

## Identifikasi Pasien Berpengaruh terhadap Keselamatan Pasien

Laurensia Brigitta Astinawati<sup>1</sup>, Ratna Indrawati<sup>2</sup>, Rokiah Kusumapradja<sup>3</sup>, Endang Ruswanti<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Siloam Hospital Lippo Karawaci

<sup>2,3,4</sup> Program Magister Administrasi Rumah Sakit Universitas Esa Unggul, Jakarta, Indonesia

Jalan Arjuna Utara No. 9 Kebon Jeruk Jakarta Barat

Korespondensi E-mail: laurensia700@gmail.com

### *Abstract*

*The high issue of incident report in 2018 in X Hospital was particularly related with the patient's identification and effective communication which focuses on reporting laboratory critical value can inhibit the follow-up treatment and patient safety. This research aims to provide empirical evidence of the effect of patient's identification and effective communication of patient safety through the quality of hospital services. The research method used quantitative analytical method with causality research design. Analysis unit is inpatient unit in X hospital. Data analysis being used is multinomial logistic analysis and multiple regression. The results of this research showed that patient's identification and effective communication also the quality of hospital services were significantly affected patient safety. The findings of this research is patient's identification had positive affected and significant on patient safety and quality of hospital services. Effective communication which focuses on reporting laboratory critical value not affected on patient safety and quality of hospital services. Quality of hospital services not mediate patient safety cause patient's identification and effective communication influence directly on patient safety.*

**Keywords:** *safety, identification, effective communication, quality of services*

### *Abstrak*

Isu tingginya pelaporan insiden (KTD, KTC, KNC) pada tahun 2018 di rumah sakit X, khususnya berhubungan dengan identifikasi pasien dan komunikasi efektif yang berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium dapat menghambat tindak lanjut pengobatan dan keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan memberikan bukti empiris pengaruh identifikasi pasien dan komunikasi efektif terhadap keselamatan pasien melalui mutu pelayanan rumah sakit. Metode penelitian yang digunakan metode analisis kuantitatif dengan desain penelitian kausalitas. Unit analisis adalah unit rawat inap di rumah sakit X. Analisa data menggunakan analisis multinomial logistic dan regresi berganda. Hasil penelitian menunjukkan identifikasi pasien dan komunikasi efektif serta mutu pelayanan rumah sakit secara bersama-sama berpengaruh secara signifikan terhadap keselamatan pasien. Temuan penelitian adalah identifikasi pasien memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit. Komunikasi efektif (yang berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium) tidak berpengaruh terhadap keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit tidak memediasi keselamatan pasien karena identifikasi pasien dan komunikasi efektif berpengaruh secara langsung kepada keselamatan pasien.

**Kata Kunci :** Keselamatan, Identifikasi, Komunikasi efektif, Kualitas pelayanan.

### **PENDAHULUAN**

Keselamatan pasien sudah diakui sebagai suatu prioritas dalam pelayanan kesehatan, harus dilaksanakan di rumah sakit karena dapat menyebabkan cedera langsung kepada pasien, juga terkait dengan kualitas dan citra rumah sakit. Keselamatan pasien di suatu rumah sakit biasanya disebabkan oleh banyak hal, diantaranya adalah identifikasi pasien,

komunikasi efektif dalam pelaporan nilai kritis laboratorium dan mutu pelayanan rumah sakit. Penerapan manajemen keselamatan pasien di rumah sakit memegang peranan yang sangat penting dalam upaya mencegah atau meminimalkan terjadinya insiden keselamatan pasien yang bersifat merugikan. Insiden Keselamatan Pasien merupakan peristiwa dan kondisi yang tidak disengaja yang mengakibatkan

atau berpotensi menyebabkan cedera dapat dicegah pada pasien, insiden keselamatan pasien (IKP) yang terdiri dari kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian nyaris cedera (KNC).

Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua pihak yang berkaitan dengan pemberi pelayanan kesehatan. Organisasi kesehatan dunia WHO (*World Health Organization*) juga telah menegaskan pentingnya Keselamatan dalam pelayanan kepada pasien: "*Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management.*" Data WHO pada tahun 2004 yang mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2%-16,6%. Sedangkan *Joint Commission International (JCI)* pada tahun 2013 melaporkan KTD kisaran 10% dan di United Kingdom, dan 16,6% di Australia. Di Indonesia penelitian Utarini et al, 2000, menunjukkan bahwa angka KTD sangat bervariasi, untuk kesalahan diagnosis yaitu 80,0% hingga 98,2% dan kesalahan pengobatan sebesar 4,1% hingga 91,6%.

Menurut *JCAHO* (2007), 65 % dari KTD yang terjadi dirumah sakit berdampak pada kematian pasien. Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS, 2010), insiden KTD di Indonesia mencapai 46,67% dengan provinsi Jawa barat menempati urutan tertinggi yaitu 33.33%, dan berurutan provinsi Banten sebesar 20.0%, Jawa Tengah sebesar 20.0%,

DKI Jakarta sebesar 16.67%, Bali sebesar 6.67% dan Jawa Timur sebesar 3.33%. Berdasarkan data di rumah sakit X pada tahun 2018 KTD yang ada sebesar 33%, KTC 58%, KNC 9%, kesalahan karena proses identifikasi pada tahun 2018 rata-rata tiap bulannya sebesar 28 % dan pelaporan nilai kritis laboratorium yang terlambat dilaporkan pada tahun 2018 rata-rata tiap bulannya mencapai 36%, angka ini cukup tinggi dari target yang diharapkan oleh rumah sakit sebesar 0. Masalah ini penting untuk diteliti lebih lanjut karena berdasarkan data tahun 2018 yang ada di rumah sakit X, mengenai angka KTD,

KTC, KNC serta insiden yang terjadi karena kesalahan identifikasi pasien masih cukup tinggi yang dapat berakibat fatal bagi pelayanan dan pelaporan nilai kritis laboratorium yang belum mencapai target yang diharapkan dapat menghambat tindak lanjut pengobatan dan keselamatan pasien.

## **METODE PENELITIAN**

### **Populasi dan Sample**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, dilakukan pada bulan April sampai dengan Juli 2019, di unit pelayanan rawat inap di rumah sakit X. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat rumah sakit X, Tangerang sebanyak 256 perawat .

Dengan jumlah sampelnya 165 perawat rawat inap. Besarnya sample dihitung berdasarkan ketentuan dari Hair et al, (2010) ; Ruswanti, E (2015) yaitu jumlah sampel = jumlah indikator x 5, karena setiap pertanyaan pada kuisisioner adalah variabel teramati, maka kuisisioner penelitian ini terdapat 30 pernyataan atau pertanyaan. Dapat dikatakan jumlah sampel yang dibutuhkan adalah  $5 \times 30 = 150$  responden, pada penelitian ini ditambahkan 10% untukantisipasi *drop out* sebanyak 165 perawat rumah sakit X, Tangerang akan menjawab kuisisioner. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan angket kuisisioner untuk data primer (Identifikasi Pasien dan Mutu Pelayanan Rumah Sakit) dan untuk data sekunder (Keselamatan Pasien dan Komunikasi Efektif) data diambil dari laporan bulanan bagian mutu rumah sakit X. Skala Likert digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian.

Instrumen penelitian identifikasi pasien dan mutu pelayanan rumah sakit sebelum dibagikan kepada perawat dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Hasil uji validitas dihitung dengan menggunakan *Corrected item Total Correlation* valid dengan nilai  $r > 0,361$ , hasil uji reliabilitas dengan menggunakan uji Cronbach Alpha ( $\alpha$ )  $> 0,6$ , diperoleh hasil bahwa variable identifikasi pasien dan mutu pelayanan rumah sakit semua reliabel. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan model analisis regresi

multinomial logistic dan Analisa regresi linear berganda dengan menggunakan bantuan program aplikasi statistik SPSS for windows versi 23 .

