

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, didalam keselamatan pasien terdapat istilah insiden keselamatan pasien (IKP) yaitu setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisinya yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), serta kejadian potensial cedera (KPC) dan kejadian sentinel (KS) (Febrianti, 2021).

National Patient Safety Agency (NPSA) pada tahun 2017 telah melaporkan angka kejadian/insiden keselamatan pasien (IKP) di Inggris sebanyak 1.879.822 insiden, dan untuk Indonesia dalam rentang waktu 2006–2011, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) melaporkan 877 insiden (Harsul et al., 2018). Keselamatan pasien adalah dasar dari pelayanan kesehatan yang baik. Hal ini menjadi penting karena merupakan suatu langkah untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan (Harsul et al., 2018). Saat ini insiden keselamatan pasien di dunia mencapai 43 juta pasien setiap tahunnya. Hal ini tentunya menimbulkan kerugian secara finansial. Menurut WHO kerugian yang ditimbulkan akibat dari *medication errors*, diperkirakan mencapai 42 miliar, selanjutnya *World Health Organization* mengungkapkan fakta mengejutkan yang menyatakan bahwa satu dari sepuluh pasien di negara berkembang termasuk Indonesia mengalami cedera pada saat menjalani pengobatan di rumah sakit. Oleh karena itu keselamatan pasien adalah inti

dalam pemberian asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mencegah *medication error* dan kerugian yang lain untuk pasien. Berdasarkan Kepmenkes RI nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal, tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat sebesar 100%, hal itu berarti bahwa seharusnya kejadian kesalahan obat atau *medication error* tidak boleh terjadi satupun dalam pelayanan kesehatan.

*Medication error* adalah suatu kejadian yang tidak hanya dapat merugikan pasien tetapi juga dapat membahayakan keselamatan pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan khususnya dalam hal pelayanan pengobatan pasien (Pranata et al., 2021). *Medication error* adalah suatu kejadian yang seharusnya dapat dicegah yang dapat mengakibatkan penggunaan obat yang tidak tepat sehingga dapat membahayakan pasien (NCCMERP, 2017).

Secara umum faktor yang sering mempengaruhi terjadinya *medication error* adalah karakteristik individu, pengetahuan tentang obat yang kurang memadai, dan kesalahan perhitungan dosis obat (Mansouri et al., 2014). Kesalahan pengobatan dapat berupa proses peresepan (*prescribing*), penyiapan hingga penyerahan obat atau (*dispensing*), pembacaan resep (*transcribing*), atau pada proses penggunaan obat (*administration*) (Citraningtyas et al., 2020).

*Medication error* yang paling sering terjadi adalah pada *fase administration* / pemberian obat yang dilakukan oleh perawat. Abebaw, Hailu, Messele, Demeke, & Hassen (2019) mengatakan bahwa berdasarkan penelitian dari Badan Keselamatan Pasien Nasional Inggris menyatakan dari berbagai jenis *medication error*, 50% merupakan *medication administration error*, 18% untuk *fase dispensing*, dan 16% untuk *fase prescribing*. Penelitian yang

dilakukan oleh Budihardjo (2017) terhadap 132 perawat yang berada di 7 ruangan rawat inap RSUD Haji Surabaya didapatkan hasil bahwa faktor penyebab *medication error* pada fase administrasi adalah keterampilan perawat, pengetahuan perawat, komunikasi antara perawat dan pasien.

*Medication administration error (MAE)* dapat melibatkan perawat dalam pemberian obat kepada pasien yang tidak sesuai dengan prinsip enam benar yaitu benar obat, benar pasien, benar dosis, benar rute pemberian, benar waktu pemberian dan benar pendokumentasian (Kemenkes, 2011 dalam Kavanagh, 2017). Pemberian obat/ *Medication Administration (MA)* adalah salah satu intervensi keperawatan yang paling banyak dilakukan, dengan sekitar 5- 20% waktu perawat dialokasikan untuk kegiatan ini (Härkänen, Blignaut, & Vehviläinen-julkunen, 2019). Pemberian obat juga mencakup tugas-tugas lain, seperti menyiapkan dan memeriksa obat-obatan, memantau efek obat-obatan, mengedukasi pasien tentang pengobatan, dan memperdalam pengetahuan perawat tentang obat-obatan sendiri (DrachZahavy et al., 2014 dalam Härkänen et al., 2019). Secara keseluruhan, prevalensi dari kesalahan pemberian obat diperkirakan antara 1,7 - 59,1% dari total peluang kesalahan yang terjadi (Hines et al., 2019).

