Sampel .....	28
E. Tempat dan Waktu Penelitian .....	30
F. Definisi Operasional.....	30
G. Instrumen/Alat Pengumpul Data .....	31
H. Metode Pengumpulan Data .....	35
I. Rencana Analisis/Pengolahan Data.....	37
J. Etika Penelitian .....	39
BAB IV HASIL PENELITIAN .....	41
A. Pengantar BAB.....	41
B. Analisis Univariat.....	41
C. Analisa Bivariat.....	43
BAB V PEMBAHASAN .....	46
A. Pengantar Bab .....	46
B. Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	46
C. Keterbatasan Penelitian.....	69
D. Implikasi Keperawatan.....	70
BAB VI PENUTUP .....	71
A. Kesimpulan.....	71
B. Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA .....	78
LAMPIRAN.....	83

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional.....	31
Tabel 3. 2 Kriteria Korelasi .....	39
Tabel 4.1 distribusi responden berdasarkan usia (N=94) .....	41
Tabel 4.2 distribusi responden berdasarkan jenis kelamin (N=94).....	42
Tabel 4.3 distribusi responden berdasarkan status pendidikan (N=94).....	42
Tabel 4.4 distribusi responde berdasarkan lama kerja (N=94).....	42
Tabel 4.5 distribusi responden berdasarkan budaya keselamatan .....	43
Tabel 4.6 distribusi responden berdasarkan ketepatan identifikasi pasien ..	43
Tabel 4.7 hasil uji spearman rank.....	44
Tabel 4.8 hasil tabulasi silang .....	44



## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2. 1 Kerangka Teori Budaya Keselamatan Dengan Ketepatan Identifikasi Pasien.....</b>	<b>25</b>
<b>Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian .....</b>	<b>27</b>



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. surat izin survey pendahuluan .....	84
Lampiran 2 surat diijinkan melakukan survey pendahuluan .....	1
Lampiran 3 surat izin uji validitas dan reabilitas .....	2
Lampiran 4 surat ijin melakukan uji validitas dan reabilitas .....	3
Lampiran 5 surat ijin penelitian .....	4
Lampiran 6 surat ijin melakukan penelitian .....	5
Lampiran 7 surat ijin melaksanakan penelitian .....	6
Lampiran 8 surat pengantar uji ethical clearance .....	7
Lampiran 9 surat keterangan layak ethical clearance .....	8
Lampiran 10 surat permohonan menjadi responden .....	9
Lampiran 11 surat kesanggupan menjadi responden .....	10
Lampiran 12 instrumen penelitian .....	11
Lampiran 13 lembar hasil konsultasi dan bimbingan .....	2
Lampiran 14 hasil penelitian dan pengolahan data .....	1
Lampiran 15 jadwal penelitian .....	8
Lampiran 16 daftar riwayat hidup .....	1



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem pada fasilitas layanan kesehatan, termasuk rumah sakit, yang menjamin pemberian asuhan secara aman kepada klien. Sistem ini berfokus pada upaya pencegahan terhadap cedera yang mungkin timbul, baik akibat kesalahan dalam melakukan tindakan medis maupun kelalaian dalam memberikan tindakan yang seharusnya (Indah et al., 2023). Praktik identifikasi pasien oleh perawat sudah semestinya diintegrasikan sebagai budaya kerja guna mencegah terjadinya insiden selama proses pelayanan. Selain itu, untuk menghadapi kompleksitas sistem layanan kesehatan saat ini, seorang perawat dituntut untuk memiliki pengetahuan yang memadai, keterampilan yang mumpuni, serta sikap profesional dalam setiap pemberian asuhan keperawatan (Sureskiarti et al., 2023).

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) mencakup enam indikator utama, yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert), kepastian tepat-lokasi dan prosedur pembedahan, pengurangan risiko infeksi, serta pengurangan risiko pasien jatuh. Khusus pada penerapan identifikasi pasien, pelaksanaannya dilakukan dengan memvalidasi identitas yang tertera pada gelang pasien, berkas rekam medis, label obat, nampan diet, hingga tempat tidur perawatan. Proses validasi ini wajib mempertimbangkan karakteristik individu dan sosial pasien, serta selalu berpedoman pada kebijakan atau standar

operasional rumah sakit yang berlaku (Putri & Sugiarti, 2023). Kegagalan dalam melakukan identifikasi pasien secara tepat berisiko tinggi menimbulkan insiden atau cedera. Dampak dari ketidakakuratan identifikasi ini sangat beragam dan fatal, mulai dari kesalahan atau penundaan penegakan diagnosis, kelalaian dalam pengambilan tindakan medis, hingga insiden medikasi seperti kekeliruan jenis obat, dosis, maupun metode pemberiannya (Solehudin et al., 2023).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2021, Indonesia memiliki 2.287.142 tenaga kesehatan, dengan perawat mendominasi proporsi tersebut yakni sebanyak 511.911 orang. Mengingat peran vital perawat yang bersiaga memberikan pelayanan selama 24 jam penuh, fasilitas pelayanan kesehatan dituntut untuk menjamin kecukupan sumber daya perawat, baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Kualitas pelayanan ini sangat erat kaitannya dengan perilaku caring, yaitu tindakan tulus untuk menciptakan rasa aman secara fisik dan emosional bagi pasien. Sebagai care provider, fungsi utama perawat adalah menyelenggarakan asuhan keperawatan yang komprehensif. Namun, dalam pelaksanaannya di era modern, perawat terus dihadapkan pada berbagai tantangan yang dinamis, termasuk pesatnya perkembangan teknologi, kemajuan ilmu medis, serta kompleksitas budaya di lingkungan layanan kesehatan (Liestyaningrum et al., 2023).

Pelaksanaan identifikasi pasien yang tepat sasaran menuntut pengembangan pada beberapa aspek krusial. Aspek-aspek tersebut meliputi peningkatan pemahaman dan kompetensi perawat terkait standar identifikasi,

kedisiplinan sikap dalam menjalankan prosedur, serta kehadiran sistem yang secara aktif menunjang terciptanya budaya keselamatan di lingkungan kerja (Marlita et al., 2024). Insiden kesalahan identifikasi pasien umumnya dipicu oleh beberapa faktor penentu. Faktor-faktor tersebut meliputi tingkat kepatuhan tenaga kesehatan yang masih rendah, minimnya kesadaran akan urgensi prosedur identifikasi yang tepat, serta Standar Operasional Prosedur (SOP) yang kurang tersosialisasi dengan baik maupun tidak diterapkan secara disiplin di lapangan (Murtiningtyas & Dhamanti, 2022)

Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Nursery et al. menyimpulkan bahwa budaya keselamatan merupakan faktor yang paling dominan dalam memengaruhi pelaksanaan identifikasi pasien. Kemudian didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Arisandi et al yang mengemukakan bahwa budaya keselamatan berdampak langsung pada upaya perlindungan pasien, termasuk di dalamnya ketepatan proses identifikasi. Agar pelaksanaan identifikasi berjalan optimal, perawat dituntut untuk memiliki pengetahuan yang memadai serta sikap patuh terhadap budaya keselamatan organisasi. Kepatuhan tersebut pada akhirnya akan menumbuhkan nilai dan keyakinan bersama guna mewujudkan lingkungan perawatan yang benar-benar aman bagi pasien. Sebuah penelitian relevan yang dilakukan oleh Sintaningrum di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang telah membuktikan secara kuantitatif adanya hubungan yang signifikan dan positif antara budaya keselamatan pasien dengan penerapan sasaran keselamatan pasien. Melalui pendekatan *cross sectional* pada 118 perawat, hasil analisis statistik *Spearman*

*Rank* menunjukkan nilai p-value 0,000 dan koefisien korelasi (*r*) sebesar 0,475, yang mengindikasikan adanya hubungan dengan kekuatan sedang. Perbedaan mendasar dengan penelitian saat ini adalah bahwa studi sebelumnya mengkaji variabel sasaran keselamatan pasien secara umum yang mencakup enam sasaran, sedangkan penelitian ini akan berfokus lebih spesifik pada salah satu komponen paling fundamental, yaitu ketepatan identifikasi pasien.

Menurut Reason, budaya keselamatan adalah produk dari nilai-nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen, serta gaya dan kemahiran, dari manajemen kesehatan dan keselamatan suatu organisasi. Budaya keselamatan pasien adalah beberapa upaya pencegahan dalam mengurangi dan menghindari risiko kejadian yang tidak diinginkan sehingga dapat membuat pasien tidak mengalami kerugian secara materi ataupun sebagainya ketika dalam pelayan kesehatan. (Yanriatuti et al., 2020).

Dalam upaya yang dilakukan untuk meningkatkan identifikasi pasien perawat diberikan sosialisasi namun karena sudah terlalu lama atau sosialisasi yang disampaikan secara tergesa-gesa dapat menyebabkan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi kurang lengkap, terlebih lagi pada perawat baru yang hanya mendapatkan sosialisasi dari penjelasan orientasi dan dari karunya saja (Melinda et al., 2024). Budaya keselamatan memiliki peran penting terhadap upaya peningkatan keselamatan pasien salah satunya ketepatan identifikasi pasien, dengan memperbaiki budaya keselamatan terciptalah lingkungan yang dapat secara mandiri dan mengoreksi dirinya

sendiri jika terdapat kekeliruan atau penyimpangan karena budaya adalah dasar dari sebuah nilai dan keyakinan (Vernadeth & Anindita, 2021).

Sebuah studi pendahuluan yang dilaksanakan pada 2 Mei 2025 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang mengkaji hubungan antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien. Pengumpulan data melalui kuesioner dan observasi terhadap 12 perawat di ruang Baitunnisa 1, Baitunnisa 2, Baitul Izzah, dan Baitussalam menunjukkan korelasi yang jelas. Ditemukan bahwa pada kelompok perawat dengan budaya keselamatan yang rendah (6 dari 12 perawat), mayoritas (5 dari 6) memiliki tingkat ketepatan identifikasi pasien yang kurang hingga cukup. Sebaliknya, pada kelompok dengan budaya keselamatan sedang (4 perawat) dan budaya keselamatan yang kuat (2 perawat), seluruh perawat (6 dari 6) menunjukkan ketepatan identifikasi yang cukup hingga baik. Temuan awal ini menunjukkan bahwa penguatan budaya keselamatan di lingkungan kerja perawat berpotensi meningkatkan akurasi dalam proses identifikasi pasien.

Berdasarkan uraian di atas penulis, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Budaya Keselamatan dengan Ketepatan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Penulis berharap dari penelitian ini dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dengan membuat budaya keselamatan yang ada pada rumah sakit menjadi lebih baik.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah pada penelitian ini yaitu “Bagaimana Hubungan Budaya Keselamatan Dengan Ketepatan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi gambaran budaya keselamatan perawat
- b. Mengidentifikasi ketepatan identifikasi pasien
- c. Menganalisis hubungan antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi perawat**

- a. Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bukti (evidence-based) bagi manajemen untuk menyusun kebijakan dan program intervensi yang bertujuan untuk memperkuat budaya keselamatan.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk mengidentifikasi domain budaya keselamatan yang perlu ditingkatkan guna mendukung ketepatan identifikasi pasien dan mutu pelayanan secara keseluruhan.

### **2. Bagi Rumah Sakit**

- a. Memberikan bukti empiris kepada perawat tentang pentingnya peran aktif mereka dalam membangun dan menjaga lingkungan kerja dengan budaya keselamatan yang positif.
- b. Meningkatkan kesadaran bahwa kepatuhan individu terhadap prosedur identifikasi pasien merupakan kontribusi nyata terhadap budaya keselamatan dan berdampak langsung pada keselamatan pasien.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Identifikasi Pasien**

###### **a. Definisi Identifikasi Pasien**

Ketepatan identifikasi pasien merupakan salah satu sasaran fundamental dalam program keselamatan pasien yang bertujuan untuk mencegah terjadinya insiden yang dapat merugikan pasien maupun pihak rumah sakit. Pelaksanaan identifikasi yang baik dan benar menjadi landasan utama dari keamanan pasien secara keseluruhan. Menurut standar, proses ini harus dilakukan dengan menggunakan minimal dua bentuk identitas, seperti nama lengkap pasien, nomor rekam medis, atau tanggal lahir. Standar ini dengan tegas melarang penggunaan nomor kamar atau lokasi pasien sebagai metode untuk melaksanakan identifikasi. Proses verifikasi ini wajib dilakukan pada momen-momen kritis pelayanan, terutama sebelum dilakukan tindakan atau prosedur diagnostik dan terapeutik, sebelum pemberian obat, darah, dan produk darah, serta sebelum pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis (Murtiningtyas & Dhamanti, 2022). Identifikasi pasien merupakan suatu proses verifikasi sistematis yang bertujuan untuk memastikan keakuratan data identitas individu pasien sebelum diberikan intervensi medis. Prosedur ini mengharuskan penggunaan minimal dua elemen identitas misalnya, nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis, atau nomor

induk kependudukan (NIK) serta penerapan alat bantu identifikasi seperti gelang berkode batang. Proses ini menjamin bahwa setiap tindakan medis yang dilakukan sesuai dengan identitas pasien, sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya kesalahan medis (Marlita et al., 2024).

#### **b. Tujuan Identifikasi Pasien**

Tujuan utama menurut Sahr et al. dari identifikasi pasien adalah untuk:

- 1) Menjamin keselamatan pasien: Dengan verifikasi identitas yang akurat, risiko kesalahan pemberian obat, transfusi, atau prosedur invasif dapat diminimalkan.
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan: Ketepatan identifikasi memungkinkan setiap intervensi medis diberikan secara tepat, sehingga meningkatkan efektivitas dan efisiensi perawatan.
- 3) Mencegah insiden medis: Proses identifikasi yang sistematis berfungsi sebagai langkah awal dalam pencegahan terjadinya insiden seperti salah operasi atau kesalahan diagnostik. (Sahr et al., 2022)

#### **c. Penerapan Identifikasi Pasien**

Implementasi identifikasi pasien dilakukan melalui integrasi protokol standar operasional (SOP) dengan dukungan teknologi informasi.

Beberapa langkah kunci meliputi:

- 1) Verifikasi Ganda: Setiap pasien wajib diidentifikasi dengan menggunakan setidaknya dua elemen identitas sebelum dilakukan tindakan medis, seperti pemberian obat, transfusi darah, atau prosedur diagnostik.

- 2) Penggunaan Gelang Identitas: Gelang pasien yang dilengkapi dengan barcode atau elemen visual lainnya digunakan sebagai alat bantu verifikasi dalam seluruh unit layanan (rawat inap, unit gawat darurat, ruang operasi).
- 3) Sosialisasi dan Pelatihan: Penerapan sistem identifikasi yang konsisten memerlukan pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan agar seluruh petugas memahami dan mematuhi prosedur identifikasi yang telah ditetapkan.

