



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELATIHAN KOMUNIKASI SBAR TERHADAP
PENGETAHUAN DAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM
TIMBANG TERIMA PASIEN ANTAR *SHIFT*
DI RUMAH SAKIT**

TESIS

**DIAN ANGGRAINI
1306345680**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPEMIMPINAN
DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
DESEMBER 2015**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELATIHAN KOMUNIKASI SBAR TERHADAP
PENGETAHUAN DAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM
TIMBANG TERIMA PASIEN ANTAR *SHIFT*
DI RUMAH SAKIT**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**DIAN ANGGRAINI
1306345680**


**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPEMIMPINAN
DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
DESEMBER 2015**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dian Anggraini

NPM : 1306345680

Tanda Tangan : 

Tanggal : Desember 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Dian Anggraini
NPM : 1306345680
Program studi : Magister Ilmu Keperawatan, peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul tesis : Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbangan terima pasien antar *shift* di Rumah Sakit

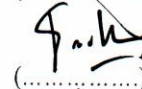
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelas Magister Keperawatan pada Program Studi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Dr. Enie Novieastari, S.Kp., MSN



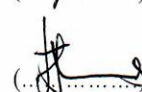
Pembimbing 2 : Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed.



Penguji 1 : Dr. Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS.



Penguji 2 : Sugih Asih, S.Kp., M.Kep.



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Desember 2015

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dian Anggraini
NPM : 1306345680
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul "Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* di Rumah Sakit" beserta perangkat yang ada diperlukan.

Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 1 Desember 2015

Yang menyatakan



(Dian Anggraini)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karuniaNya, sehingga saya dapat menyelesaikan tesis berjudul “Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbangan terima pasien antar *shift di* Rumah Sakit”. Laporan tesis ini dimaksudkan untuk memenuhi syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, khususnya kepada:

1. Ibu Dra. Junaiti Sahar, M.App.Sc., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dr. Novy Helena CD, S.Kp., M.Sc. selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Dr. Enie Novieastari, S.Kp., MSN., selaku pembimbing 1 dan Ibu Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed., selaku pembimbing 2, yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
4. Seluruh staf pengajar khususnya Ibu Dr. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.,Sc. selaku Pembimbing Akademik yang menjadi inspirasi dan memotivasi penulis agar dapat menyelesaikan studi dengan baik.
5. Staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu menyediakan fasilitas yang dibutuhkan peneliti.
6. Pihak manajemen RS dan staf perawat tempat penelitian yang telah membantu dalam proses penyusunan tesis ini.
7. Orang tua dan keluarga, khususnya suami tercinta yang telah memberikan bantuan dan dukungan material dan moral, dan
8. Teman-teman angkatan 2013 peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang telah memberikan semangat dan dukungan yang terbaik.

Saya menyadari tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, saya mengharapkan saran dan masukan menuju arah yang lebih baik dari semua pihak untuk pengembangan tesis ini. Akhirnya, semoga tesis ini bermanfaat.

Depok, Desember 2015

Penulis

ABSTRAK

Nama : Dian Anggraini
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* di Rumah Sakit

Timbang terima adalah salah satu bentuk komunikasi antar profesi dan merupakan kegiatan rutin yang dilakukan perawat untuk menyampaikan informasi tentang kondisi pasien. Komunikasi dengan alur *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) adalah salah satu metode komunikasi efektif yang jelas, fokus, dan terstruktur. Tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi perbedaan pengetahuan dan kemampuan perawat setelah pelatihan, desain penelitian dengan *pre-eksperiment* dengan *pre-post* tanpa kelompok kontrol, sampel penelitian seluruh Perawat Primer dan Penanggung Jawab *shift* (n= 17), analisis data dengan uji t berpasangan dan uji Wilcoxon. Ada perbedaan yang bermakna rerata pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan (p value < 0,001), ada perbedaan yang bermakna rerata kemampuan perawat sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* (p value < 0,001). Efektifitas pelaksanaan komunikasi SBAR perlu dukungan dari pihak manajerial dan komitmen perawat, dengan adanya pedoman komunikasi efektif dengan metode SBAR, motivasi, mentoring, dan supervisi, serta pengembangan pendidikan yang berkelanjutan.

Kata kunci: Komunikasi, SBAR, pelatihan, pengetahuan, kemampuan, timbang terima

ABSTRACT

Name : Dian Anggraini
Study Program : Master of Nursing
Title : *The influence SBAR communication training toward the knowledge and capabilities of nurses in patient handover between shifts at the hospital*

Handover is a form of communication among the professions as routine activities carried out by the nurses to give information about the patient's condition. Communication with the groove Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) is one of the effective clear, focused and structured communication method. The objective of this research is to identify differences in the knowledge and ability of nurses after training, research design with pre-experiment with pre-post without a control group, the study sample whole Nurses Primary and responsible shift (n = 17), data analysis with paired t test and Wilcoxon test. There is a significant difference in the average nurse's knowledge before and after training (p value <0.001), and there is a significant difference means the ability of nurses before and after training SBAR communication in shifts handover (p value <0.001). Effective implementation of the SBAR communication needs of the managerial support and commitment of nurses, with the guidance effective methods SBAR communication, motivation, mentoring, and supervision, as well as the development of continuing education.

Keywords: Communication, SBAR, training, knowledge, abilities, handover

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	9
1.3 Tujuan penelitian.....	10
1.4 Manfaat penelitian.....	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Manajemen Keperawatan.....	12
2.1.1 Fungsi perencanaan.....	12
2.1.2 Fungsi pengorganisasian.....	12
2.1.3 Fungsi ketenagaan.....	13
2.1.4 Fungsi Pengarahan.....	14
2.1.5 Fungsi pengendalian.....	14
2.2 Konsep timbang terima.....	15
2.2.1 Pengertian.....	15
2.2.2.Tujuan.....	15
2.2.3 Komponen.....	15
2.2.4.Efektitas timbang terima.....	17
2.2.5 Dampak timbang terima.....	17
2.3 Konsep komunikasi.....	18
2.3.1 pengertian komunikasi.....	18
2.3.2 proses komunikasi.....	18
2.3.3.Jenis komunikasi.....	19
2.3.4 Hambatan dalam komunikasi.....	21
2.4 Komunikasi SBAR.....	21
2.4.1 Sejarah komunikasi SBAR.....	22
2.4.2 Komponen SBAR.....	21
2.4.3.Manfaat komunikasi SBAR.....	23
2.5 Pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima.....	23

2.6	Pengetahuan.....	27
	2.5.1 Pengertian.....	27
	2.6.2 Tingkatan pengetahuan.....	28
2.7	Pelatihan.....	29
	2.7.1 Pengertian pelatihan.....	29
	2.7.2 Tujuan pelatihan.....	30
	2.7.3 Jenis pelatihan.....	30
	2.7.4 Manfaat pelatihan.....	31
2.8	Karakteristik perawat.....	32
	2.8.1 usia.....	32
	2.8.2 Jenis kelamin.....	33
	2.8.3 Pendidikan.....	32
	2.8.4 Masa kerja.....	34
2.9	Kerangka teori.....	34
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL		36
3.1	Kerangka konsep.....	36
3.2	Hipotesis.....	37
3.3	Definisi operasional.....	37
BAB 4 METODE PENELITIAN		39
4.1	Desain penelitian.....	39
4.2	Populasi dan sampel.....	40
4.3	Waktu dan tempat penelitian.....	40
4.4	Etika penelitian.....	41
4.5	Alat pengumpul data.....	43
4.6	Pengujian instrument.....	46
4.7	Prosedur pengumpulan data.....	48
4.8	Pengolahan dan analisis data.....	51
BAB 5 HASIL PENELITIAN		53
5.1	Gambaran karakteristik PP atau PJ <i>shift</i>	53
5.2	Perbedaan pengetahuan PP atau PJ <i>shift</i> sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i>	54
5.3	Perbedaan kemampuan PP atau PJ <i>shift</i> sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i>	55
BAB 6 PEMBAHASAN		
6.1	Gambaran karakteristik PP atau PJ <i>shift</i>	58
6.2	Pengetahuan PP atau PJ <i>shift</i> sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i> di RS	59
6.3	Kemampuan PP atau PJ <i>shift</i> sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i> di RS	61

6.4	Keterbatasan penelitian.....	65
6.5	Implikasi keperawatan	66
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN		69
7.1	Simpulan	69
7.2	Saran	69
DAFTAR REFERENSI		71
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi operasional variabel penelitian.....	37
Tabel 4.1	Distribusi populasi perawat di RS.....	40
Tabel 4.2	Kisi-kisi kuesioner tentang komunikasi SBAR dan timbang terima pasien	44
Tabel 4.3	Kisi-kisi instrumen C: lembar observasi komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i>.....	45
Tabel 4.4	Hasil uji <i>InterRater reliability</i>	47
Tabel 4.5	Kerangka kerja pelaksanaan kegiatan penelitian.....	50
Tabel 4.6	Analisa bivariante.....	52
Tabel 5.1	1Distribusi frekuensi PP atau PJ shift berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan Mei 2015 (n= 17).....	53
Tabel 5.2	Distribusi PP atau PJ <i>shift</i> berdasarkan umur dan masa kerja Mei 2015 (n= 17).....	54
Tabel 5.3	Pengetahuan PP atau PJ <i>shift</i> sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar Shift Mei 2015 (n=17).....	54
Tabel 5.4	Perbedaan pengetahuan PP atau PJ <i>Shift</i> sebelum dan sesudah dilakukan Pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima antar <i>shift</i> Mei 2015 (n=17).....	55
Tabel 5.5	Rerata kemampuan Perawat PP atau PJ <i>Shift</i> sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima antar <i>shift</i> bulan Mei 2015.....	56
Tabel 5.6	Perbedaan kemampuan PP Atau PJ <i>Shift</i> sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i> di RS.....	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Proses komunikasi.....	19
Gambar 2.2	Sistem model pelatihan.....	32
Gambar 2.3	Kerangka teori	35
Gambar 3.1	Kerangka konsep penelitian.....	36
Gambar 4.1	Desain <i>pre experiment one group pre-post test design</i> tanpa kontrol.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner penelitian
- Lampiran 2 Lembar penjelasan penelitian
- Lampiran 3 Lembar persetujuan penelitian
- Lampiran 4 Lembar observasi
- Lampiran 5 Modul pelatihan
- Lampiran 6 Surat-surat penelitian
- Lampiran 7 Daftar riwayat hidup peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit (RS) merupakan suatu lembaga yang memberikan pelayanan yang kompleks dan beragam, dimana Rumah Sakit sebagai lembaga usaha juga berfungsi sebagai lembaga sosial, dalam hal ini RS dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu. Peningkatan mutu Rumah sakit harus memiliki suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan (Depkes RI, 2006). Salah satu pelayanan yang dianggap penting dalam menjaga mutu pelayanan di Rumah Sakit yaitu pelayanan keperawatan, dimana tenaga perawat memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien 24 jam selama pasien berada di Rumah Sakit.

Pelayanan keperawatan yang bermutu yaitu dengan memberikan pelayanan prima, dimana menurut Sitorus dan Rumondang (2011) untuk meningkatkan pelayanan yang berkualitas, efisien, dan efektif, serta fokus terhadap pemenuhan kebutuhan dan keinginan penerima layanan baik internal maupun eksternal yaitu dengan pelayanan prima. Terdapat dua aspek yang penting dalam pelayanan prima yaitu pemberi pelayanan dan penerima layanan. Pemberi pelayanan di Rumah Sakit adalah seluruh karyawan yang bekerja memberikan pelayanan pada pelanggan yang berkualitas, sedangkan penerima layanan adalah individu atau unit yang menikmati atau membeli jasa atau pelayanan dengan harapan mendapatkan keuntungan ataupun kepuasan.