Dari 10 fakta WHO mengenai *patient safety* pada negara berkembang tahun 2017 disebutkan bahwa 1 dari 10 pasien yang dirawat di rumah sakit berisiko terhadap terjadinya *medication error* dan kesalahan obat yang merugikan (Dalam Jurnal Analisis Penerapan Prinsip Keselamatan Pasien Dalam Pemberian Obat 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Elliot RA, dkk (2019) di Inggris, yang kemudian dipublikasi BMJ Qual Staf 2021),

menjelaskan lebih dari 237 juta kejadian *medication error* setiap tahunnya. Adapun, dampak *medication error* tersebut menghabiskan biaya \$ 98.462.582, hari rawat 181.626 hari, dan 1.708 kematian setiap tahunnya. (Elliott, Elizabeth, Dina, Schulper, & Rita, 2021). Menurut penelitian di Jepang, menjelaskan bahwa kejadian *medication error* sekitar 46,6 % dari total laporan keselamatan pasien, dan kematian mencapai 48.000-100.000 setiap tahunnya. (Wahyuni, Andhini, & Supratini, 2022). Sedangkan, kejadian *medication error* di Indonesia menurut laporan Komite Nasional Keselamatan Pasien di Indonesia, sekitar 35%, dan 2,3 % menyebabkan kondisi pasien kritis dan meninggal dunia. (Wardhana, Suharmanto, & Hadibrata, 2022). Kesalahan pemberian obat diperkirakan 1 dari 10 pasien diseluruh dunia, tipe kesalahan yang menyebabkan kematian pada pasien meliputi 40,9%, salah dosis, 16% salah obat dan 9,5% salah rute pemberian.

Menurut (Kemenkes RI, 2022) *Patient safety* memiliki 6 (enam) sasaran dalam keselamatan pasien yaitu mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan dan mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Identifikasi pasien merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien, dimana keamanan pelayanan rumah sakit di mulai dari ketepatan identifikasi pasien. Menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit hal ini karena Kesalahan identifikasi pasien di awal dapat berakibat fatal, misalnya kematian dan sebagai

pemicu kesalahan lainnya (KARS, 2022). Berbagai bentuk kesalahan identifikasi pasien tersebut meliputi pemberian obat pada pasien yang salah, pembedahan pada pasien yang salah, pemeriksaan patologi anatomi pada pasien yang salah (Swastikarini et al., 2019). Bukan hanya itu saja Kesalahan identifikasi pasien juga dapat menyebabkan kesalahan transfusi darah, Akibat dari kekeliruan dalam tahap mengidentifikasi pasien, terdapat 68% kesalahan transfusi darah yang dimana sebanyak 11 orang yang diantaranya meninggal, dan terdapat sebesar 13% kesalahan operasi (Desilawati & Alini, 2020).

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit dimana terdapat 5 (lima) elemen pada sasaran identifikasi pasien yaitu: pertama, terdapat regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien, Kedua identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit, ketiga identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik, keempat identifikasi pasien sebelum pemberian obat, pengambilan darah, pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis dan pemberian diet, kelima identifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma (KARS, 2022).

Data laporan keselamatan pasien Pemerintah Australia bagian selatan terdapat 5 jenis kesalahan identifikasi pasien yang sering terjadi pada tahun 2014-2015 yaitu salah mengidentifikasi pasien 273 kasus, kesalahan label pada spesimen 272 kasus, salah pasien 211 kasus, salah status rekam medis 59 kasus

dan kesalahan hasil pemeriksaan sebanyak 28 kasus. Identifikasi pasien bertujuan untuk keselamatan pasien, namun masih ditemukan ketidaktepatan dalam melakukan identifikasi pasien yang menempati posisi kedua terbanyak dengan 46 insiden (31,51%) di Madiun oleh (Savitri et al., 2017). Penelitian lainnya yang dilakukan di rumah sakit di kabupaten Indramayu oleh Aeni et al. (2019) menyatakan bahwa terjadi kesalahan pemberian transfusi darah yang menyebabkan kematian pasien. Hal tersebut terjadi dikarenakan kurangnya ketelitian dalam memastikan identitas pasien, hasil dari penelitian ini juga mendapatkan data terkait identifikasi pasien kurang (46,9 %), penggunaan gelang identitas kurang (45,1%) dan pengecekan identitas pasien kurang (46,9 %) (Aeni et al., 2019). Dengan demikian ketepatan dan pelaksanaan identifikasi pasien oleh perawat masih sangat kurang.