Penerapan identifikasi yang tidak konsisten dapat meningkatkan risiko terjadinya kesalahan medis yang berdampak serius pada mutu pelayanan.

#### **d. Dampak Kesalahan Identifikasi Pasien**

Kesalahan identifikasi pasien menurut Marlita et al dan Sahr et al memiliki konsekuensi yang sangat luas, baik secara klinis maupun non-klinis. Berikut adalah penjabaran lebih lanjut:

##### 1) Dampak Klinis

###### a) Kesalahan Pemberian Terapi dan Obat:

Ketika pasien tidak diidentifikasi dengan benar, ada risiko tinggi bahwa terapi atau obat yang diberikan tidak sesuai dengan kondisi pasien. Hal ini dapat menyebabkan reaksi obat yang tidak diinginkan, overdosis, atau pemberian obat yang tidak tepat untuk penyakit yang diderita.

###### b) Kesalahan Prosedur Medis:

Dalam konteks bedah atau prosedur invasif lainnya, salah identifikasi pasien dapat menyebabkan tindakan medis yang salah sasaran, seperti operasi pada pasien yang salah atau lokasi operasi yang tidak tepat. Ini dapat mengakibatkan komplikasi serius, misalnya infeksi, cedera pada organ vital, bahkan kematian.

c) Keterlambatan Diagnostik dan Terapi:

Kesalahan identifikasi dapat menyebabkan keterlambatan dalam diagnosis dan pengobatan, karena pasien mungkin tidak mendapatkan intervensi yang segera diperlukan untuk kondisi yang mengancam jiwa.

d) Kesalahan Transfusi Darah:

Penggunaan data identitas yang salah dalam proses transfusi dapat mengakibatkan transfusi darah yang tidak cocok, berpotensi menyebabkan reaksi hemolitik dan komplikasi fatal.

e) Risiko Infeksi:

Kesalahan dalam proses identifikasi dapat mengganggu protokol kebersihan dan verifikasi, sehingga meningkatkan risiko infeksi nosokomial.

2) Dampak Non-Klinis

a) Beban Ekonomi:

Kesalahan identifikasi sering kali menimbulkan biaya tambahan yang signifikan. Pasien yang mengalami komplikasi akibat kesalahan identifikasi biasanya memerlukan perawatan intensif,

rawat inap yang lebih lama, dan intervensi medis tambahan, sehingga meningkatkan biaya operasional rumah sakit.

b) Tuntutan Hukum dan Litigasi:

Insiden kesalahan identifikasi dapat berujung pada gugatan hukum terhadap penyedia layanan kesehatan. Proses litigasi yang panjang tidak hanya menambah beban keuangan, tetapi juga mengganggu reputasi dan citra institusi kesehatan di mata publik.

c) Penurunan Reputasi dan Kepercayaan Masyarakat:

Kesalahan identifikasi yang berulang dapat menurunkan kepercayaan pasien terhadap institusi kesehatan. Hal ini berdampak negatif pada citra rumah sakit, yang pada gilirannya dapat memengaruhi jumlah kunjungan dan loyalitas pasien.

d) Dampak Psikologis:

Bagi pasien dan keluarganya, kesalahan identifikasi dapat menyebabkan trauma psikologis, ketidaknyamanan, serta stres yang berkepanjangan. Kondisi ini juga berdampak pada motivasi dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan.

**e. Faktor yang Mempengaruhi ketepatan Identifikasi Pasien**

Ketepatan identifikasi pasien menurut Marlita et al. dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya:

1) Pengetahuan dan Sikap Tenaga Kesehatan

Tingkat pemahaman tentang SOP dan kesadaran akan pentingnya identifikasi yang tepat merupakan determinan utama.

2) Budaya Keselamatan

Lingkungan kerja yang menerapkan budaya keselamatan dengan sistem pelaporan insiden secara nonpunitif dan adanya kolaborasi antar tim berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan terhadap prosedur identifikasi.

3) Motivasi dan Edukasi

Program edukasi dan pelatihan yang berkelanjutan meningkatkan motivasi dan kompetensi tenaga kesehatan dalam melaksanakan identifikasi dengan benar.

4) Infrastruktur dan Teknologi Informasi

Ketersediaan sistem digital seperti barcode atau RFID mendukung verifikasi identitas secara real-time dan meningkatkan keandalan proses identifikasi.

Penelitian oleh Marlita et al. menunjukkan bahwa variabel budaya keselamatan merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan ketepatan identifikasi pasien.

**f. Upaya Pencegahan Kesalahan Identifikasi Pasien**

Untuk mengurangi potensi terjadinya kesalahan identifikasi, beberapa strategi preventif telah diusulkan, antara lain:

- 1) Peningkatan Pelatihan dan Sosialisasi: Mengadakan workshop, seminar, dan program pelatihan rutin guna meningkatkan

pemahaman dan kesadaran tenaga kesehatan mengenai prosedur identifikasi yang tepat.

- 2) Adopsi Teknologi Modern: Penggunaan sistem verifikasi digital seperti barcode, RFID, atau aplikasi mobile dapat meningkatkan keakuratan dan efisiensi proses identifikasi.
- 3) Audit dan Evaluasi Berkala: Pelaksanaan evaluasi internal secara periodik untuk memantau kepatuhan dan mendeteksi potensi celah dalam proses identifikasi, sehingga perbaikan dapat segera dilakukan.
- 4) Penguatan Kebijakan Internal: Pihak manajemen rumah sakit harus menyusun kebijakan yang mendukung penerapan identifikasi pasien secara konsisten, termasuk pemberlakuan sanksi bagi tenaga kesehatan yang tidak memenuhi standar (Sahr et al., 2022).

**g. Indikator Ketepatan Identifikasi Pasien**

Indikator-indikator dalam ketepatan identifikasi pasien menurut (Nurprilinda et al., 2024) adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan dua elemen identitas, tanpa melibatkan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Identifikasi dilakukan sebelum memberikan obat-obatan, darah, atau produk darah.
3. Identifikasi pasien dilakukan sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.

4. Identifikasi pasien dilakukan sebelum pemberian pengobatan maupun tindakan atau prosedur medis.
5. Kebijakan dan prosedur memastikan pelaksanaan identifikasi dilakukan secara konsisten di semua situasi dan lokasi.

### Budaya Keselamatan

## 2. Budaya Keselamatan

### A. Definisi Budaya Keselamatan

Konsep budaya keselamatan secara fundamental dibentuk oleh karya James Reason, seorang psikolog ahli dalam bidang kesalahan manusia (human error). Teori Reason menjadi landasan utama dalam penelitian ini karena kemampuannya menjelaskan bagaimana kegagalan sistemik, bukan hanya kesalahan individu, menjadi akar penyebab kecelakaan dan insiden.. Budaya keselamatan merupakan Produk dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen terhadap, serta gaya dan kemahiran dalam, manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi (Westat et al., 2021).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien mendefinisikan Budaya Keselamatan Pasien sebagai suatu produk dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen, serta bentuk dan kemampuan dari manajemen kesehatan dan keselamatan dari sebuah organisasi.

## B. Tujuan Budaya Keselamatan

Menurut studi literatur oleh Nugraheni et al, upaya rumah sakit untuk menekan angka insiden pada pasien harus didukung oleh budaya keselamatan pasien. Tujuan mendasar dari keselamatan pasien adalah untuk mengurangi kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Pembangunan budaya ini merupakan langkah awal yang krusial dalam program keselamatan pasien di rumah sakit, yang bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran akan pentingnya nilai keselamatan pasien di antara seluruh karyawan. Secara spesifik, tujuan dari budaya keselamatan pasien mencakup:

- 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- 2) Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD).
- 3) Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- 4) Terlaksananya program-program pencegahan untuk menghindari terulangnya kejadian serupa.

Didukung juga oleh Pratama et al., dalam tinjauan literturnya menyatakan bahwa membangun budaya keselamatan adalah langkah pertama untuk mencapai keselamatan pasien, karena keberadaannya dapat mengurangi risiko terjadinya Kejadian Tidak Diinginkan. Budaya keselamatan pasien diterapkan dengan tujuan meningkatkan kesadaran dalam mencegah kesalahan (error) dan mendorong pelaporan jika terjadi insiden. Dengan menciptakan budaya ini, risiko KTD dapat dikurangi

secara signifikan. Organisasi yang memiliki budaya keselamatan yang positif ditandai dengan komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, dan keyakinan akan efektivitas tindakan pencegahan.

### C. Manfaat Budaya Keselamatan

Suharini et al menyebutkan penerapan budaya keselamatan di rumah sakit memiliki berbagai manfaat antara lain :

#### 1) Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Standar dan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Manfaat paling langsung dari budaya keselamatan yang positif adalah meningkatnya kepatuhan perawat dan staf medis lainnya terhadap prosedur standar yang telah ditetapkan, terutama 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dari KARS/JCI. Ketika sebuah rumah sakit memiliki budaya di mana keselamatan adalah nilai bersama, staf akan lebih termotivasi untuk mengikuti prosedur yang ada, bukan karena takut hukuman, tetapi karena mereka memahami pentingnya prosedur tersebut. Ini mencakup kepatuhan pada SKP 1 (Ketepatan Identifikasi Pasien), SKP 2 (Peningkatan Komunikasi yang Efektif), dan seterusnya.

#### 2) Meningkatkan Pelaporan Insiden dan Mendorong Pembelajaran Organisasi

Budaya keselamatan yang sehat mengubah cara pandang terhadap kesalahan, dari yang tadinya aib menjadi peluang untuk belajar.

Dalam budaya yang tidak menghukum (*non-punitive*), perawat dan staf lain merasa aman untuk melaporkan insiden, termasuk *near miss* (kejadian nyaris cedera). Contohnya, perawat berani melaporkan bahwa ia "hampir salah memberikan obat karena ada dua pasien dengan nama mirip". Laporan seperti ini sangat berharga bagi manajemen untuk memperbaiki sistem (misalnya, dengan memberi penanda khusus) sebelum kesalahan yang sama benar-benar terjadi dan mencederai pasien. Ketika perawat merasa ada dukungan dari atasan dan komunikasi yang terbuka, mereka lebih siap untuk melaporkan insiden tanpa rasa takut, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas data untuk perbaikan berkelanjutan.

### 3) Meningkatkan Kinerja dan Profesionalisme Perawat

Lingkungan kerja yang aman secara psikologis memungkinkan perawat untuk bekerja secara optimal dan lebih profesional. Budaya yang berfokus pada sistem, bukan menyalahkan individu, dapat mengurangi stres, kecemasan, dan risiko burnout pada perawat. Ketika perawat tidak terus-menerus khawatir akan disalahkan atas kesalahan yang mungkin terjadi karena kelemahan sistem, mereka dapat lebih fokus memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

### 4) Meningkatkan Kepercayaan dan Kepuasan Pasien

Meskipun sering kali menjadi dampak jangka panjang, kepercayaan dan kepuasan pasien adalah buah dari pelayanan yang aman dan

berkualitas. Pasien dan keluarga dapat merasakan atmosfer keselamatan di sebuah rumah sakit. Ketika mereka melihat perawat selalu melakukan verifikasi identitas dengan cermat, berkomunikasi dengan jelas, dan bekerja sama dengan baik, kepercayaan mereka terhadap pelayanan yang diberikan akan meningkat. Lingkungan yang aman dan minim insiden secara langsung akan meningkatkan pengalaman dan kepuasan pasien.

#### D. Faktor Yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan

Model Keju Swiss (Swiss Cheese Model) adalah metafora visual yang paling terkenal dari Reason untuk menjelaskan bagaimana kecelakaan terjadi. Setiap lapisan pertahanan dalam sistem (protokol, pelatihan, teknologi) diibaratkan sebagai sepotong keju Swiss dengan lubang-lubang yang posisinya acak (kelemahan). Insiden terjadi ketika lubang-lubang di semua lapisan ini sejajar, memungkinkan "lintasan peluang kecelakaan". Dalam analisis keselamatan pasien, penting untuk membedakan dua jenis kesalahan fundamental sebagaimana dikonsepsikan oleh James Reason, yaitu kesalahan aktif (active failures) dan kesalahan laten (latent conditions atau latent failures). Kesalahan aktif adalah tindakan tidak aman yang dilakukan oleh individu yang berada di garis depan sistem, seperti dokter atau perawat, di mana efeknya dapat dirasakan secara langsung dan sering kali menjadi pemicu langsung terjadinya insiden. Contohnya termasuk salah memberikan dosis obat, keliru mengidentifikasi pasien sebelum prosedur, atau salah

mengoperasikan peralatan medis. Kesalahan ini bersifat segera dan nyata. Sebaliknya, kesalahan laten adalah kondisi-kondisi tersembunyi di dalam sistem yang sudah ada jauh sebelum insiden terjadi dan diciptakan oleh para pembuat keputusan, perancang sistem, atau level manajerial. Kondisi laten ini bersifat seperti "patogen" yang tidak aktif, menunggu kombinasi dengan kesalahan aktif untuk menembus pertahanan sistem. Contoh kondisi laten meliputi jadwal kerja yang padat sehingga menyebabkan kelelahan, protokol yang ambigu, pelatihan yang tidak memadai, budaya menyalahkan (blame culture) yang menghambat komunikasi, serta kegagalan dalam menyediakan teknologi yang memadai. Menurut Reason, fokus pada perbaikan keselamatan tidak cukup hanya dengan menindak kesalahan aktif, tetapi yang lebih krusial adalah mengidentifikasi dan memitigasi kondisi-kondisi laten yang menjadi akar penyebab sebenarnya dari kegagalan sistemik (Reason, 2000).

Yanriatuti et al. berpendapat bahwa ada 5 faktor yang menjadi pendukung sekaligus menjadi penghambat terhadap pengimplementasi budaya keselamatan di rumah sakit.

#### 1) Kerja Tim

Kerja tim adalah domain dalam budaya keselamatan pasien di mana semua anggota bekerja sama, saling mendukung, dan membantu untuk mencapai tujuan organisasi. Kerja tim yang solid mampu meminimalkan perselisihan yang dapat menurunkan kualitas

pelayanan kesehatan. Sebaliknya, kerja tim yang tidak solid dianggap sebagai bagian dari human error yang sebenarnya dapat dicegah. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kerja tim dalam unit, kepemimpinan, dan struktur tim menjadi faktor penting yang mendukung implementasi budaya keselamatan pasien, termasuk dalam mengurangi risiko jatuh.

## 2) Pembelajaran Organisasi

Pembelajaran organisasi bertujuan untuk menambah wawasan anggota tim agar mampu menghadapi perubahan dengan kecepatan dan ketepatan dalam berpikir serta bertindak. Melalui pembelajaran organisasi, anggota tim dapat belajar dari pengalaman dan memperbaiki kemampuan untuk meningkatkan kinerja dalam memberikan pelayanan. Memberdayakan perawat melalui program pembelajaran organisasi terbukti dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien secara keseluruhan. Beberapa penelitian juga mengidentifikasi pembelajaran organisasi sebagai salah satu domain yang menguatkan budaya keselamatan pasien.

