

HUBUNGAN PEMBUATAN IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT HERMINA PODOMORO JAKARTA

Ria Anugrahwati¹, Muhammad Hadi², Rohadi Haryanto³

1. Akademi Keperawatan Manggala Husada, Jakarta 13930, Indonesia
2. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah, Jakarta, Indonesia
3. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah, Jakarta, Indonesia

e-mail: riaanugrahwatirusdin@gmail.com

Abstrak

Asuhan keperawatan adalah pelayanan yang diberikan oleh perawat dalam menjalankan fungsinya sebagai profesional bidang keperawatan. Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan pembuatan identifikasi pasien dengan pelaksanaan asuhan keperawatan berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 di rawat inap. Penelitian ini menggunakan desain survey cross sectional study pada 75 responden perawat. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pembuatan identifikasi pasien dengan pelaksanaan asuhan keperawatan berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012. Rekomendasi dari penelitian ini adalah diberikannya pelatihan kepada tenaga keperawatan terutama pelaksanaan asuhan keperawatan berstandar akreditasi rumah sakit.

Kata kunci: asuhan keperawatan, standar akreditasi rumah sakit versi 2012

Abstract

Nursing care is the service provided by nurses in carrying out their functions as nursing professionals. This study aims to look at the relationship of making patient identification with the implementation of nursing care based on the hospital accreditation standard version of 2012 in hospitalization. This study used a cross sectional study design in 75 nurse respondents. The results showed a significant relationship between making patient identification with the implementation of nursing care based on hospital accreditation

standards in 2012 version. The recommendation of this study was to provide training to nursing staff, especially the implementation of nursing accreditation at hospital accreditation standards.

Keywords : nursing care, hospital accreditation standards 2012 version, education level, patient identification implementation, motivation.

Latar Belakang

Konsep pelayanan di bidang kesehatan telah berubah dengan memusatkan pelayanan kesehatan yang fokus terhadap pasien. Setiap profesi memiliki tanggung jawab dan kewenangan sesuai dengan porsinya masing-masing, seperti profesi perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perawat memiliki peran dan tanggung jawab yang sama besarnya dengan profesi lainnya. Tanpa peran perawat, asuhan pasien yang terintegrasi akan timpang dan tidak maksimal. Sama halnya perawat tanpa profesi lainnya, asuhan pasien tidak akan berjalan secara maksimal, efektif dan efisien.

Asuhan keperawatan adalah pelayanan yang diberikan oleh perawat dalam menjalankan fungsinya sebagai profesional bidang keperawatan, terutama dalam memberikan tindakan, diagnosa dan pelayanan terhadap klien. Asuhan keperawatan yang kerap disingkat “askep” merupakan konseptualisasi medikal yang diharapkan dapat dijalankan secara profesional, efektif dan efisien oleh para

tenaga keperawatan sehingga dapat memberikan pelayanan maksimal dan sesuai tujuan utama tenaga keperawatan, yaitu memberikan pelayanan dan harapan penyembuhan kepada klien. Pasalnya, perawat yang profesional adalah mereka yang mampu memberikan pelayanan dan harapan besar terhadap klien untuk segera sembuh dari penyakit yang diderita. Hal ini dikuatkan oleh WHO Expert Committee on Nursing dalam Aditama (2000) yang ditegaskan bahwa pelayanan keperawatan merupakan gabungan ilmu kesehatan dan seni melayani/memberi asuhan (care) disertai humanistic dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu sosial.

Pada perkembangannya pelayanan rumah sakit yang ideal saat ini adalah rumah sakit yang mengintegrasikan asuhan keperawatan yang mengacu pada standar akreditasi rumah sakit versi 2012 yang mana diharuskan adanya integrasi asuhan antar pemberi pelayanan. Terdapat tiga sumber yang dijadikan acuan akreditasi rumah sakit, yaitu: Pertama, *International Principles for Healthcare Standards, A*

Framework of Requirement for Standards, (ISQua, 2007); Kedua, *Join Commission International (JCI)*

