HUBUNGAN METODE KOMUNIKASI SBAR (*SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION*) DENGAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA

SKRIPSI

EMMY PUTRI WAHYUNI
NIM. P07220214014

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2018

HUBUNGAN METODE KOMUNIKASI SBAR (*SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION*) DENGAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Sarjana Terapan Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh:

EMMY PUTRI WAHYUNI
NIM. P07220214014

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
PROGRAM STUDI D-IV KEPERAWATAN
SAMARINDA
2018

ABSTRAK

HUBUNGAN METODE KOMUNIKASI SBAR (*SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION*) DENGAN PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RSUD A. W. SJAHRANIE SAMARINDA

Emmy Putri Wahyuni [1)], Hilda [2)], Rizky Setiadi [2)]

[1)] *Mahasiswa Prodi Sarjana Terapan Keperawatan, Poltekkes Kaltim*

[2)] *Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim*

Pendahuluan : Metode komunikasi SBAR merupakan komunikasi efektif yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Penggunaan metode komunikasi SBAR di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda belum sepenuhnya maksimal dan membudaya.Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan metode komunikasi SBAR dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

Metode : Jenis penelitian *kuantitatif* dengan studi analitik dan desain *cross sectional*.Populasi berjumlah 452 orang yang tersebar dari 14 unit pelayanan.Sampel sebanyak 77 orang menggunakan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan untuk komunikasi SBAR berupa SOP milik badan PPSDMK Kemenkes RI dan kuesioner baku budaya keselamatan pasien yang dikeluarkan oleh AHRQ. Data observasi SBAR diambil pada saat perawat melakukan proses *handover* antar *shift*, dan dilanjutkan pengisian kuesioner. Kemudian data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan uji *Chi Square*.

Hasil : Didapatkan nilai dari variabel *situation* p=0,001, variabel *background* p=0,003, variabel *assessment* p=0,006, dan variabel *recommendation* p=0,001. Hasil p *value* < 0,05 (Sig. 95%) maka Ho ditolak sehingga Ha diterima, sehingga ada hubungan antara metode komunikasi SBAR dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

Kesimpulan : Ada hubungan antara metode komunikasi SBAR dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Disarankan untuk pihak Rumah Sakit terus meningkatkan penerapan metode komunikasi SBAR dan budaya keselamatan pasien yang belum maksimal.

Kata kunci : Komunikasi, efektif, SBAR, budaya keselamatan pasien

ABSTRACT

THE RELATION BETWEEN SBAR (*SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION*) COMMUNICATION METHODS WITH PATIENTS' SAFETY CULTURE APPLICATION IN A.W. SJAHRANIE HOSPITAL SAMARINDA

Emmy Putri Wahyuni [1)], Hilda [2)], Rizky Setiadi [2)]
[1]Applied Nursing Student, Health Polytechnics East Borneo
[2]Nursing Studies, Health Polytechnics East Borneo

Preface: SBAR communication method is an effective communication which aims to improve patients' safety. The use of SBAR communication methods is not fully optimized and accustomed. For these reasons, this research is aimed to find out the relation between the SBAR communication methods with the patients' safety culture application.

Methods: The type of this research is *quantitative* with analytic study and *cross sectional* design. The total population of this research is 452 people that spread to 14 service units. Sample of 77 people used a *purposive sampling* technique. Instruments that used are SOP from PPSDMK of Indonesian Health Departments and AHRQ issued patients' safety culture questionnaires. SBAR observation data was taken during the process of *shifts handover* between nurses, and continued with answering questionnaires. The data are then analyzed using univariate and bivariate analysis with *Chi Square* test.

Result: From the tests are obtained that the score from *situation* variable of p=0,001, *background* variable of p=0,003 and *assessment* variable of p=0,006, and *recommendation* variable of p=0,001. The result of p value < 0,05 (Sig. 95%) therefore Ho is rejected and Ha is accepted with the result that there is a relation between SBAR communication methods with patients' safety culture application.

Conclusion: There is a relation between SBAR communication methods with patients' safety culture application. It is highly suggested for Hospital to improve the application of SBAR communication methods and patients' safety culture that is not yet fully optimized.

Keywords: Communication, effective, SBAR, patients' safety culture

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi berjudul "Hubungan Metode Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment,* dan *Recommendation*) dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda".

Penulis menyadari bahwa skripsi ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Drs. H. Lamri, M. Kes. selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim
2. Ismansyah, S. Kp., M. Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan
3. Ns. Parellangi, S. Kep., M. Kep., MH. Kes. selaku Ketua Program Studi D-IV Keperawatan
4. H. Supriadi B., S. Kp., M. Kep. selaku Ketua Penguji
5. dr. Hilda, M. Kes. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Pembimbing Akademik
6. Ns. Rizky Setiadi, S. Kep., M. KM. selaku Dosen Pembimbing Pendamping
7. dr. Rachim Dinata, Sp. S. selaku Direktur RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
8. Dra. Hj. A. H. Yone May, M. Si. selaku Kepala Bidang Diklit & Mutu beserta staf RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
9. Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

10. Kepala Ruangan beserta Perawat Ruang Flamboyan, Seruni, Dahlia, Angsoka, Melati, Anggrek, Cempaka, Aster, Edelweis, ICU, ICCU, PICU/NICU, Unit Stroke, dan IGD RSUD A. W. Sjahranie Samarinda yang sudah berpartisipasi dalam penelitian
11. Enumerator yang sudah membantu selama jalannya penelitian
12. Ayahanda Wahyudin dan Ibunda Lasemi, serta keluarga yang senantiasa mendukung segala prosesnya
13. Alumni dan teman-teman Prodi D-IV Keperawatan terutama tingkat IVyang senantiasa memberikan masukan dan motivasi
14. Semua pihak yang mendukung dan namanya tidak bisa disebutkan satu-satu.

Akhir kata, saya berharap Allah SWTberkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.Semoga proposal penelitian ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Samarinda, Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ii
PERNYATAAN KEASLIAN iii
LEMBAR PERSETUJUAN iv
LEMBAR PENGESAHAN v
ABSTRAK vi
ABSTRACT vii
KATA PENGANTAR viii
DAFTAR ISI x
DAFTAR GAMBAR xii
DAFTAR TABEL xiii
DAFTAR BAGAN xiv
DAFTAR LAMPIRAN xv
BAB IPENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 4
C. Tujuan 5
D. Manfaat Penelitian 5
E. Keaslian Penelitian 7
BAB IITINJAUAN PUSTAKA
A. Telaah Pustaka 11
1.Tinjauan Umum tentang Budaya Keselamatan Pasien 11
2.Tinjauan Umum tentang Komunikasi Efektif 21
B. Kerangka Teori 28
C. Kerangka Konsep 29
D. Hipotesis 29
BAB IIIMETODE PENELITIAN
A. Jenis dan Desain Penelitian 30
B. Populasi dan Sampel 30
C. Waktu dan Tempat Penelitian 34

D. Definisi Operasional 34
E. Instrument Penelitian 36
F. Uji Validitas dan Reliabilitas 39
G. Teknik Pengumpulan Data 42
H. Analisis Data 44
I. Etika Penelitian 46
J. Alur Penelitian 48
BAB IVHASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian 49
B. Hasil Penelitian 50
1.Analisa Univariat 50
2.Analisa Bivariat 54
C. Pembahasan 58
1.Hasil Analisa Univariat 58
2.Hasil Analisa Bivariat 69
BAB VPENUTUP
A. Kesimpulan 74
B. Saran 75
DAFTAR PUSTAKA 77
LAMPIRAN 80

DAFTAR GAMBAR

Gambar			Halaman
Gambar2.1	:	Budaya *Patient Safety* Rumah Sakit……..	18

DAFTAR TABEL

Tabel			Halaman
Tabel1.1	:	Keaslian Penelitian.....	7
Tabel2.1	:	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dan Definisinya.....	19
Tabel 2.2	:	Tingkat Kematangan Budaya Keselamatan Pasien.....	20
Tabel 3.1	:	Jumlah Perawat Ruang Rawat Inap RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2017.....	31
Tabel 3.2	:	Jumlah Sampel Minimal.....	33
Tabel 3.3	:	Jumlah Sampel Setiap Ruangan.....	34
Tabel 3.4	:	Definisi Operasional.....	34
Tabel 3.5	:	Komponen Pertanyaan Metode Komunikasi SBAR.....	37
Tabel 3.6	:	Komponen Pertanyaan Budaya Keselamatan Pasien.....	38
Tabel 3.7	:	Nilai *Alpha Cronbach* pada 12 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) oleh AHRQ.....	41
Tabel 4.1	:	Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	50
Tabel 4.2	:	Karakteristik Responden berdasarkan Umur Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	50
Tabel 4.3	:	Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	51
Tabel 4.4	:	Karakteristik Responden berdasarkan Lama Kerja Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Tahun 2018.....	51
Tabel 4.5	:	Distribusi Responden berdasarakan Penerapan Metode Komunikasi SBAR saat Proses *Handover* antar Perawat RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2018.....	52
Tabel 4.6	:	Distribusi Responden berdasarakan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Perawat RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2018.....	53
Tabel 4.7	:	Hubungan Metode Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommencation*) dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2018.....	54

DAFTAR BAGAN

Bagan			Halaman
Bagan2.1	:	Skema Timbang Terima……	27
Bagan2.2	:	Kerangka Teori……..	28
Bagan 2.3	:	Kerangka Konsep……..	29
Bagan 3.1	:	Alur Penelitian……....	48

POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Lampiran 1	:	Surat Permintaan Menjadi Responden
Lampiran 2	:	Surat Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 3	:	Kuesioner Budaya Keselematan Pasien (*Patient Safety Culture*)
Lampiran 4	:	Lembar Observasi Pelaksanaan Metode Komunikasi SBAR saat *Handover* antar *Shift*
Lampiran 5	:	Surat Izin Studi Pendahuluan
Lampiran 6	:	Balasan Surat Izin Studi Pendahuluan
Lampiran 7	:	Surat Izin Penelitian
Lampiran 8	:	Balasan Surat Izin Penelitian
Lampiran 9	:	Surat Persetujuan Kelayakan Etik
Lampiran 10	:	Kartu Bimbingan
Lampiran 11	:	Master Tabel Penelitian
Lampiran 12	:	Jadwal Penelitian
Lampiran 13	:	Hasil Perhitungan SPSS
Lampiran 14	:	Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan elemen penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena bertujuan untuk memberikan perawatan dan memenuhi kebutuhan pasien.Sejalan dengan hal tersebutpenerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakitsangat diperlukan dan merupakan hal yang mutlak untuk diaplikasikan terutama dalam hal pemberian pelayanan. Selain menjadi pondasi, penerapan budaya keselamatan pasien ini sangat diharapkan mampu menurunkan angka insiden keselamatan pasien(Ghahramanian,*et al.*, 2017).

Agency for Healthcare Research & Quality (2016) mendefinisikan budaya keselamatan pasien sebagai bentuk dari nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku baik individu dan kelompok terhadap program *patient safety* (keselamatan pasien). Penerapan budaya keselamatan pasien ini ditujukan untuk menekan angka insiden keselamatan pasien yang sudah menjadi isu global di Rumah Sakit.*Institute of Medicine* (IOM) sudah memperkirakan bahwa setiap tahunnya ada hampir 100.000 insiden keselamatan pasien akibat kesalahan medis.Salah satu penyebab yang paling utama adalah kesalahan komunikasi. Hal tersebut semakin diperkuat dengan data yang diperoleh *The Joint Commission* tahun 2014, selama 15 tahun berturut-turut yang menunjukkan bahwa kesalahan dalam komunikasi menyumbang 70%

penyebab kejadian sentinel yaitu kejadian yang mengakibatkan cedera sampai kematian (Murray, 2016). Data terbaru dari *The Joint Commission*tahun 2016, beberapa Rumah Sakit di Amerika melaporkan pada rentang waktu Januari sampai Desember 2015 didapatkan 744 kasus kesalahan komunikasi sebagai penyebab kejadian sentinel. Tren insiden keselamatan pasien (*patient safety*) juga terjadi di Indonesia.Berdasarkan laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) sejak tahun 2006 sampai dengan 2011 didapatkan sebanyak 877 insiden keselamatan pasien yang dilaporkan(Komite Keselamatan Pasein Rumah Sakit (KKPRS), 2012).

Sesuai dengan standar keselamatan pasien, komunikasi efektif merupakan upaya bagi perawat dalam mencapai keselamatan pasien di Rumah Sakit. Metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recomendation*) adalah metode komunikasi yang efektif digunakan untuk anggota tim kesehatan terutama dalam hal melaporkan kondisi pasien. SBAR merupakan metode komunikasi yang terstruktur dan dapat meningkatkan keselamatan pasien (Tews, Liu,& Treat, 2012).

Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie adalah salah satu Rumah Sakit rujukan tertinggi di Kalimantan Timur, yang merupakanRumah Sakit kelas A pendidikan dengan capaian akreditasi Paripurna (KARS, 2017). Dengan status tersebut, RSUD A. W. Sjahranie Samarinda otomatis harus mampu menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, sekaligus menjamin keselamatan pasien.Sementara pada tahun 2015, RSUD A. W. Sjahranie Samarinda baru membentuk komite Peningkatan Mutu dan

Keselamatan Pasien (PMKP) sebagai salah satu bentuk solusi peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien.