## 3) Tingkat Stres dan Beban Kerja Perawat

Faktor ini memiliki pengaruh signifikan terhadap implementasi budaya keselamatan pasien. Stres, yang didefinisikan sebagai respons ketidaknyamanan, sering kali disebabkan oleh faktor internal pekerjaan seperti lingkungan dan beban kerja yang berlebihan. Semakin tinggi beban kerja, semakin tinggi pula tingkat stres yang

dialami tenaga kesehatan. Stres ini dapat mengakibatkan menurunnya tingkat ketelitian dan mudah emosi, yang pada akhirnya akan menghambat implementasi budaya keselamatan pasien. Beberapa studi kasus menunjukkan bahwa tingkat stres memengaruhi domain pelaporan saat melakukan kesalahan, dan komponen kelelahan emosional akibat beban kerja perlu dikelola untuk meningkatkan budaya keselamatan.

#### 4) Keterbukaan Komunikasi

Komunikasi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam implementasi budaya keselamatan pasien. Komunikasi yang tepat antar anggota tim berfungsi untuk meminimalisir kesalahan yang dapat merugikan pasien, contohnya saat proses timbang terima pada pergantian shift. Kurangnya penekanan pada keterbukaan komunikasi menjadi salah satu hal yang perlu ditingkatkan di rumah sakit. Di sisi lain, komunikasi yang terbuka dan pelaporan kesalahan merupakan dua domain yang bisa mencapai tingkatan tertinggi dalam budaya keselamatan pasien jika diimplementasikan dengan baik.

#### 5) Respons terhadap Kesalahan

Faktor ini terkait erat dengan keterbukaan komunikasi dan sistem pelaporan. Dalam kesimpulannya, jurnal ini menyebutkan "respons terhadap kesalahan" sebagai salah satu dari lima faktor kunci. Pemberian umpan balik mengenai kesalahan juga dianggap perlu untuk mempromosikan budaya keselamatan. Kurangnya tindakan

untuk meningkatkan domain respons terhadap kesalahan dapat menjadi penghambat, bahkan ketika domain lain seperti pemberdayaan perawat sudah ditingkatkan.

#### E. Indikator Budaya Keselamatan

Komponen Kunci Budaya Keselamatan menurut (Reason, 1997):

Reason mengidentifikasi beberapa sub-komponen yang saling terkait untuk membentuk budaya keselamatan yang matang:

- a. Budaya yang Adil (*Just Culture*): Ini adalah inti dari budaya keselamatan. Organisasi menciptakan atmosfer kepercayaan di mana staf merasa aman untuk melaporkan kesalahan dan nyaris celaka (near miss) tanpa takut akan sanksi yang tidak adil. Terdapat garis yang jelas antara kesalahan manusia yang tidak disengaja, perilaku berisiko, dan tindakan sembrono yang tidak dapat ditoleransi.

Relevansi: Perawat akan lebih mungkin melaporkan bahwa ia hampir salah memberikan obat karena lupa mengecek gelang identitas jika ia tahu ia tidak akan langsung dihukum, melainkan insiden tersebut akan dianalisis untuk perbaikan sistem.

- b. Budaya Pelaporan (*Reporting Culture*): Organisasi secara aktif mendorong dan memfasilitasi pelaporan insiden dan nyaris celaka. Data yang terkumpul dari laporan ini adalah "bahan bakar" untuk perbaikan. Relevansi: Tanpa adanya laporan tentang kejadian nyaris salah identifikasi, manajemen tidak akan pernah tahu seberapa sering masalah ini terjadi dan di unit mana saja yang paling rentan.

- c. Budaya Belajar (*Learning Culture*): Organisasi memiliki kemauan dan kompetensi untuk belajar dari insiden yang dilaporkan. Ini melibatkan analisis akar masalah (*root cause analysis*) dan implementasi perubahan yang efektif untuk mencegah pengulangan. Relevansi: Setelah menerima beberapa laporan tentang kebingungan identitas pada pasien dengan nama serupa, rumah sakit mungkin menerapkan sistem peringatan pada rekam medis elektronik atau memisahkan penempatan pasien tersebut.
- d. Budaya yang Fleksibel (*Flexible Culture*): Kemampuan organisasi untuk beradaptasi secara efektif terhadap perubahan atau kondisi darurat. Struktur hierarki dapat diratakan sementara agar keahlian dapat berpindah ke tempat yang paling dibutuhkan. Relevansi: Saat terjadi lonjakan pasien, tim tetap dapat menjaga protokol identifikasi karena budaya yang memungkinkan penyesuaian alur kerja tanpa mengorbankan keselamatan inti.

**B. Kerangka Teori**



**Gambar 2. 1 Kerangka Teori Budaya Keselamatan Dengan Ketepatan Identifikasi Pasien**

### C. Hipotesis

Menurut Sugiyono, hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Adapun hipotesis dalam penelitian yaitu :

Ha : Terdapat hubungan antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien

Ho : Tidak ada hubungan budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien



### BAB III

## METODOLOGI PENELITIAN


### A. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep adalah suatu deskripsi dan gambaran hubungan antara konsep atau variabel yang diamati atau diukur melalui penelitian. Berdasarkan kerangka teori yang sudah dijelaskan maka kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

 : Area yang diteliti

 : Ada hubungan

### B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah inti dari sebuah penelitian. Menurut Sugiyono, variabel penelitian pada dasarnya adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya. Berdasarkan kerangka teori dan hipotesis, variabel-variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen. Dalam penelitian ini variabel independen adalah budaya keselamatan.

## 2. Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Dalam penelitian ini, variabel dependen adalah ketepatan identifikasi pasien.

### C. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Menurut Nursalam, penelitian *korelasional* bertujuan untuk mengungkap hubungan antar variabel atau lebih tanpa memberikan perlakuan. Sementara itu, pendekatan *cross-sectional* adalah jenis penelitian di mana tipe pengumpulan data mengenai variabel bebas (faktor risiko) dan variabel terikat (efek) dilakukan secara bersamaan dalam satu waktu (Nursalam, 2020).

Peneliti memilih desain ini karena bertujuan untuk mengetahui hubungan antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien pada 100 perawat di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. Data dari kedua variabel ini akan dikumpulkan dari setiap subjek penelitian melalui kuesioner dan observasi.

### D. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Menurut Nursalam, populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang ada di ruang Baitul Izzah 1 dan 2, Baitus salam 1 dan 2, dan Baitun Nisa 1 dan 2 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang berjumlah 100 orang perawat, berdasarkan data jumlah perawat pada ruangan-ruangan tersebut pada tanggal 9 Mei 2025.

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang digunakan sebagai subjek penelitian Nursalam. Karena jumlah populasi dalam penelitian ini relatif kecil dan mudah dijangkau oleh peneliti, maka teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah Total Sampling (Sampling Jenuh). Teknik sampling yang digunakan adalah Total Sampling atau Sampling Jenuh. Menurut [Sugiyono atau ahli lain, karena ini istilah umum], sampling jenuh adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel.

Dengan teknik ini, seluruh anggota populasi dijadikan sampel penelitian. Oleh karena itu, besar sampel dalam penelitian ini adalah sama dengan besar populasi, yaitu sebanyak 100 orang perawat pelaksana di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian yang akan diteliti dan menjadi batasan populasi target Nursalam (2020). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Responden adalah perawat yang memiliki peran dan tanggung jawab sebagai perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan (informed consent).

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik yang menyebabkan subjek yang telah memenuhi kriteria inklusi harus dikeluarkan dari penelitian (Nursalam, 2020). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Perawat yang sedang cuti panjang (cuti melahirkan, cuti sakit lebih dari 2 minggu), sedang tugas belajar, atau tidak berada di tempat saat periode pengambilan data penelitian.
2. Perawat yang memenuhi kriteria inklusi namun menolak untuk menjadi responden atau tidak melengkapi kuesioner secara penuh.

**E. Tempat dan Waktu Penelitian**

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di ruang Baitul Izzah 1 dan 2, Baitus salam 1 dan 2, dan Baitun Nisa 1 dan 2 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Juli – November 2025.

## F. Definisi Operasional

**Tabel 3. 1 Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Budaya Keselamatan	nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku bersama di dalam sebuah organisasi yang menentukan komitmen, gaya, dan kemahiran manajemen kesehatan dan keselamatan di organisasi tersebut. Indikator : Budaya Pelaporan Budaya Adil Budaya Fleksibel Budaya belajar	Menggunakan lembar kusioner dengan 25 Item pernyataan diukur menggunakan skala likert dengan skor : baik : 76-100, cukup : 51-75, kurang: 25-50	Hasil Skor penelitian antara 25-100 dengan kategori (skor 76-100), cukup (skor 51-75), kurang (skor 25-50)	Interval
Ketepatan Identifikasi Pasien	proses fundamental untuk memastikan bahwa setiap pasien menerima layanan, pengobatan, dan prosedur yang memang benar-benar ditujukan untuk dirinya Indikator : Penggunaan minimal dua elemen identitas pasien Pelaksanaan verifikasi identitas sebelum administrasi obat Verifikasi sebelum prosedur pengambilan darah Verifikasi sebelum tindakan pengobatan Ketersediaan kebijakan formal yang menjamin konsistensi identifikasi	Menggunakan lembar Observasi dengan 13 Item pernyataan diukur menggunakan skala gutman dengan 2 jawaban : Ya : 2 Tidak : 1	Hasil Skor penelitian antara 13-26 dengan kategori : Kurang (skor 13-17), Cukup (skor 18-22), dan Baik (skor 23-26)	Interval

## G. Instrumen/Alat Pengumpul Data

Menurut Nursalam, instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Dalam penelitian ini, digunakan dua jenis

instrumen untuk mengukur masing-masing variabel, yaitu kuesioner dan lembar observasi. Kuesioner A untuk data demografi, Kuesioner B untuk budaya keselamatan, lembar observasi untuk ketepatan identifikasi pasien.

## 1. Instrumen Data

### a. Kuesioner A

Kuesioner A digunakan untuk mengetahui data demografi responden yang terdiri dari Inisial nama, umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan status perkawinan.

### b. Kuesioner B

Untuk mengukur variabel Budaya Keselamatan Pasien, instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2022). Kuesioner ini disusun berdasarkan dimensi dan indikator dari variabel budaya keselamatan pasien menurut Reason terbagi menjadi 4 indikator yaitu : 1) Budaya Adil; 2) Budaya pelaporan; 3) Budaya Fleksibel; 4) Budaya Belajar (Sintaningrum, 2022). Pengukuran dilakukan menggunakan Skala Likert yang terdiri dari 25 pernyataan dengan 4 pilihan jawaban, yaitu Selalu (skor 4), Sering (skor 3), Kadang-kadang (skor 2), dan Tidak Pernah (skor 1). Dengan 25 pernyataan dan dikategorikan menjadi 3 yaitu: baik (Skor 76-100, cukup (Skor 51-75), kurang (Skor 25-50).

### c. Lembar observasi

Instrumen pengukuran ketepatan identifikasi pasien ini dikonstruksikan berdasarkan kerangka indikator yang diuraikan oleh (Nurprilinda et al., 2024). Indikator fundamental yang menjadi acuan meliputi: 1) penggunaan minimal dua elemen identitas pasien; 2) pelaksanaan verifikasi identitas sebelum administrasi obat; 3) verifikasi sebelum prosedur pengambilan darah; 4) verifikasi sebelum tindakan pengobatan; dan 5) ketersediaan kebijakan formal yang menjamin konsistensi identifikasi. Instrumen ini terdiri dari 13 butir pernyataan yang disajikan dalam format lembar observasi, dengan sistem pengukuran menggunakan skala Guttman. Opsi respons bersifat dikotomis, yaitu "Tidak" (skor 1) dan "Ya" (skor 2). Skor total, yang merupakan akumulasi dari skor setiap butir, selanjutnya diinterpretasikan ke dalam tiga kategori unjuk kerja: Kurang (skor 13–17), Cukup (skor 18–22), dan Baik (skor 23–26).

## 2. Uji instrumen penelitian

### a. Uji Validitas

Uji validitas merupakan prosedur pengujian untuk mengukur derajat ketepatan suatu instrumen (seperti kuesioner) dalam mengukur apa yang seharusnya diukur. Sebuah instrumen dikatakan memiliki validitas yang tinggi apabila mampu menjalankan fungsi ukurnya dengan akurat dan sesuai dengan tujuan penyusunannya (Sugiyono, 2019).

Uji validitas instrumen penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Rohmani Semarang dan melibatkan 1/3 dari populasi sebanyak 34

responden. Analisis data menggunakan teknik korelasi Pearson Product-Moment. Dinyatakan valid apabila nilai r hitung  $>$  dari r table. Dinyatakan tidak valid apabila r hitung  $<$  r table. Dengan r table 0,339 dan taraf signifikan 5% dengan bantuan program SPSS untuk menguji 25 butir pernyataan budaya keselamatan dan 13 butir pernyataan ketepatan identifikasi pasien.

1) Uji Validitas Instrumen Budaya Keselamatan

Instrumen berisi 25 butir (skala 1–4) diuji pada 34 responden. Uji validitas pada taraf signifikansi 0,05 dengan kriteria  $r > 0,339$ . Seluruh butir memenuhi kriteria tersebut dengan rentang korelasi 0,354–0,764, sehingga dinyatakan valid.

2) Uji Validitas Instrumen Ketepatan Identifikasi Pasien

Instrumen observasi berisi 13 butir (skala 1–4) diuji pada 34 responden. Uji validitas pada taraf signifikansi 0,05 dengan kriteria  $r > 0,339$ . Seluruh butir memenuhi kriteria tersebut dengan rentang korelasi 0,382–0,650, sehingga dinyatakan valid.

b. Uji Reliabilitas

Menurut Sugiyono, uji reliabilitas adalah sejauh mana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Reliabilitas merujuk pada derajat konsistensi dan stabilitas data atau temuan. Sugiyono menekankan bahwa instrumen yang valid dan reliabel merupakan syarat mutlak untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel pula. Pengujian

reliabilitas ini esensial untuk memastikan bahwa kuesioner yang digunakan tidak menghasilkan jawaban yang acak atau berubah-ubah.

Untuk mengukur reliabilitas instrumen, penelitian ini menerapkan formula *Cronbach's Alpha*. Kriteria yang digunakan untuk menentukan reliabilitas adalah jika nilai *Alpha* yang dihasilkan melampaui 0,60 maka instrumen dianggap reliabel, sedangkan jika nilainya di bawah 0,60 maka dianggap tidak reliabel.

#### 1) Uji Reliabilitas Instrumen Budaya Keselamatan

Uji reliabilitas menghasilkan *Cronbach's Alpha* = 0,913. Berdasarkan hasil ini, instrumen dapat digunakan dalam penelitian.