Analisa regresi multinomial logistik digunakan karena variabel Y bersifat kualitatif atau kategorik, dimana nilai rata-rata tidak bisa dihitung sehingga tidak terdistribusi secara normal dan terdistribusi secara multinomial dan analisa regresi linear berganda digunakan karena variabel dependen bersifat rasio atau interval dan variabel independen lebih dari satu.

### Pengukuran Variabel

Variabel Keselamatan pasien diambil dari data sekunder yang ada di rumah sakit, yang diukur dari data insiden bulanan yang terjadi berdasarkan kategori kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian tidak diharapkan (KTD). Variabel identifikasi pasien diambil dari data primer dilakukan dengan menggunakan dua penanda pada saat mengidentifikasi pasien yaitu nama lengkap dan tanggal lahir atau nomor rekam medis, selalu melakukan verifikasi sebelum melakukan tindakan medis/prosedur, baik secara verbal (menanyakan langsung kepada pasien) maupun visual (melihat gelang pasien lalu disamakan dengan nomor *medical record*).

Variabel komunikasi efektif yang berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium diambil dari data sekunder yang ada di rumah sakit yaitu data pada pelaporan bagian mutu tiap bulannya. Diukur ketepatan waktu pelaporan nilai kritis laboratorium sampai terlapor ke DPJP. Nilai kritis laboratorium terlaporkan tepat waktu yaitu 15 menit artinya terlaporkan, nilai kritis lab terlaporkan > dari 15 menit artinya terlambat terlaporkan.

Variabel mutu pelayanan rumah sakit diambil dari data primer dengan empat dimensi, pertama *tangible* dinilai dari ketersediaan ruang rawat inap, alat medis cukup lengkap yang dimiliki rumah sakit, fasilitas kursi roda/ trolli untuk membawa pasien, penampilan dokter dan perawat, alat makan dan minum. Kedua *reability* dinilai dari dokter yang datang tepat waktu, kecekatan perawat dalam tindakan, ketelitian perawat dalam melaporkan setiap

perubahan yang terjadi pada pasien. Ketiga *responsiveness* dinilai dari dokter dan perawat yang cepat tanggap terhadap keluhan pasien, perawat memberikan informasi yang jelas, dokter memberikan waktu untuk pasien bertanya. Keempat *assurance* dinilai dari ketersediaan tenaga dokter spesialis, perilaku dokter, perawat yang terdidik dan mampu melayani pasien. Untuk mendapatkan kecenderungan jawaban responden terhadap masing-masing variabel, maka akan didasarkan pada nilai skor rata-rata (indeks) yang dikategorikan ke dalam rentang skor berdasarkan perhitungan three box method (Ferdinand, 2006)

#### Hipotesis Penelitian

H1 : Terdapat pengaruh identifikasi pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit.

H2 : Terdapat pengaruh komunikasi efektif terhadap mutu pelayanan rumah sakit.

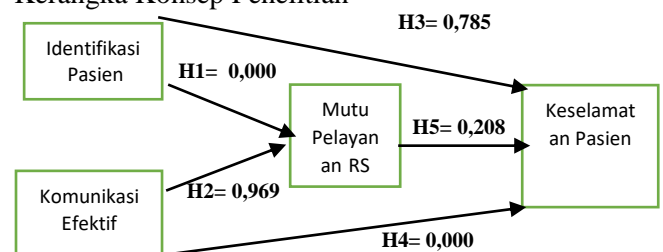
H3 : Terdapat pengaruh identifikasi pasien terhadap keselamatan pasien.

H4 : Terdapat pengaruh komunikasi efektif terhadap keselamatan pasien.

H5 : Terdapat pengaruh mutu pelayanan rumah sakit terhadap keselamatan pasien

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Kerangka Konsep Penelitian



### Hasil

#### 1. Karakteristik Responden

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 165 responden. Responden dengan Jenis kelamin wanita 120 responden (73%) paling banyak dibandingkan pria 45 responden (27%). Karakteristik responden usia muda terdiri dari 100 responden (61%) paling banyak dibandingkan usia dewasa terdiri dari 61 responden (37%). Hasil analisis paling banyak

responden dengan pendidikan terakhir Ners yaitu 84 responden (51%) dibandingkan pendidikan terakhir D3 sebanyak 73 responden (44%).