Insiden keselamatan pasien yang dilaporkan komite PMKP RSUD A. W. Sjahranie Samarinda pun perlu mendapatkan perhatian. Pada tahun 2017, didapatkan 2.267 insiden keselamatan pasien yang dilaporkan dengan presentase 88,04% KNC (Keadaan Nyaris Cidera), 7,76% KPC (Kondisi Potensial Cidera), 2,77% KTD (Kejadian Tidak Diharapkan), dan 1,95% (Kejadian Tidak Cidera).Hal tersebut tidak luput dari program sasaran keselamatan pasien yang belum maksimal untuk diterapkan, salah satunya adalah komunikasi efektif.(Tutiany, Lindawati, & Paula, 2017)

Pada penelitian yang dilakukan Hilda dan Noorhidayah(2016) terkait penggunaan komunikasi efektif di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda didapatkan 73.9% perawat selalu menggunakan komunikasi efektif pada saat *handover*serta melakukan verifikasi terhadap informasi yang diterima. Berdasarkan data yang peneliti peroleh dari komite PMKP yang melakukan observasi terhadap 64 responden yang mewakili jumlah perawat di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda, didapatkan hasil 100% perawat pelaksana di ruang perawatan menerapkan komunikasi efektif saat proses *handover*.Akan tetapi, berdasarkan pengakuan komite PMKP data tersebut kurang akurat karena hanya dilakukan kepada perawat yang sudah berkompeten saja.

Hasil observasi lapangan dan wawancara dengan salah satu perawat pelaksana yang peneliti lakukan di Ruangan Intensif dan Instalasi Gawat Darurat RSUD A. W. Sjahranie selama enam minggu dari tanggal 06

November sampai dengan 16 Desember 2017, didapatkan bahwa metode yang digunakan saat *handover* antar *shift* di ruangan sudah menggunakan komunikasi SBAR namun belum maksimal karena belum menggunakan konsep yang baku dan pelaksanaannya belum sesuai dengan SOP. Hal tersebut dikarenakan, metode komunikasi SBAR baru-baru saja diterapkan di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda sebagai salah satu syarat menuju akreditasi Rumah Sakit dengan standar JCI.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian "Hubungan Metode Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment,Recommendation*) dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan antara metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

a. Mengidentifikasi karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, dan lama bekerja di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

b. Mengidentifikasi penerapan metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)antar perawatsaat proses *handover* di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

c. Mengidentifikasi penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

d. Menganalisis hubungan antara metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, wawasan dan sebagai bahan perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang ilmu

keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang menjamin keselamatan pasien.

2. Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Memberikan sumbang saran atau acuan bagi Rumah Sakit dalam pengambilan kebijakan terhadap program-program pencegahan dan penanganan keselamatan pasien terutama dalam hal komunikasi efektif.

b. Bagi Peneliti

Memberikan pengetahuan bagi peneliti dalam mengetahui hubungan antara metode komunikasiSBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

c. Bagi Profesi Perawat

Penelitian ini dapat menjadi evaluasi bagi perawat dalam menggunakan metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) saat pelaporan pasien dan dapat mencegah kesalahan informasi yang dilakukan oleh perawat.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1
Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Qalbia Muhammad N., H. Noer Bahry Noor, Irwandy (2013)	Hubungan Motivasi dan Supervisi terhadap Kinerja Perawat Pelaksana dalam Menerapkan *Patient Safety* di Rawat Inap RS Universitas Hasanuddin Tahun 2013	**Independen:** - Motivasi - Supervisi **Dependen:** - Kinerja Perawat Pelaksana dalam Penerapan *Patient Safety*	**Jenis & Desain:** Kuantitatif dengan rancangan *cross sectional study*. **Teknik sampling:** Jenuh karena populasi relatif kecil. **Analisa data:** Univariat dan bivariat dengan uji *chi-square*.	Ada hubungan motivasi (p=0,027) dan supervisi (p=0,002) dengan kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan *patient safety*	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
2.	Anugrah Warwati A., Irwandy Kapalawi, M. Alimin Maidin (2014)	Hubungan Kepemimpinan Efektif Kepala Ruangan dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Makassar	**Independen:** - Kepemimpinan Efektif Kepala Ruangan **Dependen:** - Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	**Jenis & Desain:** Kuantitatif dengan rancangan *cross sectional study*. **Teknik sampling:** *Exhaustive sampling*. **Analisa data:** Univariat dan bivariat dengan uji *chi-square* dan *uji phi*.	Ada hubungan kepemimpinan efektif kepala ruangan dengan penerapan budaya keselamatan pasien (p=0,000; φ=0,651).	Variabel independen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
3.	Astriana, Noer Bahry Noor, Andi Indahwaty Sidin (2014)	Hubungan Pendidikan, Masa Kerja, dan Beban Kerja dengan Keselamatan Pasien di RSUD Haji Makassar	**Independen:** - Pendidikan - Masa Kerja - Beban Kerja **Dependen:** - Keselamatan pasien	**Jenis & Desain:** Observasional dengan pendekatan *cross sectional*. **Teknik sampling:** *Total sampling*. **Analisa data:** Univariat dan bivariate dengan *chi-square*.	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan (p=0,002), masa kerja (p=0,003), dan beban kerja (p=0,000) berhubungan dengan kinerja keselamatan pasien oleh perawat.	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
4.	Uyan Ari Lidyah (2014)	Hubungan Faktor Komunikasi dengan Insiden Keselamatan Pasien	**Independen:** - Faktor Komunikasi **Dependen** - Insiden Keselamatan Pasien	**Jenis & Desain:** *Cross sectional*. **Teknik sampling:** *Purposive sampling* **Analisa data:** *Chi-square* (signifikansi < 0,05.)	Ada hubungan komunikasi antar perawat dengan insiden keselamatanpasien (p=0,001). Ada hubungan komunikasi perawat dan	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan
					dokter dengan insiden keselamatan pasien (p=0,001). Ada hubungan komunikasi perawat Departemen penunjang dengan insiden keselamatan pasien (p=0,000). Ada hubungan komunikasi perawat dan pasien dengan insiden keselamatan pasien (p=0,000).	
5.	Meri Oktariani, Atiek Murharyati (2015)	Hubungan antara Lingkungan Kerja dan Kesadaran Individu dengan Penerapan *Patient Safety* di RSUD Kabupaten Sukoharjo	**Independen:** - Lingkungan kerja - Kesadaran Individu **Dependen:** - Penerapan *Patient Safety*	**Jenis & Desain:** *Kuantitatif* dengan pendekatan *cross sectional*. **Teknik sampling:** *Total sampling*. **Analisa data:** Bivariat *chi-square*, dilanjutkan dengan metode multivariat dan regresi linear	Lingkungan kerja (p=0,015) dan kesadaran individu (p=0,002) berpengaruh secara bersama-sama terhadap penerapan *patient safety*.	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
6.	Ni Nyoman S., Komang Ayu M., Made Oka Ari K. (2015)	Hubungan Penggunaan Komunikasi SBAR dengan Kualitas Pelaksanaan *Bedside Handover* di Ruang Ratna RSUP Sanglah Denpasar	**Independen:** - Penggunaan Komunikasi SBAR **Dependen:** - Kualitas Pelaksanaan *Bedside Handover*	**Jenis & Desain:** Korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. **Teknik sampling:** *Time sampling*. **Analisa Data:** Uji korelasi *rank spearman*.	Ada hubungan penggunaan metode komunikasi SBAR dengan kualitas pelaksanaan *bedside handover* dan arah korelasi positif dengan *p value* sebesar 0,032.	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan
7.	Farida Marjani (2015)	Pengaruh Dokumentasi Timbang Terima Pasien dengan Metode *Situation, Background, Assessment,Recommendation* (SBAR) terhadap Insiden Keselamatan Pasien di Ruang Medikal Bedah RS. Panti Waluyo Surakarta	**Independen:** - Dokumentasi Timbang Terima Pasien dengan Metode *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) **Dependen:** - Insiden Keselamatan Pasien	**Jenis & Desain:** *Quasy experimental* dengan *pre* dan *post test without control*. **Teknik sampling:** *Total sampling*. **Analisa data:** McNemar.	Hasil analisa menggunakan McNemar p=0,016 (p *value* < 0,05), menunjukkan adanya pengaruh antara pemakaian dokumentasi timbang terima pasien dengan SBAR terhadap insiden keselamatan pasien.	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
8.	Musliyah Syahrawani E., Fridawaty Rivai, Adelia U. Ady M. (2016)	Hubungan Komunikasi Efektif Perawat dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD I Lagaligo	**Independen:** - Komunikasi Efektif Perawat **Dependen:** - Penerapan Budaya Keselamatan Pasien	**Jenis & Desain:** Kuantitatif dan studi *cross sectional*. **Teknik sampling:** Sampel jenuh karena jumlah populasi relatif kecil. **Analisa data:** *Chi-square*.	Komunikasi efektif, dengan metode SBAR dan TBAK dengan memiliki hubungan dengan penerapan budaya keselamatan pasien dengan nilai p=0,001.	Variabel independen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
9.	Oni Sri Warjini, Yeti Nurhayati, Erlina Windyastuti (2016)	Hubungan Komunikasi SBAR dengan Kepuasan Pasien di Ruang Pavillion Pandan Arang Boyolali	**Independen:** - Komunikasi SBAR **Dependen:** - Kepuasan Pasien	**Jenis & Desain:** Kuntitatif rancangan *descriptif corelational*. **Teknik sampling:** *Purposive sampling*. **Analisa data:** *Rank spearman*.	Ada hubungan komunikasi SBAR dengan kepuasan pasien di ruang Paviliun RSUD Pandan Arang Boyolali dengan *p value* 0,000 dengan kekuatan korelasi sedang (0,598).	Variabel independen dan dependen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian
10.	Harfiah Widyanthi A., Noer Bahry Noor, Adelia U. Ady M. (2017)	Hubungan Komunikasi Efektif dengan Penerapan Budaya Keselamatan di Rumah Sakit Universitas	**Independen:** - Komunikasi efektif **Dependen:** - Penerapan Budaya Keselamatan	**Jenis & Desain:** Kuantitatif dengan rancangan studi analitik dan desain *cross sectional*.	Ada hubungan antara komunikasi efektif perawat pelaksana dengan penerapan budaya	Variabel independen, rancangan penelitian, tempat, dan tahun penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No.	Peneliti	Judul	Variabel	Metode	Hasil	Perbedaan
		Hasanuddin	Pasien	**Teknik sampling:** *Proportional random sampling*. **Analisa Data:** Univariat dan bivariat dengan *chi-square*.	keselamatan pasien dari variabel *situation* *p*=0,001, *backgroundp*=0,003,variabel *assessment* *p*=0,033,variabel *recommendation* *p*=0,007, dan variabel TBAK (Tulis, Baca, Konfirmasi) *p*=0,001.	

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Tinjauan Umum tentang Budaya Keselamatan Pasien

a. Definisi Budaya Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakansistem pelayanan kesehatan yang bertujuan membuat asuhan pasien lebih aman, yang meliputi asesmen risiko, indentifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Agency for Healthcare Research & Quality(2016) mendefinisikan budaya keselamatan pasien sebagai produk dari nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, style dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program *patient safety* (keselamatan pasien). Organisasi pelayanan kesehatan dengan budaya keselamatan pasien yang positif dicirikan melalui adanya komunikasi yang didasari rasa saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan, dan efektifitas dari program pencegahan dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan dan mencelakakan pasien dan pemberi pelayanan.

b. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 ayat (2) huruf b, sasaran keselamatan pasien meliputi, diantaranya(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017):

1) Mengidentifikasi pasien dengan benar

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Proses identifikasi pasien yang digunakan di Rumah Sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik atau bentuk lainnya (misalnya: nomor induk kependudukan atau *barcode*). Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi yang akan diberikan kepada pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

2) Meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telepon.Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh Rumah Sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi yang dapat berakibat fatal.Gangguan komunikasi juga dapat terjadi

saat dilakukan serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) atau kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi pelayanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, Rumah Sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspekperesepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya.Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo.Bila Rumah Sakit inginmenyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang beradadi bawah tanggung jawab apoteker.

Rumah Sakit juga harus membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam Rumah Sakit, data tentang kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) atau kejadian nyaris cedera (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

4) Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Rumah Sakit harus menentukan area-area di dalam Rumah Sakit yang melakukantindakan bedah dan prosedur invasif.Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya.KetentuanRumah Sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku disemua area Rumah Sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan.

Rumah Sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

a) Beri tanda di tempat operasi;
b) Dilakukan verifikasi praoperasi;
c) Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.