Pelayanan keperawatan yang berkualitas tergantung pada pemimpin atau manajer dalam menentukan bagaimana cara untuk merencanakan kegiatan kerja sesuai dengan tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Pengorganisasian merupakan fungsi manajemen yang sangat penting dalam sebuah unit kerja, agar tujuan organisasi bisa tercapai dengan pengaturan kerja yang efektif dan efisien dan juga merupakan pengelompokan yang terdiri dari beberapa aktifitas dengan sasaran untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan dalam melakukan koordinasi yang

Universitas Indonesia

tepat dengan unit lain secara horizontal dan vertikal untuk mencapai tujuan organisasi. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Marquis dan Huston (2010) bahwa dalam pengaturan kerja diatur dengan baik dan berjalan sesuai perannya masing-masing maka upaya tim dalam kegiatan kerja dapat meningkatkan produktivitas dan kepuasan pekerja.

Fungsi manajemen lainnya terkait dengan pengelolaan asuhan pasien diantaranya mengatur pekerjaan dengan cara mempermudah komunikasi, sejalan dengan pernyataan Marquis dan Huston (2010) bahwa pengorganisasian asuhan yang baik salah satunya yaitu memberikan komunikasi yang memadai diantara penyedia pelayanan kesehatan. Kerjasama yang baik dalam sebuah unit kerja tentunya akan memberikan iklim positif bagi sebuah organisasi, sehingga komunikasi yang efektif dalam sebuah organisasi dilakukan dengan sistematis dan terintegrasi, dalam hal ini komunikasi sangat penting dalam aktifitas antar profesi, dimana berbagai informasi perkembangan pasien dapat di informasikan dan hal tersebut merupakan unsur yang sangat mendasar dalam perawatan pasien (Riesenberg, Leitzsch, & Cunningham, 2010).

Organisasi sering kali mengalami kegagalan dalam menjalankan tujuan akibat komunikasi yang tidak efektif, hal tersebut didukung oleh pernyataan Alvarado et al. (2006) mengungkapkan bahwa ketidakakuratan informasi dapat menimbulkan dampak yang serius pada pasien, dimana hampir 70% kejadian sentinel disebabkan oleh karena buruknya komunikasi. *Joint Commision International* tahun 2010 –2013 mendapatkan data bahwa komunikasi tidak efektif merupakan tiga penyebab tertinggi yang menyebabkan kejadian sentinel dan kegagalan komunikasi efektif pada tim kesehatan, sehingga dapat meningkatkan resiko kesalahan. Komunikasi yang efektif dalam pelayanan keperawatan dengan menggunakan alat komunikasi standar dapat meningkatkan dan memberikan fokus pada masalah pasien, dan dapat memastikan komunikasi akurat, dicatat, dan dipahami (Marquis & Huston, 2010). Hal tersebut menunjukkan bahwa

komunikasi yang efektif merupakan elemen yang penting untuk keselamatan pasien.

Salah satu bentuk aktifitas komunikasi yang dilakukan oleh perawat di unit pelayanan yaitu melalui pelaksanaan *handover* atau timbang terima, dimana timbang terima pasien sebagai bentuk kegiatan untuk mempertahankan kesinambungan asuhan keperawatan yang diberikan. Timbang terima merupakan jantung dari sistem perawatan kesehatan yang efektif dan mandiri selain dokumentasi klinik, dimana informasi yang didapat saat timbang terima dapat mempengaruhi pemberian perawatan untuk seluruh *shift*. Survei pada dokter di Australia 95% mengatakan bahwa tidak ada prosedur resmi yang mengatur timbang terima pasien (Bomba & Prakash, 2005). Oleh karena itu setiap rumah sakit perlu mengembangkan kebijakan timbang terima sendiri sehingga menjadi standar di rumah sakit dalam pelaksanaan timbang terima.

Pelaksanaan timbang terima pasien memerlukan metode komunikasi yang efektif, dalam hal ini *The Joint Commision International* (JCI) telah menyarankan untuk menggunakan teknik komunikasi yang efektif yaitu dengan alur komunikasi *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR). Metode SBAR merupakan kerangka kerja untuk mengatur informasi dalam format yang jelas dan ringkas, serta memfasilitasi komunikasi kolaboratif yang konsisten antara penyedia layanan kesehatan (Jose & Babu, 2011). SBAR merupakan metode komunikasi yang mudah untuk diaplikasikan untuk meringkaskan percakapan, hal tersebut memungkinkan untuk mengklarifikasi informasi apa yang harus disampaikan antara anggota tim, dan membantu kerjasama tim, serta mengembangkan budaya keselamatan kerja, karena komponen SBAR dapat menyajikan informasi dengan spesifik dan terorganisir (*The Joint Commision International*, 2014).

Komunikasi SBAR dalam timbang terima dapat dilakukan pada saat melaporkan kondisi pasien ke dokter, pindah ruangan atau unit perawatan, pertukaran *shift*, dan pasien pindah ke pelayanan atau RS. Berdasarkan penelitian Beckett dan Kipnis (2009), dimana penelitian ini menggunakan metode SBAR dalam kolaborasi didapatkan hasil bahwa metode SBAR dalam kolaborasi dapat meningkatkan kualitas dalam strategi kolaborasi, meningkatkan keselamatan pasien, dan kepuasan perawat, dokter, staf, dan pasien. Selaras dari hasil penelitian Street et al. (2011) bahwa terdapat peningkatan yang signifikan dalam keterlibatan pasien dengan menggunakan SBAR pada saat *bedside handover*, dengan demikian penggunaan protokol standar dengan alat komunikasi SBAR dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien. Hal tersebut membuktikan bahwa metode SBAR dalam timbang terima memberikan dampak yang positif untuk efektifitas pelaksanaan timbang terima pasien, hal tersebut berdasarkan penelitian Cornel et al. (2013) bahwa dengan SBAR laporan menjadi lebih fokus, sehingga banyak waktu luang untuk membahas masalah pasien, dan alur SBAR juga menyediakan struktur yang ringkas dan prioritas yang memungkinkan laporan yang konsisten, komprehensif pada pasien.

Peningkatan mutu pelayanan keperawatan merupakan aspek penting untuk mendapatkan kepuasan pasien dalam menerima pelayanan, karena apabila mutu pelayanan keperawatan baik akan berimbas pada kepuasan pasien, hal tersebut didukung pernyataan ANA (1996) dalam Marquis dan Huston (2010) bahwa kepuasan pasien tentang asuhan keperawatan merupakan salah satu indikator mutu untuk pengukuran hasil asuhan keperawatan. Monitoring mutu harus terus dilakukan oleh seorang pemimpin, dalam hal ini pemimpin dalam unit perawatan berperan penting dalam memonitor kemajuan ruang rawat yang dipimpinnya sehingga dapat dilakukan evaluasi berkelanjutan dan berkesinambungan.

Komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahan dan akan meningkatkan keselamatan pasien, menurut Sitorus dan Rumondang (2011) untuk mencegah

masalah mutu dalam pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat pemimpin/kepala ruangan perlu memperhatikan bahwa praktek dalam kondisi yang aman, terdapat dokumentasi asuhan keperawatan yang baik, dan pemberian asuhan sesuai standar asuhan keperawatan di pelayanan kesehatan, dan keselamatan pasien juga telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien Rumah Sakit. Hal tersebut menunjukkan bahwa komunikasi yang efektif penting dilaksanakan, karena dengan komunikasi yang efektif dapat meningkatkan keselamatan pasien.

Tempat penelitian ini dilakukan di salah satu Rumah Sakit swasta di Bekasi, merupakan RS Swasta Type C dengan kapasitas tempat tidur 73 tempat tidur, dengan BOR 60 %, LOS 5-6 hari, dengan jumlah tenaga perawat sebanyak 100 orang dan mayoritas berpendidikan D III Keperawatan. RS sedang mempersiapkan akreditasi KARS dan sedang menggalakkan *patient safety* dalam pelayanan. Pengelolaan asuhan keperawatan yang diterapkan di ruang rawat inap dengan menggunakan metode modifikasi tim dan primer.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada bulan februari 2015 dari hasil wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan, pengelolaan pasien memang menggunakan modifikasi tim dan metode primer, akan tetapi pada pelaksanaannya terkadang menjadi fungsional pada saat kondisi pasien banyak dan beban kerja perawat meningkat. Proses *delivery of care* dimana Perawat Primer (PP) bertanggung jawab terhadap pemberian asuhan kepada pasien. Secara teori PP mengelola 4-6 pasien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama pasien dirawat (Sitorus, 2006), sedangkan di RS PP rata-rata mengelola 10-15 pasien, dan jika PP sedang tidak bertugas kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lainya (*associate nurse*), akan tetapi pelaksanaannya untuk dinas sore dan malam ditunjuk satu perawat untuk menjadi penanggung jawab *shift*

yang menjadi penanggung jawab dalam kelanjutan asuhan pasien selama PP tidak bertugas.

Hasil wawancara dengan kepala ruangan, pelaksanaan timbang terima baik lisan maupun tulisan telah dilakukan dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien, akan tetapi memang belum ada alur komunikasi yang baku untuk menyampaikan informasi saat timbang terima. Standar Prosedur Operasional (SPO) serah terima pasien antar *shift* ada dan telah disosialisasikan di masing-masing ruangan. Kegiatan timbang terima rutin dilakukan di setiap pergantian *shift*, dimulai dengan pembukaan oleh kepala ruangan, PP/PJ *shift* memberikan operan menyampaikan kondisi pasien: diagnosa keperawatan, tindakan yang dilakukan, dan hasil asuhan, tindak lanjut untuk *shift* berikutnya, perawat *shift* mengklarifikasi yang disampaikan, lalu memimpin operan ke ruangan pasien, memimpin doa, dan bersalaman.

Hasil wawancara pada bulan februari-Maret 2015 dari 10 perawat di ruangan terkait pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift*, dimana timbang terima pasien antar perawat rutin dilakukan di setiap pergantian *shift*. Operan dilakukan di *nurse station*, dilanjutkan *bedside handover* ke ruangan pasien, adapapun kendala yang ditemukan adalah saat pelaksanaan perpindahan informasi terkait kondisi pasien, dimana terkadang ada informasi yang terlewat baik keperawatan dan medis, sehingga perawat mengklarifikasi informasi saat perawat yang telah berdinis pulang, dan waktu menunggu timbang terima yang terkadang tidak tepat waktu karena beberapa hal. Hasil wawancara terhadap pengetahuan perawat tentang komunikasi SBAR, 90 % (9 perawat) belum pernah mendengar apa itu SBAR, manfaat dan kegunaan SBAR dalam timbang terima, dan 10 % (1 perawat) hanya pernah mendengar saja tetapi belum mengetahui apa kegunaannya dan manfaatnya.