**Tabel 1**  
**Distribusi Karakteristik Responden**

No	Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase %
1	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	45	27
	Perempuan	120	73
	<b>Jumlah</b>	165	100
2	<b>Usia</b>		
	17 – 25	100	61
	26 – 34	61	37
	35 - 43	4	2
	<b>Jumlah</b>	165	100
3	<b>Pendidikan Terakhir</b>		
	D3	73	44
	S1	8	5
	Ners	84	51
	<b>Jumlah</b>	165	100

Sumber data primer yang diolah data 2019

### I. Identifikasi Pasien

Nilai rata-rata untuk distribusi responden berdasarkan variabel identifikasi pasien di rumah sakit X, Tangerang 2019 adalah 159,5 termasuk dalam kategori tinggi, artinya proses identifikasi pasien yang dinilai berdasarkan prespektif perawat berkategori sangat baik, menunjukkan pemahaman identifikasi pasien sebagai sasaran keselamatan sangat baik. Sebanyak 6,7% perawat belum memahami bahwa tidak boleh menggunakan nomer kamar pasien untuk identifikasi pasien sesuai dengan Joint Commission International, 2015.

### 2. Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Nilai rata – rata distribusi responden berdasarkan variabel mutu pelayanan rumah sakit di rumah sakit X, Tangerang 2019 adalah 141,43 dan termasuk dalam katagori tinggi, artinya secara umum di rumah sakit X, Tangerang sudah melaksanakan mutu pelayanan rumah sakit, menunjukkan bahwa perawat telah mampu dan telah melaksanakan pendidikan dan asuhan keperawatan dengan baik. Namun fasilitas rumah sakit seperti jumlah kursi roda/trolli yang tersedia untuk membawa pasien ke ruang rawat inap masih kurang, dapat dilihat

pada indikator mutu tangible dengan nilai indeks 124,6 dalam kategori tinggi.

## Pembahasan Hipotesis

### 1. Pengaruh identifikasi pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit.

**Tabel 2**  
**Koefisien identifikasi pasien dan komunikasi efektif terhadap mutu pelayanan RS**

Model	Koefisien tidak standar		Koefisien standar	t	sig
	B	Std Error	Beta		
(Constant)	1.317	.489		2.692	.008
IP	.617	.090	.475	6.861	.000
KE	-.005	.125	-.003	-.039	.969

Hasil olah sumber data SPSS 2019

Hasil pengujian dengan analisis data regresi linear berganda, hipotesis pertama yaitu variabel identifikasi pasien berpengaruh secara signifikan terhadap mutu pelayanan rumah sakit X, Tangerang diterima. Identifikasi pasien memiliki pengaruh positif terhadap mutu pelayanan rumah sakit artinya tingginya angka kesalahan karena identifikasi pasien menunjukkan mutu pelayanan rumah sakit yang rendah.

### 2. Pengaruh komunikasi efektif terhadap mutu pelayanan rumah sakit.

Hasil pengujian dengan analisis data regresi linear berganda, hipotesis kedua yaitu variabel komunikasi efektif tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan rumah sakit X, Tangerang. Komunikasi efektif yang berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium berdasarkan data sebanyak 9,6% yang terlambat dilaporkan, mutu pelayanan rumah sakit masih dianggap baik. Rumah sakit harus memiliki alur yang jelas untuk melaporkan nilai kritis laboratorium, yang mencakup waktu dan metode pelaporan, penerima laporan yang bertanggung jawab, untuk rentang nilai yang harus dilaporkan sebagai dokumentasi yang tepat dan kritis.