#### 2) Uji Validitas Ketepatan Identifikasi Pasien

Uji reliabilitas menghasilkan *Cronbach's Alpha* = 0,870. Berdasarkan hasil ini, instrumen dapat digunakan dalam penelitian.

### H. Metode Pengumpulan Data

#### 1. Data Primer

Menurut Sugiyono, sumber data primer adalah sumber yang secara langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data ini merupakan data asli yang dikumpulkan secara spesifik oleh peneliti untuk menjawab permasalahan penelitiannya. Kuesioner ini disusun oleh peneliti berdasarkan tinjauan teori dan indikator dari variabel yang diteliti, yaitu Budaya Keselamatan dan Identifikasi Pasien. Kuesioner dibagikan secara langsung kepada responden yang telah memenuhi kriteria dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

## 2. Data Sekunder

Menurut Sugiyono (2019), sumber sekunder merupakan sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data. Proses pengumpulan data sekunder dilakukan melalui tahapan berikut:

- a. Peneliti mengurus surat izin kepada pihak akademik untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- b. Setelah memperoleh surat izin dari akademik peneliti menyerahkan surat permohonan izin kepada direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- c. Peneliti menerima balasan berupa surat izin untuk melakukan penelitian di rumah sakit tersebut.
- d. Surat izin tersebut disampaikan kepada kepala ruang perawat sebagai bukti persetujuan untuk melakukan penelitian di ruang yang telah diobservasi.
- e. Peneliti memberikan penjelasan kepada perawat yang bersedia berpartisipasi mengenai maksud dan tujuan penelitian.
- f. Peneliti membagikan lembar persetujuan, dan kuesioner beban kerja perawat kepada responden untuk diisi serta melakukan observasi pada perawat untuk instrumen ketepatan identifikasi pasien.
- g. Peneliti memeriksa hasil skor kuesioner yang telah diisi oleh perawat dan hasil observasi.

- h. Setelah kuesioner diisi dan observasi dilakukan selanjutnya mengumpulkan kembali instrumen tersebut untuk memastikan kelengkapannya dan meninjau hasilnya.

## I. Rencana Analisis/Pengolahan Data

### 1. Pengolahan data

Menurut Nursalam, rencana analisis data adalah suatu rangkaian proses yang sistematis dan terstruktur yang dimulai dari pengolahan data mentah hingga pelaksanaan analisis statistik untuk menjawab tujuan penelitian dan menguji hipotesis. Tahapan pengolahan data sebagai berikut :

a) *Editing* (Penyuntingan Data)

Pada tahap ini, dilakukan pemeriksaan dan perbaikan data mentah. Tujuannya adalah untuk mengoreksi kekeliruan, memastikan konsistensi, dan melengkapi data yang kurang. Apabila data yang tidak lengkap tidak bisa dilengkapi kembali dari sumbernya, maka data tersebut akan dikeluarkan dari proses analisis untuk menjaga validitas hasil.

b) *Coding* (Pengkodean Data)

*Coding* adalah proses transformasi data kualitatif (berbentuk huruf atau kategori) menjadi data kuantitatif (berbentuk angka atau kode numerik). Langkah ini bertujuan untuk memudahkan data diolah dan dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik.

c) *Data Entry* (Pemasukan Data)

*Data entry* adalah proses memasukkan atau menginput data yang telah diberi kode ke dalam sistem komputer atau perangkat lunak statistik (seperti SPSS). Tahap ini menuntut ketelitian yang tinggi, karena kesalahan sekecil apa pun dalam pemasukan data akan berdampak langsung pada keakuratan hasil analisis.

d) *Cleaning* (Pembersihan Data)

*Cleaning* merupakan tahap verifikasi akhir terhadap data yang telah dimasukkan ke dalam komputer. Tujuannya adalah untuk mendeteksi dan memperbaiki kesalahan yang mungkin terjadi selama proses *coding* atau *data entry*, seperti salah ketik kode atau ketidaksesuaian data, sebelum analisis data dilakukan.

2. Analisa Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk memberikan gambaran deskriptif dari setiap variabel yang diteliti secara terpisah. Menurut Nursalam, analisis ini digunakan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel. Dalam penelitian ini, analisis univariat akan menyajikan distribusi data dari variabel Budaya Keselamatan dan Ketepatan Identifikasi Pasien.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hubungan antara dua variabel, yaitu variabel independen dan dependen, guna menjawab hipotesis penelitian yang telah dirumuskan (Hasnidar et al., 2020). Untuk

mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara variabel Budaya Keselamatan dan Ketepatan Identifikasi Pasien, maka akan dilaksanakan uji normalitas terlebih dahulu untuk mengetahui distribusi apakah normal atau tidak. Jika normal maka akan dilaksanakan analisa data menggunakan uji Pearson, namun jika distribusi data tidak normal maka akan dilaksanakan analisa data menggunakan uji Spearman.

Pengambilan keputusan uji statistik didasarkan pada nilai signifikansi (Sig.) dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Jika nilai Sig.  $< 0,05$ , maka  $H_a$  diterima, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel.
- 2) Jika nilai Sig.  $> 0,05$ , maka  $H_0$  diterima, yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel.

**Tabel 3. 2 Kriteria Korelasi**

Nilai	Tingkat Hubungan
0-0,199	Sangat Lemah
0,20-0,399	Lemah
0,40-0,599	Sedang
0,60-0,799	Kuat
0,8-1,00	Sangat Kuat

Sumber : (Hasnidar et al., 2020)

## J. Etika Penelitian

Menurut Sugiyono, terdapat tiga aspek etika utama yang harus diperhatikan oleh peneliti:

### 1. Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)

Lembar persetujuan atau informed consent adalah dokumen yang diserahkan peneliti kepada calon subjek sebelum rangkaian pengumpulan data dilaksanakan. Pemberian lembar ini bertujuan untuk memberikan

pemahaman menyeluruh terkait urgensi, tahapan pelaksanaan, hingga hak-hak subjek selama proses penelitian berlangsung. Mengingat sifat keikutsertaan dalam studi ini adalah sukarela, peneliti terikat secara etis untuk menghargai setiap keputusan penolakan tanpa melakukan paksaan dalam bentuk apa pun.

## 2. Anonimitas (Anonymity)

Untuk menjaga privasi, mengutamakan kerahasiaan identitas, nama riil responden tidak akan dituliskan baik pada instrumen pengumpulan data maupun laporan akhir penelitian. Sebagai langkah antisipasi, peneliti menerapkan sistem penggunaan inisial atau pemberian kode unik bagi setiap subjek. Prosedur ini dilakukan untuk memastikan privasi setiap responden tetap terlindungi dan identitas asli mereka tidak terekspos saat hasil riset dipublikasikan.

## 3. Kerahasiaan (Confidentiality)

Sebagai bentuk tanggung jawab etis, peneliti memberikan jaminan kerahasiaan atas seluruh informasi yang bersumber dari responden. Seluruh data yang dihimpun akan diarsipkan secara aman dan diproyeksikan untuk dimusnahkan pasca-penelitian berakhir. Publikasi hasil riset ini nantinya hanya akan menyajikan olahan data secara agregat (kelompok) dan bukan rekam jejak perorangan, sehingga kerahasiaan informasi personal setiap subjek dipastikan tetap terlindungi.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Pengantar BAB

Bab ini menguraikan hasil dari penelitian yang berjudul "Hubungan Budaya Keselamatan dengan Ketepatan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung". Proses pengambilan data dalam studi ini telah dilaksanakan pada periode September hingga Oktober 2025 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Adapun pengumpulan data dilakukan melalui penyebaran kuesioner serta pelaksanaan observasi langsung terhadap perawat yang bertugas.

#### B. Analisis Univariat

##### 1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden memiliki tujuan untuk mendeskripsikan usia, jenis kelamin, status pendidikan, dan lama kerja responden. Berikut penjelasan karakteristik responden

##### a. Usia

**Tabel 4.1 distribusi responden berdasarkan usia (N=94)**

Usia	Frekuensi	Persentase %
26-31	36	38,3
32-35	28	29,8
36-44	30	31,9
Total	94	100

Berdasarkan Tabel responden terbanyak memiliki rentang usia 26-31 tahun dengan jumlah 36 responden (38,3%), kemudian pada umur 36-44 tahun sebanyak 30 responden (31,9%), dan terakhir pada rentang usia 32-35 tahun sebanyak 28 responden (29,8%).

##### b. Jenis Kelamin

**Tabel 4.2 distribusi responden berdasarkan jenis kelamin (N=94)**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase %
Laki-laki	21	22,3
Perempuan	73	77,7
Total	94	100,0

Berdasarkan Tabel responden didominasi oleh Perempuan sebanyak 73 responden (77,7%) dan kemudian Laki-laki sebanyak 21 responden (22,3%).

c. Status Pendidikan

**Tabel 4.3 distribusi responden berdasarkan status pendidikan (N=94)**

Status Pendidikan	Frekuensi	Persentase %
D3	32	34,0
S1	17	18,1
Ners	45	47,9
Total	94	100,0

Berdasarkan Tabel status pendidikan terbanyak adalah Ners dengan jumlah responden sebanyak 45 responden (47,9%), kemudian D3 sebanyak 32 responden (34,0%), dan S1 sebanyak 17 responden (18,1%).

d. Lama Kerja

**Tabel 4.4 distribusi responde berdasarkan lama kerja (N=94)**

Lama Kerja	Frekuensi	Persentase %
3-8	38	40,4
9-14	35	37,2
15-20	21	22,3
Total	94	100,0

Berdasarkan Tabel responden dengan lama kerja paling banyak adalah 3-8 tahun sebanyak 38 responden atau (40,4%), kemudian 9-14 tahun sebanyak 35 responden atau (37,2%), dan 15-20 tahun sebanyak 21 responden atau (22,3%).

2. Variabel Penelitian

a. Distribusi responden berdasarkan budaya keselamatan

Pengukuran tingkat budaya keselamatan diukur dengan 20 item kuesioner.

Nilai jawaban responden dibagi menjadi 3 kategori.

**Tabel 4.5 distribusi responden berdasarkan budaya keselamatan**

Budaya Keselamatan	Frekuensi	Persentase %
Kurang	22	23,4
Cukup	38	40,4
Baik	34	36,2
total	94	100,0

Berdasarkan tabel terdapat 3 kategori tingkat budaya keselamatan yaitu kategori kurang sebanyak 22 (23,4%), kategori cukup 38 (40,4%), dan kategori baik 34 (36,2%).

b. Distribusi responden berdasarkan ketepatan identifikasi pasien

**Tabel 4.6 distribusi responden berdasarkan ketepatan identifikasi pasien**

Pengukuran tingkat budaya keselamatan diukur dengan 13 item observasi.

Nilai jawaban responden dibagi menjadi 3 kategori.

Budaya Keluarga	Frekuensi	Persentase %
Kurang	21	22,3
Cukup	32	34,0
Baik	41	43,6
total	94	100,0

Berdasarkan tabel terdapat 3 kategori tingkat budaya keselamatan yaitu kategori kurang sebanyak 21 (22,3%), kategori cukup 32 (34,0%), dan kategori baik 41 (43,6%).

### C. Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antar dua variabel yaitu variabel budaya keselamatan dan variabel ketepatan identifikasi pasien menggunakan uji Spearman Rank.

## 1. Uji Spearman Rank

**Tabel 4.7 hasil uji spearman rank**

Variabel Penelitian	N	<i>p-value</i>	R
Budaya Keselamatan	94	0,043	0,209
Ketepatan Identifikasi Pasien	94	0,043	0,209

Berdasarkan tabel hasil uji Spearman Rank diperoleh nilai P value= 0,043, nilai tersebut lebih kecil dari P Value =  $< 0,05$  ( $0,043 < 0,05$ ) maka dapat diketahui bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dengan nilai r 0,209 sehingga dapat disimpulkan terdapat korelasi dengan kekuatan yang lemah antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

## 2. Tabulasi Silang

**Tabel 4.8 hasil tabulasi silang**

Budaya Keselamatan	Ketepatan Identifikasi Pasien						Total	
	Baik		Cukup		Kurang			
	N	%	N	%	N	%		
Baik	19	20,2	7	7,4	8	8,5	34	36,2
Cukup	17	18,1	16	17,0	5	5,3	38	40,4
Kurang	5	5,1	9	9,6	8	8,5	22	23,4
Total	41	43,6	32	34,0	21	22,3	94	100,0

Berdasarkan Tabel hasil crosstab dari Hubungan Budaya Keselamatan dengan Ketepatan Identifikasi Pasien pada 94 responden, didapatkan data tersebut memperoleh hasil Budaya Keselamatan Baik dengan ketepatan identifikasi baik sebanyak 19 responden (20,2%), ketepatan identifikasi cukup sebanyak 7 responden (7,4%), dan ketepatan identifikasi kurang sebanyak 8 responden (8,5%). Budaya Keselamatan Cukup dengan ketepatan identifikasi baik sebanyak 17 responden (18,1%), ketepatan identifikasi cukup sebanyak 16 responden (17,0%), dan ketepatan identifikasi kurang

sebanyak 5 responden (5,3%). Sedangkan Budaya Keselamatan Kurang dengan ketepatan identifikasi baik sebanyak 5 responden (5,1%), ketepatan identifikasi cukup sebanyak 9 responden (9,6%), dan ketepatan identifikasi kurang sebanyak 8 responden (8,5%).



## BAB V

### PEMBAHASAN

#### A. Pengantar Bab

Pada bab ini akan menjelaskan interpretasi dan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang Hubungan Budaya Keselamatan dengan Ketepatan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Penelitian ini menggunakan 94 responden dan dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

#### B. Interpretasi dan Diskusi Hasil

##### 1. Analisa Univariat

###### a) Usia

Distribusi usia perawat dalam penelitian ini menunjukkan bahwa responden didominasi oleh kelompok usia dewasa awal. Sebagian besar perawat berada pada rentang usia 26–31 tahun (38,3%) dan paling sedikit 32–35 tahun (29,8%). Pola ini menggambarkan bahwa mayoritas responden berada pada fase usia produktif di mana kemampuan fisik, kecepatan belajar, dan kapasitas berpikir kritis umumnya masih optimal untuk menjalankan prosedur keselamatan pasien termasuk ketepatan identifikasi pasien. Menurut Rejeki et al, pada penelitian yang dilakukan di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno, di mana mayoritas perawat juga berada pada rentang usia 26–35 tahun dan secara keseluruhan mampu mencapai pelaksanaan identifikasi pasien dalam kerangka patient safety

dengan kategori “sangat baik” ketika didukung pengetahuan yang memadai.