Berdasarkan hasil observasi pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* pada saat dinas pagi, tahapan pelaksanaan dari pra timbang terima, pelaksanaan timbang terima, dan penutup telah dilaksanakan, akan tetapi pada pelaksanaan perpindahan informasi hampir 75 % informasi kondisi pasien adalah informasi medis yang disampaikan, informasi belum terstruktur dengan baik dan tidak fokus terhadap masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien, seperti tidak disebutkan masalah keperawatan dengan latar belakang yang mendukung munculnya masalah, tindakan mandiri yang sudah diberikan dan keefektifan tindakan yang telah diberikan, serta rencana tindak lanjut pasien baik mandiri ataupun kolaborasi yang terlewat disampaikan saat timbang terima, dan lebih banyak rencana atau tindakan medis untuk *shift* berikutnya yang disampaikan. Berdasarkan hasil observasi dari dokumentasi asuhan keperawatan, dalam catatan keperawatan, perawat mendokumentasikan semua kegiatan yang telah dilakukan baik mandiri ataupun kolaborasi, akan tetapi saat timbang terima pasien antar *shift* tidak disampaikan secara lengkap.

Rumah sakit merupakan organisasi padat profesi dengan karakteristiknya, sehingga komunikasi pada timbang terima memiliki hubungan yang sangat penting dalam menjamin kesinambungan, kualitas, dan keselamatan pasien. Oleh sebab itu perlu adanya upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam komunikasi efektif. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan seseorang dimana menurut Bloom (1995) membagi perilaku manusia menjadi tiga domain yaitu; kognitif, afektif, dan psikomotor (Louis, 2005; Notoatmodjo, 2009). Sehingga dalam hal ini untuk meningkatkan kemampuan perawat perlu ditingkatkan baik dari segi kognitif, afektif, dan psikomotor, agar perawat dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan optimal.

Pelatihan menurut Marquis dan Huston (2010) merupakan suatu metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu dan mereka mendapatkan pengetahuan yang baik mengenai

kewajiban dalam pekerjaannya. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan Rivai dan Sagala (2009) bahwa pelatihan merupakan bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk meningkatkan keterampilan (*physical skill, intellectual skill, social skill, dan managerial skill*) di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu singkat. Berdasarkan hasil penelitian Yulia, Hamid, dan Mustikasari (2010) pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat dalam hpenerapan keselamatan pasien menunjukkan ada perbedaan yang signifikan pemahaman perawat pelaksanaan sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan pada kelompok eksperimen (p value 0,000). Hal tersebut didukung dari hasil penelitian Wahyuni dan Rosa (2014) tentang efektifitas pengaruh komunikasi SBAR dalam meningkatkan mutu operan jaga di bangsal wardah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II bahwa didapatkan hasil adanya peningkatan yang bermakna pada mutu operan jaga setelah diberikan pelatihan komunikasi SBAR kepada perawat.

Pelaksanaan timbang terima di rumah sakit sangat berisiko tinggi bagi keselamatan pasien, komunikasi pada saat timbang terima yang tidak efektif dapat mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan tidak optimal, kejadian yang merugikan sampai dengan tuntutan hukum karena malpraktek (Wong & Yee, 2008). Tujuan timbang terima antar *shift* adalah untuk memberikan informasi asuhan dan klinis yang telah diberikan kepada pasien agar diperoleh mutu pelayanan keperawatan yang tinggi dan berfokus pada keselamatan pasien, dan proses timbang terima menjadi kegiatan rutin diantara perawat sehingga keterampilan standard dan komunikasi efektif sangat diperlukan guna informasi yang terstruktur, jelas, dan fokus.

Efektifitas pelaksanaan timbang terima perlu dukungan penuh dari seorang manajer dalam mengelola asuhan pasien, dimana peran seorang manajer dalam pengelolaan pasien menurut Marquis dan Huston (2010) yaitu dengan memotivasi kelompok kerja untuk tujuan kelompok, memberikan dukungan bagi staf, serta

memastikan model pemberian asuhan keperawatan dilakukan aman untuk pasien. Peran lainnya yaitu menjalankan fungsi manajemen salah satunya yaitu mengatur pekerjaan untuk mencapai tujuan organisasi dan mempermudah komunikasi di dalam dan antar bagian. Oleh sebab itu perlu adanya pengorganisasian dalam pelaksanaan timbang terima agar efektif dan efisiensi dengan komunikasi SBAR, karena dengan SBAR komunikasi lebih terstruktur, jelas, dan fokus.

Berdasarkan fenomena yang ditemukan di RS bahwa proses timbang terima belum menggunakan alur komunikasi dan belum ada standar yang diterapkan untuk melaporkan kondisi pasien, dan pengetahuan perawat tentang komunikasi SBAR juga belum terpapar informasinya, sehingga perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan komunikasi yang efektif dalam timbang terima yaitu dengan melakukan pelatihan komunikasi SBAR di RS. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* di RS”.

1.2. Rumusan masalah

Kegiatan timbang terima merupakan kegiatan rutin yang dilakukan oleh perawat dalam menginformasikan kondisi terakhir pasien serta menjadi gerbang awal dalam mengelola asuhan keperawatan pada pasien, karena dalam timbang terima informasi kesehatan pasien dapat diperoleh guna pengelolaan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Komunikasi tidak efektif dalam timbang terima pasien dapat meningkatkan kejadian *medication error*, membahayakan pasien, memperpanjang proses perawatan, menurunkan kepuasan pasien, dan memperpanjang hari rawat pasien, dan yang akan berakhir terhadap kurangnya mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Komunikasi SBAR merupakan alat atau metode komunikasi yang efektif yang dapat diterapkan dalam timbang terima, karena terbukti metode SBAR lebih terstruktur,

jelas, dan spesifik, sehingga SBAR baik untuk digunakan saat timbang terima guna kesinambungan asuhan keperawatan pasien.

Berdasarkan manfaat komunikasi SBAR dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, dan belum banyak penelitian terkait pelaksanaan dan penerapan komunikasi SBAR, serta belum banyak RS yang menggunakan metode komunikasi efektif saat timbang terima pasien. Kontinuitas asuhan keperawatan yang disampaikan saat timbang terima perlu dibuat alur komunikasi yang jelas, fokus, dan terstruktur. Berdasarkan hal tersebut peneliti ingin mengetahui adakah perbedaan pengetahuan dan kemampuan perawat sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* di Rumah Sakit.

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Teridentifikasi perbedaan pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR.

1.3.2. Tujuan khusus

Penelitian ini bertujuan agar teridentifikasi:

- 1.3.1.1. Gambaran karakteristik perawat di RS berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja
- 1.3.1.2. Perbedaan pengetahuan perawat tentang komunikasi SBAR sebelum dan sesudah diberikan pelatihan komunikasi SBAR.
- 1.3.1.3. Perbedaan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* sebelum dan sesudah diberikan pelatihan komunikasi SBAR

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat aplikatif

- 1.4.1.1. Hasil dari penelitian ini dapat memberikan masukan atau saran dalam meningkatkan kemampuan komunikasi yang efektif bagi perawat di pelayanan saat timbang terima pasien.
- 1.4.1.2. Menjadikan SBAR sebagai alur komunikasi dalam timbang terima pasien di RS dan dapat diterapkan diseluruh ruangan nantinya.

1.4.2 Manfaat Profesi keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi profesi khususnya perawat di pelayanan dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam komunikasi efektif dalam pelaksanaan timbang terima pasien.

1.4.3. Manfaat metodologi penelitian.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi peneliti selanjutnya terkait pengaruh pelatihan komunikasi terhadap efektifitas timbang terima pasien, dan menjadi data dasar untuk penelitian sejenis lainnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka pada bab 2 ini penulis akan membahas terkait teori-teori berdasarkan literatur buku, artikel, dan jurnal. Adapun teori yang dibahas pada BAB 2 ini yaitu manajemen keperawatan, timbang terima, komunikasi SBAR, pengetahuan, dan pelatihan.

2.1. Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan adalah pengelolaan dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional, dimana tugas manajer keperawatan menurut Huber (1996) bahwa melakukan koordinasi dan integrasi sumber-sumber yang tersedia melalui fungsi manajemen guna memberikan asuhan keperawatan yang efektif bagi pasien dan keluarganya. Fungsi manajemen terdiri dari lima fungsi manajemen yaitu: fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi ketenagaan, fungsi pengarahan, dan fungsi pengendalian (Marquis & Huston, 2010).

2.1.1. Fungsi perencanaan

Fungsi manajemen yang pertama yaitu perencanaan, dimana perencanaan adalah komponen yang penting karena dapat mengarahkan fungsi yang lainnya. Perencanaan harus bersifat spesifik, sederhana, dan realistis, karena perencanaan merupakan pedoman untuk melaksanakan tindakan dalam mencapai tujuan organisasi. Manajer melibatkan semua individu dan unit organisasi dalam proses perencanaan yang optimal, dan perencanaan yang baik harus di evaluasi selama proses sehingga menjadi bahan perbaikan di tengah pelaksanaan apabila terjadi sesuatu yang tidak diharapkan. Hierarki perencanaan meliputi beberapa elemen, diantaranya misi, visi, filosofi, tujuan, kebijakan, prosedural, dan aturan (Marquis & Huston, 2010).

2.1.2. Fungsi pengorganisasian

Fungsi yang kedua yaitu pengorganisasian mempunyai fungsi manajemen terkait dengan struktur organisasi (birokrasi rantai komando, rentang kendali, dan kesatuan komando), politik organisasi, perolehan kekuasaan, kewenangan, pengelolaan asuhan keperawatan pasien. Pengelolaan asuhan keperawatan pasien juga mengatur bagaimana mengevaluasi efektivitas struktur organisasi pemberian asuhan pasien secara berkala, mengelompokkan kegiatan dengan cara mempermudah koordinasi di dalam dan antar bagian, mengatur pekerjaan dengan cara mempermudah komunikasi sehingga efektif dan efisien (Marquis & Huston, 2010). Timbang terima merupakan kegiatan komunikasi yang dilakukan dalam mengelola asuhan keperawatan, dalam hal ini seorang manager akan mengatur dan mengelola timbang terima pasien secara efektif. Komunikasi SBAR merupakan alur atau metode komunikasi yang telah banyak digunakan untuk timbang terima pasien.

2.1.3. Fungsi ketenagaan

Fungsi ketenagaan adalah fungsi ketiga dalam proses manajemen, meliputi fungsi kepersonaliaan awal dari proses perekrutan sampai dengan orientasi karyawan, penjadwalan kerja, dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2010). Ketenagaan merupakan faktor yang penting untuk mencapai tujuan, dimana sebuah organisasi dapat sukses mencapai tujuan sehingga membutuhkan kerjasama banyak orang.

Pengembangan individu untuk menunjang efektifitas kerja dan produktifitas kerja karyawan sangat diperlukan, sehingga perlu peningkatan pengetahuan serta keterampilan yang menunjang pekerjaannya. Dalam hal ini pengembangan pendidikan berkelanjutan baik formal maupun non formal, hal tersebut sejalan dengan pernyataan Hariyati (2014) bahwa pendidikan berkelanjutan atau *Continuing Profesional Development* (CPD) baik formal bertujuan meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, keterampilan, sikap, dan perilaku perawat,

begitupula pendidikan nonformal juga salah satu cara yang digunakan untuk mengembangkan staf, seperti pelatihan, seminar, *workshop* maupun diskusi rutin membahas kasus.

2.1.4. Fungsi pengarahan

Fungsi pengarahan merupakan fungsi keempat dalam proses manajemen, fase ini disebut juga fase pengaturan atau penggiatan, dimana peran dan fungsi manajemen dalam hal menciptakan suasana kerja yang memotivasi, menciptakan komunikasi yang efektif dalam organisasi, interpersonal, dan kelompok, mengatur sistem pendelegasian, dan manajemen konflik (Marquis & Huston, 2010). Fungsi pengarahan bertujuan agar perawat melakukan apa yang harus mereka lakukan, menurut Huber (2010) fungsi pengarahan meliputi kegiatan memantau dan melaksanakan perencanaan, proses, dan sumber yang efektif dan efisien dalam mencapai tujuan. Dalam hal ini pihak manajemen terus melakukan pemantauan dan pengarahan terhadap proses pelaksanaan komunikasi efektif dalam pelayanan, sehingga akan memotivasi staf khususnya perawat dalam menjalankan komunikasi yang efektif dalam menjalankan peran dan fungsinya selama memberikan pelayanan.