Data tentang laporan Insiden Keselamatan Pasien yang disitasi dari Yudhawati & Ekorini Listiowati salah satu penyebab KTD adalah salah identifikasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan RS. penelitian sebelumnya menyebutkan resiko plebitis pada pasien (5,6). Data insiden keselamatan pasien tahun 2012 melaporkan analisis penyebab terjadinya insiden 46 % berkaitan dengan salah identifikasi, 36 % dikarenakan karena komunikasi yang tidak efektif sehingga terjadi medication error, 18 % dikarenakan prosedur tidak dijalankan.

Komunikasi merupakan proses yang sangat berarti dalam hubungan antar-manusia. Komunikasi adalah sebuah faktor yang paling penting yang digunakan untuk menetapkan hubungan antara perawat dan pasien. Komunikasi merupakan aspek terpenting yang harus dimiliki oleh perawat

dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Perawat sebagai petugas yang selalu berhubungan dengan pasien harus memiliki banyak keterampilan, salah satunya adalah keterampilan interpersonal yaitu keterampilan dalam berkomunikasi dengan pasien (Ajar Galih Pratiwi, 2017).

Komunikasi terapeutik tidak sama dengan komunikasi sosial. Komunikasi sosial tidak mempunyai tujuan tertentu dan biasanya pelaksanaan komunikasi ini terjadi begitu saja. Sedangkan komunikasi terapeutik mempunyai tujuan dan berfungsi sebagai terapi bagi klien. Karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik. Struktur dalam proses komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahap yaitu tahap persiapan atau pra interaksi, tahap pengenalan atau orientasi, tahap kerja, dan terakhir tahap terminasi (Stuart, G. W., 2016).

Pada tahap pra interaksi dapat terjadi gagalnya interaksi karena tidak melakukan persiapan yang baik sebelum berinteraksi dengan klien. Kegagalan pada tahap orientasi akan menimbulkan kegagalan pada keseluruhan interaksi (Stuart, G. W., 2016). Pada tahap kerja, perawat diharapkan mampu menyimpulkan percakapannya dengan klien. Tetapi jika perawat tidak menyimpulkan permasalahan terhadap masalah antara perawat dan klien. Kegagalan pada tahap terminasi kemungkinan bisa terjadi apabila terminasi dilakukan tiba-tiba atau dilakukan sepihak tanpa penjelasan. Konsekuensinya klien mungkin akan mengalami depresi dan regresi.

Berdasarkan penelitian Patrisia Akbar (2013) di RSUD Labuang Baji Makassar didapatkan kepuasan pasien pada pelaksanaan komunikasi terapeutik fase orientasi masih kurang, yaitu 22 responden puas (23,2%) dan 73 responden

tidak puas (76,8%). Berdasarkan pelaksanaan komunikasi terapeutik fase kerja, yaitu 2 responden tidak puas (2,1%). Berdasarkan pelaksanaan komunikasi terapeutik fase terminasi masih kurang, yaitu 11 responden puas (11,6%) dan 84 responden tidak puas (88,4%).

Hasil penelitian Rhona Sandra (2013) menunjukkan bahwa dari 48 responden dengan komunikasi terapeutik tidak dilakukan perawat, 38 orang (79,2%) responden menyatakan tidak puas dengan komunikasi terapeutik perawat. Sementara itu dari 29 responden dengan komunikasi terapeutik tidak dilakukan perawat, 23 orang (79,3%) pasien menyatakan puas. Hasil uji statistik chi-square menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik perawat dengan kepuasan pasien.

Berdasarkan penelitian Septia Melsa (2014) di Ruang Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik fase orientasi kurang dilaksanakan sebanyak 62,7 %, fase kerja sebanyak 19,6 %, dan fase terminasi sebanyak 84,3%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Huda (2010) tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan pasien di RS. Bunda Margonda Depok, bahwa tingkat kepuasan klien sangat dipengaruhi oleh komunikasi terapeutik perawat, dari 31 pasien sebagai responden didapatkan 12 pasien (38,7 %) menyatakan kurang puas.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dari Maret sampai April tahun 2024 di Rumah Sakit Suaka Insan didapatkan data bahwa selama periode tahun 2022 hingga 2024 didapatkan hasil IKP (Insiden Keselamatan Pasien). Pada tahun 2022 *medication error* yang terjadi pada fase