Menurut Simamora et al, dalam penelitiannya di RSUD Rantauprapat menemukan adanya hubungan bermakna antara usia dan ketepatan identifikasi pasien ( $p=0,001$ ). Kelompok usia 32–45 tahun memiliki proporsi ketepatan identifikasi pasien tepat sebesar 71,1%, sedangkan kelompok usia 21–32 tahun justru didominasi ketidaktepatan (73,1%). Analisis rasio prevalensi menunjukkan bahwa risiko pelaksanaan identifikasi pasien yang tidak tepat 2,52 kali lebih besar pada perawat usia 21–32 tahun dibanding usia 32–45 tahun. Hasil ini mengindikasikan bahwa usia yang lebih matang cenderung berkaitan dengan kedewasaan dalam pengambilan keputusan klinis, kewaspadaan terhadap risiko, dan kepatuhan pada prosedur standar. Usia dikategorikan sebagai salah satu faktor internal utama yang konsisten berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien, bersama masa kerja dan tingkat pendidikan. Perawat dengan usia lebih dewasa dan masa kerja lebih panjang digambarkan lebih stabil secara emosional, lebih terlatih dalam mengenali risiko, dan lebih patuh terhadap kebijakan identifikasi pasien yang mensyaratkan penggunaan minimal dua identitas dan verifikasi berulang sebelum tindakan (Rasendriya, 2025).

Kesalahan identifikasi pasien bisa saja meningkat seiring bertambahnya usia, meskipun secara umum komitmen profesional dan budaya keselamatan cenderung membaik pada perawat yang lebih

berpengalaman. Perawat yang lebih tua bisa memiliki komitmen tinggi terhadap keselamatan, namun tetap memiliki risiko melakukan kesalahan identifikasi, misalnya karena kelelahan kronis, beban kerja tinggi, atau kecenderungan merasa “sudah kenal pasien” sehingga mengurangi persentase melakukan verifikasi dengan benar (Sadeghi et al., 2025). Tenaga kesehatan yang lebih berpengalaman kadang justru lebih jarang menggunakan prosedur identifikasi secara sistematis dan cenderung mengandalkan ingatan terhadap pasien. Hal ini memiliki risiko untuk menurunkan frekuensi pemeriksaan gelang identitas dan penggunaan daftar periksa, sehingga memiliki peluang terjadinya *near miss* dan kesalahan identifikasi, terutama pada pasien dengan nama mirip atau pada situasi padat tindakan (Romano et al., 2021).

Distribusi usia yang relatif seimbang antara dewasa awal (26–31 tahun) dan kelompok usia yang lebih tua (36–44 tahun) berpotensi menghasilkan dinamika yang beragam terhadap ketepatan identifikasi pasien. Di satu sisi, perawat yang lebih muda memiliki kecepatan adaptasi, fisik yang lebih prima, dan umumnya baru mendapatkan pelatihan terkini terkait sasaran keselamatan pasien. Sedangkan, perawat yang lebih tua menyumbang kedalaman pengalaman klinis dan intuisi terhadap situasi berisiko, tetapi berpotensi menurun kedisiplinannya dalam langkah verifikasi formal jika terlalu mengandalkan pengalaman. Faktor dominan ketepatan identifikasi pasien adalah budaya keselamatan, kedisiplinan dalam menerapkan prosedur identifikasi

banyak dipengaruhi oleh kombinasi pengalaman lapangan dan persepsi risiko yang terbentuk seiring bertambahnya usia (Marlita et al., 2024)

Secara keseluruhan, temuan-temuan tersebut mengisyaratkan bahwa usia perawat merupakan karakteristik penting yang perlu dipertimbangkan dalam upaya peningkatan ketepatan identifikasi pasien. Pada kelompok usia lebih muda, intervensi dapat difokuskan pada penguatan pengalaman klinis terarah, supervisi yang dekat, dan pembiasaan prosedur identifikasi melalui pembelajaran berulang. Sementara pada kelompok usia lebih tua, fokus pembinaan dapat diarahkan pada pencegahan overconfidence, pengelolaan beban kerja, dan penguatan kembali komitmen untuk selalu melakukan verifikasi identitas secara formal, meskipun merasa sudah mengenal pasien.

b) Jenis Kelamin

Berdasarkan data demografi responden dalam penelitian ini, mayoritas perawat berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 73 orang (77,7%), sedangkan perawat laki-laki berjumlah 21 orang (22,3%). Dominasi jumlah perawat perempuan ini sejalan dengan tren umum dalam profesi keperawatan di Indonesia maupun global, di mana keperawatan sering kali diidentikkan dengan pendekatan maternal dan caring yang kuat. Menurut Audrey et al. dalam penelitiannya di RSUD Arifin Achmad Riau, di mana 83,2% dari responden adalah perempuan. Kondisi ini menggambarkan bahwa lingkungan kerja di ruang rawat inap sangat dipengaruhi oleh dinamika gender perempuan yang secara

tradisional dikaitkan dengan ketelatenan dan komunikasi interpersonal, dua aspek yang sangat krusial dalam pelaksanaan prosedur identifikasi pasien secara verbal dan visual.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Marlina et al., di Puskesmas Cijayanti menemukan bahwa secara statistik terdapat pengaruh signifikan dari faktor jenis kelamin terhadap implementasi standar keselamatan pasien ( $p\text{-value} = 0,005$ ). Perawat perempuan sering kali dinilai memiliki kepatuhan yang lebih tinggi terhadap standar operasional prosedur (SOP) yang bersifat administratif dan berulang, seperti pengecekan gelang identitas, dibandingkan rekan laki-laki mereka. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh pendekatan caring yang lebih alamiah pada perempuan, yang membuat mereka lebih cenderung berhati-hati dalam memastikan detail identitas pasien sebagai bentuk perlindungan dan rasa tanggung jawab. Namun, jenis kelamin bisa saja tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kepatuhan perawat ( $p = 1.000$ ). Penelitian ini menegaskan bahwa profesionalisme dan kompetensi klinis tidak dibatasi oleh gender; baik perawat laki-laki maupun perempuan memiliki potensi yang sama untuk patuh atau melanggar prosedur. Meskipun perempuan cenderung lebih telaten, mereka juga sering dihadapkan pada tuntutan multitasking yang lebih tinggi, yang justru bisa menjadi celah terjadinya human error jika tidak dikelola dengan baik, sementara perawat laki-laki cenderung lebih fokus pada satu tugas teknis pada satu waktu (Suudi et al., 2025).

Dalam penelitian Fitri & Putri, di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melaporkan bahwa 79,3% perawat adalah perempuan, namun yang berhubungan secara signifikan dengan penerapan patient safety adalah tingkat pengetahuan ( $p=0,004$ ) dan sikap ( $p=0,001$ ). Meskipun keperawatan masih dipersepsikan sebagai “profesi perempuan”, kualitas penerapan keselamatan pasien termasuk praktik identifikasi yang benar ditentukan oleh kompetensi, komitmen, dan budaya keselamatan, bukan oleh jenis kelamin. Faktor utama ketepatan identifikasi pasien meliputi pengetahuan, sikap, motivasi, sosialisasi SOP, edukasi keselamatan pasien, dan terutama budaya keselamatan (Marlita et al., 2024).

Secara keseluruhan, meskipun data menunjukkan dominasi perempuan, tidak dapat disimpulkan secara mutlak bahwa satu jenis kelamin lebih unggul dalam ketepatan identifikasi pasien dibandingkan yang lain. Gender hanyalah salah satu karakteristik demografi, bukan penentu tunggal kinerja. Faktor-faktor lain seperti masa kerja, beban kerja, dan yang paling utama adalah budaya keselamatan yang dianut individu, memiliki kontribusi yang lebih menentukan.

c) Status Pendidikan

Distribusi tingkat pendidikan pada penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah dari responden merupakan perawat dengan kualifikasi profesi Ners sebanyak 45 orang (47,9%) dan paling sedikit adalah S1 Keperawatan tanpa profesi Ners sebanyak 17 orang (18,1%). Komposisi ini menggambarkan bahwa mayoritas perawat pelaksana di

ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang telah menempuh pendidikan yang memadai, sehingga secara teori memiliki dasar pengetahuan manajemen keselamatan pasien dan keterampilan klinis yang lebih komprehensif. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Pasutri et al. di RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado mengungkapkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kompetensi perawat dengan kepatuhan pelaksanaan SOP identifikasi pasien ( $p = 0,003$ ), yang menekankan bahwa latar belakang pendidikan menjadi dasar penting dalam pembentukan kompetensi teknis perawat.

Pendidikan tinggi keperawatan, khususnya jenjang S1 dan Ners, secara konsisten menunjukkan pengaruh positif terhadap pemahaman konseptual dan implementasi praktik keselamatan pasien, mahasiswa keperawatan dengan jenjang pendidikan lebih tinggi dan memiliki paparan materi keselamatan pasien yang lebih baik terhadap terhadap langkah-langkah identifikasi pasien, mereka yang memiliki paparan kurikulum komprehensif tentang patient safety cenderung lebih memahami pentingnya verifikasi identitas menggunakan dua elemen dan menghindari praktik identifikasi berbasis lokasi tempat tidur (Mualimah et al., 2021). Penelitian yang dilakukan oleh Rejeki et al, di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno menunjukkan bahwa hampir seluruh perawat dengan latar belakang pendidikan D3 dan Ners memiliki pengetahuan baik mengenai pelaksanaan identifikasi pasien dalam kerangka patient safety, dengan proporsi pengetahuan baik yang mendekati 100%. Peneliti

menjelaskan bahwa pendidikan formal keperawatan yang mengintegrasikan standar akreditasi KARS dan JCI termasuk SKP 1 tentang ketepatan identifikasi pasien berkontribusi besar terhadap kuatnya pemahaman teknis perawat mengenai prosedur identifikasi, seperti penggunaan dua identitas dan verifikasi sebelum tindakan.

Dalam kajian literatur yang dilakukan oleh Rasendriya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien oleh perawat di rumah sakit, menemukan bahwa pendidikan termasuk dalam faktor internal yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi, bersama dengan usia dan masa kerja. Dari lima rumah sakit yang dikaji, sembilan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien dikelompokkan menjadi faktor internal (usia, masa kerja, pengetahuan, sikap, motivasi, pendidikan) dan faktor eksternal (supervisi, kebijakan rumah sakit, fasilitas, dukungan pimpinan). Temuan ini menguatkan bahwa status pendidikan tidak berdiri sendiri, tetapi bekerja bersama pengetahuan, sikap, dan sistem pendukung di unit kerja. Studi yang dilakukan oleh Xiao et al. menggambarkan kompetensi keselamatan pasien perawat rumah sakit berada pada tingkat menengah sampai dengan tinggi, namun terdistribusi ke dalam tiga kelompok laten, yaitu kelompok risiko, kelompok sedang, dan kelompok keunggulan kompetensi. Analisis profil laten menunjukkan bahwa faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kompetensi keselamatan pasien bukan hanya latar belakang demografis, tetapi terutama partisipasi dalam

pelatihan departemen, pembelajaran mandiri, dan kecintaan terhadap profesi. Artinya, pendidikan formal menjadi fondasi awal, tetapi peningkatan berkelanjutan melalui pendidikan nonformal dan pelatihan internal menjadi penentu apakah pengetahuan tersebut benar-benar menjadi kompetensi praktis dalam mengenali risiko, mencegah kesalahan, dan melakukan identifikasi pasien secara benar

Secara keseluruhan, status pendidikan perawat yang relatif tinggi (dominan Ners dan S1) selaras dengan berbagai temuan penelitian yang menyatakan bahwa pendidikan formal merupakan faktor penting dalam membentuk pengetahuan dan kompetensi terkait patient safety dan ketepatan identifikasi pasien. Namun, adanya kelompok responden dengan ketepatan identifikasi kategori cukup dan kurang menguatkan hasil studi lain yang menegaskan bahwa pendidikan perlu dipadukan dengan faktor pendukung lain seperti pelatihan berkelanjutan, supervisi yang efektif, budaya keselamatan yang kuat, serta sikap dan motivasi individu agar pengaruh pendidikan terhadap ketepatan identifikasi pasien benar-benar optimal dan merata di seluruh perawat.

d) Lama Kerja

Masa kerja perawat dalam penelitian ini menunjukkan distribusi dengan kelompok terbesar berada pada rentang 3–8 tahun sebanyak 38 orang (40,4%) dan 15–20 tahun sebanyak 21 orang (22,3%). Secara keseluruhan, lebih dari tiga perempat responden (77,6%) memiliki pengalaman kerja kurang dari 15 tahun.

Dalam kajian literatur oleh Rasendriya menjelaskan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien menemukan bahwa masa kerja termasuk dalam faktor internal yang konsisten berpengaruh terhadap kepatuhan, bersama usia dan tingkat pendidikan. Dari lima rumah sakit yang dianalisis, perawat dengan masa kerja lebih panjang (lebih dari 10 tahun) cenderung memiliki kepatuhan identifikasi yang lebih tinggi dibandingkan perawat dengan masa kerja kurang dari 5 tahun, dengan rasio prevalensi pelaksanaan identifikasi yang tidak tepat 2,52 kali lebih besar pada kelompok lebih muda. Hal ini dijelaskan bahwa perawat senior lebih stabil secara emosional, lebih terlatih dalam mengenali risiko, dan lebih patuh terhadap kebijakan identifikasi pasien yang mensyaratkan penggunaan minimal dua identitas serta verifikasi berulang sebelum tindakan. Namun, peneliti juga menegaskan bahwa hubungan ini tidak linear, sebab perawat dengan masa kerja sangat panjang (lebih dari 15 tahun) cenderung mengalami kelelahan kronis dan overconfidence yang dapat mengurangi frekuensi pemeriksaan gelang identitas jika tidak diimbangi dengan intervensi manajemen. Simamora et al. dalam penelitiannya di RSUD Rantaupraptat menemukan adanya hubungan bermakna antara masa kerja dengan ketepatan identifikasi pasien ( $p = 0,001$ ). Kelompok perawat dengan masa kerja lebih dari 10 tahun memiliki proporsi ketepatan identifikasi pasien yang tepat sebesar 71,1%, sedangkan kelompok dengan masa

kerja kurang dari 5 tahun justru didominasi ketidaktepatan (73,1%). Analisis rasio prevalensi menunjukkan bahwa risiko pelaksanaan identifikasi pasien yang tidak tepat 2,52 kali lebih besar pada perawat dengan masa kerja lebih pendek. Peneliti menjelaskan bahwa pengalaman kerja yang lebih panjang cenderung berkaitan dengan kedewasaan dalam pengambilan keputusan klinis, kewaspadaan terhadap risiko, serta kepatuhan pada prosedur standar yang menjadi kebiasaan terinternalisasi. Meskipun penelitian ini tidak mengukur masa kerja secara kategorial, memberikan konteks kuat bahwa rentang 3–8 tahun dan 9–14 tahun yang dominan (77,6% responden) berada pada fase di mana pengalaman sudah cukup untuk membentuk kebiasaan aman, namun belum mencapai titik kelelahan kronis yang sering ditemukan pada perawat dengan masa kerja sangat panjang (lebih dari 15 tahun).