Accreditation Standards for Hospitals, (2011); dan Ketiga, Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, (standar akreditasi rumah sakit versi 2012). Salah satu rumah sakit swasta di Jakarta yang mengacu standar akreditasi rumah sakit versi 2012 adalah Rumah Sakit Hermina Podomo Jakarta merupakan salah satu cabang kedua dari Hermina Hospital Group (HHG). Rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe B, sejak tahun 2013 Rumah Sakit Hermina Podomoro Jakarta secara resmi menerapkan standar akreditasi yang tentu saja secara internal berpengaruh dan berbeda pada manajemen yang diterapkan rumah sakit tersebut baik sebelum dan setelah penerapan standar akreditasi rumah sakit versi 2012, terutama pada aspek asuhan keperawatan.

Hal yang paling berpengaruh pada pelaksanaan standar akreditasi rumah sakit versi 2012, khususnya pada asuhan keperawatan di Rumah Sakit Hermina Podomoro Jakarta adalah terintegrasinya semua pelayanan kesehatan, terutama fokus terhadap pasien, kemudian berkas rekam medis pasien terintegrasi dan didokumentasikan semua di catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT),

termasuk edukasi ada di CPPT sehingga tenaga medis dan lainnya, seperti dokter, perawat, farmasi dan bina rohani bisa mengakses dan mengetahuinya. Sementara untuk semua tindakan keperawatan terdapat di asuhan keperawatan.

Secara faktual kebijakan yang dimiliki rumah sakit ini memiliki peran penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang berstandar akreditasi rumah sakit versi 2012 di Rumah Sakit Hermina Podomoro Jakarta. Kebijakan yang dimaksudkan diklasifikasi dalam dua aspek, yakni secara internal dan eksternal (Database Hermina, 2014). Secara internal kebijakan yang berperan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan ada tiga, yaitu pendapatan/insentif, pendidikan, dan pelatihan (*training*). Sedang secara eksternal kebijakan tersebut dilaksanakan dalam bentuk supervisi, reward dan punishment, serta lama kerja. Keenam kebijakan inilah yang kini berperan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Hermina Podomoro Jakarta, meskipun hasil pengamatan (*exploration indepth*) peneliti masih dapat dimungkinkan ditemukannya kebijakan atau faktor lain dalam keberhasilan Rumah Sakit Hermina Podomoro Jakarta dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

Menariknya dalam penelitian ini bahwa ternyata implikasi pelayanan asuhan keperawatan yang berbasis standar akreditasi rumah sakit yang telah diaplikasikan oleh Rumah Sakit Hermina Podomoro Jakarta dikenal baik dan profesional, sehingga semua komponen didalamnya sebagaimana yang diuraikan sebelumnya bahwa terkoneksi dalam sebuah sistem terintegrasi. Karenanya, pelayanan kesehatan yang diberikan dikenal berkualitas dalam berbagai aspek, baik aspek manajerial rumah sakit, maupun aspek pelayanan kesehatan di bidang asuhan keperawatan.

Tinjauan Teori

A. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan bentuk kegiatan esensial dari pelayanan keperawatan yang berisi tentang kegiatan praktek keperawatan. Asuhan keperawatan dilakukan menurut proses keperawatan, yaitu tindakan yang berurutan, dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah klien, membuat rencana, melaksanakan dan mengevaluasi keberhasilan dari masalah yang dihadapi oleh pasien (Kozier, 1991).

Menurut Carpenito (1998) asuhan keperawatan adalah kegiatan profesional perawat yang dinamis yang

membutuhkan kreativitas dan berlaku rentang kehidupan dan keadaan. Adapun tahap dalam melakukan keperawatan adalah pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, intervensi/ implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan menurut Allen (1998) adalah suatu metode untuk mengkaji respon manusia terhadap kesehatan dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan yang berhubungan dengan klien, keluarga, orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan ada lima langkah, yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses keperawatan ini bersifat dinamis, yaitu berubah menurut kebutuhan dan perkembangan pasien, siklus yaitu terus berkesinambungan dan interdependen yaitu setiap tahap dapat dilaksanakan jika tahap sebelumnya sudah dilakukan atau semua tahap proses keperawatan tidak dapat dipisah-pisahkan dan diubah-ubah urutannya.

Pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien merupakan bentuk pelayanan profesional yang bertujuan untuk membantu klien dalam pemulihan dan peningkatan kemampuan dirinya melalui tindakan pemenuhan kebutuhan klien secara komprehensif dan berkesinambungan sampai klien mampu

untuk melakukan kegiatan rutinitasnya tanpa bantuan (Nurochmah, 2001). Dalam buku tersebut ditegaskan bahwa bentuk pelayanan asuhan keperawatan seyogyanya diberikan oleh perawat yang memiliki kemampuan serta sikap dan kepribadian yang sesuai dengan tuntutan profesi keperawatan dan untuk itu tenaga keperawatan ini harus dipersiapkan dan ditingkatkan secara teratur, terencana, dan kontinyu.

Pelayanan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit merupakan sistem pengelolaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien agar menjadi berdaya guna dan berhasil guna. Sistem pengelolaan ini akan berhasil apabila seseorang perawat yang memiliki tanggung jawab mengelola tersebut mempunyai pengetahuan tentang manajemen keperawatan dan kemampuan memimpin orang lain di samping pengetahuan dan keterampilan klinis yang harus dikuasainya pula. (Nurochmah, 2001).

Keberhasilan pengelola pelayanan keperawatan akan menimbulkan keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan oleh para perawat pelaksana. Demikian pula sebaliknya, keberhasilan kerja para perawat pelaksana akan sangat tergantung dari upaya manajerial

keperawatan. Pelayanan keperawatan di ruang rawat terdiri dari serangkaian kegiatan yang dikoordinatori dan menjadi tanggung jawab kepala ruang rawat yang berperan sebagai manajer. Pelayanan keperawatan profesional berfokus pada berbagai kegiatan pemenuhan kebutuhan klien melalui intervensi keperawatan yang berlandaskan kiat dan ilmu keperawatan.

Para manajer keperawatan senantiasa harus menjamin bahwa pelayanan yang diberikan oleh para pelaksana keperawatan adalah pelayanan yang aman dan mementingkan kenyamanan klien. Selain itu, para manajer perawat seyogyanya menggunakan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/keperawatan sebagai upaya untuk mewujudkan praktik keperawatan yang berdasarkan pengetahuan dan fakta (*knowledge/evidence based nursing practice*) (Nurochmah, 2001).

B. Pembuatan Identifikasi Pasien

Dalam panduan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), pada standar ketiga tentang Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang didalamnya terdapat sasaran pertama berupa “Ketepatan Identifikasi Pasien”. Di sana dijelaskan bahwa kesalahan karena keliru pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang

dapat mengarahkan terjadinya *error* adalah kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, pasien yang dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya, mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi didalam rumah sakit, mungkin mengalami disabilitas sensori, atau akibat situasi lain.

C. Konsep Standar Komisi Akreditasi Rumah Sakit (Kars)

Dalam literatur yang diterbitkan hasil kerjasama direktorat jenderal bina upaya kementerian kesehatan republik Indonesia dengan komisi akreditasi rumah sakit (KARS) (Bakti Husada, 2011) dijelaskan bahwa konsep umum tentang standar KARS diklasifikasi dalam 4 (empat) kelompok standar yaitu:

1. Pelayanan yang Fokus pada Pasien

Pada kelompok standar pelayanan yang fokus pada pasien mengandung tujuh aspek yang mana aspek tersebut masing-masing memiliki standar, maksud dan tujuan serta elemen penilaian masing-masing. Ketujuh aspek yang dimaksud adalah (1) akses ke pelayanan dan kontinuitas pelayanan (APK); (2) hak pasien dan keluarga (HPK); (3) asesmen pasien; (4) pelayanan pasien (PP); (5) pelayanan anestesi dan bedah (PAB); (6) manajemen dan penggunaan obat (MPO); (7) pendidikan pasien dan keluarga (PPK).

2. Standar Manajemen Rumah Sakit

Pada kelompok standar manajemen rumah sakit, aspek yang diprioritaskan terdiri dari enam komponen, yaitu: (1) peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP); (2) pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI); (3) tata kelola, kepemimpinan, dan pengarahan (TKP); (4) manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK); (5) kualifikasi dan pendidikan staf (KPS); (6) manajemen komunikasi dan informasi (MKI).

3. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Pada kelompok sasaran keselamatan pasien rumah sakit, sasaran yang diprioritaskan terdiri dari enam komponen, yaitu: (1) ketepatan identifikasi pasien; (2) peningkatan komunikasi yang efektif; (3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; (4) pastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi; (5) pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; (6) pengurangan risiko pasien jatuh.

4. Sasaran Millennium Development Goals

Pada kelompok sasaran milenium development goals, sasaran yang diprioritaskan terdiri dari tiga komponen, yaitu: (1) penurunan angka kematian bayi dan peningkatan kesehatan ibu; (2) penurunan angka kesakitan HIV/ AIDS; (3) penurunan angka kesakitan TB.

D. INTEGRASI ASUHAN DALAM STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT

Paradigma pelayanan kesehatan sudah mulai berubah dengan memusatkan pelayanan kesehatan pada pasien. Tidak lagi menempatkan salah satu profesi sebagai pusat pelayanan melainkan dibutuhkan adanya integrasi asuhan dari berbagai profesi pemberi pelayanan. Sehingga tidak ada lagi istilah dokter sebagai captain on the ship. Setiap profesi memiliki tanggung jawab dan kewenangan sesuai dengan porsinya masing-masing.

Perawat merupakan bagian dari profesi pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit. Mereka memiliki peran dan tanggung jawab yang sama besarnya dengan profesi lainnya. Tanpa perawat, asuhan pasien yang terintegrasi akan timpang dan tidak maksimal. Sama halnya perawat tanpa profesi lainnya, asuhan pasien tidak akan berjalan.

Asuhan keperawatan dalam integrasi asuhan yang dimaksud diatas. Tentunya dengan mengacu pada standar akreditasi KARS versi 2012 yang mengharuskan adanya integrasi asuhan antar pemberi pelayanan. Dokumentasi yang harus ada di rekam medis adalah:

1. Lembar Persetujuan Umum (General Concern)

Lembar persetujuan umum merupakan bukti bahwa pasien bersedia atau menyetujui menerima pelayanan di rumah sakit. Persetujuan umum ini wajib diisi oleh pasien yang baru pertama kali datang dan akan menerima pelayanan di rumah sakit. Isi dari persetujuan umum ini tidak sedetail informed concern yang fokus pada tindakan tertentu. Pada umumnya persetujuan umum berisi pernyataan bahwa pasien bersedia menerima pelayanan yang akan diberikan di rumah sakit.

2. Dokumentasi Asuhan Nyeri

Harus dipastikan semua pasien dikaji tingkat nyerinya. Baik pasien rawat jalan, maupun rawat inap. Dokumentasi hasil pengkajian harus ditulis dalam rekam medis, mulai dari catatan asuhan gawat darurat (asesmen awal pasien), catatan pengkajian awal pasien rawat inap, dan catatan terintegrasi (catatan perkembangan atau perjalanan penyakit pasien). Agar lebih praktis, kita harus pastikan ada kolom untuk dokumentasi nyeri di rekam medis. Baik di lembar asuhan pasien rawat jalan, asuhan gawat darurat, pengkajian awal keperawatan dan rencana asuhan keperawatan. Disini peran perawat sangat dominan untuk memastikan terlaksananya asuhan nyeri pasien secara berkelanjutan. Karena rasa nyeri juga mulai digolongkan

sebagai tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. Pemantauan tanda vital termasuk skala nyeri menjadi rutinitas asuhan yang selalu dilakukan perawat. Sedangkan intervensi tindakan dapat dilakukan secara kolaboratif melibatkan dokter dan profesi lainnya.