2.1.5. Fungsi pengendalian

Fungsi terakhir dalam proses manajemen yaitu fungsi pengendalian, dimana kinerja diukur menggunakan standar yang telah ditentukan sebelumnya, dan tindakan diambil untuk mengoreksi ketidakcocokkan antara standar dengan kinerja yang sebenarnya (Marquis & Huston, 2010). Fungsi manajemen dalam pengendalian meliputi kendali mutu, penilaian kinerja, menciptakan lingkungan kerja yang menghasilkan pertumbuhan melalui disiplin, dan mengatur lingkungan kerja dengan pegawai dengan kebutuhan khusus.

2.2. Konsep timbang terima

2.2.1. Pengertian

Timbang terima adalah proses pengalihan tanggung jawab secara professional dan akuntabilitas terhadap semua aspek perawatan yang terjadi pada pasien atau sekelompok pasien kepada orang lain atau kelompok professional yang bersifat sementara atau permanen sehingga pasien aman dan mendapatkan kepuasan atas asuhan keperawatan yang diberikan (ACSQHC, 2007). Pemberian informasi secara spesifik antar perawat, dari tim medis dan perawat, dari perawat kepada pasien dan keluarga dan antar unit dengan tujuan agar perawatan pasien berkelanjutan dan aman (*Patient safety solution*, 2007). Informasi yang diberikan meliputi kondisi saat ini, perubahan kondisi yang terjadi, pengobatan yang diberikan serta komplikasi yang mungkin terjadi sehingga informasi yang disampaikan pada saat timbang terima jelas dan relevan.

2.1.2. Tujuan

Tujuan timbang terima antar *shift* adalah untuk memberikan informasi klinik dan asuhan yang telah diberikan kepada pasien agar diperoleh informasi yang akurat dan terbaru sehingga mutu pelayanan keperawatan meningkat dan berfokus pada keselamatan pasien. Berdasarkan penelitian Malekzadeh, et al (2013) ada beberapa kejadian yang timbul karena timbang terima yang tidak efektif yaitu meningkatkan resiko "*medication error*" dan kejadian yang membahayakan, memperpanjang proses perawatan, menurunkan kepuasan pasien, serta memperpanjang hari rawat pasien di rumah sakit.

2.1.3. Komponen

Komponen timbang terima terdiri dari enam komponen (Athanasakis, 2013), yaitu:

1) Lokasi timbang terima; lokasi kegiatan timbang terima beragam tergantung kebutuhan dan dampak pada informasi yang akan ditransfer. Pada ruang rawat medical, timbang terima lebih baik dilakukan di samping pasien, namun di ruang

jiwa atau ruang gawat darurat proses timbang terima sebaiknya di dalam ruangan untuk meminimalkan interupsi. Tahapan dalam proses timbang terima ada dua macam yaitu timbang terima dilakukan di ruang tertutup, kemudian yang kedua di samping pasien atau dikoridor bersama tim

2) Partisipasi; partisipan timbang terima adalah seluruh perawat yang berdinas baik yang berdinas dan akan berdinas. Liu et al (2012) dalam Athanasakis (2013) dalam *bedside* timbang terima dipimpin oleh perawat penanggung jawab sebelumnya ke perawat primer bersama timnya yang akan berdinas. Kepala ruangan berperan sebagai mediator dan koordinator dalam timbang terima khususnya pada pasien dengan kasus kompleks;

3) Struktur, terdapat empat tipe dari timbang terima terkait dengan fungsinya yaitu timbang terima sebagai fungsi informasi, sosial, organisasi, dan edukasi. Memiliki tiga fase yaitu pre timbang terima, fase pertemuan antar perawat *shift*, dan post timbang terima

4) Isi (content) dari timbang terima dapat disampaikan baik melalui komunikasi verbal dan non verbal meliputi identifikasi pasien, riwayat penyakit, status klinis, rencana keperawatan dan tujuan perawatan maupun *discharge planning*;

5) Waktu timbang terima, lama waktu timbang terima sangat bervariasi tergantung kondisi pasien, jenis ruangan, dan kondisi ruangan. Timbang terima di ruang intensif meningkat 3,7 – 4,4 menit daripada di ruang rawat kurang lebih 1,5 menit per pasien. Proses timbang terima menurut Randel (2011) dalam Athanasakis (2013) cukup cepat sekitar 20 menit untuk 20-30 pasien di ruang rawat, waktu timbang terima yang dilakukan di samping pasien lebih cepat daripada di ruang staf. Timbang terima antar perawat *shift* dilakukan setiap pergantian dinas, yaitu *shift* pagi, sore, dan *shift* malam., dokumen keperawatan berupa laporan timbang terima dapat didokumentasikan dalam catatan pribadi perawat, catatan terintegrasi pada rekam medik, maupun catatan pengobatan.

6) Dokumentasi rencana keperawatan menurut Johnson et al (2012) dalam Athanasakis (2013) terdiri dari perubahan kondisi, riwayat klinis, status klinik, observasi tanda-tanda vital, kebutuhan cairan, dan prosedur yang akan dilakukan.

2.1.4. Efektifitas timbang terima

Beberapa hal yang harus diperhatikan agar proses timbang terima dapat efektif menurut Runy (2010), diantaranya; 1) memungkinkan saat proses timbang terima untuk langsung bertatap muka atau komunikasi langsung, 2) pastikan komunikasi dua arah selama proses serah terima, 3) biarkan waktu sebanyak yang diperlukan untuk serah terima, 4) menggunakan komunikasi verbal dan tertulis saat serah terima, 5) melakukan serah terima pasien di samping tempat tidur pasien, bila memungkinkan melibatkan pasien dan keluarga dalam proses serah terima, 6) memasukkan teknik komunikasi dalam proses dan memerlukan verifikasi, memastikan informasi yang disampaikan diterima dengan baik dan dipahami, 7) gunakan teknologi yang tersedia (misalnya, rekam medis elektronik) untuk mempercepat pertukaran tepat waktu dan informasi yang akurat. Hal tersebut didukung oleh Cooper (2010) yaitu dengan bertatap muka dan pastikan dua arah, perawat mengambil tanggung jawab bersama untuk memastikan komunikasi yang akurat, menggunakan komunikasi verbal dan tertulis, memberikan waktu sebanyak yang diperlukan untuk memastikan komunikasi yang akurat.

2.1.5. Dampak timbang terima

Timbang terima yang efektif yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien menjadi komprehensif, dan berkesinambungan. Hal tersebut didukung oleh penelitian Harm (2013) bahwa timbang terima yang efektif akan memberikan dampak kepuasan kerja dan akan berakibat kinerja perawat meningkat, kepuasan pasien meningkat yang berujung pada *outcome* bagi instansi pelayanan. Sedangkan dampak timbang terima yang tidak efektif akan mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan tidak optimal, kejadian yang merugikan sampai dengan tuntutan hukum karena malpraktek (Wong & Yee, 2008). Hal tersebut didukung oleh *Healty Western Austria* (2013) yaitu akibat dari timbang terima pasien yang tidak efektif yaitu pengobatan yang tidak tepat, keterlambatan diagnosis dan pengobatan, efek samping, peningkatan pengeluaran, tes yang tidak perlu, perawatan dan komunikasi, keluhan pasien, serta klaim malpraktek.

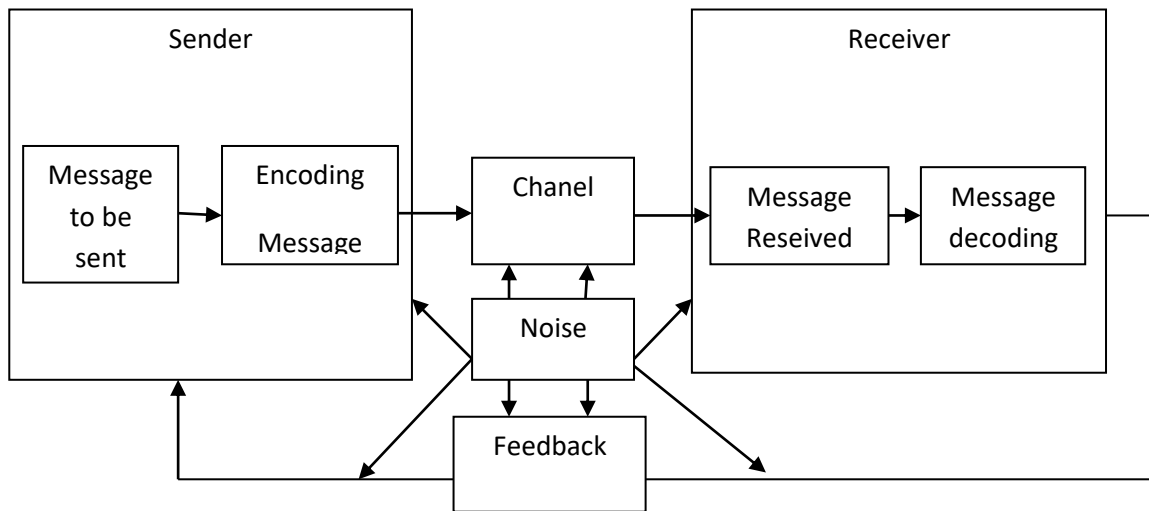
2.3. Konsep komunikasi

2.3.1. Pengertian komunikasi

Komunikasi adalah cara yang digunakan untuk menyampaikan informasi kepada orang lain dengan menggunakan media komunikasi untuk mencapai tujuan bersama. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Potter dan Perry (2009) komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia untuk menetapkan, mempertahankan, dan meningkatkan kontak dengan orang lain. Sependapat dengan Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (2006) bahwa komunikasi adalah penyampaian informasi dan pemahaman dimana terjadi proses penyampaian dengan menggunakan simbol-simbol verbal dan non verbal, informasi dari satu orang ke orang lain. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Tappen (2004) bahwa komunikasi adalah pertukaran pikiran, perasaan, pendapat, dan pemberi nasihat yang terjadi antara dua orang atau lebih yang bekerja sama.

2.3.2. Proses komunikasi

Proses komunikasi akan meningkatkan pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat, hal tersebut diperlukan komponen dalam komunikasi. Keberhasilan proses komunikasi dipengaruhi oleh unsur komunikasi. Unsur komunikasi meliputi pihak yang mengawali komunikasi, pesan yang dikomunikasikan, situasi ketika komunikasi dilakukan, pihak yang menerima pesan, dan umpan balik pada pengirim pesan (Norrohim & Anatan, 2009). Proses komunikasi menurut Robbins dan Judge (2013) merupakan langkah-langkah yang dilakukan pengirim pesan dan penerima pesan yang mengakibatkan pemindahan dan pemahaman makna. Proses komunikasi dapat dilihat dalam gambar 2.1 sebagai berikut:



Gambar 2.1: Proses Komunikasi

(Sumber: Robbins & Judge, 2013. p.338)

Komunikasi terdiri dari beberapa elemen, diantaranya:

- 1) Sumber mengawali pesan dengan mengkodekan pikiran
- 2) Pesan adalah informasi yang akan disampaikan oleh pengirim pesan
- 3) Saluran adalah alat media komunikasi antara pengirim dan penerima pesan, seperti telepon, radia, telegram, dan lainnya.
- 4) *Decoding* adalah intrepetasi suatu pesan sehngga mempunyai arti dan makna, lalu setelah diterima maka yang menerima pesan harus dapat mengartikan kode dari pesan tersebut sehingga ada pemahaman pesan
- 5) Umpan balik merupakan ada respon dari proses komunikasi sebagai reaksi terhadap informasi yang disampaikan oleh pengirim.