Penelitian yang dilakukan oleh Abd Hady et al. mengkaji gambaran pengetahuan perawat terhadap penerapan patient safety di IGD RSUD Labuang Baji dan menemukan bahwa pengetahuan perawat dengan masa kerja 5–10 tahun lebih tinggi (85,7% kategori baik) dibandingkan kelompok kurang dari 5 tahun (66,7% kategori baik). Peneliti menjelaskan bahwa perawat dengan masa kerja lebih panjang memiliki lebih banyak kesempatan mengikuti pelatihan, sosialisasi SOP, serta pembelajaran dari pengalaman nyata dalam menghadapi insiden nyaris cedera (*near miss*) sehingga pengetahuannya tentang identifikasi pasien menjadi lebih komprehensif. Di sisi lain, kelompok dengan masa kerja

kurang dari 5 tahun meskipun lebih segar secara fisik dan lebih cepat beradaptasi dengan teknologi, cenderung memiliki paparan yang lebih terbatas terhadap kasus-kasus kompleks yang memerlukan verifikasi identitas lebih ketat.

Konsep kesalahan laten (latent failure) menurut Reason menjelaskan bahwa kondisi-kondisi tersembunyi di dalam sistem seperti jadwal kerja yang padat, protokol yang ambigu, pelatihan yang tidak memadai, serta kegagalan dalam menyediakan teknologi berkontribusi pada insiden keselamatan pasien. Dalam konteks masa kerja, perawat dengan pengalaman lebih panjang sering kali terpapar dengan kondisi laten ini secara kronis, sehingga dapat mengalami kelelahan dan menurunnya kewaspadaan meskipun secara pengetahuan mereka lebih tinggi. Sadeghi et al. menemukan bahwa kesalahan identifikasi pasien bisa saja meningkat seiring bertambahnya masa kerja, terutama karena perawat senior cenderung mengandalkan ingatan dan mengurangi penggunaan daftar periksa formal, yang justru meningkatkan risiko human error. Fenomena ini disebut "overconfidence bias" di mana perawat yang sangat familiar dengan pasien merasa tidak perlu lagi melakukan verifikasi lengkap, sehingga melanggar prinsip "two identifiers" yang menjadi standar keselamatan pasien. Oleh karena itu, meskipun distribusi masa kerja penelitian ini menunjukkan mayoritas perawat berada pada fase karier menengah (3–14 tahun) yang relatif aman dari bias overconfidence, pengelola rumah sakit tetap perlu menerapkan audit dan

feedback berkala untuk mengantisipasi penurunan kedisiplinan pada kelompok senior (15–20 tahun).

Analisis yang dilakukan oleh Xiao et al menunjukkan bahwa kompetensi keselamatan pasien perawat tidak hanya ditentukan oleh masa kerja, tetapi lebih oleh intensitas pelatihan departemen, pembelajaran mandiri, dan kecintaan terhadap profesi. Studi profil laten mengidentifikasi tiga kelompok perawat: kelompok risiko (*low competence*), kelompok sedang, dan kelompok keunggulan (*high competence*). Temuan mengejutkan adalah bahwa masa kerja tidak selalu menjadi prediktor utama kompetensi. Sebaliknya, perawat dengan masa kerja sedang (5–10 tahun) yang aktif mengikuti pelatihan dan memiliki motivasi intrinsik tinggi justru mencapai kompetensi lebih tinggi dibandingkan perawat senior yang jarang mengikuti pelatihan berkelanjutan. Artinya, masa kerja panjang tanpa dukungan pembelajaran justru dapat menjadi faktor risiko laten karena keterampilan dan pengetahuan menjadi usang (*outdated*) terhadap standar keselamatan terbaru. Dalam penelitian ini, distribusi masa kerja yang sebagian besar berada pada rentang 3–8 tahun (40,4%) dan 9–14 tahun (37,2%) memberikan peluang besar bagi manajemen untuk mengoptimalkan kompetensi melalui program pelatihan berkala, karena kelompok ini masih dalam fase pertumbuhan profesional yang responsif terhadap intervensi pendidikan.

Sehingga dapat disimpulkan, bahwa masa kerja perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang terdistribusi pada rentang yang cukup ideal untuk membangun budaya keselamatan yang kuat, dengan mayoritas perawat berada pada fase karier menengah (3–14 tahun) yang menggabungkan pengalaman cukup dengan keterbukaan belajar. Meskipun demikian, literatur menunjukkan bahwa masa kerja panjang (lebih dari 15 tahun) memerlukan perhatian khusus karena risiko overconfidence dan kelelahan kronis yang dapat mengurangi kedisiplinan verifikasi identitas pasien. Oleh karena itu, strategi manajemen perlu menyesuaikan intervensi berdasarkan kelompok masa kerja: untuk kelompok 3–8 tahun, fokus pada penguatan kebiasaan prosedural dan supervisi ketat; untuk kelompok 9–14 tahun, fokus pada pengembangan kompetensi lanjutan dan peran sebagai mentor; serta untuk kelompok 15–20 tahun, fokus pada pencegahan overconfidence dan pembaruan pengetahuan berkala agar ketepatan identifikasi pasien tetap terjaga optimal.

## 2. Variabel

### a. Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan pasien dalam penelitian ini diukur melalui empat dimensi utama yang dikemukakan oleh James Reason, yaitu budaya adil, budaya pelaporan, budaya belajar, dan budaya fleksibel. Distribusi skor budaya keselamatan menunjukkan bahwa sebagian besar

perawat berada pada kategori cukup sebanyak 38 orang (40,4%) dan kategori kurang sebanyak 22 orang (23,4%).

Temuan ini sejalan dengan penelitian terbaru yang dilakukan oleh Marlita et al. yang menyoroti peran krusial budaya organisasi dalam kepatuhan prosedur medis. Dalam studinya, ditemukan bahwa budaya keselamatan merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan ketepatan identifikasi pasien. Penelitian ini menegaskan bahwa lingkungan kerja yang mendukung prinsip non-punitive response to error (tidak menghukum kesalahan secara membabi buta) membuat perawat lebih sadar dan patuh terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) identifikasi tanpa merasa tertekan. Budaya yang positif menciptakan atmosfer di mana verifikasi identitas dianggap sebagai kebutuhan keselamatan, bukan sekadar beban administratif. Dalam studi yang dilakukan oleh Ayu et al., yang menganalisis hubungan budaya keselamatan pasien dengan tingkat pengetahuan dan kepatuhan perawat. Hasil analisis statistik mereka menunjukkan hubungan yang sangat signifikan ( $P = 0,000$ ) antara budaya keselamatan dengan kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien. Di dalamnya menjelaskan bahwa budaya keselamatan yang kuat berkontribusi langsung pada internalisasi pengetahuan perawat. Ketika budaya keselamatan sudah melekat, perawat secara otomatis akan melakukan cross-check identitas (nama dan tanggal lahir/nomor rekam medis) sebagai bagian dari refleks profesional mereka, sehingga meminimalkan risiko kejadian yang tidak diharapkan (KTD).

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Arisandi et al. memperkuat argumen bahwa budaya keselamatan adalah prediktor utama dalam penerapan sasaran keselamatan pasien. Penelitian ini menyimpulkan bahwa budaya keselamatan memiliki pengaruh langsung terhadap pelaksanaan keselamatan pasien, termasuk di dalamnya adalah protokol identifikasi. peneliti juga menekankan bahwa dalam budaya keselamatan yang matang, terdapat komponen "budaya pelaporan" dan "budaya belajar" yang aktif. Hal ini berarti jika terjadi kesalahan atau *near miss* dalam identifikasi pasien, perawat tidak menutupinya melainkan melaporkannya untuk pembelajaran bersama, yang pada akhirnya meningkatkan kewaspadaan kolektif seluruh unit perawatan terhadap prosedur identifikasi. Faktor budaya keselamatan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien. Dalam pembahasannya, disebutkan bahwa kemampuan atau pengetahuan teknis perawat tentang cara identifikasi yang benar saja tidak cukup jika tidak didukung oleh sistem nilai organisasi yang kuat. Sikap perawat dalam melaksanakan prosedur sangat dipengaruhi oleh norma yang berlaku di lingkungan kerjanya; jika lingkungan (budaya) mengutamakan kecepatan di atas keselamatan, maka prosedur identifikasi sering kali dilewatkan. Sebaliknya, budaya keselamatan yang positif akan "memaksa" perawat untuk tetap patuh pada protokol identifikasi meskipun dalam situasi beban kerja yang tinggi (Nursery et al., 2021).

Persepsi perawat terhadap budaya keselamatan harus memiliki persepsi positif perawat terhadap dimensi budaya keselamatan seperti kerja sama tim dan serah terima (handoffs) sehingga secara signifikan menurunkan insiden kesalahan medis. Identifikasi pasien adalah titik paling kritis saat handoffs dan pemberian terapi. Oleh karena itu, penguatan budaya keselamatan, khususnya dalam aspek komunikasi terbuka dan kerjasama tim, secara teoritis dan statistik terbukti dapat mencegah kegagalan identifikasi yang sering menjadi akar penyebab kesalahan pengobatan dan prosedur di rumah sakit (Alrasheeday et al., 2024).

b. Ketepatan Identifikasi Pasien

Hasil penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang menunjukkan bahwa dari 94 responden perawat, tingkat ketepatan identifikasi pasien baik sebanyak 41 orang (43,6%) dan kategori kurang sebanyak 21 orang (22,3%). Temuan ini mengindikasikan bahwa sebagian besar perawat sudah menunjukkan performa yang cukup hingga baik dalam melakukan verifikasi identitas pasien sebelum pemberian tindakan, meskipun masih terdapat perawat yang belum mencapai standar optimal dalam praktik identifikasi pasien.

Ketepatan identifikasi pasien merupakan elemen fundamental dalam keselamatan pasien yang telah ditetapkan sebagai sasaran pertama dari enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) oleh berbagai standar akreditasi internasional maupun nasional. identifikasi pasien yang tidak tepat

menjadi salah satu aspek paling kritis dalam keselamatan pasien karena dari sudut pandang epidemiologi, kejadian ini tidak mudah diverifikasi akibat adanya underestimasi terhadap masalah, ketakutan menerima sanksi, dan fakta bahwa tidak semua kesalahan identifikasi berujung pada kerugian nyata bagi pasien atau near miss. Studi ini juga menegaskan bahwa terdapat banyak titik kritis selama proses perawatan pasien di mana identifikasi diperlukan dan bisa terganggu, seperti homonim, perpindahan pasien, manajemen dan pemberian obat, manajemen transfusi, serta kesalahan dalam konteks prosedur pembedahan. Selain itu, faktor intrinsik pasien seperti kondisi kritis, koma atau anestesi, delirium atau demensia, dan gangguan komunikasi dapat meningkatkan risiko kesalahan identifikasi yang dapat menyebabkan gangguan serius pada komunikasi verbal (Romano et al., 2021).

Joint Commission International (JCI) dan World Health Organization (WHO) telah menetapkan bahwa identifikasi pasien yang benar merupakan tujuan keselamatan pasien pertama yang harus diprioritaskan oleh seluruh organisasi pelayanan kesehatan. Standar ini mengharuskan penggunaan minimal dua identitas pasien seperti nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis sebelum melakukan tindakan apapun termasuk pemberian obat, transfusi darah, pengambilan sampel, dan prosedur medis lainnya. Nomor kamar atau lokasi pasien secara tegas dilarang digunakan sebagai pengidentifikasi karena bersifat tidak tetap dan dapat berubah sewaktu-waktu. WHO menekankan bahwa

tanggung jawab utama untuk memverifikasi identitas pasien dan mencocokkan pasien yang tepat dengan perawatan yang tepat berada pada petugas kesehatan, sehingga pemeriksaan harus dilakukan meskipun pasien sudah dikenal oleh petugas tersebut(Pant et al., 2025).

Marlita et al. dalam penelitiannya di Rumah Sakit Umum Handayani menemukan bahwa budaya keselamatan merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan ketepatan identifikasi pasien dibandingkan dengan faktor-faktor lain seperti pengetahuan, sikap, motivasi, sosialisasi, dan edukasi. Studi dengan 122 responden perawat ini menunjukkan bahwa perawat yang berada dalam lingkungan dengan budaya keselamatan yang kuat memiliki kemungkinan 7,2 kali lebih tinggi untuk melakukan identifikasi pasien secara tepat dibandingkan dengan perawat yang berada dalam lingkungan dengan budaya keselamatan yang lemah. Penelitian ini merekomendasikan bahwa pimpinan rumah sakit perlu menyusun kebijakan dengan penguatan kemitraan bersama stakeholder dalam menerapkan budaya keselamatan dan menerapkan sanksi bagi tenaga yang tidak menerapkan budaya keselamatan

Penelitian lain yang dilakukan oleh Quadros et al. menunjukkan bahwa lebih dari 50 persen perawat memiliki sikap positif terhadap pelaporan dan pengakuan terhadap insiden keselamatan pasien. Studi ini juga mengungkapkan bahwa kepatuhan dalam beberapa elemen penting identifikasi pasien seperti mengidentifikasi pasien dengan nama lengkap dan memeriksa UHID masih memerlukan perbaikan. Peneliti

menegaskan bahwa kesalahan dalam identifikasi pasien dapat menyebabkan kejadian yang tidak diinginkan, dan telah terbukti bahwa kepatuhan terhadap protokol identifikasi pasien merupakan komponen krusial dari pemberian pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Studi ini menyarankan perlunya sistem pelaporan berbasis web, mekanisme pengungkapan melalui quality champions, analisis akar penyebab setelah pengiriman laporan kejadian, penciptaan budaya pelaporan kejadian, dan display poster untuk meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien.

Perspektif teori mengenai kesalahan dalam identifikasi pasien dapat dijelaskan melalui Swiss Cheese Model yang dikembangkan oleh Reason. Menurut model ini, setiap lapisan pertahanan dalam sistem pelayanan kesehatan seperti protokol, pelatihan, dan teknologi diibaratkan sebagai potongan keju Swiss dengan lubang-lubang yang posisinya acak yang merepresentasikan kelemahan sistem. Insiden terjadi ketika lubang-lubang di semua lapisan sejajar, memungkinkan "lintasan peluang kecelakaan". Dalam konteks ketepatan identifikasi pasien, kesalahan aktif seperti keliru mengidentifikasi pasien sebelum prosedur dapat terjadi akibat adanya kondisi laten yang sudah ada dalam sistem seperti jadwal kerja yang padat, protokol yang ambigu, pelatihan yang tidak memadai, atau budaya menyalahkan yang menghambat komunikasi. Oleh karena itu, fokus perbaikan keselamatan tidak cukup hanya dengan menindak kesalahan aktif, tetapi yang lebih krusial adalah mengidentifikasi dan

memitigasi kondisi-kondisi laten yang menjadi akar penyebab sebenarnya dari kegagalan sistemik.