Pemberian tanda di tempat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasiendan dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat dikenali.Tanda yang dipakaiharus konsisten digunakan di semua tempat di Rumah Sakit, harus dilakukan olehindividu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjagajika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semuakasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada sisi lateral (*laterality*),daerah struktur multipel

(*multiple structure*), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulangbelakang(Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi adalahdengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan.Rumah Sakitmengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO dan staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cucitangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuksekali pakai (towel), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman(Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Rumah Sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upayamengurangi risiko pasien jatuh.Rumah Sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala dipopulasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan(Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

c. Faktor yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien

1) Kepemimpinan

Kepemimpinan senior merupakan elemen kunci untuk merancang, mengembangkan, dan memelihara budaya keselamatan. Pemimpin senior penting untuk mencapai keberhasilan

pengembangan organisasi dan mendorong terciptanya budaya keselamatan pasien (Idris, 2017).

2) Kerja tim

Organisasi pelayanan kesehatan yang merawat pasien dengan teknologi dan proses penyakit yang semakin kompleks dan teknologi yang memerlukan upaya yang lebih kuat terhadap aplikasi dari kerja sama tim dan kolaborasi untuk mencapai budaya seluruh sistem keselamatan pasien (Idris, 2017).

3) Berbasis bukti

Organisasi kesehatan yang dianggap menunjukkan budaya keselamatan adalah dalam melakukan praktik perawatan berdasarkan bukti, termasuk proses standar, protokol, daftar periksa dan pedoman (Idris, 2017).

4) Komunikasi

Budaya komunikasi merupakan suatu kondisi dimana seorang individu/staff, mampu menangani masalah pekerjaan, memiliki deskripsi pekerjaan, memiliki hak dan tanggung jawab untuk berbicara bersama pasien. Dalam komunikasi memberikan umpan balik atau membangun kepercayaan dan keterbukaan merupakan sifat penting dari budaya keselamatan (Idris, 2017).

5) Pembelajaran

Pembelajaran merupakan sebuah *value* yang harus dilaksanakan oleh semua pegawai termasuk tenaga medis untuk meningkatkan kinerja (Idris, 2017)

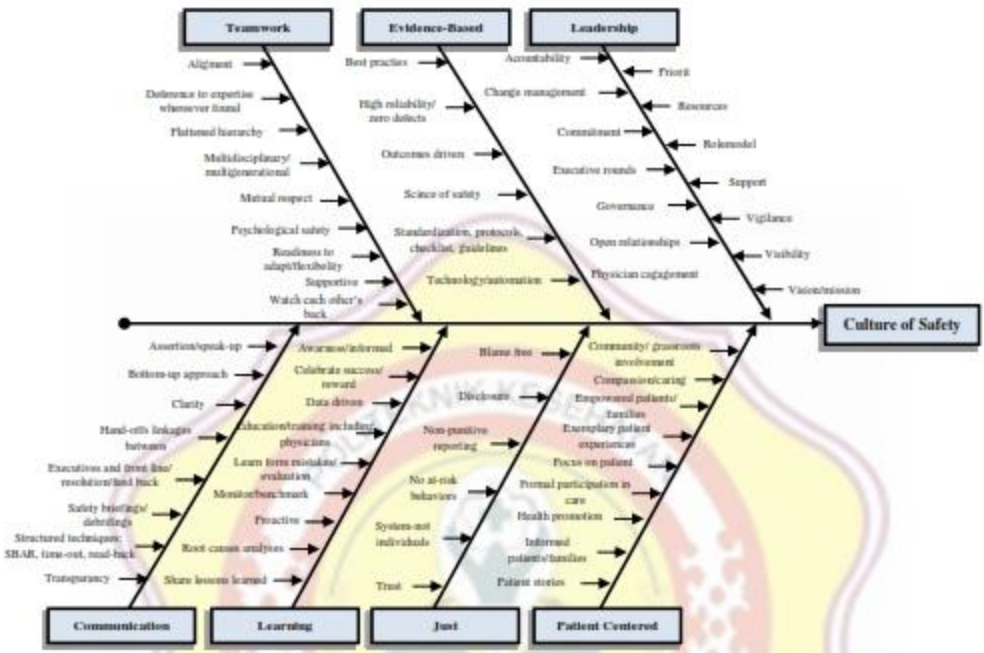
6) Tepat

Salah satu cara untuk mendefinisikan ketepatan dalam budaya keselamatan pasien adalah mempertimbangkan dua sisi skala keadilan. Satu sisi skala merupakan akuntabilitas individu dan sisi lain adalah kegagalan sistem (Idris, 2017).

7) Berfokus pada pasien

Budaya berpusat pada pasien mencakup pasien dan keluarga sebagai satu-satunya alasan keberadaan Rumah Sakit.Suatu hal yang menjanjikan untuk menghargai pasien dengan menyediakan lingkungan untuk mendukung penyembuhan selama rawat inap dan juga untuk promosi kesehatan dan perawatan berkelanjutan.Rumah Sakit berokus pada pasien memungkinkan dan memberdayakan pasien untuk partisipatif dalam pengambilan keputusan perawatan mereka (Idris, 2017).

Hal-hal tersebut dapat dirincikan dalam gambar berikut(Sammer, *et al.*, 2010):



Gambar 2.1
Budaya *Patient Safety*Rumah Sakit

d. Mengukur Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Sebagai bagian dari tujuannya untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien dan peningkatan kualitas dalam sistem perawatan kesehatan, AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) mengembangkan instrumen alat ukur dalam penilaian penerapan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit.Instrumen ini sudah banyak digunakan di Rumah Sakit-Rumah Sakit Amerika dalam mengidentifikasi penerapan budaya keselamatan pasien (Ulrich & Kear, 2014).

Survei yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) adalah *Hospital Survey on Patient Safety Culture* dengan 12 komponen yang mengukur budaya keselamatan pasien, diantaranya meliputi:

Tabel 2.1
Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dan Definisinya

Dimensi Budaya Pasien Safety	Definisi
Survei Rumah Sakit	
Kerjasama dalam unit	Petugas kesehatan saling mendukung, saling memperlakukan dengan hormat, dan bekerjasama sebagai satu tim.
Harapan dan tindakan manajer dalam mempromosikan *patient safety*	Manajer mempertimbangkan saran dari petugas untuk memperbaiki keselamatan pasien, memberikan pujian petugaskesehatan yang mengikuti prosedur keselamatan pasien, dan tidak mengabaikan masalah keamanan pasien.
Perbaikan berkelanjutan	Kesalahan menjadikan perubahan yang positif dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas.
Dukungan manajemen terhadap *patient safety*	Manajer Rumah Sakit menyediakan iklim kerja yang mendorong keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama.
Persepsi perawat terhadap *patient safety*	Prosedur dan sistem yang baik dalam mencegah kesalahan dan mengurangi insiden keselamatan pasien.
Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan	Petugaskesehatan diberitahu tentang kesalahan yang terjadi, diberi umpan balik tentang perubahan yang diterapkan, dan mendiskusikan cara mencegahnya.
Komunikasi terbuka	Petugaskesehatan bebas berbicara jika mereka melihat sesuatu yang berdampak negatif pada pasien dan bebas untuk bertanya serta menyampaikan pendapat terhadap atasan
Frekuensi pelaporan kejadian	Kejadian yang dilaporkan: 1) Kejadian yang diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi pasien, 2) Kejadian tanpa

Tabel 2.1
Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dan Definisinya

Dimensi Budaya Pasien Safety	Definisi
	potensi merugikan pasien, dan 3) Kejadian yang dapat membahayakan pasien tetapi tidak dilakukan
Kerja sama antar unit	Unit Rumah Sakit bekerjasama dan berkoordinasi satu sama lain untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.
Staffing	Ada cukup petugas kesehatan untuk menangani beban kerja dan jam kerja yang tepat untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.
*Handsoff*dan transisi	Kelengkapan informasi pasien saat transfe antar unit Rumah Sakit dan perubahan *shift*
Respon nun punitive terhadap kesalahan	Koreksi terhadap kesalahan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, bukan sebagai alat untuk mencari kesalahan.

(Agency for Healthcare Research and Quality, 2016)

Manchester Patient Survey Assessment Framework (MapSaf) mengembangkan lima elemen tingkatan kematangan (maturitas) budaya keselamatan pasien pada organisasi, yang terdiri dari:

Tabel 2.2
Tingkat Kematangan Budaya Keselamatan Pasien

No.	Tingkat Maturitas	Pendekatan dalam Budaya Keselamatan Pasien
1.	Patologis	Organisasi belum mepunyai sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien yang positif.
2.	Reaktif	Organisasi hanya berpikir tentang keselamatan pasien setelah terjadi insiden. Sistem bersifat fragmentasi, dikembangkan hanya pada saat akreditasi dan reaktif saat insiden terjadi.
3.	Kalkulatif	Sistem sudah tertata baik, tetapi implementasinya masih bersifat segmental dan pada *event* tertentu
4.	Proaktif	Organisasi aktif meningkatkan persepsi keselamatan pasien dan memberikan *reward* atas peningkatan keselamatan pasien. Sistem bersifat

Tabel 2.2
Tingkat Kematangan Budaya Keselamatan Pasien

No.	Tingkat Maturitas	Pendekatan dalam Budaya Keselamatan Pasien
		komperhensif dan melibatkan *stakeholder* pendekatan berbasi pada bukti (*evidence-based*)
5.	Generatif	Budaya keselamatan pasien sudah terintegrasi dengan tujuan Rumah Sakit. Organisasi mengevaluasi efektivitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan sebelumnya.

Sumber : Fleming& Wentzell (2008)

2. Tinjauan Umum tentang Komunikasi Efektif

a. Pengertian Komunikasi Efektif

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien, komunikasi dianggap efektif apabila tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipen/penerima, yang bertujuan dalam mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

b. Komunikasi Efektif untuk Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 terdapat enam sasaran. Salah satunya, adalah komunikasi efektif yang terdiri dari empat elemen, diantaranya(Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017):

1) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.

2) Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
4) Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

c. Metode Komunikasi SBAR

1) Pengertian komunikasi SBAR

SBAR (*Situation, Background, Assessment, & Recommendation*) adalah kerangka teknik komunikasi yang digunakan antar tim pelayanan kesehatan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan kondisi pasien. SBAR merupakan salah satu mekanisme komunikasi yang mudah digunakan dalam sebuah percakapan, terutama guna menyampaikan hal yang kritis, dan membutuhkan perhatian segera untuk dilakukan tindakan(Leonard, Bonacum,& Graham, 2017).

The Joint Commission menetapkan bahawa metode SBAR merupakan salah satu komunikasi yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan.SBAR mempermudah dalam mengatasi hambatan berkomunikasi, selain itu juga bentuk struktur yang mendasari komunikasi antara pemberi dan penerima

informasi.SBAR mudah diingat yang praktis untuk komunikasi dan percakapan (Tutiany, Lindawati & Paula, 2017).

2) Tujuan penggunaan komunikasi SBAR

Menurut Kemenkes Badan PPSDMK tahun 2017 dalam Manajemen Keselamatan Pasien, tujuan dari penggunaan komunikasi SBAR diantaranya, yaitu (Tutiany, Lindawati & Paula, 2017):

a) Meningkatkan dan mengembangkan budaya kesalamatan pasien (*patient safety*).
b) Memberikan standar pelaporan kondisi pasien antar tim pelayanan kesehatan untuk menjelaskan informasi apa yang harus dikomunikasikan.
c) Meningkatkan penjelasan dari pemberi pelayanan terkait kondisi dan tindakan selanjutnya yang akan diberikan kepada pasien. Selain itu, sangat akurat untuk berbagi informasi pasien dengan kondisi kritis dan perlu penanganan segera.
d) Meningkatkan efektifitas kerja tim dan keterbukaan komunikasi satu sama lain.

3) Kerangka Komunikasi dengan Metode SBAR

Kerangka komunikasi yang digunakan dalam metode SBAR mudah untuk diingat, mekanisme yang digunakan terstruktur untuk menyampaikan kondisi pasien yang kritis atau perlu perhatian dan tindakan segera. SBAR menyediakan metode komunikasi yang jelas

mengenai informasi yang berkaitan tentang kondisi pasien antara tenaga medis (klinis), selain itu mengajak semua anggota tim pelayanan kesehatan untuk memberikan masukan pada situasi/kondisi pasien termasuk rekomendasi(Leonard, Bonacum,& Graham, 2017).

Adapun prinsip-prinsip dalam penggunaan komunikasi SBAR dan komponen yang harus dikomunikasikan menurut Leonard, Bonacum & Graham (2017) dan Kemenkes Badan PPSDMK tahun 2017 dalam Manajemen Keselamatan Pasien (Tutiany, Lindawati,& Paula, 2017)adalah sebagai berikut:

a) S (*Situation*)

1. Mengawali suatu komunikasi diperlukan pengenalan antara penyampai berita dan penerima berita. Dalam hal ini identitas tim pelayanan kesehatan dan unit pelayanan kesehatan diinformasikan. Selain itu juga perlu disampaikan kepada siapa (penerima) informasi yang petugas ajak berkomunikasi.
2. Melaporkan situasi pasien, meliputi: nama pasien, umur, masalah yang ingin disampaikan,kekhwatiran petugas terhadap kondisi pasien yang belum maupun sudah teratasi.

b) B (*Background*)

Menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya (*Background*):

1. Keluhan utama, intervensi yang telah dilakukan, respon pasien, diagnosa keperawatan, riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat infasif dan obat atau infuse.
2. Informasi riwayat medis pasien, atau informasi yang berkaitan dengan permasalahan yang ditemukan.
3. Pemeriksaan penunjang yang mendukung
4. Vital sign terakhir.

c) A (*Assessment*)

Penyampaian penilaian/pengkajian terhadap kondisi pasien terkait masalah saat ini.

d) R (*Recommendation*)

Menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan.

d. *Handover*

1) Pengertian *Handover*

Handover biasanya juga disebut sebagai timbang terima atau operan. Merupakan suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien (Nursalam, 2013).