2.3.3. Jenis komunikasi efektif

Organisasi tidak terlepas dari kegiatan komunikasi, dimana komunikasi mempunyai peran dalam mencapai tujuan organisasi. Menurut Subkhi dan Jauhar (2013) komunikasi mempunyai beberapa peran dan fungsi dalam organisasi, diantaranya; 1) fungsi informatif, yaitu sebagai tempat untuk memberikan

informasi; 2) fungsi regulatif, dimana adanya peraturan-peraturan yang berlaku di dalam organisasi, dimana pimpinan mendapatkan wewenang untuk memberikan instruksi dan perintah mengarahkan staf; 3) fungsi persuasif, yaitu mengatur, mengarahkan, memotivasi, dan melibatkan staf untuk bekerjasama mencapai tujuan organisasi.

Bentuk komunikasi beragam macamnya, dimana individu menggunakan cara komunikasi untuk menyampaikan pesan, adapun bentuk atau model komunikasi menurut (Potter & Perry, 2009; Marquis & Huston, 2010), yaitu:

2.3.3.1. Pertemuan

Pertemuan merupakan suatu bentuk komunikasi, dimana berbagai jenis pertemuan sering dimaksudkan untuk penyebaran informasi dan disebut juga komunikasi murni.

2.3.3.2. Pertanyaan

Pertanyaan merupakan bagian terpenting dari sebuah komunikasi, dimana dengan bertanya diharapkan mendapatkan jawaban dan tujuannya adalah adanya pengertian timbal balik.

2.3.3.3. Komunikasi verbal.

Menyampaikan komunikasi dengan bertatap muka, biasanya lebih akurat dan tepat waktu, menurut Potter dan Perry (2009) untuk memperjelas komunikasi verbal yaitu dengan kata-kata dan frase yang jelas dan efektif, adapun faktor yang mempengaruhi komunikasi verbal yaitu kejelasan kata, makna konotatif dan denotative, kecepatan berbicara, waktu dan relevansi, dan rasa humor.

2.3.3.4. Komunikasi non verbal.

Komunikasi tanpa menggunakan kata-kata, hal tersebut merupakan cara yang paling meyakinkan dalam menyampaikan pesan kepada orang lain, Komunikasi non verbal dapat diamati melalui metakomunikasi (pesan didalam pesan yang

menyampaikan sikap dalam pesan kepada penerima pesan), penampilan personal, intonasi suara, ekspresi wajah, sikap tubuh dan langkah, dan sentuhan.

2.3.3.5. Komunikasi tertulis.

Komunikasi ini dilakukan apabila memberikan instruksi yang apabila pelaksanaannya rumit, sehingga perlu diperjelas dan dipertegas langkah-langkahnya.

2.3.4. Hambatan dalam komunikasi

Komunikasi dalam sebuah organisasi merupakan hal yang cukup sulit, dimana banyak aspek yang harus diperhatikan dan dipertimbangkan, baik aspek interpersonal maupun dari organisasi tersebut. Menurut Subkhi dan Jauhar (2013) hambatan di dalam komunikasi dalam pelayanan yaitu; 1) hambatan fisik, meliputi lingkungan yang dapat mengambat proses komunikasi seperti jarak ruangan, temperatur ruangan, ventilasi, kebisingan, dan metode yang kurang tepat; 2) hambatan psikososial, dimana yang menjadi penghambat terbesar yaitu adanya perbedaan pada *sender* dan *receiver* dalam latar belakang, nilai-nilai, keyakinan, kebutuhan, masalah individu dan keluarga, kurangnya rasa percaya diri, dan perasaan negatif; 3) dan hambatan semantik, kurangnya pemahaman interpretasi terhadap pesan melalui tanda dan simbol-simbol.

2.4. Komunikasi SBAR

Komunikasi dalam timbang terima sangat penting untuk memperhatikan keselamatan pasien. Salah satu bentuk metode komunikasi yang telah banyak dipergunakan saat timbang terima yaitu dengan memberikan informasi dengan menyebutkan *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR). Komunikasi SBAR merupakan alur komunikasi yang terstruktur dan telah digunakan dan dikembangkan oleh organisasi kesehatan dalam mengoptimalkan keselamatan pasien. WHO (2007) merekomendasikan penggunaan komunikasi SBAR sebagai alat untuk standarisasi komunikasi dalam serah terima.

telah mempromosikan untuk menggunakan SBAR sebagai kerangka komunikasi dalam timbang terima keperawatan dalam mencapai sasaran keselamatan pasien (Goupil, 2009).

2.4.1. Sejarah komunikasi SBAR

Sejarah SBAR pertama kali dikembangkan oleh Amerika dan disempurnakan oleh industri penerbangan untuk menguji resiko yang terkait dengan transportasi akibat informasi yang tidak akurat dan lengkap. Dr. Michael Leonard dari Kaiser Permanente Colorado mengadopsi komunikasi SBAR untuk diterapkan di RS Michael, dimana perawat dan dokter memiliki latar belakang keilmuan yang berbeda sehingga perlu komunikasi yang efektif dan salah satu yang diterapkan adalah SBAR (Karen, 2007).

2.4.2. Komponen SBAR

Komponen SBAR terdiri dari *Situation*, *background*, *Assessment*, dan *Recommendation* (Riesenberg, A, L., Leitzsch, J., dan Cunningham., 2013), akan dijelaskan sebagai berikut; (1) *Situation*, merupakan langkah pertama dalam memulai komunikasi SBAR, dimana perawat menyebutkan tentang nama pasien, tanggal masuk pasien, nomor rekam medik pasien, dan kondisi pasien terkini dari pasien. (2) *Background*, yaitu memberikan penjelasan ringkas yang berhubungan dengan riwayat pasien sesuai dengan keadaan pasien, yaitu menyampaikan mengenai diagnosa keperawatan pasien, intervensi yang sudah diberikan hingga hari terakhir, keefektifan dari intervensi yang sudah diberikan dalam bentuk respon pasien dan riwayat alergi. (3) *Assessment*, yaitu penilaian perawat yang perlu di informasikan dan mengalami gangguan, dimana *assessment* meliputi penilaian mengenai sistem neurologis, pernafasan, pembuluh darah, perkemihan, pencernaan, muskuluskeletal, kulit, kondisi psikososial pasien, vital sign, hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan terapi yang didapatkan; (4) *Recommendation*, tindakan yang dibutuhkan untuk segera dilakukan terkait kondisi pasien, informasi mengenai tindakan yang tidak bisa dikerjakan atau diselesaikan bersama saat berdinam, tindakan yang memerlukan kolaborasi dengan

tim kesehatan lain, pemeriksaan tambahan atau perencanaan tambahan. SBAR merupakan alur komunikasi yang terstruktur dalam menyampaikan informasi terakhir terkait kondisi pasien saat timbang terima.

2.4.3. Manfaat komunikasi SBAR

Ada beberapa manfaat dari komunikasi SBAR yang diperoleh dari beberapa sumber yaitu: 1) Meningkatkan persepsi komunikasi dan efektifitas dalam kolaborasi, peningkatan penerimaan dan menurunkan kematian tidak terduga (Velji et al, 2008; Meester, Verspuy, Monsieurs, & Bogaert, 2013); 2) Angka KTD berkaitan dengan kesalahan pemberian obat menurun dari 30 kasus menjadi 18 kasus/1000 pasien dan penggunaan SBAR antara tenaga kesehatan mengurangi angka sentinel event 89.9/1000 menjadi 39.96/1000 pertahun (Haig, Sutton, & Whittington, 2006); 3) Meningkatkan kualitas pengobatan dan perawatan pasien dan keselamatan pasien (Kesten, 2011); 4) Terjadi peningkatan penerapan keselamatan pasien yang dipersepsikan perawat pelaksanaan sebesar 8 % setelah diterapkan komunikasi SBAR dalam timbang terima (α 0.05; CI 95 %; 156.27-163.44) (Rachmah, Mustikasari, & Gayatri, 2013); dan 5) meningkatkan kualitas mutu operan jaga (Goupil, 2009; Wahyuni, 2014).

2.5. Pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima

Pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima ini merupakan pengembangan dari akronim SBAR yang dikembangkan oleh Leonard (2004), lalu dikembangkan dalam bentuk *handoff form for nurse* oleh Haig, Sutton, dan Whittington (2006) dan dimodifikasi oleh McMurray et al. (2008), sedangkan di Indonesia telah dikembangkan oleh Cahyono (2008) dan dalam penelitian Rachmah, Mustikasari, dan Gayatri (2013) dan Dzubaedah (2013), peneliti kemudian mengembangkan kembali sesuai dengan timbang terima keperawatan di Indonesia dan di RS yang akan diteliti, adapun tahapan pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* yaitu tahapan persiapan dan tahapan pelaksanaan

Tahapan persiapan merupakan proses keperawatan pasien yang akan diserahterimakan telah terdokumentasikan terlebih dahulu dalam catatan keperawatan, dua tim yang akan melakukan timbang terima telah siap dan lengkap, masing-masing anggota tim menyiapkan alat tulis untuk melakukan pencatatan yang dianggap perlu dan penting, dan mempersiapkan ruangan atau tempat untuk melakukan timbang terima (Cahyono, 2008; Dzubaedah, 2013).

Tahapan pelaksanaan dilakukan di dua tempat, yaitu di *nurse station* dan di samping tempat tidur pasien, adapun pelaksanaannya sebagai berikut

1. Timbang terima dilakukan di *nurse station*
 - a. Penanggung jawab ruangan membuka timbang terima dengan mengucapkan salam dan berdoa
 - b. Sampaikan hal-hal yang akan disampaikan dalam timbang terima dikomunikasikan dengan alur SBAR untuk setiap pasien. Catatan perkembangan pasien yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP diintegrasikan dan dikomunikasikan dalam setiap struktur SBAR.

1) *Situation*

Menyebutkan minimal dua identitas pasien: nama pasien, tanggal lahir pasien, atau nomor MR, dan melaporkan kondisi terkini dari pasien (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004; Rachmah, 2013), berdasarkan data subjektif yang didapatkan dalam SOAP dalam evaluasi pasien.

2) *Background*

Menyampaikan diagnosa keperawatan, intervensi yang sudah diberikan, hingga hari terakhir, keefektifan intervensi yang telah diberikan dalam bentuk respon pasien, dan riwayat alergi (Leonard, Graham, & Bonacum; 2004, Rachmah: 2013).