### 3. Analisa Bivariat

#### 1. Hubungan Budaya Keselamatan dengan Ketepatan Identifikasi Pasien

Berdasarkan hasil uji statistik Spearman Rank yang telah dilakukan, ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, dengan nilai p-value sebesar 0,043 ( $< 0,05$ ). Meskipun secara statistik hubungan ini bermakna, kekuatan hubungannya tergolong lemah dengan nilai koefisien korelasi ( $r$ ) sebesar 0,209. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun budaya keselamatan yang baik berkontribusi terhadap ketepatan perawat dalam mengidentifikasi pasien, masih terdapat faktor-faktor lain yang turut memengaruhi kepatuhan tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa budaya keselamatan bukan satu-satunya penentu tunggal, namun tetap menjadi fondasi penting dalam menciptakan perilaku aman di rumah sakit. Temuan dalam penelitian ini selaras dengan hasil studi yang dilakukan oleh Sintaningrum, yang menunjukkan adanya hubungan signifikan dengan arah positif antara budaya keselamatan pasien dan penerapan sasaran keselamatan pasien, di mana ketepatan identifikasi merupakan komponen pertama dan utama di dalamnya. Hal ini mengindikasikan bahwa ketika budaya keselamatan di lingkungan kerja terbangun dengan baik yang mencakup aspek pelaporan, keterbukaan, dan pembelajaran maka kepatuhan perawat terhadap

prosedur teknis seperti verifikasi identitas pasien juga akan meningkat. Konsistensi ini mempertegas bahwa ketepatan identifikasi pasien tidak hanya dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas, tetapi sangat bergantung pada perilaku dan nilai yang dianut oleh tenaga kesehatan, sosialisasi rutin dan kepatuhan pada SOP (seperti penggunaan minimal dua penanda identitas) adalah kunci untuk meminimalkan insiden akibat kesalahan identifikasi.

Marlita et al. dalam penelitiannya menemukan bahwa budaya keselamatan justru menjadi variabel paling dominan yang berhubungan dengan ketepatan identifikasi pasien dibandingkan faktor lain seperti pengetahuan atau sosialisasi. Perawat yang bekerja di lingkungan dengan budaya keselamatan kuat memiliki peluang 7,2 kali lebih besar untuk melakukan identifikasi pasien secara tepat. Hal ini menunjukkan bahwa lingkungan kerja yang mendukung prinsip *non-punitive response to error* (tidak menghukum kesalahan secara membabi buta) membuat perawat lebih sadar dan patuh terhadap SOP identifikasi tanpa merasa tertekan.

Dukungan serupa juga ditemukan dalam studi oleh Ayu et al. yang menganalisis hubungan budaya keselamatan pasien dengan tingkat pengetahuan dan kepatuhan perawat. Hasil analisis statistik mereka menunjukkan hubungan yang sangat signifikan ( $p = 0,000$ ) antara budaya keselamatan dengan kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien. Studi ini menjelaskan bahwa budaya keselamatan yang kuat berkontribusi langsung pada internalisasi pengetahuan perawat. Ketika budaya

keselamatan sudah melekat, perawat secara otomatis akan melakukan *cross-check* identitas (nama dan tanggal lahir/nomor rekam medis) sebagai bagian dari refleksi profesional mereka, bukan sekadar menggugurkan kewajiban, sehingga meminimalkan risiko kejadian yang tidak diharapkan.

Namun, dinamika di lapangan sering kali lebih kompleks, hambatan utama dalam penerapan standar keselamatan seperti identifikasi pasien sering kali berakar pada budaya organisasi yang masih memegang *blaming culture* (budaya menyalahkan). Jika perawat merasa takut disalahkan saat melaporkan *near miss* (nyaris cedera) akibat kesalahan identifikasi, maka perbaikan sistem tidak akan terjadi. Sebaliknya, rumah sakit yang berhasil menerapkan budaya keterbukaan terbukti lebih efektif dalam menjalankan prosedur verifikasi identitas ganda (misalnya gelang barcode) secara konsisten di setiap tindakan medis, mulai dari pemberian obat hingga transfusi darah (Sijabat & Widjaja, 2025). Faktor internal individu juga tidak bisa diabaikan, selain budaya keselamatan, faktor sikap dan pengetahuan perawat juga memegang peranan vital. Budaya keselamatan yang ada di rumah sakit berfungsi sebagai payung yang membentuk perilaku, namun eksekusi di lapangan tetap bergantung pada komitmen individu. Terbukti bahwa budaya keselamatan memberikan pengaruh positif terhadap bagaimana perawat mematuhi protokol identifikasi sebelum pemberian obat. Artinya, intervensi manajerial tidak cukup hanya dengan membuat slogan keselamatan, tetapi harus

menyentuh aspek perilaku harian perawat agar ketepatan identifikasi menjadi kebiasaan yang menetap (Nursery et al., 2021).

Meskipun penelitian ini menemukan hubungan yang "lemah" ( $r=0,209$ ), hal ini tidak berarti peran budaya keselamatan bisa dikesalkan. Nilai korelasi yang lemah ini kemungkinan besar disebabkan oleh adanya variabilitas faktor lain yang tidak diteliti secara mendalam dalam penelitian ini, seperti beban kerja perawat, rasio pasien-perawat, atau faktor kelelahan (*burnout*) yang bisa menurunkan konsentrasi saat melakukan identifikasi meskipun budaya keselamatannya sudah cukup baik. Selain itu, data tabulasi silang menunjukkan masih ada perawat dengan persepsi budaya keselamatan yang "Cukup" dan "Kurang" yang memiliki ketepatan identifikasi yang bervariasi. Ini menjadi sinyal bagi manajemen Rumah Sakit Islam Sultan Agung bahwa penguatan budaya keselamatan tidak boleh berhenti pada sosialisasi saja, melainkan perlu adanya supervisi berkala dan penguatan sistem yang memudahkan perawat melakukan identifikasi (seperti kemudahan akses barcode scanner), sehingga budaya keselamatan dapat bertransformasi menjadi kepatuhan identifikasi yang lebih konsisten dan kuat.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki keterbatasan saat melakukan riset di antara lain:

1. Pada penelitian ini yang dilakukan di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. Ada beberapa perawat yang sedang melaksanakan cuti atau sedang berhalangan hadir.

2. Pada penelitian tentang hubungan budaya keselamatan, peneliti hanya melaksanakan di satu rumah sakit dan berada di satu daerah saja.

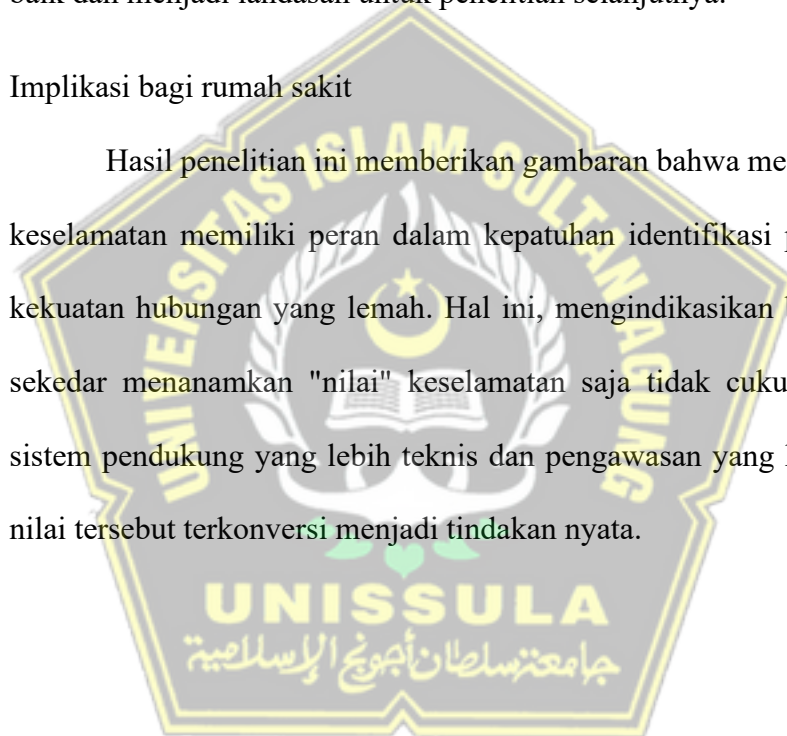
#### **D. Implikasi Keperawatan**

1. Implikasi bagi pengembangan ilmu keperawatan

Sumber informasi tentang hubungan budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien dapat dikembangkan lagi menjadi yang lebih baik dan menjadi landasan untuk penelitian selanjutnya.

2. Implikasi bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa meskipun budaya keselamatan memiliki peran dalam kepatuhan identifikasi pasien dengan kekuatan hubungan yang lemah. Hal ini, mengindikasikan bahwa dengan sekedar menanamkan "nilai" keselamatan saja tidak cukup. Diperlukan sistem pendukung yang lebih teknis dan pengawasan yang konsisten agar nilai tersebut terkonversi menjadi tindakan nyata.



## BAB VI

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data yang telah dilakukan mengenai Hubungan Budaya Keselamatan dengan Ketepatan Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Profil perawat pelaksana di ruang rawat inap didominasi oleh kelompok usia dewasa awal yang produktif dan mayoritas berjenis kelamin perempuan. Dari segi kualifikasi, sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan profesi Ners dengan masa kerja kategori menengah, yang menunjukkan bahwa perawat memiliki dasar kompetensi dan pengalaman yang cukup memadai dalam memberikan asuhan keperawatan.
2. Penerapan budaya keselamatan pasien di lingkungan kerja perawat secara umum berada pada kategori cukup. Hal ini mengindikasikan bahwa nilai-nilai keselamatan seperti keterbukaan pelaporan, budaya adil, dan pembelajaran organisasi sudah dipahami dan dijalankan, namun belum sepenuhnya optimal atau membudaya secara kuat dan konsisten di seluruh lini pelayanan.
3. Tingkat ketepatan identifikasi pasien yang dilakukan oleh perawat mayoritas berada dalam kategori baik. Sebagian besar perawat telah mematuhi prosedur standar keselamatan pasien, seperti melakukan verifikasi identitas menggunakan minimal dua penanda sebelum

melakukan tindakan medis, pemberian obat, maupun pengambilan spesimen.

4. Terdapat hubungan yang bermakna (signifikan) dengan arah positif antara budaya keselamatan dengan ketepatan identifikasi pasien. Hal ini menjawab hipotesis penelitian bahwa semakin baik persepsi budaya keselamatan yang dimiliki perawat, semakin baik pula ketepatan mereka dalam melakukan identifikasi pasien. Namun, tingkat keeratan hubungan ini tergolong lemah, yang menunjukkan bahwa budaya keselamatan bukan satu-satunya faktor penentu kepatuhan identifikasi.
5. Penelitian ini menemukan bahwa meskipun budaya keselamatan berkontribusi terhadap perilaku aman, kekuatan hubungan yang lemah mengisyaratkan adanya kesenjangan antara nilai yang dianut dengan praktik teknis di lapangan. Hal ini menunjukkan bahwa penanaman "nilai" keselamatan semata tidak cukup untuk menjamin kepatuhan prosedur yang tinggi. Faktor lain di luar budaya, seperti sistem pengawasan teknis, beban kerja, dan ketersediaan fasilitas pendukung, memiliki peran yang juga krusial. Temuan ini menegaskan bahwa budaya keselamatan perlu diterjemahkan ke dalam sistem pendukung yang lebih konkret agar dapat meningkatkan konsistensi ketepatan identifikasi pasien.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan dan keterbatasan yang ditemukan dalam penelitian ini, peneliti mengajukan beberapa usulan operasional sebagai berikut:

### 1. Bagi Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Mengingat hubungan antara budaya keselamatan dan ketepatan identifikasi tergolong lemah, manajemen rumah sakit disarankan untuk tidak hanya berfokus pada sosialisasi nilai, tetapi juga penguatan sistem teknis melalui langkah-langkah berikut:

1. Penguatan Budaya Adil Manajemen rumah sakit disarankan untuk secara konsisten menerapkan pendekatan *non-punitive* (tidak menghukum) dalam merespons insiden kesalahan identifikasi pasien yang bersifat tidak disengaja. Fokus evaluasi harus dialihkan dari mencari kesalahan individu perawat menjadi upaya perbaikan sistem yang mendasar. Dengan menciptakan rasa aman psikologis ini, perawat akan lebih terbuka untuk mengakui kesalahan identifikasi yang terjadi, sehingga manajemen dapat mendeteksi celah keamanan dalam prosedur verifikasi identitas lebih dini sebelum terjadi dampak fatal pada pasien.
2. Penguatan Budaya Pelaporan Rumah sakit perlu mengembangkan dan mensosialisasikan sistem pelaporan insiden yang lebih aktif, khususnya untuk mencatat kejadian nyaris cedera (*near miss*) terkait identifikasi pasien, seperti gelang identitas yang rusak, tulisan yang tidak terbaca, atau kesalahan pelabelan spesimen. Manajemen harus mendorong perawat untuk melaporkan setiap potensi bahaya ini tanpa rasa takut, karena akumulasi data dari laporan *near miss* merupakan aset vital untuk memetakan area-area kritis yang

memerlukan intervensi perbaikan segera sebelum insiden kesalahan identifikasi yang sesungguhnya terjadi.

3. Penguatan Budaya Belajar Pihak rumah sakit diharapkan memiliki mekanisme rutin untuk menganalisis data insiden dan hasil audit kepatuhan identifikasi pasien guna menyusun program pembelajaran organisasi yang efektif. Hasil analisis ini harus digunakan untuk merancang materi penyegaran (*refresher*) berkala bagi seluruh staf perawat, baik junior maupun senior, yang bertujuan untuk mencegah *bias overconfidence* dan menghilangkan kebiasaan mengandalkan hafalan dalam mengenali pasien, sehingga kompetensi teknis dalam verifikasi dua identitas tetap terjaga sesuai standar akreditasi.
4. Penguatan Budaya Fleksibel Organisasi perlu membangun sistem kerja yang adaptif dengan memfasilitasi kerja sama tim yang solid antar perawat, terutama dalam situasi beban kerja tinggi atau kondisi darurat. Manajemen harus memastikan bahwa struktur hierarki tidak menghambat komunikasi keselamatan, sehingga perawat dapat saling mendukung dan melakukan *cross-check* prosedur identifikasi pasien secara fleksibel saat operan jaga atau tindakan kritis, memastikan standar keselamatan tidak terabaikan meskipun unit perawatan sedang dalam tekanan pelayanan yang tinggi.