### 3. Pengaruh identifikasi pasien terhadap keselamatan pasien.

Hasil pengujian dengan analisis data regresi multinomial logistik, hipotesis ketiga yaitu variabel identifikasi pasien berpengaruh secara signifikan terhadap keselamatan pasien

rumah sakit X, Tangerang dapat diterima. Identifikasi pasien berpengaruh mutlak terhadap keselamatan pasien pada kejadian tidak diharapkan (KTD) yaitu setiap pasien yang diobservasi atau dirawat harus memakai gelang pasien dan pada gelang pasien berisikan nama lengkap dan tanggal lahir

#### 4. Pengaruh komunikasi efektif terhadap keselamatan pasien.

**Tabel 3. Uji Parsial**

**Model identifikasi pasien, komunikasi efektif terhadap keselamatan pasien**

Efek	Kriteria pemasangan model	Tes rasio kemungkinan			Ke Hasil olah sumber data SPSS 2019 t
	-2 Log kemungkinan mengurangi model	Chi-Square	df	Sig	
Intercept	39.553 <sup>a</sup>	.000	0	.	
IP	57.918	18.366	24	.785	H2 : Diterima
KE	60.698	21.145	2	.000	H3 : Ditolak

Hasil olah sumber data SPSS 2019

Hasil pengujian dengan analisis data regresi multinomial logistik, hipotesis keempat variabel komunikasi efektif tidak berpengaruh terhadap keselamatan pasien atau hipotesis ditolak, dimana nilai sig < 0,05 : 0,000 < 0,05. Komunikasi efektif yang difokuskan pada pelaporan nilai kritis laboratorium berdasarkan data sekunder terdapat 165 kasus (9,6%) nilai kritis yang terlambat dilaporkan. Nilai kritis yang terlambat dilaporkan dikarenakan saat pelaporan waktu melebihi dari 15 menit untuk sampai ke DPJP. Komunikasi efektif yang difokuskan pada pelaporan nilai kritis laboratorium, tidak memiliki pengaruh terhadap keselamatan pasien, jika tindak lanjut tidak segera dilakukan sesuai instruksi DPJP. Keselamatan Pasien yaitu KTD dapat terjadi apabila nilai kritis yang dilaporkan tidak segera ditindak lanjuti, disebabkan karena sebagian besar pasien rumah sakit X adalah peserta BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), untuk tindak lanjut memerlukan waktu lebih daripada pasien private karena untuk pasien BPJS banyak prosedur yang harus dilalui terkait tindakan (sesuai peraturan rumah sakit dan BPJS). Tindakan yang harus segera dilakukan pada pasien menjadi terhambat dan terlambat dikarenakan masalah jaminan pasien. Pada kondisi seperti ini komunikasi efektif menjadi tidak efektif,

karena walaupun tercapai waktu pelaporan 15 menit tetapi tindakan tidak dapat segera dilakukan. Oleh karena itu dikatakan komunikasi efektif tidak berpengaruh terhadap

	Kriteria pemasangan model	Tes raskemungkinan			Ket
	-2 Log kemungkinan mengurangi model	Chi-Square	df	Sig	
Intercept	74.814 <sup>a</sup>	.000	0	.	
MP	152.00 <sup>6</sup>	77.192	68	.208	H4 : Diterima

keselamatan pasien. Komunikasi efektif berpengaruh terhadap keselamatan pasien pada kejadian tidak cedera (KTC) pada yaitu pada nilai kritis laboratorium yang dilaporkan.

#### 5. Pengaruh mutu pelayanan rumah sakit terhadap keselamatan pasien.

**Tabel 4. Uji Parsial**

**Mutu pelayanan terhadap Keselamatan Pasien**

Hasil olah sumber data SPSS 2019

Hasil pengujian dengan analisis data regresi multinomial logistik, hipotesis kelima variabel mutu pelayanan rumah sakit berpengaruh terhadap keselamatan pasien diterima. Mutu pelayanan rumah sakit berpengaruh terhadap keselamatan pasien pada insiden kejadian tidak diharapkan (KTD) yaitu pada tangible, dimana fasilitas dan peralatan rumah sakit memiliki pengaruh terhadap keselamatan pasien, pada responsiveness, dimana kompetensi dan kesiapan dokter dan perawat dalam melayani pasien akan mempengaruhi keselamatan pasien. Mutu pelayanan rumah sakit memiliki pengaruh positif terhadap keselamatan pasien, jika mutu pelayanan rumah sakit tinggi maka keselamatan pasien akan meningkat.