3) *Assessment*

Assessment meliputi hasil penilaian yang dilakukan oleh perawat pelaksana mengenai kebutuhan dasar manusia (Potter & Perry, 2009). Kebutuhan dasar manusia yang disebutkan dalam timbang terima

meliputi: aktivitas dan latihan; keselamatan pasien; kebersihan diri; oksigenasi; cairan, elektrolit, keseimbangan asam basa; kebutuhan tidur; manajemen nyeri; kebutuhan nutrisi; BAK; BAB; mobilisasi dan immobilisasi; integritas kulit dan perawatan luka.

a) Aktivitas dan latihan

Penilaian latihan pasien meliputi keseimbangan tubuh dan postur saat pasien berdiri, berbaring, terlentang, dan duduk. Penilaian aktivitas pasien meliputi ROM, gaya berjalan, latihan. Toleransi aktivitas (Potter & Perry, 2009).

b) Keselamatan pasien

Penilaian terkait keselamatan pasien meliputi lingkungan rumah pasien, lingkungan perawatan kesehatan, risiko jatuh, risiko salah pengobatan dan serangan mendadak (Potter & Perry, 2009).

c) Hygiene

Penilaian terkait kebersihan diri pasien, meliputi pemenuhan kebutuhan kebersihan pasien, adakah penyulit.

d) Oksigenasi

Penilaian kebutuhan oksigenasi pasien meliputi pemenuhan kebutuhan oksigen secara adekuat yang diterima oleh paru-paru, pembuluh darah, dan jaringan.

e) Cairan, elektrolit, keseimbangan asam basa

Penilaian terhadap kebutuhan cairan dan elektrolit pasien, dengan menilai status hidrasi pasien, adanya dehidrasi dan edema mengidentifikasi tidak terpenuhinya kebutuhan cairan.

f) Kebutuhan tidur

Penilaian terhadap pemenuhan kebutuhan tidur meliputi pola tidur, kebiasaan tidur, gangguan pola tidur.

g) Manajemen nyeri

Penilaian terhadap manajemen nyeri, meliputi menentukan skala nyeri, respon terhadap nyeri.

h) Kebutuhan nutrisi

Penilaian terhadap kebutuhan nutrisi pasien, penilaian status nutrisi pasien meliputi proses *screening antropometri*, pemeriksaan labor, pola makan, pemeriksaan fisik, dan dysphagia.

i) BAK

Penilaian status BAK, meliputi kebiasaan BAK; gejala yang menunjukkan perubahan BAK; faktor yang mempengaruhi BAK, pemeriksaan fisik meliputi; turgor kulit, pemeriksaan ginjal, kandung kemih, saluran uretra; pemeriksaan terhadap urin, meliputi intake dan output, karakteristik urin (warna, bau, dan kejernihan); hasil tes urin

j) BAB

Menyebutkan status BAB (penilaian meliputi kebiasaan BAB pasien; pemeriksaan fisik meliputi m. ulut, perut, rectum; hasil tes laboratorium

k) Mobilisasi dan immobilisasi

Menyebutkan status mobilisasi dan immobilisasi pasien. Penilaian mobilisasi meliputi ROM ; leher, bahu, siku, tangan, pergelangan tangan, jari tangan, pinggang, lutut, kaki, dan pergelangan kaki, jari kaki; gaya berjalan, latihan; toleransi aktivitas; keseimbangan tubuh.

Penilaian immobilisasi, meliputi sistem metabolik, sistem pernafasan, sistem musculoskeletal, sistem integument, sistem perkemihan, dan psikososial

l) Integritas kulit dan perawatan luka

Menyebutkan status integritas kulit dan perawatan luka penilaian pada integritas kulit dan perawatan luka meliputi kulit, decubitus (grade decubitus, mobilisasi, status nutrisi, cairan tubuh, nyeri), luka (bentuk luka, drainase luka, penutupan luka, palpasi, kultur luka)

4) *Recommendation*

Informasi yang disampaikan dalam *recommendation* adalah berisikan mengenai tindakan yang dibutuhkan untuk segera dilakukan terkait kondisi pasien, informasi mengenai tindakan yang tidak bisa dikerjakan

atau diselesaikan selama dengan pasien, baik tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Pemeriksaan tambahan atau penunjang, dan perencanaan tambahan jika diperlukan dan informasi yang perlu segera ditindaklanjuti (Leonard, Graham, dan Bonacuni; 2004, Rachmah; 2013) dalam data SOAP maka perencanaan masuk dalam *recommendation*

- c. Semua data terkait pasien yang akan disampaikan oleh tim yang berdinis kepada tim yang akan berdinis dicatat, dikonfirmasi ulang agar tidak terjadi kesalahan dan diperiksa dalam dokumentasi askep yang sudah dibuat pada dinas sebelumnya
 - d. Tim yang berdinis memberikan kesempatan kepada tim yang akan berdinis bertanya serta *sharing* edukasi antara kedua tim
2. Timbang terima disamping tempat tidur pasien
- Timbang terima disamping tempat tidur dilakukan untuk memvalidasi mengenai kebenaran data yang diserahkan antara dua tim dalam kegiatan timbang terima di *nurse station* sebelumnya dan memperkenalkan tim selanjutnya yang akan mengelola pasien
3. Timbang terima di *nurse station*
- Kembali ke *nurse station* dan berdiskusi mengenai hal-hal yang dianggap perlu diklarifikasi dan ditanyakan kembali. Penanggung jawab menutup kegiatan timbang terima dan memberikan semangat kepada seluruh staf yang akan melanjutkan pengelolaan pasien berikutnya.

2.6. Pengetahuan

2.6.1. Pengertian

Pengetahuan adalah proses usaha seseorang dari mencari tahu, hal tersebut didukung oleh pernyataan Notoatmodjo (2009) bahwa pengetahuan adalah hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Didukung oleh pernyataan Mubarak (2007) pengetahuan merupakan

hasil mengingat suatu hal, baik mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik sengaja maupun tidak, setelah terjadi kontak terhadap objek tertentu.

2.6.2. Tingkatan pengetahuan

Tingkatan pengetahuan menurut Bloom (1956) menjadi tiga domain atau ranah kemampuan intelektual yaitu kognitif, afektif, dan psikomotor.

2.5.3.1. Ranah kognitif

Ranah kognitif ini berisikan perilaku yang menekankan aspek intelektual, seperti pengetahuan dan keterampilan berpikir sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Proses berpikir menggambarkan tahapan berpikir yang harus dikuasai seseorang agar mampu mengaplikasikan teori kedalam pembuatan.

Ranah kognitif terdiri dari enam level: (1) *knowledge* (pengetahuan) yaitu kemampuan menyebutkan atau menjelaskan kembali (2) *comprehension* (pemahaman atau persepsi) yaitu kemampuan memahami instruksi/masalah, menginterpretasikan dan menyatakan kembali dengan kata-kata, (3) *application* (penerapan) yaitu kemampuan menggunakan konsep dalam situasi yang baru, (4) analisis (penguraian) yaitu kemampuan memisahkan konsep kedalam beberapa komponen untuk menghubungkan satu sama lain, (5) *synthesis* (pemaduan) yaitu kemampuan merangkai/menyusun kembali komponen dalam arti menciptakan arti atau pemahaman struktur baru (6) *evaluation* (penilaian) kemampuan menetapkan derajat sesuatu berdasarkan norma, acuan, atau kriteria.

2.5.3.2. Ranah afektif

Ranah afektif mencakup segala sesuatu yang terkait dengan emosi, seperti perasaan, nilai, penghargaan, semangat, minat, motivasi, dan sikap.

2.5.3.3. Ranah psikomotor

Ranah psikomotor meliputi gerakan dan koordinasi jasmani, keterampilan motorik dan keterampilan fisik. Keterampilan dapat diasah apabila sering dilakukan,

perkembangan psikomotor dapat diukur berdasarkan kecepatan, ketepatan, jarak, dan teknik pelaksanaan. Ada tujuh kategori dalam ranah psikomotor dari tingkat sederhana sampai dengan tingkat rumit yaitu: (1) persepsi, kemampuan menggunakan syaraf sensori dalam menginterpretasikannya dalam memperkirakan sesuatu, (2) kesiapan, kemampuan untuk mempersiapkan diri baik mental, fisik, dan emosi dalam menghadapi sesuatu, (3) reaksi yang diarahkan, kemampuan untuk memulai keterampilan yang kompleks dengan bantuan atau bimbingan dengan meniru dan uji, (4) reaksi natural, kemampuan untuk melakukan kegiatan pada tingkat keterampilan yang lebih sulit, (5) reaksi yang kompleks, kemampuan untuk melakukan kemahirannya dalam melakukan sesuatu, (6) adaptasi, kemampuan mengembangkan keahlian dan memodifikasi pola sesuai yang dibutuhkan, (7) kreativitas, kemampuan untuk menciptakan pola baru yang sesuai dengan kondisi tertentu dan kemampuan mengatasi masalah dengan mengeksplorasi kreativitas diri.

2.5.4. Pengukuran pengetahuan

Pengukuran pengetahuan bertujuan untuk mengetahui kecerdasan pengetahuan dari proses belajar, hal tersebut didukung oleh pernyataan Bernardin (2003) bahwa pengukuran pengetahuan untuk mengukur kecerdasan kognitif atau kapasitas mental untuk memperoleh pengetahuan dari proses belajar melalui berbagai sumber. Pengukuran pengetahuan menurut Notoatmodjo (2009) dengan menggunakan wawancara ataupun angket yang menyatakan isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian.

2.7. Pelatihan

2.7.1. Pengertian

Pelatihan merupakan suatu metode yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan seseorang dalam menjalankan pekerjaannya. Hal tersebut sependapat dengan pernyataan Dessler (2006) bahwa pelatihan adalah suatu metode yang digunakan karyawan dalam mendapatkan keterampilan yang

dibutuhkan untuk melakukan pekerjaannya, dan didukung oleh pernyataan Marquis dan Huston (2010) pelatihan merupakan suatu metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik untuk menjalankan kewajiban dalam pekerjaannya.

2.7.2. Tujuan pelatihan

Tujuan dari pelatihan yaitu untuk memastikan agar karyawan atau staf bekerja dengan baik dengan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya untuk mencapai tujuan organisasi (Dessler, 2006). Sependapat dengan pernyataan Marquis dan Huston (2010) bahwa dengan keterampilan yang baru diharapkan akan meningkatkan produktifitas atau menghasilkan kinerja yang lebih baik. Oleh sebab itu pelatihan merupakan bagian penting dalam pengembangan staf.

2.7.3. Jenis pelatihan

Jenis-jenis pelatihan terdiri dari:

2.7.3.1. On the job Training (Dessler, 2006)

On the job training adalah pelatihan yang dilakukan untuk mempelajari pekerjaan sambil mengerjakannya. *On the job training* yang paling dikenal adalah metode *coaching* yaitu seorang pekerja yang telah berpengalaman yang dilatih ditugaskan untuk melatih karyawan lainnya. *On the job training* harus direncanakan dalam satu tahun, dimana manajer melaksanakan identifikasi kebutuhan pelatihan dari staf dan bekerjasama dengan diklat RS dalam mengembangkan jenis pelatihan, satuan ajaran pendidikan, dan jadwal pelatihan (Hariyati, 2011). Bentuk *on the job training* yaitu rotasi jabatan, latihan instruksi pekerjaan, magang, *coaching*, dan penugasan sementara.