Handover/handsoff antar shift didefinisikan sebagai pertukaran informasi, tanggung jawab, akuntabilitas antara perawat tentang pasien pada saat perubahan *shift* (Birmingham, *et al.*, 2015).

2) Tujuan *Handover*

Handover merupakan salah satu upaya dalam pengembangan keselamatan pasien. Adapun tujuan dari *handover* menurut Riesenberg(2012), yaitu:

a) Mentransfer informasi;

b) Menentukan pengambilan keputusan bersama;

c) Pengalihan tanggung jawab; dan

d) Interaksi sosial dan pengembangan solidaritasi tim (menciptakan atmosfer positif dalam tim).

3) Tahap-tahap *Handover*

Tahap-tahap yang perlu diperhatikan dalam proses *handover*, antara lain (Riesenberg, 2012):

a) *Pre-work*/Pra *handover* (mengantisipasi dan mempersiapkan *handover*)

Petugas kesehatan yang akan melakukan *handover* haruslah mempersiapkan diri dan mengecek kembali kelengkapan data pasien yang akan dilaporkan.

b) *Handover* bersifat aktual

Informasi yang akan diberikan kepada petugas penerima *handover* sesuai dengan kebenarannya.

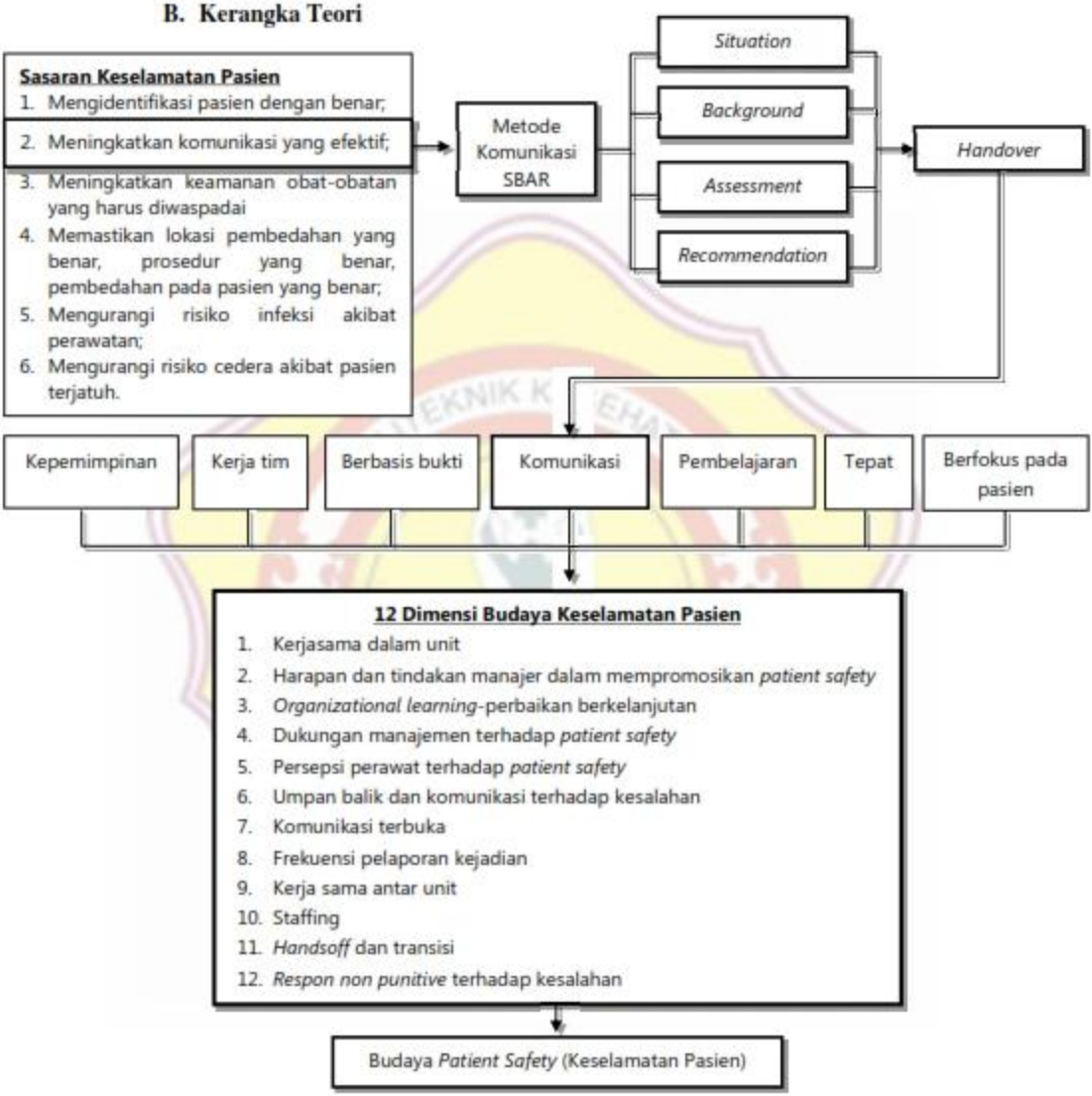
c) Merespon informasi yang diterima

Dapat berupa merupakan klarifikasi informasi yang diberikan oleh petugas pemberi *handover*, termasuk menanyakan tindakan yang sudah diberikanmaupun yang masih direncanakan.

d) Menerima pengalihan tanggung jawab.

Bagan 2.1
Skema Timbang Terima
(Nursalam, 2013)

B. Kerangka Teori



Bagan 2.2
Kerangka Teori
Sumber : Modifikasi dari (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017;Leonard, Bonacum and Graham, 2017;Sammer *et al.*, 2010;*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2016)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep meggambarkan variabel independen yaitu metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dan variabel dependen yaitu penerapan budaya keselamatan pasien. Melalui kerangka konsep ini diharapkan pembaca denga mudah memahami apa yang menjadi fokus utama penelitian dan variabel-variabel yang diteliti.

Bagan 2.3
Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2011).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan studi analitik dengan desain *cross sectional* (potong lintang) yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen dan dependen diidentifikasi pada satu waktu. Metode penelitian ini disebut metode *kuantitatif* karena data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik (Dharma, 2011). Dalam hal ini, untuk mengetahui Hubungan Metode Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

MenurutArikunto(2013), populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah perawatdi ruang rawat inapRSUD A. W. Sjahranie Samarinda.Jumlah perawat ruang rawat inap RSUD A. W. Sjahranie Samarinda berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 10 Januari 2018 berjumlah 452 orang dari 14 unit pelayanan

yang memiliki jumlah perawat terbanyak di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Distribusi setiap ruangannya dapat dilihat dari tabel berikut:

Tabel 3.1
Jumlah Perawat Ruang Rawat Inap RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2017

No	Ruangan	Jumlah perawat
1.	Flamboyan	27
2.	Dahlia	24
3.	Seruni	25
4.	Angsoka	25
5.	Anggrek	28
6.	Melati	33
7.	Cempaka	28
8.	Edelweis	39
9.	Aster	28
10.	PICU/NICU	41
11.	ICU	31
12.	ICCU	27
13.	Unit Stroke	29
14.	IGD	67
	Jumlah	**452**

Sumber : Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (2017)

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah responden yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dari populasi dan telah menandatangani *informed consent*. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

1) Perawat yang melakukan *handover* antar *shift* di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
2) Bersedia menjadi responden
3) Lama bekerja minimal satu tahun.

b. Kriteria Eksklusi

Semua perawat di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda yang tidak masuk selama penelitian berlangsung.

3. Metode Sampling

Besar sampel ditentukan dengan cara *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling*, yakni teknik sampling yang dilakukan berdasarkan populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi(Dharma, 2011).

4. Besar Sampel

Penelitian ini bertujuan untuk menguji hipotesis beda dua proporsi kelompok,sehingga rumus yang digunakan untuk menentukan besar sampel adalah (Dharma, 2011):

$$n = \frac{\{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan rumus:

$Z_{1-\alpha/2}$: Standar normal deviasi untuk95% ($\alpha = 0{,}05$) yaitu 1,96

$Z_{1-\beta}$: Standar normal deviasi untuk 90% ($\beta = 0{,}10$) yaitu 1,282

P_2 : Proporsi kejadian efek pada kelompok kontrol/standar (*anticipated population 2*) yang didapat dari peneliti sebelumnya(Aswardz, Noor, & Mangilep, 2017)

P_1 : Proporsi kejadian efek pada kelompok ujicoba (*anticipated population proportion 1*)yang didapat dari peneliti sebelumnya(Aswardz, Noor, & Mangilep, 2017)

P : Proporsi gabungan antara kedua kelompok yang dihitung

dengan rumus: ½ ($P_1 + P_2$)

$P_1 - P_2$: Perbedaan proporsi yang dianggap bermakna (*effect size*)

Perhitungan jumlah sampel minimal pada penelitian ini berdasarkan rumus di atas, adalah:

Tabel 3.2
Jumlah Sampel Minimal

Variabel	Nilai P_1 dan P_2	Besar Sampel Minimal
Situation	$P_1 = 0{,}391$ $P_2 = 0{,}111$	48 orang
Background	$P_1 = 0{,}391$ $P_2 = 0{,}111$	48 orang
Assessment	$P_1 = 0{,}353$ $P_2 = 0{,}133$	77 orang
Recommendation	$P_1 = 0{,}412$ $P_2 = 0.124$	48 orang

Berdasarkan jumlah sampel minimal yang didapatkan dari komponen SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), maka besar sampel yang dipilih adalah yang terbanyak, yaitu 77 orang.

Setelah didapatkan sampel yang dibutuhkan, maka selanjutnya adalah menentukan sampel perkelompok atau setiap ruangan dari 77orang yang telah didapat, yaitu dengan menggunakan rumus penentuan sampel agar sampel lebih proporsional.

$$ni = \frac{Ni}{N} x\, n$$

Keterangan:

ni : Jumlah populasi dari masing-masing kelompok

N : Jumlah keseluruhan populasi

n : Jumlah sampel yang diambil

Berdasarkan rumus pengambilan sampel kelompok di atas maka sampel kelompok dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.3
Jumlah Sampel Setiap Ruangan

No	Ruangan	Jumlah sampel (orang)
1.	Flamboyan	4
2.	Dahlia	4
3.	Seruni	4
4.	Angsoka	4
5.	Anggrek	5
6.	Melati	6
7.	Cempaka	5
8.	Edelweis	7
9.	Aster	5
10.	PICU/NICU	7
11.	ICU	5
12.	ICCU	4
13.	Unit Stroke	5
14.	IGD	12
	Jumlah	**77**

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 April 2018 sampai dengan20 April2018 di 14 unit pelayananRSUD. A. W. Sjahranie Samarinda.

D. Definisi Operasional

Tabel 3.4
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
	Independen				
1.	*Situation*	Persepsi perawat dalam menyampaikan informasi *situation* pada komunikasi	Lembar observasi	Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan	Ordinal

Tabel 3.4
Definisi Operasional

		SBAR saat proses *handover* antar *shift*		median=6. Maka dikategorikan menjadi dua, yaitu: 1. Kurang Baik = < 6 2. Baik = ≥ 6	
2.	*Background*	Persepsi perawat dalam menyampaikan informasi *background* pada komunikasi SBAR saat proses *handover* antar *shift*	Lembar observasi	Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median=4. Maka dikategorikan menjadi dua, yaitu: 1. Kurang Baik = < 4 2. Baik = ≥ 4	Ordinal
3.	*Assessment*	Persepsi perawat dalam menyampaikan informasi *assessment* pada komunikasi SBAR saat proses *handover* antar *shift*	Lembar observasi	Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median=3. Maka dikategorikan menjadi dua, yaitu: 1. Kurang Baik = < 3 2. Baik = ≥ 3	Ordinal
4.	*Recommendation*	Persepsi perawat dalam menyampaikan informasi *recommendation* pada komunikasi SBAR saat proses *handover* antar *shift*	Lembar observasi	Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median=2. Maka dikategorikan menjadi dua, yaitu: 1. Kurang Baik = < 2 2. Baik = ≥ 2	Ordinal

Tabel 3.4
Definisi Operasional

	Dependen				
5.	Budaya Keselamatan Pasien	Pemikiran, sikap dan pola perilaku perawat dalam menentukan komitmen terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien di Rumah Sakit.	Kuesioner	Berdasarkan hasil uji normalitas, data berdistribusi normal sehingga menggunakan mean=125. Maka dikategorikan menjadi dua, yaitu: 1. Kurang Baik = < 125 2. Baik = ≥ 125	Ordinal

E. Instrument Penelitian

1. Alat dan Bahan

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi dan kuesioner.

