

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 menyatakan bahwa penyempurnaan sistem perizinan dan klasifikasi rumah sakit dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit perlu dilakukan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 56 tahun 2014 menetapkan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kemenkes, 2014).

Pelayanan kesehatan pada dasarnya untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 tahun 2011 yang telah disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan di fasilitas pelayanan kesehatan. Undang-undang di atas disempurnakan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017 menyatakan bahwa terciptanya budaya keselamatan pasien, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit, menurunnya angka kejadian yang tidak diharapkan (KTD) serta terlaksananya program-program pencegahan dan penanggulangan kejadian yang tidak diharapkan (Permenkes RI No.11, 2017). Menteri kesehatan RI nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) di rumah sakit menetapkan bahwasanya

dalam jenis pelayanan rawat inap tidak boleh ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian yakni dengan capaian 100% yang merupakan salah satu indikator keselamatan pasien.

Keselamatan pasien merupakan salah satu komponen kritis dari manajemen mutu pelayanan rumah sakit. Selanjutnya dapat memberikan kontribusi dalam peningkatan mutu diantaranya penerapan alat ukur, peran dan kerja sama tim dan para ahli (Vincent, 2010). *Joint Commision International (JCI) (2017)* menyatakan bahwa keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan prinsip dasar pelayanan kesehatan yang merupakan hak setiap pasien dalam menerima pelayanan kesehatan. *World Health Organization (WHO Collaborating Center for Patient Safety* bekerjasama dengan JCI (badan akreditasi rumah sakit Amerika Serikat). Pada tahun 2005, JCI dan WHO telah mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien dan mencari solusi berupa sistem rencana tindakan keselamatan pasien(The Joint Commission, 2017).

Sasaran keselamatan pasien sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017 pasal 5 ayat (5) meliputi : (1) mengidentifikasi pasien dengan benar, (2) meningkatkan komunikasi efektif, (3) meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, (4) lokasi, prosedur dan pasien pembedahan dengan benar, (5) mengurangi risiko infeksi akibat perawatan dan mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh (Karaci,

Arikan, Yüksel, & Özkaya, 2017). Sasaran di atas sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit *joint commission international (JCI)* edisi keenam (2017), sasaran Internasional keselamatan pasien (*International Patient Safety Goals*) IPSG.

Keselamatan pasien menjadi isu penting di rumah sakit terkait dengan masih adanya kasus *medication error* yang terjadi diberbagai negara. Penelitian di rumah sakit di Utah, Colorado New York ditemukan kejadian tidak diharapkan (KTD) sebesar 2,9% dan 6,6% dan diantaranya meninggal, sedangkan di New York ditemukan 3,7% KTD dan 13,6% meninggal (Vincent, 2010).

JCI dan WHO (2007) melaporkan bahwasanya kejadian yang berkaitan dengan keselamatan pasien terdapat 70% kejadian *medication error* yaitu sebanyak 25.000-30.000 dengan kecacatan permanen pada pasien di Australia , 11% nya disebabkan oleh kegagalan dalam komunikasi. Menurut WHO (2017) secara global *cost* yang dikeluarkan akibat *medication error* diperkirakan sebanyak 42 miliar US\$ setiap tahunnya, hampir 1% dari pengeluaran diperuntukan untuk kesehatan. Isu-isu yang menggambarkan prevalensi *medication error* dibelahan dunia, seperti di *United Kingdom* ditemukan bahwa 12% dan Swedia ditemukan sebesar 42%. Di negara Arab Saudi melaporkan bahwa terjadi kurang dari seperlima terjadi terjadi kesalahan namun hanya sebagian kecil yang dianggap serius sedangkan di

Meksiko ditemukan sebanyak 58%. Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa *medication error* adalah masalah global.