#### 5. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan yaitu:

- Tidak semua data variable pada penelitian berasal dari data primer, sebagian berasal dari data sekunder yaitu variabel keselamatan pasien (laporan insiden bulanan berupa KTD, KTC, KNC) dan variabel komunikasi efektif (pelaporan nilai kritis laboratorium).

- b. Terdapat hambatan-hambatan dalam pengambilan data primer yaitu waktu yang diberikan peneliti kepada perawat dalam pengisian kuisioner ini terbatas, sehingga responden terburu-buru dalam mengisi kuisioner
- c. Keterbatasan penelitian dalam mengambil data sekunder, yaitu hanya data pada bulan April sampai July 2019.
- d. Komunikasi efektif yang diteliti hanya berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium saja, yang lainnya seperti hand over, read back belum diteliti.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

1. Identifikasi pasien berpengaruh terhadap mutu pelayanan rumah sakit. Artinya tingginya angka kesalahan identifikasi pasien menunjukkan mutu pelayanan yang rendah, begitu juga sebaliknya rendahnya angka kesalahan identifikasi pasien menunjukkan tingginya mutu pelayanan rumah sakit.
2. Komunikasi efektif (yang berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium) tidak berpengaruh terhadap mutu pelayanan rumah sakit. Artinya walaupun ada nilai kritis laboratorium yang terlambat dilaporkan, mutu pelayanan rumah sakit masih dianggap baik.
3. Identifikasi pasien berpengaruh signifikan terhadap keselamatan pasien, proses identifikasi pasien perlu dilakukan dari sejak awal pasien masuk rumah sakit yang kemudian identitas tersebut akan selalu dikonfirmasi dalam segala proses di rumah sakit, seperti saat sebelum memberikan obat, darah atau produk darah.
4. Komunikasi efektif (yang berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium) tidak berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien yaitu KTD dapat terjadi apabila nilai kritis yang dilaporkan tidak segera ditindak lanjuti.
5. Mutu pelayanan rumah sakit berpengaruh terhadap keselamatan pasien, yaitu pada kejadian tidak diharapkan (KTD) pada indikator tangible dan responsiveness dimana mutu pelayanan yang tinggi akan meningkatkan keselamatan pasien, demikian sebaliknya mutu pelayanan yang rendah akan menurunkan keselamatan pasien.

### **Saran**

Dari hasil analisis dan simpulan, peneliti berusaha mengajukan beberapa masukan atau saran :

1. Perawat tidak boleh lagi mengidentifikasi pasien menggunakan lokasi/ nomor kamar pasien karena sewaktu-waktu pasien dapat dipindahkan dari ruangnya.
2. Penting bagi rumah sakit untuk menyediakan kursi roda/ troli yang cukup di UGD/Poli/Ruang rawat inap terutama untuk pasien geriatrik, disabilitas, pasien yang tidak sadar, lemas untuk memudahkan transfer pasien dan mempercepat pelayanan
3. Kehadiran dokter tepat waktu dalam pelayanan di rawat jalan (poli)/ rawat inap (visite)/ emergency unit perlu di monitoring oleh masing-masing penanggung jawab ruangan/ bagian karena berkaitan dengan pemeriksaan, tindakan dan kesembuhan maupun keselamatan pasien. Terlambat berdasarkan SOP rumah sakit X tergantung masing-masing ruangan (rawat jalan jika dokter datang lewat 30 menit dari waktu yang sudah ditentukan, rawat inap jika dokter datang lewat dari 60 menit, emergency unit jika dokter datang lewat dari 5 menit untuk triage I dan 2 dan 30 menit untuk triage 3)
4. Dokter diwajibkan memberikan waktu dan kesempatan bertanya kepada pasien, sehingga dapat terbentuk kerjasama yang baik dan pelayanan lebih maksimal.
5. Perlu sosialisasi kembali mengenai SOP (Standar Operasional Prosedur) mengenai komunikasi efektif yang berfokus pada pelaporan nilai kritis laboratorium.
6. Pada penelitian ini belum semua indikator keselamatan pasien dapat diukur karena keterbatasan data dan waktu, sehingga menjadi pertimbangan bagi peneliti lain untuk melakukannya seperti mengukur beban kerja dan jumlah SDM yang tidak seimbang, pengetahuan dan kesadaran staf terhadap budaya keselamatan pasien, kompetensi SDM, fasilitas yang ada di rumah sakit, stress kerja dan iklim kerja di rumah sakit.
7. Untuk penelitian berikut ada baiknya dilakukan penelitian tentang bagaimana masyarakat lebih mau menjaga kesehatan