3. Dokumentasi Asuhan Pasien Risiko Jatuh

Asuhan pasien risiko jatuh meliputi asesmen awal, asesmen ulang dan intervensi sesuai dengan hasil asesmen. Dalam asesmen risiko jatuh ada beberapa instrumen yang bisa digunakan, misalnya falls morse scale untuk pasien dewasa dan humpty dumpty untuk pasien anak. Untuk penggunaan instrumen asesmen risiko jatuh ini sepenuhnya dipersilakan kepada masing-masing instansi rumah sakit untuk menentukan. Yang jelas dalam regulasi harus diatur mengenai proses asesmen awal, asesmen ulang dan intervensi pada pasien risiko jatuh. Dalam asuhan pasien risiko jatuh ini peran perawat juga sangat dominan. Melakukan asesmen awal ketika pertama kali menerima pasien baru, melakukan asesmen ulang setiap ada perubahan kondisi atau pengobatan, dan memberikan intervensi sesuai dengan skor hasil asesmen risiko jatuh. Selain itu peran perawat juga dibutuhkan dalam pelaporan insiden pasien jatuh. Mengenai alur pelaporan dan bagaimana caranya akan

dibahas lebih jauh pada standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

4. Dokumentasi Asuhan Terintegrasi

Dulu mungkin lebih familiar dengan catatan perkembangan pasien yang digunakan untuk mendokumentasikan perjalanan penyakit pasien oleh DPJP. Namun saat ini lembar ini digunakan untuk mendokumentasikan asuhan dari beberapa profesi pemberi pelayanan pasien. Bukan hanya dokter, namun perawat, ahli gizi, fisioterapi, dan pemberi asuhan lainnya menggunakan lembar catatan terintegrasi sebagai dokumentasi asuhan terhadap pasien. Ketika kuliah, perawat diajarkan melakukan dokumentasi di beberapa lembar dokumentasi asuhan keperawatan. Ada lembar pengkajian awal, analisa data dan diagnosa, rencana keperawatan, dan catatan perkembangan. Ketika di lapangan atau lahan klinis ada sedikit modifikasi terkait lembar pendokumentasian ini. Namun secara isi dan cara pendokumentasian kurang lebih tidak jauh beda. Hanya saja dalam lembar catatan terintegrasi ini semua informasi tentang perkembangan asuhan pasien ditulis dalam satu lembaran yang sama oleh beberapa multidisiplin. Sehingga memberikan kemudahan bagi pemberi pelayanan untuk mengakses informasi perkembangan pasien. Dengan adanya integrasi asuhan ini menuntut masing-

masing profesi melakukan tugas dan kewenangannya secara profesional.

5. Dokumentasi Edukasi Multidisiplin
Lembar dokumentasi multidisiplin juga harus ada dalam rekam medis pasien. Lembar ini sebagai bukti bahwa pasien telah menerima haknya dalam mendapatkan informasi terkait perawatannya. Baik informasi mengenai hasil pemeriksaan, kondisi pasien, penyakit atau diagnosa, sampai kepada informasi rencana perawatan yang dilakukan. Di lembar edukasi multidisiplin ini bukan hanya profesi dokter atau perawat yang wajib mendokumentasikan edukasi yang telah diberikan. Namun petugas gizi, farmasi, dan juga bina rohani memiliki akses yang sama di lembar ini. Salah satu poin yang harus disampaikan dalam edukasi adalah tentang hak dan kewajiban pasien. Dalam lembar dokumentasi edukasi ini harus dipastikan tanggal pemberian edukasi, isi edukasi, nama dan paraf pemberi edukasi, serta nama dan paraf yang menerima edukasi. Semua proses yang dijalankan dalam sistem pelayanan berdasarkan standar akreditasi merupakan upaya untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien. Dalam standar akreditasi menuntut banyak dokumentasi asuhan direkam medis.