Menurut WHO (2016) penyebab yang berhubungan dengan *medication errors* salah satunya adalah tidak bagusnya komunikasi antara tenaga kesehatan profesional dan pasien. Hal ini berdampak pada keselamatan pasien di rumah sakit. JCI 2012 menyatakan bahwa 80% *medication errors* berhubungan dengan *miscommunication* antara pelayan kesehatan (Nguyen, 2016). *Miscommunication* dalam pelayan bisa dicegah sesuai dengansasaran keselamatan *International Patient Safety Goals* yang kedua yakni meningkatkan komunikasi efektif. JCI 2012 merekomendasikan bahwa untuk menekan angka *medication errors* adalah standar komunikasi SBAR untuk meningkatkan efektifitas komunikasi yang bisa digunakan saat *handoff* timbang terima (Nguyen, 2016). Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan suatu proses untuk meningkatkan efektifitas komunikasi lisan dan telepon diantara para pemberi pelayanan (proses serah terima untuk hasil kritis dari pemeriksaan diagnostik, komunikasi untuk serah terima) (JCI, 2017).

Penelitian Rachmah (2018) didapatkan hasil bahwa komunikasi SBAR dalam *handover*/ timbang terima memiliki hubungan yang signifikan dengan keselamatan pasien ($p\ value = 0.001$). Hasil penelitian lain oleh Aebersold, Tschannen and sculli (2013) yang dilakukan pada mahasiswa keperawatan

juga mengungkapkan bahwa setelah mahasiswa keperawatan diberikan pengajaran selama 14 minggu dengan *meroleplaykan* teknik komunikasi SBAR dan dipraktikan didapatkan hasilnya adalah tidak ada kesalahan dalam melaporkan hasil dan membuat komunikasi tersebut lebih efektif.

Komunikasi efektif menggunakan teknik SBAR merupakan kerangka teknik komunikasi yang disediakan untuk berkomunikasi antar petugas kesehatan dalam menyampaikan kondisi pasien (Permanente, 2011). SBAR merupakan kerangka yang mudah diingat, mekanisme nyata digunakan untuk menyampaikan kondisi pasien yang kritis atau perlu perhatian dan tindakan segera. Kasus - kasus sentinel di rumah sakit sering terjadi karena komunikasi efektif tidak diterapkan dengan baik. Komunikasi efektif merupakan kunci bagi perawat untuk mencapai keselamatan pasien berdasarkan standar keselamatan pasien (Hilda, 2017). Kesalahan komunikasi menjadi tiga penyebab utama *centimental event* sejak 2004 (Stewart, 2017).

Komunikasi dengan ketidaklengkapan informasi yang terjadi pada proses serah terima pasien dan akan berakhir dengan kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Latar belakang suara, interupsi dan gangguan lain yang berasal dari aktifitas unit dapat menghambat proses komunikasi mengenai informasi pasien yang penting. Standarisasi yang mencakup hal-hal penting dalam komunikasi antara pasien, keluarga, penjaga pasien dan praktisi kesehatan akan menciptakan perbaikan yang signifikan dalam luaran yang berkaitan

dengan proses serah terima dalam pelayanan pasien (*Joint Commission International, 2017*).

Komunikasi SBAR digunakan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan menurunkan laporan insiden kesalahan komunikasi (Randmaa, Mårtensson, Swenne, & Engström, 2014). Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit membutuhkan komunikasi yang sederhana, jelas serta lengkap agar terjalin kerja sama yang baik. Namun berbeda pada kenyataannya komunikasi menjadi masalah, masalah komunikasi dan kolaborasi menjadi masalah yang paling dasar dalam pelayanan kesehatan. Komunikasi SBAR menjadi alat komunikasi yang dapat membuat komunikasi lebih efektif dan konsisten dan telah diperkenalkan dipelayanan kesehatan. Komunikasi SBAR membuat proses bertukar informasi menjadi akurat, komunikasi SBAR adalah komunikasi yang digunakan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Informasi yang disampaikan menggunakan komunikasi SBAR menjadi singkat dan ringkas dan terstruktur serta mencegah kegagalan komunikasi terjadi.

Komunikasi menggunakan SBAR merupakan sebuah mekanisme yang mudah diingat untuk digunakan sebagai kerangka dalam percakapan, terutama yang kritis, yang membutuhkan tindakan dokter segera (Parry, 2012). Menggunakan SBAR memungkinkan untuk menjelaskan informasi apa dan bagaimana yang seharusnya disampaikan kepada tim. Ini juga bisa

digunakan untuk membantu mengembangkan *teamwork* dan memelihara budaya keselamatan pasien. WHO 2016 menyampaikan bahwa salah satu faktor yang terkait dengan penyebab *medication errors* yaitu *misscommunication* antara tenaga kesehatan profesional dan pasien.