Pelaksanaan metode komunikasi SBAR dinilai menggunakan lembar obsesrvasiyang sesuai SOP milik Badan PPSDMK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Tutiany, Lindawati, & Paula, 2017). Penilaian lembar observasi menggunakan skala*likert*, yaitu: tidak dilakukan (0), dilakukan tetapi tidak sempurna (1), dilakukan dengan sempurna (2). Lembar observasiterdiri dari 12 pertanyaan yang terbagi menjadi 4 komponen SBAR.

Tabel 3.5
Komponen Pertanyaan Metode Komunikasi SBAR

Variabel	Sub Variabel	Pertanyaan *Favorable*	Pertanyaan *Unfavorable*
Metode Komunikasi SBAR	Komponen *Situation*	1, 2, 3, 4, 5	-
	Komponen *Background*	6, 7, 8, 9	-
	Komponen *Assessment*	10, 11	-
	Komponen *Recommendation*	12	-

Kuesioner yang digunakan untuk menilai penerapan budaya keselamatan pasien pada penelitian ini diadopsi dari kuesioner keselamatan pasien (*patient safety culture*) yang dikeluarkan oleh AHRQ pada *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.Kuesioner ini sudah banyak digunakan di Rumah Sakit-Rumah Sakit Amerika dalam penilaian penerapan budaya keselamatan pasien.Kuesioner yang digunakan peneliti sudah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan digunakan oleh peneliti-peneliti sebelumnya.Terdapat 42 item pertanyaan yang mencakup 12 dimensi budaya keselamatan pasien.Kuesioner yang digunakan memiliki pertanyaan positif dan negatif yang bersifat tertutup. Berikut distribusi pertanyaan positif dan negatif pada kuesioner:

Tabel 3.6
Komponen Pertanyaan Budaya Keselamatan Pasien

No.	Dimensi	No. Pertanyaan		Total
		Positif	Negatif	
1.	Kerja sama dalam unit	1, 2, 3, 4	-	4
2.	Harapan dan tindakan manajer dalam mempromosikan *patient safety*	5, 6	7, 8	4
3.	*Organizational learning*-perbaikan berkelanjutan	9, 10, 11	-	3
4.	Dukungan manajemen terhadap *patient safety*	12, 13	14	3
5.	Persepsi perawat terhadap *patient safety*	16, 18	15, 17	4
6.	Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan	19, 20, 21	-	3
7.	Komunikasi terbuka	22, 23	24	3
8.	Frekuensi pelaporan kejadian	25, 26, 27	-	3
9.	Kerja sama antar unit	29, 31	28, 30	4
10.	*Staffing*	32	33, 34, 35	4
11.	*Handsoff* dan transisi	-	36, 37, 38, 39	4
12.	*Respon nonpunitive* terhadap kesalahan		40, 41, 42	3
	Total pernyataan			42

Kuesioner pada penelitian ini menggunakan kriteria skala *likert*, yaitu: Sangat tidak setuju (1), tidak setuju (2), setuju (3) dan sangat setuju (4). Skala netral dan skala jarang tidak digunakan dalam penelitian ini karena peneliti menginginkan data yang sensitif.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji validitas

Uji validitas adalah syarat mutlak bagi suatu alat ukur agar dapat digunakan dalam suatu pengukuran(Dharma, 2011). Suatu kuesioner dan lembar observasi dikatakan valid jika komponen yang digunakan mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur.

Untuk mengetahui valid atau tidaknya setiap butir soal yang ada pada instrument penelitian, maka dilakukan uji pada masing-masing itempertanyaan menggunakan Uji *Product Moment*, berdasarkan uji statistik ini maka dapat disimpulkan bahwa instrumen penelitian dikatakan valid jika diperoleh nilai r hitung lebih besar dari r tabel pada taraf signifikansi 0,05 dengan rumus sebagai berikut (Arikunto, 2013):

$$r_x = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{(n\sum x^2 - (\sum x)^2)(n\sum y^2 - (\sum x)^2}}$$

Keterangan:

r : koefesien korelasi dari setiap item dengan skor total

x : skor pertanyaan

y : skor total

n : jumlah subjek

xy : skor pertanyaan dikalikan skor total

Pada penelitian ini tidak melakukan uji validitas. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur penerapan budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) diadopsi dari *Hospital Survey on Patient Safety Culture*,

yang dikeluarkan oleh AHRQ dan sudah digunakan pada penelitian lain yang melakukan uji validitas terlebih dahulu.

Sementara lembar observasi yang digunakan untuk mengukur penerapan metode komunikasi SBAR diadopsi dari SOP milik Badan PPSDMK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Tutiany, Lindawati, & Paula, 2017).

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Tujuan dari dilakukannya uji reliabilitas adalah untuk mengetahui, apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen digunakan kembali secara berulang (Dharma, 2011).

Cara untuk mengukur reliabilitas instrumen yang digunakan dilakukan dengan cara menganalisis hasil uji coba instrumen yang digunakan dilakukan dengan cara menganalisis hasil uji coba instrumen menggunakan rumus *Alpha Cronbach*:

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1}\right]\left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2}\right]$$

Keterangan:

k : Jumlah item

$\sum s_i^2$: Jumlah variansi semua item

s_t^2 : Variasi skor total

r_{11} : Reliabilitas instrumen

Nilai reliabilitas suatu instrumen dikatakan reliabel berkisar 0,0 sampai 1,0. Semakin kecil nilai reliabilitas makin semakin besar

error.Nilai koefesien reliabilitas tinggi jika nilai *Alpa Cronbach* >0,60(Arikunto, 2013).

Pada penelitian ini instrumen untuk mengukur budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) sudah diuji reliabilitas oleh AHRQ pada setiap dimensi. Berikut adalah perhitungannya:

Tabel 3.7
Nilai *Alpha Cronbach* pada 12 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien (*Patient Safety Culture*) oleh AHRQ

No.	Dimensi	Nilai *Alpha Cronbach*
1.	Kerja sama dalam unit	0,83
2.	Harapan dan tindakan manajer dalam mempromosikan *patient safety*	0,75
3.	*Organizational learning*-perbaikan berkelanjutan	0,76
4.	Dukungan manajemen terhadap *patient safety*	0,83
5.	Persepsi keseluruhan staf Rumah Sakit terhadap *patient safety*	0,74
6.	Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan	0,78
7.	Komunikasi terbuka	0,72
8.	Frekuensi pelaporan kejadian	0,84
9.	Kerja sama antar unit	0,80
10.	*Staffing*	0,63
11.	*Handsoff* dan transisi	0,80
12.	*Respon non punitive* terhadap kesalahan	0,79

Untuk lembar observasi metode komunikasi SBAR diadopsi dari instrumen yang sudah baku yaitu, SOP milik Badan PPSDMK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Tutiany, Lindawati, & Paula, 2017). Sehingga penelitian ini juga tidak melakukan uji reliabilitas karena kuesioner dan lembar observasi yang digunakan sudah melakukan uji reliabilitas dalam penelitian lain yang telah melakukan uji validitas terlebih dahulu.

G. Teknik Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

a. Peneliti mengurus surat izin penelitian ke bagian akademik Program Studi D-IV Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim dengan judul Hubungan Metode Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

b. Peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada pihak RSUD A. W. Sjahranie Samarinda

c. Setelah mendapat izin dan melakukan uji *ethichal clearance* dari pihak RSUD A. W. Sjahranie Samarinda, peneliti kemudian melakukan penelitian sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

2. Tahap Pelaksanaan

a. Peneliti mengawali pengambilan data terhadap calon responden di setiap ruangan

b. Peneliti mengawali pengambilan data terhadap calon responden dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian di setiap ruangan

c. Selanjutnya peneliti memberikan *informed consent* penelitian, kemudian jika calon responden bersedia menjadi responden, maka calon responden diminta menandatangani lembar persetujuan menjadi responden

d. Kemudian responden dilakukan observasi secara pasif oleh peneliti terkait penerapan metode komunikasi SBAR saat *handover* antar *shift*,

dan responden diminta untuk mengisi kuesioner budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*)

e. Apabila responden tidak mengisi kuesioner dengan lengkap maka peneliti akan meminta responden untuk melengkapi lembar kuesioner

f. Setelah selesai, peneliti selanjutnya mengambil kembali kuesioner tersebut.

3. Tahap Akhir

Data yang telah terkumpul kemudian diolah dan dianalisis menggunakan *software* statistik melalui beberapa tahap.Pengolahan data merupakan salah satu rangkaian kegiatan penelitian setelah pengambilan data selesai. Adapun tahapan dalam pengolahan data, yaitu(Notoatmodjo, 2015):

a. *Editing*

Editing merupakan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner. Apakah semua pertanyaan terisi, isinya jelas dan jawaban konsisten antara pertanyaan satu dengan yang lain.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka.

c. *Processing*

Processing adalah pemrosesan data dengan memasukkan ke paket program komputer.

d. *Cleaning*

Pembersihan data (*cleaning*) merupakan kegiatan pengecekan kembali apakah data yang dimasukkan ada kesalahan atau tidak.

H. Analisis Data

Dalam penelitian ini semua data hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan program *software* statistik pada komputer.Analisis data dilakukan secara sistematik antara lain:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2015). Dalam penelitian ini analisis univariat ditampilkan dalam bentuk proporsi dari karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan lama bekerja) perawat ruang rawat inap RSUD A. W. Sjahranie Samarinda yang menjadi responden.Selain itu, analisis univariat juga dilakukan pada masing-masing variabel, yakni independen metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dan penerapan budaya keselamatan pasien sebagai variabel dependen.

Langkah-langkah analisis univariat adalah, sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Proporsi

f = Frekuensi kategori

n = Jumlah sampel

Data karakteristik perawat ruang rawat inap RSUD A. W. Sjaharanie disajikan dalam bentuk tabel atau grafik.Sementara, data metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dan penerapan budaya keselamatan pasien dalam bentuk data ordinal.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkolerasi.Uji *Chi Square* adalah teknik statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis deskriptif bila dalam populasi terdiri atas dua kelas atau lebih dari dua kelas, data berbentuk ordinal dan sampelnya besar(Notoatmodjo, 2015).

Uji yang dilakukan pada penelitian ini adalah *chi-square* dengan batas kemaknaan $\alpha = 0{,}05$dengan menggunakan rumus:

$$x^2 = \sum_{i=1}^{k} \frac{(f_0 - f_n)^2}{f_n}$$

Keterangan:

x^2 =*Chi* kuadrat

f_0 = Frekuensi yang diobservasi

f_n = Frekuensi yang diharapkan.

Adapun syarat dalam pemilihan uji *chi-square*, yaitu:

a) Tidak ada sel yang nilai *observed* yang bernilai nol

b) Sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel.

Jika syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi, maka dilakukan uji alternatifnya, yaitu:

a) Alternatif uji *chi-square* untuk tabel 2x2 adalah uji *fisher*

b) Alternatif uji *chi-square* untuk tabel 2xk adalah *Kolmogorov-smirnov*.

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan *ethical clearance* ke Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Setelah dinyatakan lulus uji etik, selanjutnya peniliti mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian, dalam hal ini Direktur RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

Setelah mendapat persetujuan, peneliti melakukan penelitian dengan menerapkan empat prinsip etik umum (Dharma, 2011):

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti harus menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia.Peneliti menyadari bahwa responden memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian

(autonomy), tanpa adanya unsur paksaan atau penekanan, serta berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian.Peneliti tetap menghormati responden yang tidak bersedia ikut serta dalam penelitian ini.

2. **Menghormati privasi dan kerahasian subjek (*respect for privacy and confidentiality*)**

   Pada prinsip ini, peneliti menjaga kerahasiaan identitas dan menggunakan jawaban responden hanya untuk kepentingan ilmu serta metodologi keperawatan.Dengan demikian segala informasi yang menyangkut identitas subjek tidak tersebar luas.