E. Teori Keperawatan “*Ida Jean Orlando*”

Teori Keperawatan Orlando menekankan hubungan timbal balik antara pasien dan perawat. Apa yang perawat dan pasien katakan dan lakukan keduanya saling berpengaruh. Orlando adalah salah satu pemimpin keperawatan pertama yang mengidentifikasi dan menekankan unsur dari proses keperawatan dan pentingnya partisipasi pasien dalam proses keperawatan. Pandangan Orlando tentang keperawatan sebagai profesi yang berbeda dan terpisah dari pengobatan (hilton, 1997). Orlando percaya order (pesanan) dokter adalah untuk pasien, bukan untuk perawat. Namun, perawat membantu pasien dengan melakukan order (pesanan) tersebut atau jika pasien tidak mampu, perawat melakukannya untuk pasien. Demikian juga perawat dapat membantu klien untuk tidak mengikuti dokter, bila data mendukung. Namun perawat akan mengkomunikasikan alasannya pada dokter (Pelletier 1967). Orlando telah memfasilitasi perkembangan perawat menjadi pemikir logis (Nursing Theories Conference Group & George, 1980). Orlando melihat bahwa perawat sebagai penentu tindakan keperawatan lebih dari sekedar meminta petunjuk dokter, mengorganisasikan kebutuhan, dan pengalaman pribadi di masa lalu. Oleh karena itu tindakan keperawatan diperoleh

dari pengalaman pasien dan kebutuhan yang memerlukan pertolongan.

Orlando menyatakan bahwa pencariannya untuk fakta-fakta dalam mengobservasi situasi keperawatan sangat mempengaruhinya sebelum dia mengembangkan teorinya. Dan dia memperoleh teorinya dari konseptualisasi fakta-fakta tersebut. Tujuan utamanya adalah untuk mengembangkan "teori dari praktek keperawatan yang efektif" (Orlando, 1961, p.viii) yang akan mengidentifikasi peran khusus untuk perawat profesional yang memberikan dasar yang sistematis untuk studi keperawatan.

Metodologi

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan desain *Cross Sectional*. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan variabel bebas yaitu variabel pelaksanaan pembuatan identitas pasien, dan variabel terikat yaitu asuhan keperawatan berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga perawat pelaksana di unit rawat inap RS Hermina Podomoro sebanyak 75 orang perawat.

Penentuan jumlah sampel dengan menggunakan tehnik sampling total

sampling yang dibatasi dengan kriteria-kriteria tertentu. Adapun kriteria sampel antara lain; (1) kriteria inklusi; Pendidikan minimal D3 Keperawatan, bersedia menjadi responden yang dibuktikan dengan kesediaan menandatangani *informed consent*..Sedang (2) kriteria eksklusi; semua perawat yang saat dilakukan penelitian sedang tidak berada ditempat dinas baik karena cuti (tahunan, melahirkan, hari besar atau sakit) atau karena sedang tugas diluar Rumah Sakit.

Penelitian ini dilaksanakan di RS X mulai dari April – Juni 2016. Total jumlah responden dalam penelitian ini 75 responden. Alat pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner. Lembar kuesioner terkait karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama kerja dan pelatihan askep. Kuesioner juga berisi tentang pelaksanaan pembuatan identitas pasien berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 yang terdiri dari 24 pernyataan dengan menggunakan skala *likert*. Dan kuesioner terkait dengan asuhan keperawatan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 yang terdiri dari 20 pernyataan dengan menggunakan skala *likert*.

Hasil Pembahasan

Berdasarkan pemodelan lengkap yang mencakup variabel independen (pembuatan identifikasi pasien) dan kandidat *confounding* (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama kerja dan pelatihan). Selanjutnya dilakukan pengeluaran variabel yang tidak signifikan secara bertahap satu persatu, dimulai dari variabel interaksi yang *p value*-nya terbesar.

Berdasarkan pemodelan akhir, maka hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat yang memiliki pendidikan memiliki peluang 7,005 kali membuat pelaksanaan asuhan keperawatan yang berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 dengan kualitas yang baik dan pelaksanaan identifikasi pasien berpengaruh terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

Hasil analisis peneliti mengungkapkan bahwa perawat yang memiliki kompetensi yang baik sehingga dapat mendukung profesionalitas seorang perawat. Sedangkan pelaksanaan identifikasi pasien dianggap merupakan awal dari pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien, sehingga jika tidak dilakukan identifikasi, maka perawat tidak akan menyelesaikan asuhan keperawatan

dengan baik. Sementara untuk motivasi dijelaskan bahwa semakin baik kerja perawat, maka akan mendapatkan reward, berupa kesempatan sekolah atau mendapatkan pelatihan, sehingga perawat tersebut akan termotivasi untuk melakukan kewajibannya dengan baik.