Tugas tenaga kesehatan profesional adalah memberikan asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin staf klinis lain. Proses perencanaan bersifat kolaboratif menggunakan data berasal dari asesmen awal dan asesmen ulang yang dilakukan oleh dokter (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan DPJP) dan PPA lainnya (perawat, ahli gizi, apoteker dan sebagainya.) untuk mengetahui dan menetapkan prioritas tindakan, prosedur, dan asuhan PPA lainnya untuk memenuhi kebutuhan pasien (KARS, 2017).

Komunikasi merupakan kunci bagi profesional pemberi asuhan/ PPA untuk mencapai keselamatan pasien. SBAR adalah sebuah alat komunikasi yang bisa digunakan untuk meningkatkan pelaporan perawat selama pergantian *shift* (Cornell *et al*, 2014). Mereka melakukan sebuah studi observasi tentang *Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding* menggunakan interview, survei dan observasi langsung ke pasien di Bangsal *medical-surgical* ditemukan hasil yang signifikan saat pelaporan pergantian *shift* perawat dengan menggunakan komunikasi SBAR ($p < 0.05$).

Sebuah penelitian di Amerika Serikat, Canada, Australia, Inggris, Belgia dan Belanda). Hasilnya menunjukkan bahwasanya dengan menggunakan SBAR kerjasama antara perawat-dokter di Bangsal bedah suatu rumah sakit ditemukan bahwa adanya perbaikan komunikasi dan budaya keselamatan pasien. Kepatuhan dalam komunikasi menggunakan teknik SBAR masih rendah setelah 1 tahun pelaksanaan. Sebanyak 60% perawat menggunakan komunikasi SBAR saat komunikasi via telepon untuk merujuk pasien. Disisi lain komunikasi SBAR juga telah menurunkan angka kematian yang tidak terduga, menurunkan angka kesalahan dalam memasukan data dan perbaikan dalam pelaporan setelah pelaksanaan SBAR (Randmaa et al., 2014).

Peneliti Hanneke Merten, Sanne Lubberding, Inge van Wagtenonk, PaulC Johannesma, Cordula Wagner (2011). Metode penelitian *Randomised controlled trial* yang terdiri dari tiga intervensi. Hasil penelitiannya adalah menggunakan alat komunikasi SBAR dapat meningkatkan kualitas dan kelengkapan transfer informasi dan kepuasan pasien (yang mengalami patah tulang pinggul), sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien.

Peneliti Susan M. Renz, Marie P. Boltz, Laura M. Wagner, Elizabeth A. Capezuti, Thomas E. Lawrence. Metode : *QuasiExperimental*. Hasil penelitian Komunikasi yang tidak efektif antara perawat dengan dokter di panti jompo/ panti sosial dapat merugikan dan mempengaruhi perawatan serta lingkungan kerja yang tidak baik antara perawat dan dokter. Menggunakan

langkah-langkah protokol dan pelatihan pengaruh SBAR (*Situasi/situational*; LatarBelakang perubahan/ *background*; Penilaian atau penampilan/ *assessment*; dan Permintaan tindakan/ *recomendation*) komunikasi perawat dengan dokter dapat mengatur informasi dan memberikan isyarat tentang apa yang harus dikomunikasikan dengan dokter. Kepuasan dokter terhadap penggunaan komunikasi SBAR karena dapat mengatasi masalah dokumentasi yang lengkap dan kendala waktu.

Peneliti Matthew C. Tews, DO, J. Marc Liu, Robert Treat Metode penelitian *A educational study*. Hasil penelitian Pelatihan komunikasi SBAR diterima untuk tahun pertama, dengan perbaikan di kedua kemampuan untuk menerapkan SBAR untuk presentasi kasus simulasi dan retensi pada sesi tindak lanjut. Format komunikasi SBAR ini layak digunakan sebagai pelatihan metode dan diterima dengan baik oleh dokter. Penelitian selanjutnya akan berguna dalam memeriksa penerapan umum model SBAR untuk komunikasi di lingkungan klinis dan pelatihan program residensi.