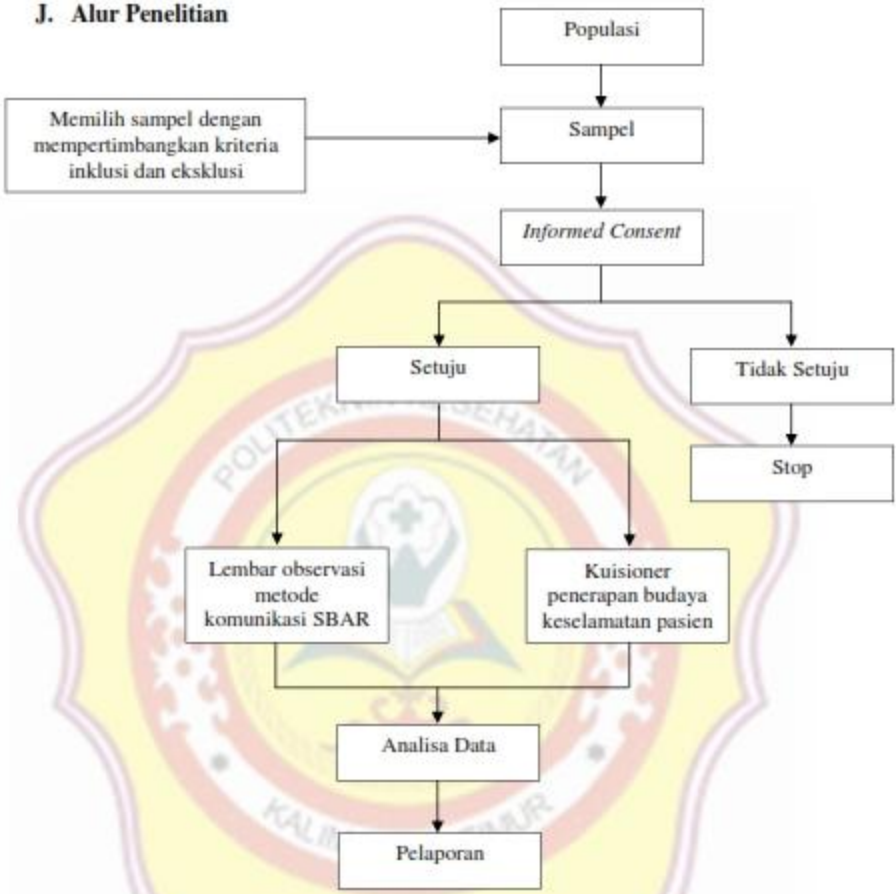
3. **Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*)**

   Pada prinsip keadilan yakni peneliti memberikan perlakuan yang sama, benar, dan pantas pada semua responden dan memberikan distribusi seimbang antara keuntungan dan beban secara merata sesuai kebutuhan dan kemampuan subjek.Sementara pada prinsip keterbukaan mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara professional.

4. **Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)**

   Berdasarkan prinsip ini, peneliti memberikan manfaat semaksimal mungkin dan risiko seminimal mungkin.Pada prinsip ini juga mencakup tidak melakukan hal yang berbahaya bagi responden.

J. Alur Penelitian



Bagan 3.1
Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie Samarinda (RSUD AWS) merupakan salah satu dari dua Rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur, dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi.Rumah Sakit milik Pemerintah ini beralamatkan di Jalan Palang Merah Indonesia No.1, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda.

Saat ini RSUD A. W. Sjahranie Samarinda merupakan Rumah Sakit kelas A pendidikan dengan capaian akreditasi Paripurna dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Pada tahun 2015, RSUD A. W. Sjahranie membentuk komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagai salah satu bentuk solusi peningkatan penerapan budaya keselamatan pasien.

Visi RSUD A. W. Sjahranie adalah menjadi Rumah Sakit bertaraf internasional pada tahun 2018.Sedangkan misi RSUD A. W. Sjahranie Samarinda adalah meningkatkan akses kualitas dan pelayanan bertaraf internasional dan, mengembangkan Rumah Sakit sebagai pusat pendidikan dan penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan.

B. Hasil Penelitian

Pengumpulan data yang dilakukan dari tanggal 11 April 2018 sampai dengan 20 April 2018 di 14 unit pelayanan RSUD A. W. Sjahranie Samarinda diperoleh hasil, sebagai berikut :

1. Analisa Univariat

a. Karakteristik Responden

1) Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.1
Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin
Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
Tahun 2018

Klasifikasi Jenis Kelamin Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	22	28,6
Perempuan	55	71,4
Total	77	100

Sumber : Analisa Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.1 di atas, menunjukkan karakteristik responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan berjumlah 55 orang (71,4%), dan hampir setengahnya berjenis kelamin laki-laki berjumlah 22 orang (28,6%).

2) Karakteristik Responden berdasarkan Umur

Tabel 4.2
Karakteristik Responden berdasarkan Umur
Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
Tahun 2018

Klasifikasi Umur Responden (Tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
< 25	14	18,2
25-35	44	57,1
36-45	15	19,5
> 45	4	5,2
Total	77	100

Sumber : Analisa Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.2 di atas, menunjukkan karakteristik responden berdasarkan kelompok umur dengan presentase, sebagian besar memiliki kelompok umur 25-35 tahun sebanyak 44 orang (57,1%). Sedangkan, sebagian kecil adalah kelompok umur > 46 tahun sebanyak 4 orang (5,2%).

3) Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 4.3
Karakteristik Responden berdasarkan Pendidikan Terakhir
Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
Tahun 2018

Klasifikasi Pendidikan Terakhir Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
DIII Keperawatan	64	83,1
DIV Keperawatan	6	7,8
S1 Keperawatan	1	1,3
Ners (Profesi)	6	7,8
Total	77	100

Sumber : Analisa Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.3 di atas, pada karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir didapatkan hampir seluruhnya adalah DIII Keperawatan sebanyak 64 orang (83,1%). Sedangkan, sebagian kecil adalah S1 Keperawatan sebanyak 1 orang (1,3%).

4) Karakteristik Responden berdasarkan Lama Kerja

Tabel 4.4
Karakteristik Responden berdasarkan Masa Kerja
Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
Tahun 2018

Klasifikasi Lama Kerja Responden (Tahun)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
< 5	38	49,4
5-10	29	37,7
> 10	10	13,0
Total	77	100

Sumber : Analisa Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.4 di atas, menunjukkan bahwa hampir setengah responden memiliki lama kerja < 5 tahun sebanyak 38 orang (49,4%). Sedangkan, sebagian kecil memiliki lama kerja > 10 tahun sebanyak 10 orang (13,0%).

b. Distribusi Kategori Variabel

1) Distribusi Responden berdasarkan Penerapan Metode Komunikasi SBAR antar Perawat saat Proses *Handover*

Tabel 4.5
Distribusi Responden berdasarkan Penerapan Metode Komunikasi SBAR saat Proses *Handover* antarPerawat
RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
Tahun 2018

Distribusi Komunikasi SBAR	Frekuensi (n) = 77	Persentase (%)
Situation		
Kurang Baik	20	26,0
Baik	57	74,0
Background		
Kurang Baik	21	27,3
Baik	56	72,7
Assessment		
Kurang Baik	20	26,0
Baik	57	74,0
Recommendation		
Kurang Baik	23	29,9
Baik	54	70,1

Sumber : Analisa Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.5 di atas, pada variabel *situation* sebagian kecil responden sebanyak 20 orang (26,0%) masuk kategori kurang baik dalam menerapkan komunikasi SBAR, dansebagian besar responden sebanyak 57 orang (74,0%) masuk kategori baik dalam menerapkan komunikasi SBAR. Sementara itu, untuk variabel*background*hampir setengah masuk kategori kurang baik dalam menerapkan komunikasi

SBAR sebanyak 21 orang (27,3%), dansebagian besar responden sebanyak 56 orang (72,7%) masuk kategori baik dalam menjalankan komunikasi SBAR.

Pada variabel *assessment* sebagian kecil masuk kategori kurang baik dalam menerapkan komunikasi SBAR sebanyak 20 orang (26,0%), dansebagian besar responden masuk kategori baik dalam menerapkan komunikasi SBAR sebanyak 57 orang (74,0%). Sementara itu, pada variabel *recommendation*hampir setengahnya masuk kategori kurang baik sebanyak 23 orang (29,9%), dansebagian besar masuk kategori baik dalam menerapkan komunikasi SBAR sebanyak 54 orang (70,1%).

2) Distribusi Responden berdasarkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Tabel 4.6
Distribusi Responden berdasarkan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda
Tahun 2018

Distribusi Budaya Keselamatan Pasien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Kurang Baik	32	41,6
Baik	45	58,4
Total	77	100

Sumber : Analisa Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.6 di atas, menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan penerapan budaya keselamatan pasien hampir setengahnya adalah kurang baik sebanyak 32 orang (41,6%), dan sebagian besar adalah baik sebanyak 45 orang (58,4%).

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan dengan membuat tabel silang antara variabel bebas dan terikat, untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

Analisis untuk mencari hubungan antara variabel bebas dan terikat dengan menggunakan uji *chi-square*. Taraf signifikansi yang digunakan adalah 95%, dan nilai kemaknaan yang dipilih, dengan kriteria yaitu : jika *p value* > 0,05 maka Ho diterima, jika *p value* < 0,05 maka Ho ditolak (Notoatmodjo, 2015).

Berdasarkan hasil uji *chi-square* didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 4.7
Hubungan Metode Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD A. W. Sjahranie Tahun 2018

Metode Komunikasi SBAR	Budaya Keselamatan Pasien				Total		P *value*	OR (95% CI)
	Kurang Baik		Baik					
	n	%	n	%	n	%		
Situation								
Kurang Baik	16	80,0	4	20,0	20	100,0	0,001	10,250 (2,970-35,372)
Baik	16	28,1	41	71,9	57	100,0		
Background								
Kurang Baik	15	71,4	6	28,6	21	100,0	0,003	5,735 (1,900-17,314)
Baik	17	30,4	39	69,6	56	100,0		
Assessment								
Kurang Baik	14	70,0	6	30,0	20	100,0	0,006	5,056 (1,670-15,302)
Baik	18	31,6	39	68,4	57	100,0		
Recommendation								
Kurang Baik	19	82,6	4	17,4	23	100,0	0,001	14,981 (4,311-52,063)
Baik	13	24,1	41	75,9	54	100,0		

Sumber :Analisa Data Primer, 2018

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada tabel 4.7 didapatkan, bahwa penerapan komunikasi SBAR pada variabel *situation* yang kurang baik dengan budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 16 orang (80,0%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 4 orang (20,0%) dengan total 20 responden. Sementara pada penerapan komunikasi SBAR untuk variabel *situation* baik tetapi memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 16 orang (28,1%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 41 orang (71,9%) dengan total 57 responden. Hasil analisis menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai *p value*=0,001 yang artinya secara statistik ada hubungan antara variabel *situation* dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Dari hasil analisis didapatkan juga nilai OR sebesar 10,25 yang artinya perawat dengan komunikasi SBAR pada variabel *situation* kurang baik memiliki risiko 10,25 kali lebih besar dalam menerapkan budaya keselamatan pasien kurang baik, dibandingkan dengan perawat yang memiliki komunikasi SBAR baik pada variabel *situation*.

Penerapan komunikasi SBAR pada variabel *background* kurang baik yang memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 15 orang (71,4%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 6 orang (28,6%) dengan total 21 orang. Sementara pada penerapan komunikasi SBAR untuk variabel

background baik tetapi memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 17 orang (30,4%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 39 orang (69,6%) dengan total 56 orang. Hasil analisis menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai *p value*=0,003 yang artinya sacara statistik ada hubungan antara variabel *background* dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Dari hasil analisis didapatkan juga nilai OR sebesar 5,73 yang artinya perawat dengan komunikasi SBAR pada variabel *background* kurang baik memiliki risiko 5,73 kali lebih besar untuk menerapkan budaya keselamatan pasien kurang baik, dibandingkan dengan perawat yang memiliki komunikasi SBAR baik pada variabel *background*.

Penerapan komunikasi SBAR pada variabel *assessment* kurang baik yang memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 14 orang (70,0%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 6 orang (30,0%) dengan total 20 orang. Sementara pada penerapan komunikasi SBAR untuk variabel *assessment* baik tetapi memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 18 orang (31,6%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 39 orang (68,4%) dengan total 57 orang. Hasil analisis mengunnakan uji *chi square* diperoleh nilai *p value*=0,006 yang artinya secara statistik ada hubungan antara variabel *assessment* dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Dari

hasil analisis didapatkan juga nilai OR sebesar 5,05 yang artinya perawat dengan komunikasi SBAR pada variabel *assessment* kurang baik memiliki risiko 5,05 kali lebih besar untuk menerapkan budaya keselamatan pasien kurang baik, dibandingkan dengan perawat yang memiliki komunikasi SBAR baik pada variabel *assessment*.

Penerapan komunikasi SBAR pada variabel *recommendation* kurang baik yang memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 19 orang (82,6%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 4 orang (17,4%) dengan total 23 orang. Sementara penerapan komunikasi SBAR pada variabel *recommendation* baik tetapi memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik sebanyak 13 orang (24,1%), dan yang memiliki budaya keselamatan pasien baik sebanyak 41 orang (75,9%) dengan total 54 orang. Hasil analisis menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai *p value*=0,001 yang artinya secara statistik ada hubungan antara variabel *recommendation* dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda. Dari hasil analisis didapatkan juga nilai OR sebesar 14,98 yang artinya perawat dengan komunikasi SBAR pada variabel *recommendation* kurang baik memiliki risiko 14,98 kali lebih besar untuk menerapkan budaya keselamatan pasien kurang baik dibandingkan dengan perawat yang memiliki komunikasi SBAR baik pada variabel *recommendation*.