Simpulan

Terdapat hubungan yang bermakna antara pembuatan identifikasi pasien dengan pelaksanaan asuhan keperawatan berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.

Saran

Rumah sakit perlu mengadakan pelatihan (*in house training*) mengenai pengembangan pengetahuan tentang asuhan keperawatan yang berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012. Perlunya penelitian tentang pelaksanaan asuhan keperawatan berdasarkan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 dalam hubungannya dengan aspek lain seperti sistem dokumentasi. Selain itu, dilakukan penelitian dengan variabel yang sama dengan peneliti, di rumah sakit yang berbeda.

Kepustakaan

Anderson, 1994. *Performance Appraisal* New Jersey: Prantice Hall. The Atkinson, R. L. 2004. *Pengantar Psikologi*. Edisi ke delapan. Jakarta: PT. Erlangga

Budiarto Eko (2012), *Metodologi Penelitian Kedokteran: Sebuah Pengantar*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Dahlan Sopiudin (2012), *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*, Sagung Seto: Jakarta Damayanti, E, 1998.

Denim,S. (2003). *Riset Keperawatan: Sejarah dan Metodologi*. Jakarta: EGC
Dharma. K.K (2011), *Metodologi Penelitian Keperawatan*. CV. Trans Info Media: Jakarta

Gaffar Jumadi Laode (1997). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.

Gomes, Faustino Cardoso. 2000. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Pertama, cetakan kedua, penerbit Andi Offset, Yogyakarta

Hastono, S.P (2007), *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia: Jakarta

Hidayat. A. A. A (2007), *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika: Jakarta

Hrbison, Fredrick dan Chorles A Myers. (1959) *Manajemen in the Industrial World*. New York; Mc Graw Hill-Book Company.

Ilyas, Yaslis (2002). *Kinerja: teori, penilaian dan penelitian*. Cetakan ke 3. Depok; Pusat kajian ekonomi kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, (2007) Komisi Akreditasi Rumah Sakit / KARS.

International Society for Quality in Health, (2007) *International Principles for Healthcare Standards, A Framework of Requirement for Standards*, Edisi III.

Join Commission International (JCI), (2011) *Accreditation Standards for Hospitals*, Edisi IV. Mangkuprawira, Tb, Sjafrri, 2004. *Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik*, cetakan ketiga. Penerbit Ghalia Indonesia. Jakarta

Nitisemito, Alex. 2001. *Manajemen Personalia*. Penerbit Ghalia Indonesia. Jakarta

- Nursalam. (2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan* Edisi 4. Salemba Medika. Jakarta
- Robbins. 2001. *Prinsip-prinsip Perilaku Organisasi*. Edisi Kelima, (Terjemahan). Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Robbins. 2001. *Perilaku Organisasi: Konsep, Kontraversi, Aplikasi*. Jilid I. alih bahasa: Pujaatmaka, H dan Molan, B. penerbit Prenhalindo. Jakarta
- Sastroasmoro Sudigdo dan Ismael Sopyan (2011), *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi 4, Jakarta: Sagung Seto
- Sevilla, Consuelo G. *et. al* (2007). *Research Methods*. Rex Printing Company. Quezon City
- Siagian, Sondang. P. 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Penerbit Bumi Aksara. Jakarta
- Smeltzer, Suzanne C. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddart*. Edisi 8, Vol 2. Jakarta: Buku kedokteran
- Smeltzer, Suzanne C. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddart*. Edisi 8, Vol 2. Jakarta: Buku kedokteran
- Soeprihanto, J. 2000. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan* Yogyakarta: Pustaka pelajar Offset
- Swanburg. C. (2000). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Untuk Perawat Klinis*, Alih Bahasa Samba Suharyati, Jakarta: EGC.
- Tim penyusun kamus pusat bahasa. 2008. *Kamus bahasa Indonesia*. Jakarta: Pusat bahasa
- Potter, P.A, Perry, A.G. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC. 2005
- Whitehead, D.K., Weiss, S. A., dan Tapen, R. M. (2001). *Essential of Nursing Leadership and Management*. Philadelphia: JB Lippincott.