## 2. Bagi Perawat Pelaksana

Sebagai ujung tombak pelayanan, perawat diharapkan dapat meningkatkan kontribusi individu terhadap keselamatan pasien melalui tindakan praktis berikut:

1. Penerapan Budaya Adil dalam Praktik Mandiri Perawat pelaksana diharapkan menjunjung tinggi integritas profesional dengan bersikap jujur dan transparan apabila terjadi kesalahan atau kekeliruan dalam proses identifikasi pasien. Perawat tidak boleh menutupi kesalahan sekecil apa pun, melainkan menjadikannya sebagai bahan evaluasi, karena keterbukaan ini adalah langkah awal untuk melindungi pasien dari risiko kesalahan pengobatan atau tindakan medis lanjutan yang tidak tepat sasaran.
2. Partisipasi Aktif dalam Budaya Pelaporan Perawat harus berperan aktif sebagai garda terdepan keselamatan dengan melaporkan setiap kendala teknis yang ditemukan di lapangan, seperti kerusakan pada *barcode* gelang pasien atau ketidaksesuaian data pada rekam medis. Melaporkan kejadian nyaris cedera (*near miss*) harus dianggap sebagai kontribusi positif terhadap keselamatan pasien, bukan sebagai beban administrasi, guna membantu rumah sakit memperbaiki sistem identifikasi yang lebih andal.
3. Komitmen pada Budaya Belajar Perawat wajib meningkatkan kewaspadaan individu dengan terus memperbarui pengetahuan melalui partisipasi dalam pelatihan keselamatan pasien dan tidak mengandalkan asumsi "sudah kenal" terhadap pasien. Perawat perlu

secara sadar mengevaluasi diri dan meninggalkan kebiasaan mengidentifikasi pasien hanya berdasarkan ingatan atau nomor kamar, serta konsisten menerapkan verifikasi dua identitas (nama dan tanggal lahir/nomor RM) sebagai standar baku yang dipelajari dari setiap insiden atau *feedback* audit.

4. Implementasi Budaya Fleksibel melalui Kerja sama Tim Perawat diharapkan mampu beradaptasi dan bekerja sama dengan rekan sejawat untuk saling mengingatkan (*cross-check*) verifikasi identitas pasien, terutama sebelum melakukan tindakan *invasif*, pemberian obat, atau pengambilan spesimen. Dalam situasi ruangan yang sibuk, perawat harus tetap fleksibel untuk saling membantu memastikan identitas pasien benar, sehingga kepatuhan terhadap prosedur keselamatan tetap terjaga konsisten tanpa terpengaruh oleh dinamika beban kerja.
3. Bagi Institusi Pendidikan  
Guna mengembangkan ilmu keperawatan dan mempersiapkan lulusan yang kompeten:
  - a. Mengintegrasikan materi simulasi keselamatan pasien khususnya praktik identifikasi pasien yang benar ke dalam kurikulum pembelajaran laboratorium dan klinik secara lebih intensif.
  - b. Menanamkan pemahaman tentang "Budaya Keselamatan" sejak dini kepada mahasiswa, menekankan bahwa keselamatan bukan hanya tentang kepatuhan SOP, tetapi juga tentang komunikasi

terbuka dan keberanian melaporkan kesalahan demi perbaikan sistem.

#### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Mengingat adanya keterbatasan penelitian dan temuan hubungan yang lemah, peneliti selanjutnya disarankan untuk:

- a. Menambahkan variabel lain yang belum diteliti yang berpotensi mempengaruhi ketepatan identifikasi pasien, seperti beban kerja fisik, rasio perawat-pasien, tingkat stres/kelelahan (burnout), atau efektivitas supervisi ruangan, guna menjelaskan faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan selain budaya keselamatan.
- b. Memperluas jangkauan populasi dan lokasi penelitian dengan mengambil sampel dari beberapa rumah sakit yang berbeda tipe atau akreditasi untuk mendapatkan gambaran yang lebih general (umum).
- c. Menggunakan metode penelitian campuran (mixed method) atau kualitatif (wawancara mendalam) untuk menggali alasan mendasar mengapa perawat dengan persepsi budaya keselamatan yang baik masih mungkin melakukan kesalahan dalam identifikasi pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abd Hady, J., Baharudin, K., Ekowatiningsih, D., Mustafa, M., Asmayanti Muslimin, A., & Hariani. (2024). GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TERHADAP PENERAPAN PATIENT SAFETY DI IGD RSUD LABUANG BAJI. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 15.
- Alrasheeday, A. M., Alkubati, S. A., Alqalah, T. A. H., Alrubaiee, G. G., Pasayan, E., Alshammari, B., Abdullah, S. O., & Loutfy, A. (2024). Nurses' perceptions of patient safety culture and adverse events in Hail City, Saudi Arabia: a cross-sectional approach to improving healthcare safety. *BMJ Open*, 14(9), e084741. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2024-084741>
- Arisandi, W., M Nabil, D., & Aulia, R. (2024). Budaya Keselamatan Perawat dengan Penerapan Keselamatan Pasien. *J-CEKI: Jurnal Cendekia Ilmiah*, 3(5), 3537–3542. <https://doi.org/10.56799/JCEKI.V3I5.4727>
- Audrey, N. A., Suci, W. P., & Guna, S. D. (2025). GAMBARAN PENERAPAN IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR PADA PERAWAT PELAKSANA DI RAWAT INAP. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 9(1). <https://doi.org/10.52020/jkwwgi.v9i1.10328>
- Ayu, A., Fiohana, P., Chalidyanto, D., & Damayanti, N. A. (2024). The Relationship between Patient Safety Culture and The Level of Knowledge of Health Personnel with Compliance in Patient Identification Implementation in Hospital. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*, 14(3), 48–53. <https://doi.org/10.22270/JDDT.V14I3.6457>
- Fitri, A. U., & Putri, J. A. (2025). The Relationship Between Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Patient Safety Implementation. *Journal of Public Health*, 3, 1–9.
- Haryani, Liestyaningrum, W., & Siagian, Y. (2023). Hubungan Budaya Organisasi terhadap Perilaku Caring Perawat di RSUD Tarempa di Kabupaten Anambas Kepulauan Riau. *Jurnal Keperawatan*, 13(2), 59–68. <https://doi.org/10.59870/JURKEP.V13I2.140>
- Hasnidar, Amsal, M., & Arisanty, D. (2020). *Buku Ajar: Dasar-Dasar Ilmu Statistik dan Penelitian*. CV. Eureka Media Aksara.
- Indah, S., Faridah, I., & Wibisno, A. (2023). PENGARUH KESELAMATAN PASIEN DALAM KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN PADA MUTU PELAYANAN KESEHATAN SELAMA MASA PANDEMIC COVID 19. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(1), 24–32. <https://doi.org/10.55606/KLINIK.V2I1.772>

- Marlina, N., Budiman, Oyoh, & Mulyati. (2024). ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMPLEMENTASI STANDAR KESELAMATAN PASIEN. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 6(2).  
<https://doi.org/10.31539/joting.v6i2.11853>
- Marlita, A., Karyus, A., Setiaji, B., & Pramudho, K. (2024). Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketepatan Identifikasi Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit Umum Handayani Kota Bumi Lampung Utara. *Ranah Research : Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 6(5), 2114–2126.  
<https://doi.org/10.38035/RRJ.V6I5.1034>
- Melinda, T., Purwadhi, P., & Kusnadi, D. (2024). Analisis Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Berdasarkan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Medika Djaya, Pontianak. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(6), 8313–8330.  
<https://doi.org/10.31004/INNOVATIVE.V4I6.16579>
- Mualimah, S., Rizki, ) ;, Wulandari, Y., Amirudin, ; Ikhwan, & Ardinata, ; (2021). Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Terhadap Identifikasi Patient Safety di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Permata Hati Lampung Timur. *Journal of Current Health Sciences*, 1(1), 29–34. <https://doi.org/10.47679/JCHS.V1I1.6>
- Murtiningtyas, R. A., & Dhamanti, I. (2022). Analisis Implementasi Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Indonesia. *Media Gizi Kesmas*.  
[https://www.academia.edu/36284384/KUESIONER\\_SURVEY\\_IDENTIFIKASI](https://www.academia.edu/36284384/KUESIONER_SURVEY_IDENTIFIKASI)
- Nugraheni, S. W., Yuliani, N., & Veliana, A. D. (2021). STUDI LITERATUR : BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional*, 290–295. <https://doi.org/10.47701/SIKENAS.V0I0.1264>
- Nurprilinda, M., Susanto, A., Enisah, & Afriyanti, D. (2024). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien* (P. I. Daryaswanti, Ed.). PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Nursalam. (2020). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis. In P. Lestari (Ed.), *Metodologi Penelitian di Berbagai Bidang* (5th ed.). Salemba Medika. <https://anyflip.com/fssyu/pext/basic>
- Nursery, S., Chrismilasari, L., & Mariani. (2021). FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN OLEH PERAWAT SEBELUM PEMBERIAN OBAT DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD TAMIANG LAYANG. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*, 6(1).

- Pant, I., Sharma, K. K., & Bhargava, S. (2025). International Patient Safety Goals: Assessment of Knowledge and Awareness in a Tertiary Care Healthcare Organization. *QAI Journal for Healthcare Quality and Patient Safety*, 6(1), 4–9. [https://doi.org/10.4103/QAIJ.QAIJ\\_1\\_25](https://doi.org/10.4103/QAIJ.QAIJ_1_25)
- Pasutri, R. I. S., Kasim, Z., & Djalil, R. H. (2019). HUBUNGAN KOMPETENSI PERAWAT DENGAN KEPATUHAN PELAKSANAAN SOP IDENTIFIKASI PASIEN. *Jurnal Kesehatan : Amanah Prodi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Manado*, 43–48.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien (2017).
- Pratama, M. I. K., Romiko, & Murbiah. (2021). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Upaya Pencegahan Adverse Event : Literature Review. *JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(2), 169–182. <https://doi.org/10.36086/JKM.V1I2.999>
- Putri, F., & Sugiarti, I. (2023). Implementation of Hypertension Patient Identification Based on Patient Safety Goals (PSG). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 11(2). <https://doi.org/10.33560/JMIKI.V11I2.568>
- Quadros, A., Dsouza, B., Mundkur, S., & Thomas, J. (2024). Assessing Compliance and Attitude to patient safety goal of patient identification among nurses: A cross-sectional observational survey. *International Healthcare Review (Online)*. <https://doi.org/10.56226/58>
- Rasendriya, N. B. (2025). ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN OLEH PERAWAT DI RUMAH SAKIT: LITERATURE REVIEW. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1), 3842–3848. <https://doi.org/10.31004/JKT.V6I1.43501>
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate Publishing Ltd.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/BMJ.320.7237.768>
- Rejeki, M., Rizky, W., Aprianda, S., & Putri, S. (2024). Tingkat Pengetahuan Perawat dalam Pelaksanaan Identifikasi Patient Safety di Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Hospital Administration*, 7(2), 37–43. [https://doi.org/10.21927/IJHAA.2024.7\(2\).37-43](https://doi.org/10.21927/IJHAA.2024.7(2).37-43)
- Romano, R., Marletta, G., Sollami, A., La Sala, R., Sarli, L., Artioli, G., & Nitro, M. (2021). The safety of care focused on patient identity: an observational

- study. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, 92(Suppl 2), e2021038.  
<https://doi.org/10.23750/ABM.V92IS2.11328>
- Sadeghi, R., Naderi, Z., & Yusefi, A. R. (2025). How patient safety culture influences nurses' responsibility: a structural equation modeling study. *BMC Nursing*, 24(1), 1414. <https://doi.org/10.1186/S12912-025-04072-Y>
- Sahr, A., Fitriani, A., & Satria, B. (2022). Analisis implementasi penerapan sasaran keselamatan pasien oleh perawat terhadap mutu pelayanan kesehatan di ruang rawat inap RSUD Dr. Pirngadi Medan INFO ARTIKEL ABSTRAK. *Jurnal Kesmas Prima Indonesia*, 6(2), 17–26.  
<https://jurnal.unprimdn.ac.id/index.php/JKPI/article/download/2351/2111>
- Sijabat, H. H., & Widjaja, G. (2025). PATIENT SAFETY CULTURE IN HOSPITALS: A LITERATURE REVIEW ON THE IMPLEMENTATION OF SAFETY STANDARDS, ACCOUNTABILITY, AND LEGAL PROTECTION FOR PATIENTS AND MEDICAL PERSONNEL. *International Journal of Social and Education (INJOSEDU)*, 2(8), 2465–2475.
- Simamora, D. P., Ginting, D., & Sinaga, J. (2022). ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETEPATAN PELAKSANAAN IDENTIFIKASI PASIEN OLEH PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP RSUD RANTAUPRAPAT TAHUN 2021. *JOURNAL OF HEALTHCARE TECHNOLOGY AND MEDICINE*, 7(2), 1352–1363.  
<https://doi.org/10.33143/JHTM.V7I2.1699>
- Sintaningrum, P. C. (2022). *HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DENGAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG*.
- Solehudin, Stella, S., Rizal, A., & Lannasari. (2023). Analisis Penerapan Identifikasi Pasien. *Journal of Educational Innovation and Public Health*, 1, 85–95. <https://doi.org/10.55606/innovation.v1i1.821>
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D* (2nd ed.). Alfabeta.
- Suharini, Karmila, & Alwi, M. K. (2023). Hubungan Budaya Keselamatan Pasien dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar. *Journal of Muslim Community Health (JMCH)* 2023, 4(1), 181–189.  
<https://doi.org/10.52103/jmch.v4i1.1153>
- Sureskiarti, E., Masnina, R., Dirdjo, M., & Rahmawan, A. (2023). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Perawat dan Bidan dengan Penerapan

Ketepatan Identifikasi Pasien. *Jurnal Keperawatan*, 15(2), 959–966.  
<https://doi.org/10.32583/KEPERAWATAN.V15I2.1031>

Suudi, I. N. A., Sari, D. W. P., & Issroviatiningrum, R. (2025). Hubungan Karakteristik Perawat dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan SOP Pemasangan Infus. *Protein : Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 3(2), 28–36. <https://doi.org/10.61132/protein.v3i2.1145>

Vernadeth, V., & Anindita, R. (2021). Pengaruh Budaya Organisasi terhadap Kinerja Perawat dengan Disiplin Kerja sebagai Variabel Intervening di RSUD Pesangrahan. *Journal of Hospital Management ISSN*, 4(1), 440.

Westat, R., Sorra, J., Yount, N., Famolaro, T., & Gray, L. (2021). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide*.  
<http://www.ahrq.gov>

Xiao, Q., Huang, X., Ren, X., Wen, X., & Zhao, Y. (2024). Analysis of the current status and influencing factors of nurses' patient safety competence: a potential profile analysis. *Frontiers in Medicine*, 11.  
<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1481261>

Yanriatuti, I., Nursalam, & Meliani, S. (2020). Faktor Pendukung dan Penghambat Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: A Systematic Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*, 11(4), 367–371.  
<https://doi.org/10.33846/SF11408>