*administrasi* sebesar 5 kasus (21,73%) yaitu 1 insiden KTC (Kejadian Tidak Cedera) (4,3%) kesalahan setting infus pump oleh perawat obat KCL yang seharusnya habis dalam waktu 10 jam sampai 15 jam baru habis, 1 insiden KTC (Kejadian Tidak Cedera) kesalahan pemberian obat antibiotik *Cefotaxim* seharusnya instruksi dokter *Ceftriaxone* (4,3%), KTC (Kejadian Tidak Cedera) kesalahan pemberian obat antibiotik *Ceftrimax* seharusnya instruksi dokter *Ceftamax* (4,3%) dan 1 insiden KTD *medication error* yaitu kesalahan perawat memberikan obat antibiotik seharusnya instruksi dokter *Ceftamax* tetapi yang diberikan *Ceftrimax* (4,3%), 1 insiden KTD *medication error* kesalahan pemberian obat oral ke pasien lain (4,3%). Pada tahun 2023 sebesar 4 insiden yaitu (17,39%). Ada 1 insiden KNC (Kejadian Nyaris Cedera) kesalahan pemberian obat injeksi *Gabaxa* ke pasien lain (4,3%), KNC (Kejadian Nyaris Cedera) kesalahan perawat tidak melakukan skintest pemberian obat kontras *CT-Scan* yaitu (4,3%) dan 1 insiden KTD *medication error* kesalahan pemberian obat puyer ke pasien tetapi obat belum sempat diminumkan (4,3%) dan 1 insiden KTD *medication error* (4,3%) kesalahan pemberian obat/salah dosis obat injeksi *Sanexon* 3x6mg instruksi dari dr.K tetapi perawat memberikan 60mg. Pada tahun 2024 sebesar 2 insiden yaitu (20%). 1 insiden KTD *medication error* (10%) kesalahan pemberian obat oral ke pasien yang lain dan 1 insiden KTD *medication error* (10%) kesalahan perawat tidak membuat kartu obat sehingga obat antibiotik tidak diberikan kepada pasien seharusnya intruksi dari dokter obat antibiotik disuntik dulu sebelum pulang. Dari data yang ditemukan berdasarkan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah

Sakit Suaka Insan Banjarmasin dari tahun 2022-2024 angka kejadian *medication error* persentasenya yaitu 59,12%.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti selama 2 hari pada tanggal 27 dan 28 Maret 2024 setiap harinya jumlah perawat yang berdinas pagi antara 3 atau 4 orang perawat. Selama 2 hari, penulis melakukan observasi kepada 4 orang perawat. Perawat yang berdinas pagi tidak meminta pasien untuk menyebutkan nama dan tanggal lahir sebelum memberikan obat dan perawat tidak mengecek gelang identitas pasien sebelum memberikan obat, hanya perawat yang menyebutkan langsung nama pasien melihat dari kartu obat yang ada. Dapat terlihat bahwa banyak perawat yang tidak menerapkan komunikasi terapeutik pada pasien. Observasi langsung dengan 4 orang perawat mengenai pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pasien, diantaranya 3 orang perawat tidak membaca status pasien sebelum menemui pasien dan 1 orang perawat tidak ikut serta dalam (fase pra interaksi), 2 perawat tidak mengucapkan salam saat menemui pasien (fase orientasi), 2 perawat tidak memberikan reinforcement pada pasien saat melakukan tindakan (fase kerja), dan 4 perawat tidak melakukan kontrak yang akan datang pada pasien (fase terminasi). Penulis memilih Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin sebagai tempat penelitian karena setelah penulis bertemu dan mengobservasi langsung beberapa perawat, umumnya perawat tidak melakukan identifikasi pasien dan komunikasi terapeutik dengan semestinya.

Dari hasil wawancara , disebabkan karena perawat tidak melakukan identifikasi seperti meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir , dan perawat tidak mengecek ulang gelang identitas sebelum memberikan obat

kepada pasien. Diantaranya 3 orang pasien mengatakan perawat tidak selalu mengucapkan salam saat bertemu, 1 orang pasien mengatakan perawat tidak menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, dan 4 orang pasien mengatakan perawat tidak ada membuat waktu pertemuan berikutnya untuk melakukan tindakan selanjutnya. Komunikasi perawat yang kurang kepada pasien dan keluarga mengenai obat yang diberikan, beberapa perawat tidak menjelaskan indikasi obat yang diberikan sehingga pasien tidak mengetahui apa fungsi obat yang mau diminum.