Jurnal pada penelitian di atas menunjukkan bahwa komunikasi SBAR dapat meningkatkan keselamatan pasien. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Lawton dan kawan-kawan ada 20 faktor yang berkontribusi (Lawton et al., 2012) setelah diidentifikasi ada 5 faktor yang paling sering mengakibatkan kegagalan yaitu : kegagalan aktif/ kegagalan dalam kinerja atau perilaku (slip, penyimpangan, kesalahan, penyimpangan terhadap kebijakan, pelanggaran)

18,2 %. Faktor individu (karakteristik seseorang yang mengantarkan atau berkontribusi dalam kegagalan aktif seperti kurang pengalaman, stress, kelelahan, personaliti dan etitut (11%). Sistem komunikasi (efektifitas proses untuk bertukar atau berbagi informasi antara staf, pasien, kelompok, bangsal dalam pelayanan (7,9%). Ketersediaan peralatan (ketersediaan, fungsi dan pasokan) (6,6%) dan manajemen dan level staff (5,5%) (Lawton et al., 2012). Menurut WHO (2016) hal-hal yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien adalah : *profesional burnout*, kelelahan dan stress.

Sesuai dengan sasaran keselamatan pasien yang kedua, menurut Tutiany (2017) bahwasanya komunikasi SBAR dilakukan saat serah terima pasien (antar shift keperawatan, perpindahan pasien antar unit kerja). Saat petugas melaporkan kondisi pasien kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Melaporkan : kondisi pasien yang kritis, pemeriksaan penunjang dengan hasil nilai kritis, kondisi pasien yang mendapat pengobatan dan memerlukan pengawasan khusus, kondisi pasien yang memerlukan monitoring ketat.

Sebuah hasil penelitian Istanti (2015) menunjukkan bahwa metode komunikasi efektif dengan komunikasi SBAR bisa membantu perawat, dokter maupun petugas kesehatan lain. Komunikasi ini terstruktur dan hemat waktu sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien, metode pelatihan komunikasi SBAR merupakan komunikasi dengan menggunakan alat yang logis untuk mengatur informasi sehingga dapat ditransfer kepada orang lain secara akurat dan efisien, sehingga dapat diaplikasi dan dapat diterapkan disetiap rumah sakit.

Menurut Nursalam (2015) pada saat timbang terima antar perawat dibutuhkan suatu komunikasi yang jelas tentang kebutuhan pasien, intervensi yang sudah ada dan yang belum dilaksanakan, serta respon dari pasien. Perawat melakukan timbang terima bersama dengan perawat lain dengan cara berkeliling ke setiap pasien dan menyampaikan kondisi pasien secara akurat di dekat pasien. Cara ini lebih efektif dari pada harus menghabiskan waktu hanya sekedar membaca dokumentasi yang telah dibuat selain itu juga membantu perawat dalam timbang terima secara riil.

Penelitian dengan menggunakan studi kasus yang dilakukan oleh peneliti Chaboyer W, Mc Murray A, Wallis Myang dilakukan di enam bangsal pada dua rumah sakit dilakukan untuk menggambarkan berbagai struktur, proses dan persepsi saat *bedsidehandovers* dalam keperawatan. Total rinciannya sebanyak 532 *bedsidehandovers* diobservasi dan 34 *interviews* yang dilakukan pada perawat. Elemen yang penting terkait kepada staf, pasien, lembaran *handovers* dan adanya *chart* di sisi tempat tidur, selama proses, sebelum dan setelah *handovers* dilaksanakan. Pendekatan yang digunakan *situation, background, assessment and recommendations*(SBAR) hasil yang didapat termasuk dalam kategori meningkatkan akurasi dan penyedia layanan dan mempromosikan *patient centredcare*. Meskipun berpindah ke *bedside handovers* tidak normal, hal ini mencerminkan pendekatan dengan *patient centred*.