sehingga tidak sampai berobat ke rumah sakit.

8. Saran untuk pemerintah agar program promotif dan preventif seperti germas (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) lebih diutamakan, digalakkan daripada program kuratif dan rehabilitatif, yang dapat diimplementasikan lewat rt/ rw atau kader kesehatan. Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku sehat sehari-hari, diharapkan jumlah peserta BPJS yang sakit bisa menurun, sehingga pembiayaan pelayanan kesehatan dapat dialokasikan kepada program promotif dan preventif. Optimalisasi program promotif dan preventif juga merupakan upaya terhadap peningkatan kendali mutu dan kendali biaya serta dilakukan untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS.

## DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ. (n.d.). Mistaken Identity.
- Campbell, C. A., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Horvath, A. R. (2016). Review What Alert Thresholds Should Be Used to Identify Critical Risk Results : A Systematic Review of the Evidence. *Clinical Chemistry*, 1457. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2016.260638>
- Celik, Y., Cengiz, C., & Hikmet, N. (2016). Evaluation of patient wristbands and patient identification process in a training hospital in Turkey. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(8). <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0052>
- Ferdinand, A. (2006). Metode Penelitian Manajemen. Pedoman Penelitian Untuk Skripsi, Tesis dan disertasi Ilmu Manajemen. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Ghahramanian, A., Rezaei, T., Abdullahzadeh, F., Sheikhalipour, Z., & Dianat, I. (2017). Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promotion Perspectives*, 7(3). <https://doi.org/10.15171/hpp.2017.30>
- International, T. J. C. (2015). National Patient Safety Goals Effective January 1 , 2015.
- J.F. Hair, J., Black, W. C., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. L. (2010). SEM: An introduction. *Multivariate data analysis: A global perspective. Multivariate Data Analysis: A Global Perspective.*
- Louise Viece Hoffmeiste, G. M. S. S. de M. (2015). Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(1). <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991). Perceived service quality as a customer-based performance measure: An empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model. *Human Resource Management*, 30(3). <https://doi.org/10.1002/hrm.3930300304>
- Permenkes no.11/2017 Keselamatan Pasien. (n.d.).
- Ruswanti, E. (2012). Pengaruh Service Quality Dan Customer Satisfaction Terhadap Customer Loyalty. *Majalah Ilmiah Widya Nomor 318 Maret 2012, ISSN 0215-2800.*
- Ruswanti, E. (2015). Panduan Penulisan Laporan Ilmiah: Atensi, Kredibilitas Perusahaan, Iklan Dua Sisi Terhadap Niat Beli Jasa Penerbangan Elang Air. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi I. (2018). In Komunikasi efektif.
- Sylva Bártlová, Hana Hajduchová, Iva Brabcová, V. T. (2015). Patient misidentification in nursing care. *Neuro Endocrinology Letters*, 36(January).
- Waleed Al-etreby, Abdulrahman Al-Harthy, Shabir Karim, Mahmoud Al-jabry, Lori Anne Dumlao, Taisy Joy Stephen, Ma Teresita Barraquias, Ahmed Dudin, E. A. (2015). Impact of Improved Critical Lab Results Documentation on Patients ' Safety in International Journal of Health Sciences and Research Impact of

Improved Critical Lab Results  
Documentation on Patients ' S afety in  
ICU , A Prospective Study.  
International Journal of Health  
Sciences and Research, (October).