Dari insiden di atas ada beberapa dampak yang mungkin dirasakan pasien, yaitu menyebabkan efek samping yang membahayakan dan dapat mengakibatkan resiko fatal dari penyakit pasien, sehingga secara tidak langsung *medication error* dapat menyebabkan kerugian bagi pasien berupa perpanjangan hari perawatan dan akan merugikan finansial pasien dan keluarga selama di rawat. Dampak pemberian obat disebabkan karena tidak sesuai tindakan yang dilakukan perawat, memiliki potensi peningkatan kejadian terkait kesalahan pengobatan dari tahun ke tahun. Karena keberhasilan sebuah rumah sakit dalam penerapan sebuah prosedur operasional yang berlaku dilihat dari kinerja tenaga kesehatannya bekerja secara profesional sesuai panduan. Hal - hal tersebut tentunya dapat berdampak juga dengan penilaian mutu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di Rumah Sakit karena penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit.

Berdasarkan dari data IKP ( Insiden Keselamatan Pasien) setiap tahunnya ada kejadian *medication error* di Rumah Sakit Suaka Insan, dan dari

penelitian sebelumnya membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian selanjutnya untuk mengurangi angka kejadian *medication error*. Oleh karena itu penulis tertarik untuk meneliti dengan judul “Gambaran Identifikasi Pasien dan Komunikasi Terapeutik Untuk Mencegah *Medication Error* Fase Administrasi di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Identifikasi Pasien dan Komunikasi Terapeutik Untuk Mencegah *Medication Error* Fase Administrasi di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin?”

## **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi Gambaran Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Komunikasi Terapeutik untuk mencegah *medication error* pada fase administrasi di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pelayanan di rumah sakit dengan mengklasifikasi kesalahan pemberian obat dengan penerapan prinsip enam benar sebelum pemberian obat dan dalam menerapkan program keselamatan pasien di Rumah Sakit Suaka Insan.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Rumah Sakit Suaka Insan

Sebagai bahan evaluasi kinerja perawat dan masukan bagi

rumah sakit terkait terjadinya kesalahan dalam pemberian obat sehingga dapat ditindaklanjuti untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Sebagai studi yang menyatakan apakah perawat sudah melaksanakan identifikasi pasien dan komunikasi terapeutik di ruang rawat dengan baik.

b. Bagi institusi keperawatan Stikes Suaka Insan

Sebagai bahan acuan dan materi pembelajaran untuk pengembangan konsep dan menambah ilmu pengetahuan mengenai manajemen keperawatan.

c. Bagi Perawat di Rumah Sakit Suaka Insan

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan dan evaluasi bagi perawat di ruang rawat inap dalam memberikan obat kepada pasien sehingga dapat mengurangi kesalahan pemberian obat, dengan menerapkan SPO dan komunikasi terapeutik dengan baik.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan agar hasil dari penelitian ini dapat dijadikan acuan serta dapat dikembangkan untuk menambah ilmu dan menjadi manfaat khususnya di bidang keperawatan.

## **E. Keaslian Penelitian**

Berdasarkan informasi dan penelusuran pustaka yang peneliti dapat selama ini, penelitian tentang identifikasi pasien dan komunikasi terapeutik untuk mencegah *medication error* fase administrasi di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin dan peneliti tidak menemukan penelitian yang sama persis