C. Pembahasan

1. Hasil Analisa Univariat

a. Karakteristik Responden

Pada karakteristik responden dibahas tentang jenis kelamin, umur, pendidikan, dan lama bekerja, sebagai berikut:

1) Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 55 orang (71,4%), sedangkan hampir setengahnya berjenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang (28,6%). Hasil penelitian ini didukung dengan laporan PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) tahun 2017 bahwa sebagian besar perawat di Indonesia didominasi oleh perempuan (71%) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Ini dikarenakan perempuan dalam memberikan pelayanan keperawatan lebih teliti dan sabar, termasuk dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan.Perempuan juga memiliki kecakapan berkomunikasi yang lebih baik dibandingkan laki-laki. Hal ini juga dibuktikan saat penelitian berlangsung, kebanyakan yang melakukan laporan saat proses *handover* antar *shift* dilakukan oleh perawat perempuan.

Menurut Robbins (2006), jenis kelamin seseorang tidak memiliki perbedaan yang signifikan dalam suatu kinerja

seseorang. Perbedaan cenderung pada faktor psikologis, perempuan cenderung mematuhi otoritas yang diberikan sedangkan laki-laki lebih agresif pada penghargaan sukses.

2) Umur

Sesuai dengan hasil penelitian, didapatkan karakteristik responden berdasarkan kelompok umur dengan presentase sebagian besar memiliki kelompok umur 25-35 tahun sebanyak 44 orang (57,1%). Sementara masing-masing sebagian kecil pada kelompok umur < 25 tahun sebanyak 14 orang (18,2%), 36-45 tahun sebanyak 15 orang (19,5%), dan pada kelompok umur > 45 tahun sebanyak 4 orang (5,2%).

Umur dikelompokkan berdasarkan kategori Depkes (2009). Dari hasil penelitian rentang usia terbanyak pada kelompok 25-35 tahun, yang dikategorikan sebagai dewasa awal. Asumsi peneliti kategori dewasa cenderung memiliki tingkat kematangan berpikir yang baik dan lebih bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukannya. Termasuk dalam kecakapan berkomunikasi dan memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang optimal.

Hal ini didukung oleh pendapat Notoatmodjo (2011), umur bagi seorang pekerja akan mempengaruhi penerimaan beban kerja. Seorang pekerja yang mempunyai umur relatif dewasa lebih mudah mempunyai kemampuan yang lebih baik untuk memikul beban kerja dibandingkan umur pekerja yang lebih tua.

3) Pendidikan

Sesuai dengan hasil penelitian pada karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir, didapatkan hampir seluruhnya adalah DIII Keperawatan sebanyak 64 orang (83,1%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi, Suryani, dan Sayono (2013) yang berjudul Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja dengan Kelengkapan Pengisian Dokumen Pengkajian Asuhan Keperawatan di RSUD Tugurejo. Hasil yang diperoleh adalah sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir DIII Keperawatan (60,2%).

Selain itu, hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Lestari dan Suryani (2014) yang berjudul Pengaruh Operan dengan Metode Komunikasi SBAR terhadap Pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan di Ruang Flamboyan II RSUD Kota Salatiga dengan hasil sebagian besar perawat mempunyai pendidikan terakhir DIII Keperawatan (67%).

Program pendidikan DIII Keperawatan menghasilkan perawat generalis, sebagai perawat vokasional (Ahli Madya Keperawatan), dikembangkan dengan landasan ilmu yang cukup dan profesi yang kukuh.Perawat dengan latar belakang vokasional diharapkan memiliki tingkah laku, kemampuan, serta

kompetensi dalam melaksanakan asuhan atau praktik keperawatan secara profesional terutama dalam berkomunikasi. Selain itu, perawat yang memiliki pendidikan terakhir DIII Keperawatan diharapkan mampu mengelola praktik keperawatan yang dilakukan sesuai kebutuhan pasien, serta memiliki kemampuan meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan cara memanfaatkan IPTEK keperawatan yang maju secara tepat (Nursalam, 2011).

Selain DIII Keperawatan, pendidikan terakhir responden masing-masing sebagian kecil DIV Keperawatan sebanyak 6 orang (7,8%), Ners (Profesi) sebanyak 6 orang (7,8%), dan S1 Keperawatan sebanyak 1 orang (1,3%). Kemampuan kerja seseorang berkaitan erat dengan tingkat pendidikan yang telah ditetapkan untuk ditempuh sebagai tenaga perawat.Tenaga perawat yang memiliki pendidikan memadai sesuai profesinya diharapkan memiliki kemampuan yang baik dalam memberikan pelayanan medis dan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan pasien, serta menjamin keselamatan pasien. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Astriana, Noor, dan Sidin (2014), bahwa ada hubungan tingkat pendidikan dengan kinerja keselamatan pasien.

4) Lama Bekerja

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa, hampir setengah responden memiliki lama kerja < 5 tahun sebanyak 38 orang (49,4%), dan lainnya memiliki lama kerja 5-10 tahun sebanyak 29 orang (37,7%), dan sebagian kecil > 10 tahun sebanyak 10 orang (13,0%).

Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Aswardz, Noor dan Mangilep (2017) yang berjudul Hubungan Komunikasi Efektif dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dengan hasil sebagian besar perawat memiliki lama kerja 4-5 tahun (54,6%).

Meskipun hampir setengah responden perawat memiliki lama kerja < 5 tahun, tapi mereka memiliki pengetahuan keselamatan pasien dan komunikasi SBAR yang baik.Perawat dengan lama kerja lebih lama belum tentu menjamin bahwa ilmu yang mereka miliki lebih *update*.Meskipun pengalaman kerja lebih banyak.Namun, seiring berkembangnya zaman otomatis perawat harus menyesuaikan dan terus meng-*update* ilmu yang mereka miliki terutama dalam hal *patient safety*. RSUD A. W. Sjahranie sedang proses dalam pencapaian akreditasi JCI, sehubungan dengan hal tersebut mereka terus berbenah dan meningkatkan kualitas pelayanan. Begitupun dengan penerapan budaya keselamatan pasien dan metode komunikasi SBAR dalam proses *handover* antar *shift*.

b. Distribusi Variabel

1) Metode Komunikasi SBAR

Kerangka komunikasi efektif yang digunakan di Rumah Sakit adalah komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), metode ini digunakan saat perawat melakukan proses *handover* dalam menyapaikan kondisi pasien. Adapun prinsip-prinsip dalam penggunaan komunikasi SBAR dan komponen yang harus dikomunikasikan menurut Leonard, Bonacum dan Graham (2017) dan Kemenkes Badan PPSDMK tahun 2017 dalam Manajemen Keselamatan Pasien (Tutiany, Lindawati & Paula, 2017), adalah sebagai berikut :

Pada variabel *situation* perawat saat *handover* antar *shift* menyebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk dan hari perawatan, dokter penanggung jawab, diagnosa medis, serta menjelaskan secara singkat masalah atau keluhan pasien. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden sebanyak 57 orang (74,0%) masuk kategori baik pada variabel *situation*. Sementara sebagian kecil responden sebanyak 20 orang masuk kategori kurang baik.Hal ini dikarenakan tidak semua perawat menyebutkan tanggal masuk atau lama hari perawatan pasien.Kebanyakan ditemukan di bangsal rawat

inap.Bisa saja hal ini terjadi dikarenakan terlalu banyak pasien yang dirawat sehingga perawat tidak bisa maksimal dalam menyampaikan laporan sesuai prosedur, dan dianggap mengulur waktu.Pentingnya menyebutkan lama hari perawatan pasien dapat dijadikan sebagai acuan dalam memaksimalkan pelayanan dan peningkatan mutu Rumah Sakit. Menurut Departemen Kesehatan RI (2005), salah satu indikator mutu pelayanan Rumah Sakit adalah lama hari rawat pasien.

Pada variabel *background* perawat menyampaikan latar belakang atau masalah pasien seperti, menjelaskan terkait tindakan dari setiap masalah keperawatan pasien, riwayat alergi dan pembedahan, pemasangan alat invasif serta pemberian obat dan cairan infus, juga hasil identifikasi terhadap pengetahuan pasien tentang penyakitnya. Berdasarkan hasil penelitian pada variabel *background* sebagian besar responden sebanyak 56 orang (72,7%) masuk dalam kategori baik. Sesuai dengan pengamatan yang dilakukan, bahwa perawat melaporkan setiap pemasangan alat invasif serta pemberian obat dan cairan infus, riwayat alergi dan pembedahan. Sedangkan hampir setengah masuk kategori kurang baik sebanyak 21 orang (27,3%). Hal ini dikarenakan ada beberapa perawat yang tidak menyebutkan pasien memiliki alergi atau tidak.Menyebutkan riwayat alergi pasien bertujuan untuk menghindari dampak kesalahan yang

tidak diinginkan dan kesalahan dalam pemberian obat.Biasanya perawat hanya menyebutkan riwayat alergi pasien terhadap obat saat pertama kali masuk ruang perawatan. Hal ini didukung karena belum adanya SOP dan konsep baku yang ditentukan oleh pihak Rumah Sakit. Sehingga dari beberapa temuan perawat hanya menyampaikan hal-hal yang dianggap penting saja.

Pada variabel *assessment*, seorang perawat menjelaskan secara lengkap hasil pengkajian pasien terkini dan pemeriksaan penunjang yang mendukung kondisi klinik seperti hasil Lab, Rontgen dan lainnya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, didapatkan bahwa sebagian besar responden masuk kategori baik sebanyak 57 orang (74,0%). Terkait pengkajian kondisi pasien terkini, hampir semua perawat menyebutkan tanda-tanda vital dan hasil pemeriksaan Lab terakhir. Sedangkan sebagian kecil, sebanyak 20 orang (26,0%) masuk dalam kategori kurang baik. Pada pengamatan ketika *handover* didapatkan kebingungan yang dihadapi perawat saat mengkomunikasikan mengenai kondisi klink yang mendukung.Hal ini bisa terjadi dikarenakan pemahaman yang kurang mengenai aplikasi SBAR secara rinci dalam langkah penerapannya.

Sementara pada variabel *recommendation*, perawat akan menjelaskan dan menanyakan tindakan yang harus dilanjutkan,

dimodifikasi, atau dihentikan. Pada komponen ini perawat memiliki kesempatan untuk berdiskusi dan berpikir untuk merekomendasikan pengobatan bersama perawat lain dan dokter (Leonard, Bonacum, & Graham, 2017). Berdasarkan hasil penelitian pada variabel *recommendation* sebagian besar responden masuk kategori baik sebanyak 54 orang (70,1%). Pelaksanaan komponen ini diharapkan mencapai 100% karena pada bagian ini perawat seharusnya memberikan rekomendasi atau saran-saran yang harus dilakukan pada *shift* berikutnya. Tidak hanya intervensi/tindakan medis saja, tetapi juga ditekankan dalam pemberian asuhan keperawatan.Berdasarkan pengamatan yang dilakukan selama penelitian didapatkan kurangnya pemahaman mengenai aplikasi dari komponen ini. Didapatkan bahwa hampir setengah responden masuk kategori kurang baik sebanyak 21 orang (27,3%). Lestari dan Suryani (2014) dalam penelitiannya menekankan bahwa komunikasi antar perawat pada pergantian *shift*, harus dapat dimaksimalkan. SBAR hanyalah satu metode komunikasi yang dapat membantu mengkomunikasikan informasi tentang pasien, bukan hanya dilihat dari aspek medis saja, akan tetapi dilihat dari aspek asuhan keperawatan. SBAR dapat digunakan untuk membantu mempermudah operan karena SBAR dapat membantu perawat

mengurutkan tahapan apa saja yang harus dilaporkan sehingga informasi tentang pasien tidak ada yang terlewatkan.

Berdasarkan pengamatan dan hasil observasi secara keseluruhan pelaksanaan metode komunikasi SBAR saat proses *handover* antar *shift*, yang dilakukan oleh perawat RSUD A. W. Sjahranie Samarinda sudah termasuk cukup baik. Hal ini dapat terjadi karena pemahaman yang semakin bertambah mengenai penerapan SBAR. Kebiasaan lama mengenai cara*handover* perawat juga berpengaruh terhadap penerapan SBAR ini. SBAR merupakan alat komunikasi yang direkomendasikan oleh WHO.SBAR merupakan metode terstruktur untuk mengkomunikasikan informasi penting yang membutuhkan perhatian dan tindakan segera. SBAR berkontribusi dalam peningkatan efektifitas manajemen dan meningkatkan keselamatan pasien (Raymond & Harrison, 2014). Itu sebabnya RSUD A. W. Sjahranie mulai menerapkan komunikasi SBAR dalam proses *handover*, meskipun dalam penerapannya belum maksimal.

2) Budaya Keselamatan Pasien

Hasil penelitian mengindikasikan bahwa penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat sebagian besar adalah baik, sebanyak 45 orang (58,4%). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aswardz, Noor, dan Mangilep (2017) yang

menunjukkan presentase perawat pelaksana dalam menerapkan budaya keselamatan pasien lebih banyak yang mempersepsikan baik dibandingkan perawat yang mempersepsikan kurang baik.