Penelitian yang dilakukan oleh Street, Eustace, Livingston, Craike, Kent and Patterson (2011) hasilnya adalah komunikasi efektif sangat penting, jika *handovers* tidak efektif berakibat pada informasi yang tidak lengkap serta bahaya pada pasien dan staff. Peningkatan komunikasi dengan menggunakan struktur teknik komunikasi, termasuk laporan *handovers* menggunakan *Situation-background-Assessment-Recommendations* (SBAR) sebagai kerangka yang bisa membantu dalam pertukaran informasi dan promosi keselamatan pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Agarwal, Saville, Slayton, Donahue, Daves, Christian, Bichell, Harris (2012) yang hasilnya alat standar *handover* adalah penurunan kesalahan informasi pasien peningkatan kualitas informasi selama transfer pasien pasca operasi.

RSUP Dr. M. Djamil Padang memiliki 800 tempat tidur, BOR (*bed Occupation Rate*) 42.8% (Januari), 63.0% (Februari). Status akreditasi RSUP Dr.M. Djamil Padang adalah rumah sakit paripurna, akreditasi RS A dengan nomor sertifikat 8/1/IO/KES/PMDN/ 2016. Jumlah perawat pada tahun 2016 sebanyak 796 orang (PNS 630 dan Non PNS 166) dan 2017 sebanyak 871 orang (9.4%) . Jumlah tenaga keperawatan sebanyak 61% dari jumlah total pegawai. Berdasarkan laporan bidang keperawatan RSUP Dr. M. Djamil. Padang sebanyak 70 % berlatar belakang pendidikan D3.

Realisasi program kerja bidang pelayanan keperawatan di RSUP Dr. M. Djamil. Padang tahun (2016) bahwasanya program optimalisasi pelayanan keperawatan sesuai standar akreditasi RS dan JCI untuk indikator kinerja kepuasan pelanggan terhadap pelayanan keperawatan 86,46 % (target $\geq 90\%$), pencapaian indikator mutu pelayanan keperawatan 79 % (target 100%), pengelolaan pelayanan keperawatan menurut akreditasi KARS dan JCI 86.6% (target $\geq 90\%$), pencapaian *monev* pelaksanaan kegiatan bidang keperawatan 91.6% (target $\geq 95\%$), pencapaian indek kinerja individu keperawatan melalui evaluasi uraian tugas 95.69 % (target $\geq 95.69\%$), pencapaian standar pelayanan minimal (SPM) 75 % (target 100%). Pencapaian rasio perawat ahli dan terampil 64.1 % dan ketenagaan sesuai standar 76 % (target $\geq 80\%$), pencapaian fasilitas keperawatan yang *safety* 90 % (target 100%). Angka kejadian tidak diharapkan (KTD) 0,003% (SPM 0 %), kepuasan pasien 86.46% (SPM 90%).

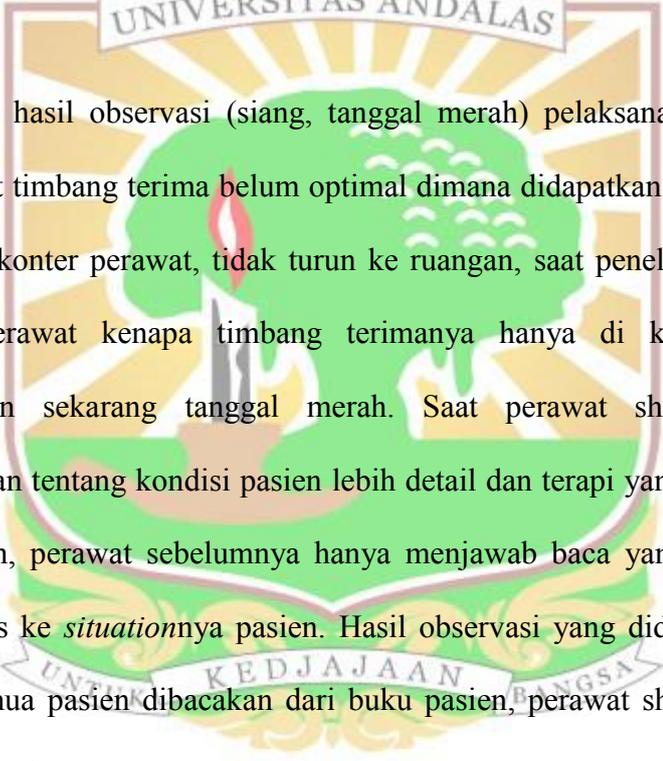
Menurut laporan Bidang keperawatan RSUP Dr. M. Djamil Padang, kelemahan rumah sakit ini adalah: rencana strategi belum terlaksana dengan baik, bimbingan dan pembinaan belum optimal, belum terlaksananya *reward* dan *punishment* secara efektif, kemampuan SDM menggunakan teknologi masih rendah, jumlah tenaga keperawatan masih kurang dibandingkan standar yang sudah ditetapkan dan meningkatnya tugas tambahan. Ancaman pada rumah sakit ini adalah menurunnya kepedulian dan tanggung jawab serta tanggung gugat tenaga keperawatan terhadap peran dan fungsinya, kurangnya