dengan yang akan diteliti. Namun ada beberapa penelitian yang berhubungan dengan topik yang akan diteliti atau memiliki variabel yang sama, penelitian tersebut antara lain dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Judul Penelitian	Tahun dan Nama Penulis	Metode yang digunakan	Persamaan dengan penelitian yang diteliti	Perbedaan dengan penelitian yang diteliti
Gambaran Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Terhadap Patient Safety Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Fatima ParePare	2021, Henrick Sampeangi, Yunik Melyani Steni	Jenis penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif. Instrument yang digunakan adalah kuesioner. Hasil penelitian: Dari 30 perawat yang bertugas di ruang rawat inap rumah sakit fatima kota parepare, jenis kelamin perempuan 28 orang (93,33%) dan laki-laki 2 orang (6,66%), pendidikan DIII Keperawatan 17 orang (56,66%), S1 sebanyak 9 orang (30%) dan Ners sebanyak 4 orang (13,33%), pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien 20 perawat memilih Sangat setuju, 9 perawat memilih Setuju, dan 1 perawat memilih ragu total presentasi (92,66%), pelaksanaan peran perawat 26 perawat memilih Sangat setuju dan 4 perawat Setuju total presentasi (97,33%), dan pelaksanaan keselamatan pasien 26 perawat memilih Sangat setuju dan 4 perawat memilih Setuju total presentasi (97,33%).	Persamaan dengan penelitian ini adalah metode penelitian kuantitatif desain deskriptif, populasi perawat, analisa data univariat	Perbedaan penelitian adalah variabel tunggal, jumlah sampel 30, instrumen kuesioner, waktu dan tempat penelitian
Sikap Perawat Dengan Pelaksanaan Identifikasi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Indrasari	2024, Fitra Mayenti, Dilgu Meri, Deswita, Triliza Apitri & Yulianto	Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 79 orang dengan teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah <i>Probability Sampling</i> dengan <i>Proportionate Stratified random sampling</i> . Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner. Data dianalisa secara univariat dan bivariat dengan uji pearson <i>chi-square</i> . Hasil penelitian didapatkan sikap identifikasi pasien sebagian besar pada kategori positif sebanyak 59 responden (74,7%) dan pada kategori negatif sebanyak 20 responden (25,3%). Kemudian terdapat hubungan sikap perawat dengan pelaksanaan identifikasi pasien di ruang rawat inap rawat inap Rumah Sakit Umum Indrasari dengan p value 0,000. Direkomendasikan untuk perawat agar melakukan pelatihan dan update	Persamaan dengan penelitian ini adalah metode penelitian kuantitatif, populasi perawat	Desain dengan <i>cross sectional</i> . jumlah sampel 79 orang dengan teknik sampling probability sampling dengan proportionate stratified random sampling, instrumen kuesioner, analisa data univariat dan bivariat dengan

Judul Penelitian	Nama dan Tahun Peneliti	Metode yang digunakan	Persamaan dengan penelitian yang diteliti	Perbedaan dengan penelitian yang diteliti
		ilmu dalam peningkatan pelaksanaan identifikasi pasien, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang pelaksanaan identifikasi pasien.		dengan uji pearson <i>chi-square</i> , tempat dan waktu penelitian
Gambaran Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Oleh Perawat Pelaksana Pada Pasien DI RSUD DR. RASIDIN PADANG	2015, Endah Aulia Novita	Jenis penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif. Semua populasi dijadikan sampel yaitu berjumlah 39 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu Total Sampling. Pengolahan data melalui tahap editing, coding, entry, dan cleaning. Data dianalisa secara univariat. Hasil penelitian ini menunjukkan 5.1% pelaksanaan komunikasi terapeutik fase pra interaksi oleh perawat dalam kategori kurang baik, 41.0% pelaksanaan komunikasi terapeutik fase orientasi oleh perawat dalam kategori kurang baik, 0% pelaksanaan komunikasi terapeutik fase kerja oleh perawat dalam kategori kurang baik, 94.9% pelaksanaan komunikasi terapeutik fase terminasi oleh perawat dalam kategori kurang baik dan 48.7% pelaksanaan komunikasi terapeutik yang mencakup empat fase pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dalam kategori kurang baik	Persamaan dengan penelitian ini adalah metode penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif, teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu total sampling. Analisa data univariat.	Perbedaan dengan penelitian ini adalah jumlah sampel 39 orang, variabel tunggal, tempat dan waktu penelitian.
Gambaran Komunikasi Terapeutik Perawat Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Harapan Pematang Siantar Tahun 2023	2023, Riama Sitinjak, Samfriati Sinurat & Vina Sigalingging	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian adalah deskriptif. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh pasien di ruangan IGD RS Harapan Pematangsiantar pada tahun 2022, dengan jumlah 874 responden. Sampel yang menjadi responden dalam penelitian ini di sesuaikan menjadi 90 responden. Teknik pengambilan sample yang digunakan dalam penelitian ini adalah purposive sampling.		

judul Penelitian	Nama dan Tahun Peneliti	Metode yang digunakan	Persamaan dengan penelitian yang diteliti	Perbedaan dengan penelitian yang diteliti
		<p>Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat yang dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari setiap variable penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara keseluruhan responden memiliki komunikasi teraupetik yang baik, berjumlah 90 responden (100%), namun perlu diperhatikan komunikasi teraupetik pada tahap orientasi ditemukan hanya cukup berjumlah 90 responden (100%).</p>	<p>Persamaan dengan penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif, analisa data univariat.</p>	<p>Perbedaan dengan penelitian adalah variabel tunggal, populasi seluruh pasien di IGD, sampel 90 responden, teknik pengambilan sample purposive sampling, tempat dan waktu penelitian.</p>