Sejalan dengan definisi budaya keselamatan pasien sebagai produk dari nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, style dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program *patient* safety (keselamatan pasien) (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2016). Hasil penelitian yang menunjukkan gambaran perawat pelaksana dalam menerapkan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda ini sebenarnya perlu mendapatkan perhatian serius dari pihak PMKP. Meskipun presentase perawat yang mempersepsikan dirinya menerapkan budaya keselamatan pasien secara baik lebih tinggi daripada perawat yang mempersepsikan dirinya kurang baik dalam menerapkan budaya keselamatan pasien, namun masih ada hampir setengahnya sebanyak 32 orang (41,6%) yang menilai dirinya kurang baik dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Asumsi peneliti jumlah ini relatif banyak, hal ini menandakan bahwa belum seluruh perawat menerapkan budaya keselamatan pasien dengan baik. Perlu ditekankan pula terkait faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, seperti kepemimpinan, kerja tim, berbasis bukti,

komunikasi, pembelajaran, tepat, dan berfokus pada pasien (Sammer *et al*., 2010).

Berdasarkan hasil penelitian, dari 12 dimensi yang diteliti yang memiliki nilai terendah berada pada dimensi *organizational learning* atau perbaikan berkelanjutan.Dimana pentingnya evaluasi dan peningkatan pembelajaran terhadap keselamatan pasien.Termasuk menjadikan kesalahan yang terjadi sebagai pemicu untuk perubahan ke arah yang lebih baik.

2. Hasil Analisa Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan adanya hubungan bermakna antara metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan penerapan budaya keselamatan pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Elsa, Rivai, dan Mangilep(2016) yang menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara komunikasi efektif perawat dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

Marjani (2015) juga membuktikan bahwa ada pengaruh dalam penggunaan metode komunikasi SBAR terhadap penurunan insiden keselamatan pasien di ruang medikal bedah RS.Panti Waluyo Surakarta. Penelitian yang dilakukan oleh Aswardz, Noor, dan Mangilep (2017) juga semakin menguatkan bahwa adanya hubungan

metode komunikasi efektif dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

Metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) adalah kerangka teknik komunikasi efektif yang digunakan antar tim pelayanan kesehatan dalam berkomunikasi untuk menyampaikan kondisi pasien. Salah satu tujuan dari penggunaan komunikasi SBAR menurut Kemenkes Badan PPSDMK tahun 2017, adalah meningkatkan dan mengembangkan budaya keselamatan pasien (*patient safety*). Hal ini juga didukung oleh *Joint Commission International* tahun 2014 yang menyatakan bahwa sasaran keselamatan pasien kedua adalah komunikasi efektif salah satunya dengan penggunaan metode komunikasi SBAR saat *handover* antar *shift*.

Menurut pengakuan dari komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD A. W. Sjahranie, mereka sedang dalam proses berbenah terutama meningkatkan pelayanan Rumah Sakit menuju akreditasi JCI. Salah satunya dengan penerapan metode komunikasi SBAR saat proses *handover* antar *shift*, yang hanya saja pelaksanaannya belum maksimal karena belum menggunakan konsep yang baku dan pelaksanaannya belum sesuai dengan SOP.

Asumsi peneliti bahwa perawat yang memiliki budaya keselamatan pasien baik cenderung menerapkan metode komunikasi SBAR juga secara baik, sedangkan perawat yang memiliki budaya keselamatan pasien kurang baik cenderung menerapkan metode komunikasi SBAR

juga kurang baik.Hal ini didukung karena perawat yang memiliki budaya keselamatan pasien baik memiliki pemahaman positif terhadap pentingnya informasi kondisi pasien.Sebagaimana halnya komunikasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien.Budaya komunikasi merupakan suatu kondisi dimana seorang perawat mampu menangani masalah pekerjaan dan memiliki hak serta tanggung jawab dalam menyampaikan kondisi pasien. Dalam komunikasi memberikan umpan balik atau membangun kepercayaan dan keterbukaan merupakan sifat penting dari budaya keselamatan pasien (Idris, 2017).

Sesuai dengan penuturan Permanente(2013), SBAR adalah mekanisme komunikasi yang kuat mudah diingat berguna untuk membingkai setiap percakapan, terutama yang kritis, yang membutuhkan perhatian segera terhadap klinis dan tindakan. Hal ini memungkinkan cara yang mudah dan terfokus untuk menetapkan harapan tentang apa yang akan dikomunikasikan dan bagaimana komunikasi antara anggota tim, yang sangat penting untuk mengembangkan kerja tim dan meningkatkan budaya keselamatan pasien. Nagammal*et al.*(2016), juga menambahkan bahwa teknik komunikasi SBAR memiliki kerangka yang terstruktur dengan harapan dapat meningkatkan komunikasi dan telah terbukti dalam memastikan keselamatan pasien.

RSUD A. W. Sjahranie Samarinda diharapkan dapat terus mengembangkan penerapan metode komunikasi SBAR pada proses *handover* antar *shift*. Mulai dari menetapkan konsep yang baku sesuai SOP dan menjelaskan secara rinci tahapan aplikasi SBAR kepada perawat sehingga nantinya tidak menimbulkan kebingungan dan menciptakan pemahaman yang selaras. Seiring terus berjalannya salah satu sasaran keselamatan pasien yaitu komunikasi efektif, dibarengi sasaran yang lain, penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda akan terus membaik dan positif. Sehingga nantinya tercipta mutu pelayanan yang terstandar dan menjamin keselamatan pasien.

Selain itu, juga diperlukan adanya pelatihan terakit metode komunikasi SBAR dan *patient safety* lainnya. Harapan peniliti hal tersebut akan semakin memaksimalkan keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatimah dan Rosa(2014) bahwa metode komunikasi SBAR mampu meningkatkan mutu operan jaga dan peningkatan yang bermakna setelah diberikan pelatihan komunikasi SBAR kepada perawat. Begitupun dengan penelitian yang dilakukan oleh Yu dan Kang(2015) bahwa pendidikan komunikasi SBAR memberikan kejelasan bagi perawat dalam berkomunikasi, pengorganisasian informasi, dan keselamatan pasien membaik.

POLITEKNIK KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, sehingga dapat ditarik kesimpulan, sebagai berikut :

1. Karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin yaitu sebagian besar adalah perempuan sebanyak 55 orang (71,4%), untuk kelompok umur sebagian besar 25-35 tahun sebanyak 44 orang (57,1%), pendidikan terakhir hampir seluruhnya adalah DIII Keperawatan sebanyak 64 orang (83,1%), dan lama kerja sebagian besar responden adalah < 5 tahun sebanyak 43 orang (55,8%).
2. Distribusi penerapan metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) berdasarkan variabel *situation* yaitu sebagian besar responden sebanyak 57 orang (74,0%) masuk dalam kategori baik. Pada variabel *recommendation* sebagian besar responden sebanyak 56 orang (72,7%) masuk dalam kategori baik. Variabel *assessment* didapatkan bahwa sebagian besar responden sebanyak 57 orang (74,0%) berada dalam kategori baik. Sementara pada variabel *recommendation* sebagian besar sebanyak 54 orang (70,1%) dalam kategori baik.
3. Distribusi penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda didapatkan bahwa hampir setengahnya adalah

kurang baik sebanyak 32 orang (41,6%), dan sebagian besar adalah baik sebanyak 45 orang (58,4%).

4. Ada hubungan yang signifikan antara metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukkan atau sumber informasi serta dasar pengetahuan bagi para mahasiswa khususnya dibidang keperawatan tentang keterkaitan hubungan metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dengan penerapan budaya keselamatan pasien.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi landasan yang kuat untuk penelitian-penelitian yang selanjutnya.Saran untuk peneliti selanjutnya agar meniliti menggunakan metode *probability sampling* sehingga menggeneralisasi populasi.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan penerapan metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) dan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit.

4. Bagi Profesi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukkan dan acuan bagi profesi perawat untuk membudayakan dan meningkatkan lebih baik suatu komunikasi yang efektif pada saat proses *handover* atau timbang terima antar *shift* dalam mencegah terjadinya kesalahan akibat komunikasi.

DAFTAR PUSTAKA

Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. U.S. Department of Health and Human Services.

Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Astriana, Noor, N. B., & Sidin, A. I. (2014). Hubungan Pendidikan, Masa Kerja, dan Beban Kerja dengan Keselamatan Pasien RSUD Haji Makassar, 1–8.

Aswardz, H. W., Noor, N. B., & Mangilep, A. U. A. (2017). Hubungan Komunikasi Efektif dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. *Departemen Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin*, 1.

Birmingham, P., Buffum, M. D., Blegen, M. A., & Lyndon, A. (2015). Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *Western Journal of Nursing Research*, *37*(11), 1458–1478. https://doi.org/10.1177/0193945914539052

Departemen Kesehatan RI. (2005). *Indikator Kinerja Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta Timur: Trans Info Media (TIM).

Elsa, M. S., Rivai, F., & Mangilep, A. U. A. (2016). Hubungan Komunikasi Efektif Perawat dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD I Lagaligo. *Universitas Hasanuddin*, 0.

Fatimah, F. S., & Rosa, E. M. (2014). Efektivitas Pelatihan Patient Safety ; Komunikasi S-BAR pada Perawat dalam Menurunkan Kesalahan Pemberian Obat Injeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Effectiveness Patient Safety Training ; SBAR Communication in Nursing to Reduce of Er, *2*(1), 32–41.

Fleming, M., & Wentzell, N. (2008). Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, *11*(3 Spec No.), 10–5. https://doi.org/10.12927/hcq.2013.19604

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), 168–174. https://doi.org/10.15171/hpp.2017.30

Hilda, & Noorhidayah. (2016). Model Pembentukan Niat Perawat dalam Menerapkan Patient Safety Melalui Pendekatan Theory of Planned Behavior/TPB.

Idris, H. (2017). Dimensi Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, *Volume 8*, 1–9.

Joint Commission International. (2014). Joint Commission International Accreditation Standards for Hosipitals. *Joint Commission Resources*.

KARS Accreditation System. (2017). RS Umum Daera Abdul Wahab Sjahranie. Retrieved from http://202.70.136.52/rsonline/data_view.php?editid1=1314

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Situasi Tenaga Keperawatan Indonesia 2017. https://doi.org/http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20perawat%202017.pdf

Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit.

Komite Keselamatan Pasein Rumah Sakit (KKPRS). (2012). *Laporan IKP Tahun 2011*.

Leonard, M., Bonacum, D., & Graham, S. (2017). SBAR : Situation-Background-. *Institute for Healthcare Improvement*.

Lestari, D., & Suryani, M. (2014). Pengaruh Operan Dengan Metode Sbar Terhadap Pendokumentasian Implementasi Dan Evaluasi Asuhan Keperawatandi Ruang. *Karya Ilmiah S. 1*. Retrieved from http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/e-journal/index.php/ilmukeperawatan/article/view/262

Marjani, F. (2015). Pengaruh Dokumentasi Timbang Terima Pasien dengan Metode SBAR terhadap Insiden Keselamatan Pasien di Ruang Medikal Bedah RS. Panti Waluyo Surakarta. *Stikes Kusuma Husada Surakarta*, 1–63.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan menteri kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Dengan*, 5–6.

Murray, M. (2016). Implementing SBAR Training with Acute Care Nurses, 1–75.

Retrieved from http://uknowledge.uky.edu/dnp_etds/90

Nagammal, S., Nashwan, A. J., Nair, S. L., & Susmitha, A. (2016). Nurses' Perceptions Regarding Using the SBAR Tool for Handoff Communication in a Tertiary Cancer Center in Qatar. *Journal of Nursing Education and Practice*, *7*(4), 103–110. https://doi.org/10.5430/jnep.v7n4p103

Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat, Ilmu & Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2013). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (3rd ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Permanente, K. (2013). Institute for Healthcare Improvement: SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. Retrieved May 24, 2018, from http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

Pratiwi, P. P., Suryani, M., & Sayono. (2013). Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja dengan Kelengkapan Pengisian Dokumentasi Pengkajian Asuhan Keperawatan di RSUD Tugurejo Semarang. *STIKES Telogorejo*, 1–13.

Raymond, M., & Harrison, M. C. (2014). The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. *South African Medical Journal*, *104*(12), 850–852. https://doi.org/10.7196/SAMJ.8684

Riesenberg, L. A. (2012). Shift-to-Shift Handoff Research: Where Do We Go From Here? *Journal of Graduate Medical Education*, *4*(1), 4–8. https://doi.org/10.4300/JGME-D-11-00308.1

Robbins, S. P. (2006). *Perilaku Organisasi* (Kesepuluh). Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia.

Sammer, C. E. R., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of The Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x

Tews, M. C., Liu, J. M., & Treat, R. (2012). Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) and Emergency Medicine Residents' Learning of

Case Presentation Skills. *Journal of Graduate Medical Education*, *4*(3), 370–373. https://doi.org/10.4300/JGME-D-11-00194.1

The Joint Commission. (2016). Sentinel Event Statistics Released for 2015, (April).

Tutiany, Lindawati, & Paula, K. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien* (Edisi Tahu). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Culture : Foundations of Excellent. *Nephrology Nursing Journal*, *41*(5), 447–457.

Yu, M., & Kang, K. J. (2015). SBAR report competency and communication clarity of handover in Korean nursing students. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, *7*(6), 189–200. https://doi.org/10.14257/ijbsbt.2015.7.6.19