kesadaran/ pengetahuan tenaga keperawatan dalam penerapan SAK, SPO/ protap untuk meningkatkan mutu pelayanan. Faktor penghambat pada rumah sakit ini adalah belum optimalnya bidang pelayanan keperawatan dalam menerapkan rencana kerja yang telah disusun, tenaga keperawatan yang belum sesuai dengan standar kebutuhan baik kualitas dan kuantitas.

Menurut salah seorang ketua tim mengatakan bahwa kalau overan tidak dilakukan dengan komunikasi yang efektif (baik) maka kita perawat tidak akan mengenali pasien bagaimana kondisi terkini, program pengobatan, riwayat, tindakan yang telah dilakukan dan yang belum dilakukan terkait program pasien. Menurut katim tersebut adalah kita harus mengetahui kondisi pasien minimal secara umum. Disisi lain terkadang anggota yang akan overan tidak lengkap sehingga harus perpanjangan tangan dari tim sebelumnya.

Survei pendahuluan pada saat timbangan terima (*handover*) bahwasanya menurut salah seorang Karu, mengatakan bahwa kami di ruangan telah menggunakan komunikasi SBAR sebelum ada imbauan saat akreditasi KARS 2012/ 2015 lalu setelah ada imbauan itu kami di ruangan tidak merasa keberatan karena kami sebelumnya telah menggunakan sistematis seperti itu. Hasil observasi yang dilakukan didapatkan bahwa perawat menyebutkan: nama, umur, diagnosis, penerimaan awal, riwayatnya, riwayat tadi malam, keadaan terkini haemodinamik pasien dijelaskan, terapi yang dijalani dan kemudian rencana tindak lanjutnya (RTL).

Menurut keluarga pasien yang dirawat inap RSUP Dr. M. Djamil Padang bahwa saat perawat gantian jaga mereka pergi ke kamar ibu saya ramai pada siang dan pagi hari dan menyebutkan nama perawat selanjutnya mereka melihat dan menyampaikan kondisi ibu saya kalau pada saat pergantian dinas pagi terkadang tidur ibu saya semalam juga ditanyakan dan sebelum mereka meninggalkan ruangan perawat pamit kepada kami.



Salah satu hasil observasi (siang, tanggal merah) pelaksanaan komunikasi SBAR saat timbang terima belum optimal dimana didapatkan bahwa perawat overan di konter perawat, tidak turun ke ruangan, saat peneliti menanyakan kepada perawat kenapa timbang terimanya hanya di konter, perawat menyatakan sekarang tanggal merah. Saat perawat shift selanjutnya menanyakan tentang kondisi pasien lebih detail dan terapi yang didapat salah satu pasien, perawat sebelumnya hanya menjawab baca yang di buku dan lebih fokus ke *situationnya* pasien. Hasil observasi yang didapatkan bahwa belum semua pasien dibacakan dari buku pasien, perawat shift sebelumnya pergi (pulang).

Hasil observasi lainnya pada shift tertentu (malam) pelaksanaan komunikasi SBAR saat timbang terima belum optimal dimana jam bergantian sudah tiba tapi perawat selanjutnya belum datang dan ada yang masih sibuk dengan

urusan pribadinya (menelpon) dan akhirnya timbang terima tidak dilaksanakan.