2.7.3.2. Off the job training (Hariyati, 2011)

Perencanaan pelatihan apabila ada beberapa aspek yang menjadi tuntutan kompetensi perawat pelatihannya belum dapat dilaksanakan di dalam RS. Bentuk

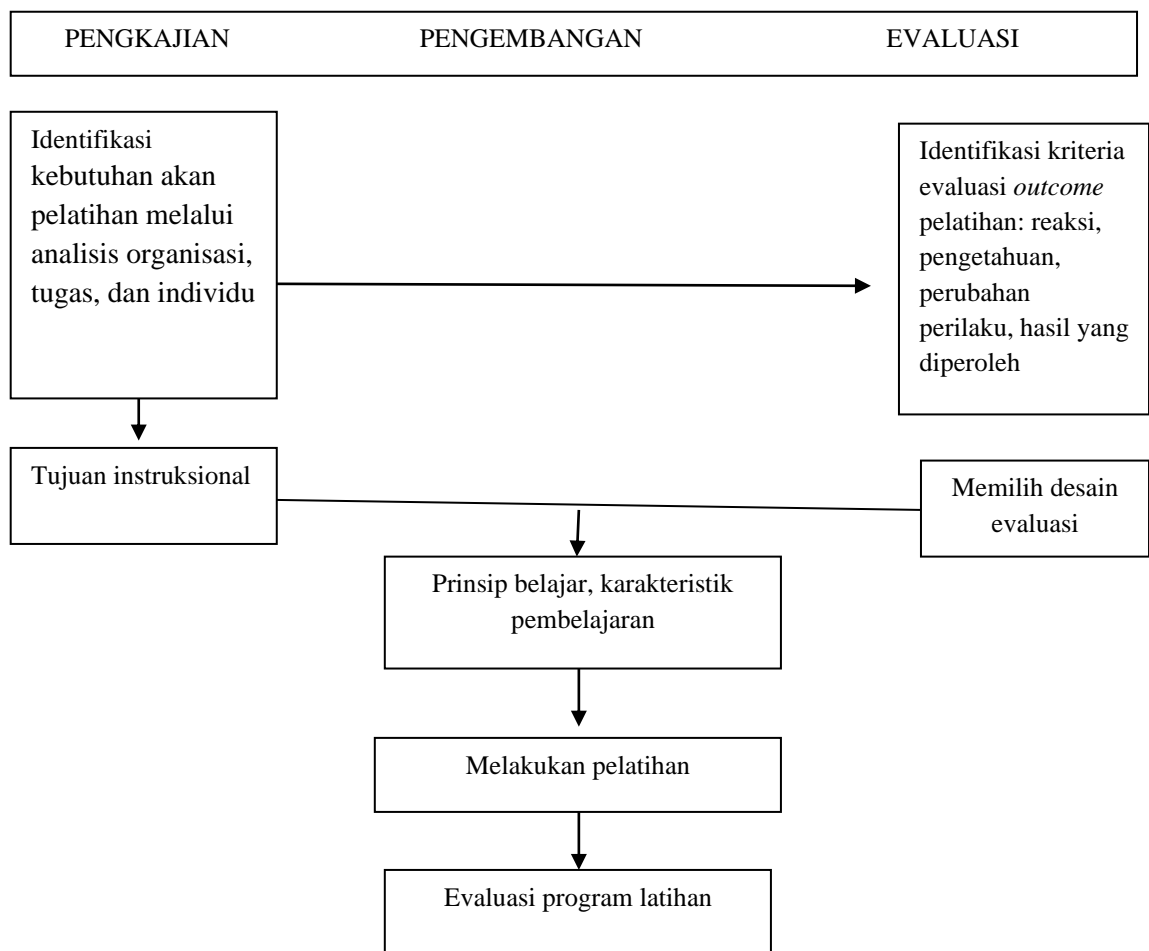
off the job training seperti metode studi kasus, kuliah, studi sendiri, program komputer, kompetensi, dan presentasi.

2.7.4. Manfaat pelatihan

Menurut Mangkunegara (2009) manfaat pelatihan yaitu: meningkatkan penghayatan jiwa dan ideologi, produktivitas kerja, kualitas kerja, ketepatan perencanaan sumber daya manusia, sikap moral dan semangat kerja, pegawai mampu berprestasi secara maksimal, sependapat menurut Rivai dan Sagala (2009) menjelaskan manfaat dari pelatihan dan pengembangan selain meningkatkan kinerja staf, dan dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas output, menurunkan biaya limbah dan perawatan, meningkatkan kepuasan kerja. Staf yang telah diberikan pelatihan diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan dan keterampilan kerja dalam lingkungan kerjanya, dan hal tersebut perlu dilakukan umpan balik agar dapat mengembangkan kinerjanya, hal tersebut didukung oleh pernyataan Bernardin (2003) bahwa karyawan yang mendapatkan pelatihan harus diberikan umpan balik atas pelatihan yang diterima agar staf dapat mengembangkan kinerjanya menjadi lebih baik.

Berdasarkan beberapa penelitian mengenai pelatihan dan pengetahuan menunjukkan bahwa pelatihan dapat digunakan dan dipilih untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan staf. Penelitian Djubaidah, Mustikasari, dan Gayatri (2013) didapatkan hasil bahwa ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan yaitu mengalami peningkatan 50,4. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Yulia (2010), bahwa ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (P value 0,000), kelompok eksperimen setelah pelatihan jauh lebih tinggi sebesar 15,44 dibandingkan dengan rata-rata pemahaman melalui post test pada kelompok kontrol.

Pelatihan menurut Bernardin (2003) terdiri dari tiga langkah utama yaitu pengkajian, pengembangan, dan evaluasi. Secara rinci gambaran sistem model pelatihan dalam penjelasan gambar 2.2 sebagai berikut:



Gambar 2.2 sistem model pelatihan

(Sumber: Bernardin, H.J 2003)

2.8. Karakteristik perawat

Organisasi saat merekrut karyawan atau staf pasti akan mencari dan mempekerjakan karyawan yang terbaik yang dapat diseleksi baik pengetahuan, kemampuan/keahlian dibidangnya, dan etika pada saat perekrutan karyawan, dimana seorang karyawan atau staf akan membawa karakteristik masing-masing

saat bergabung dengan sebuah organisasi, dimana karakteristik biografis seseorang seperti usia, jenis kelamin, masa kerja, dan pendidikan; dapat mempengaruhi produktivitas, kehadiran, tingkat keluar masuknya karyawan, dan kepuasan karyawan (Robbin, 2006).

2.8.1. Usia

Umur merupakan lama waktu hidup seseorang, usia produktif menurut Dessler (2008) adalah 25 tahun saat awal individu memulai karir, pada usia 25-30 tahun adalah waktu penentu untuk memilih bidang kerja sesuai karir. Menurut Robbin (2006) menyatakan semakin meningkatnya usia seseorang maka akan meningkatkan kinerjanya, karena mereka lebih berpengalaman, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap pekerjaannya.

2.8.2. Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin yang dibuktikan dengan ciri fisik pada seseorang, dimana pria dan wanita memiliki kemampuan memecahkan masalah, keterampilan, analisis, dan kemampuan personal dan kemampuan yang berbeda, perbedaan cenderung terjadi karena faktor psikologis wanita yang berbeda dengan otoritas, dan pria yang cenderung lebih agresif dibandingkan wanita. Hal tersebut sejalan dengan pendapat McGee dan Walker (2011) bahwa profesi perawat dikenal sebagai profesi milik perempuan, sejalan dengan penelitian Wade dan Travis (2008) alasan perempuan lebih banyak menjadi perawat dibandingkan laki-laki, karena perawat lebih peka dibandingkan laki-laki. Perawat di Indonesia masih didominasi oleh perempuan dan laki-laki hanya sebagian kecil yang memilih profesi perawat dengan presentase 4-5 % (Yulia, 2012). Hal tersebut menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak berprofesi perawat dibandingkan laki-laki.

2.8.3. Pendidikan

Pendidikan keperawatan di Indonesia mengacu pada UU Keperawatan Nomor 38 tahun 2014, dalam pasal 5 sampai dengan dijelaskan pendidikan tinggi keperawatan terdiri atas pendidikan vokasi, pendidikan akademik, dan pendidikan

profesi. Pendidikan vikasi minimal adalah diploma keperawatan, pendidikan akademik terdiri atas: program sarjana keperawatan, program magister keperawatan, dan program doktor keperawatan, sedangkan pendidikan profesi terdiri atas; program profesi keperawatan, dan program spesialis keperawatan. Hasil penelitian Rustiani (2007) didapatkan hasil ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja, terutama dalam melakukan pendokumentasian asuhan keparawatan.

2.8.4. Masa kerja

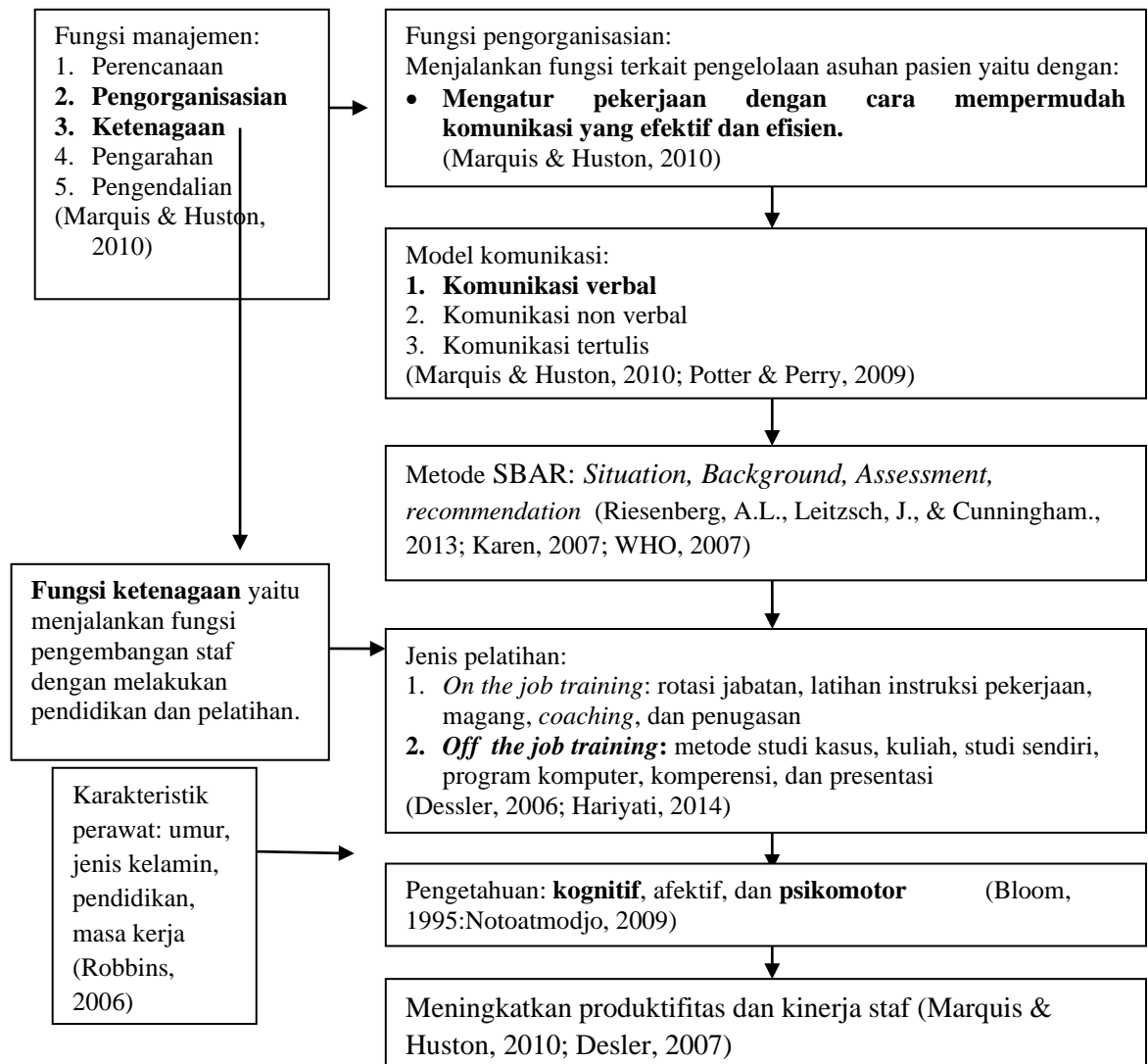
Masa kerja tidak menjamin produktivitas kerja akan lebih baik dari staf yang baru bekerja, hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Riani (2011). Hal tersebut bertolak belakang dengan pendapat dengan penelitian Gallagher dan Blegen (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara masa kerja perawat terhadap penerapan keselamatan pasien terutama mengurangi terjadinya kesalahan.