Hasil observasi (pagi) pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima sudah baik dimana perawat pertama perawat berkumpul di konter perawat, disini disampaikan kondisi pasien bagaimana situasi pasien saat ini (disebutkan nama, umur, hari rawatan keberapa harinya, diagnosis medis. Perawat menyebutkan riwayat pasien dan selanjutnya menyampaikan *assesment* dimana disampaikan pengkajiannya dan dilanjutkan intervensi apa saja yang akan diberikan dan mana yang diganti mana yang di stop. Kegiatan beranjut ke ruang pasien, di ruang pasien perawat menjelaskan bahwa sat ini mereka sedang pergantian dinas dan menyampaikan siapa perawat selanjutnya, perawat mencek kondisi pasien, nama, diagnosis medis, riwayat pasien, pengkajian dan intervensi yang akan di terima pasien.

Penelitian terkait komunikasi SBAR saat timbang terima di RSUP Dr. M. Djamil Padang oleh Rikandi (2014) dengan hasil adalah terdapat peningkatan pengetahuan dan penerapan teknik komunikasi SBAR pada saat timbang terima sebelum dan sesudah pelatihan secara signifikan ($p < 0,05$). Penelitian lain terkait juga dilakukan oleh Safitri, (2012) di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang melihat pengaruh teknik komunikasi SBAR terhadap motivasi dan kepuasan perawat dalam melakukan operan didapatkan hasil adanya perbedaan bermakna motivasi sebelum dan setelah diberi pelatihan

dengan nilai ($p 0,046 < \alpha 0,05$) dan adanya perbedaan bermakna kepuasan perawat sebelum dan setelah diberi pelatihan dengan nilai ($p 0,014 < \alpha 0,05$).

Penelitian lain yang dilakukan Faluzi (2017) analisis penerapan upaya pencapaian standar sasaran keselamatan pasien bagi profesi pemberi asuhan dalam peningkatan mutu pelayanan, terkait peningkatan komunikasi efektif adalah metode SBAR implementasinya belum optimal dimana masih adanya staf/ PPA yang konsisten dalam pelaksanaan komunikasi SBAR yakni 84% (standar 100%), adanya pelaksanaan komunikasi efektif pada saat timbang terima yaitu 70% (standar 100%) dan bukti pelaksanaan SPO komunikasi efektif tersebut untuk penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis baru 58% (standar 100%).

Berdasarkan uraian di atas perlu digali lagi bagaimana perawat melakukan komunikasi SBAR, maka peneliti ingin mengetahui “pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima (*handover*) di bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang”

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah pada penelitian ini, bagaimanakah pelaksanaankomunikasi SBARpada saat timbang terima (*handover*) di bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang2019.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum untuk mengeksplorasi pengalaman perawat melaksanakan komunikasi SBAR pada saat timbang terima (*handover*)di bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima di bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Mengeksplorasi hambatan dalam pelaksanaankomunikasi SBAR pada saat timbang terimadi bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Mengeksplorasi manfaatpelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima di bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Mengeksplorasi harapan perawat dalam pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terimadi bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang.



- e. Mengeksplorasi faktor pendukung perawat dalam pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima di bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang
- f. Mengeksplorasi waktu pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima di bangsal Bedah dan Interne RSUP Dr. M. Djamil Padang

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Aspek Aplikatif

Pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima (*handover*) di RSUP Dr. M. Djamil Padang 2019 diharapkan menjadi bahan pertimbangan dan dasar untuk penyusunan program untuk meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit.

2. Manfaat Keilmuan

Manfaat keilmuan dari hasil penelitian ini agar dapat menjadi bahan masukan untuk menambah ilmu pengetahuan tentang komunikasi efektif (SBAR) dalam timbang terima/*overan/ handover*.

3. Pengembangan Metodologi

Rancangan penelitingan ini dengan pendekatan fenomenologi hasil penelitian semoga bisa menjadi data dasar untuk pengembangan penelitian selanjutnya dalam bentuk pendekatan lainnya.