2.9. Kerangka teori

Berdasarkan kerangka teori yang didapatkan maka dapat dirumuskan bahwa dalam proses manajemen fungsi pengorganisasian dalam hal ini mengatur pengorganisasian dalam asuhan keperawatan, dimana mengelola asuhan diperlukan media komunikasi yang efektif agar pelaksanaan timbang terima dan asuhan keperawatan dapat berkesinambungan dan komprehensif. Komunikasi yang efektif yang telah direkomendasikan yaitu dengan metode SBAR dalam komunikasi verbal saat timbang terima pasien.

Fungsi ketenagaan yaitu menjalankan fungsi pengembangan staf yaitu dengan melakukan pelatihan staf agar terjadi peningkatan domain kognitif, afektif dan psikomotor perawat. Oleh sebab itu untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam komunikasi efektif perlu adanya peningkatan pengetahuan dan kemampuan berkomunikasi yang efektif oleh perawat dalam hal ini meningkatkan kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan SBAR. Pelatihan merupakan metode yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan

komunikasi SBAR perawat dalam komunikasi efektif dalam timbangan terima pasien. Penjelasan kerangka teori akan dijabarkan dalam gambar 2.3 sebagai berikut:



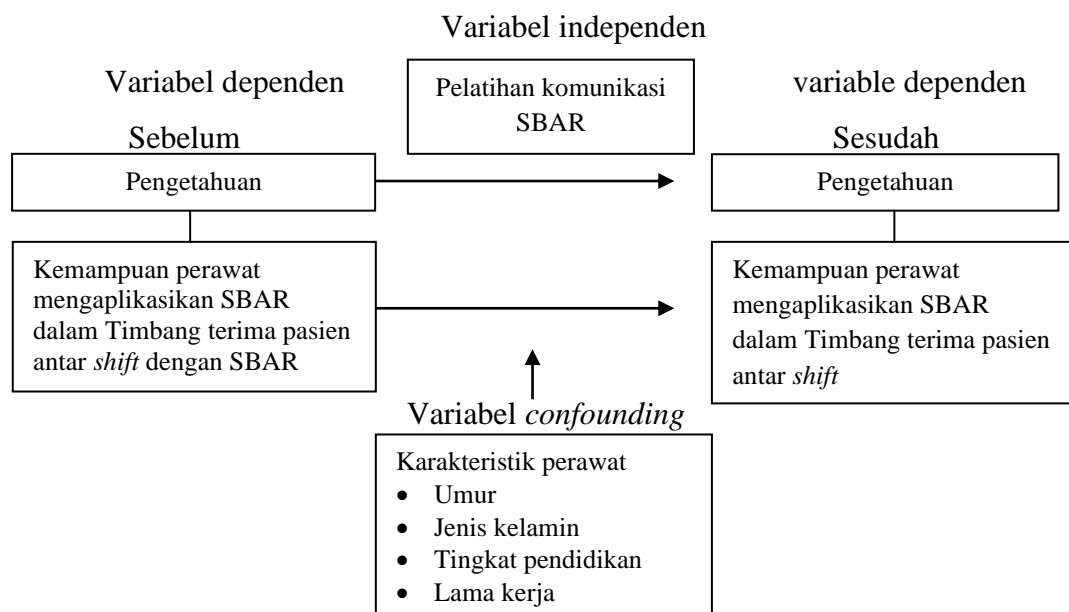
Gambar 2.3 Skema kerangka teori

BAB 3
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS,
DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional dari setiap variable yang akan diteliti. Kerangka konsep merupakan kerangka berfikir yang didapatkan berdasarkan kerangka teori yang didapat, tujuannya adalah untuk mempermudah saat pelaksanaan penelitian. Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara dari penelitian berdasarkan variabel yang diteliti. Definisi operasional merupakan upaya mendeskripsikan atau mendefinisikan variabel agar mudah dan dapat diukur.

3.1. Kerangka konsep

Variabel independen dari penelitian ini yaitu pelatihan komunikasi SBAR, sedangkan variabel dependennya adalah pengetahuan dan kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar *shift*, sedangkan variabel *confounding* yaitu karakteristik perawat meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja. Berdasarkan uraian di atas dapat dibuat kerangka konsep penelitian pada gambar 3.1 sebagai berikut



Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian

3.2. Hipotesis

3.2.1. Ada perbedaan pengetahuan perawat tentang komunikasi SBAR sebelum dan sesudah diberikan pelatihan komunikasi SBAR.

3.2.2. Ada perbedaan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* sebelum dan sesudah diberikan pelatihan komunikasi SBAR

3.3. Definisi operasional

Defenisi operasional, alat ukur, hasil ukur, dan skala dari setiap variabel dijelaskan dalam tabel 3.1 dibawah ini:

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel bebas				
Pelatihan komunikasi SBAR	Memberikan tambahan ilmu dan keterampilan tentang alur komunikasi dengan menggunakan alur SBAR saat timbang terima pasien	Melakukan pelatihan komunikasi SBAR		
Variabel terikat				
Pengetahuan	Kemampuan kognitif perawat dalam menjelaskan dan menginterpretasikan tentang komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i>	Menggunakan kuesioner B yang berisikan tentang pertanyaan mengenai komunikasi SBAR sebanyak 20 pertanyaan, peserta pelatihan mengisi kusioner B sebelum dan sesudah pelatihan diberikan. Jika benar diberi skor 1 , jika salah diberi skor 0, dengan perhitungan nilai= <u>Jumlah nilai yang didapat</u> X 100 20	Total skor nilai dinyatakan 0-100	interval

Kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i>	Pelaksanaan kemampuan perawat dalam komunikasi dengan alur SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i>	Kesesuaian pelaksanaan timbang terima dengan alur komunikasi SBAR dengan mencocokkan lembar observasi timbang terima pasien antar <i>shift</i> , dengan cara penghitungan total nilai = <u>jumlah nilai yang didapat X 100</u> 12	Total skor nilai yang didapat 0-100	interval
Variabel <i>confounding</i>				
Umur	Usia responden dihitung sejak tanggal kelahiran sampai dengan ulang tahun terakhir	Kuesioner A tentang karakteristik perawat dengan mengisi/menceklis pada kolom usia dalam kuesioner	Dinyatakan dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Penggolongan gender yang berdasarkan dengan ciri fisik yang terdiri dari laki-laki dan perempuan	Kuesioner A tentang karakteristik perawat dengan mengisi/menceklis pada kolom jenis kelamin laki-laki atau perempuan	0: laki-laki 1: Perempuan	Nominal
Tingkat pendidikan	Pendidikan terakhir responden berdasarkan ijazah terakhir yang diperoleh	Mengisi kuesioner A yang berisikan karakteristik responden dengan memilih kolom berdasarkan pendidikan terakhir.	1: SPK 2: DIII Keperawatan 3: SI Keperawatan	Ordinal
masa kerja	Rentang waktu responden bekerja sampai dengan waktu pengambilan data di RS	Mengisi kuesioner A yang berisikan karakteristik responden dengan mengisi kolom lama kerja sesuai lamanya tahun bekerja.	Dinyatakan dalam tahun	Interval

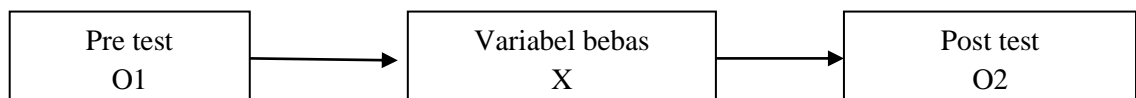
BAB 4 METODE PENELITIAN

Pada bab 4 ini akan menguraikan desain penelitian, populasi dan sampel, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, pengujian instrumen, prosedur pengumpulan data, pengolahan data dan analisa data.

4.1. Desain penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *pre experiment* dengan *one group pre-post test design without control*. Desain ini yaitu dengan cara melakukan satu kali pengukuran di depan (*pre test*) sebelum ada perlakuan dan setelah itu dilakukan pengukuran lagi (*post test*) tetapi tidak memiliki kelompok pembandingan (Notoatmodjo, 2010; Noor, 2011).

Penelitian ini dimulai dengan melakukan pengukuran terhadap pengetahuan dan observasi (*pre-test*) pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* sebelum dilakukan pelatihan komunikasi SBAR, kemudian responden diberikan pelatihan komunikasi SBAR, setelah itu dilakukan (*post-test*) yaitu pengukuran pengetahuan sebanyak satu kali dan observasi pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* dengan metode SBAR satu kali observasi.



Gambar 4.1 Desain *pre experiment one group prepost test design* tanpa ada grup kontrol.

Keterangan:

X =Pelatihan komunikasi SBAR pada perawat pelaksana (treatment/perlakuan, variable bebas)

- O1 =Pengetahuan dan kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* sebelum pelatihan komunikasi SBAR
- O2 =Pengetahuan dan kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* setelah pelatihan komunikasi SBAR

4.2. Populasi dan sampel

4.2.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang rawat inap dan unit perawatan intensif di RS.

Tabel 4.1 Distribusi populasi perawat di RS

No	Unit rawat inap	Jumlah	PP/PJ shift
1.	Ruang Kenanga	20	7
2.	Ruang Mawar	10	4
3.	Ruang Melati	10	4
4.	Ruang ICU	12	2
Jumlah		52	17

(Sumber: Bag. SDM RS)

4.2.2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang akan diteliti, sesuai dengan pernyataan Dharma (2011) bahwa sampel adalah sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi dimana peneliti langsung mengumpulkan data untuk melakukan pengukuran/pengamatan. Besarnya sampel dalam penelitian ini yaitu dengan pengambilan seluruh populasi dijadikan sampel penelitian, teknik pengambilan sampel dengan total *sampling*, yaitu seluruh PP atau PJ *shift* berjumlah 17 perawat.

4.3. Waktu dan tempat penelitian

4.3.1. Waktu penelitian

Waktu penelitian berlangsung selama tiga bulan, dimulai dari penyusunan proposal (1 April sampai dengan 13 April 2015), pelaksanaan uji etik (20 April sampai dengan 10 Mei 2015), pengambilan data penelitian (18 Mei sampai dengan 12 Juni 2015) dan pengolahan data sampai dengan laporan hasil (12 Juni sampai dengan 3 Juli 2015).

4.3.2. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di salah satu RS swasta di Bekasi, adapun alasan peneliti memilih RS ini sebagai tempat penelitian karena RS sedang menggalakkan program “*patient safety*” dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga dan pihak manajemen berupaya untuk meningkatkan keterampilan perawat. Hasil studi pendahuluan dari wawancara kepada 10 perawat di ruangan terkait pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift*, hasil wawancara didapatkan hambatan saat pelaksanaan timbang terima terkadang ada informasi yang terlewat, sehingga perawat mengklarifikasi informasi saat perawat yang telah berdinis pulang, dan waktu menunggu timbang terima yang terkadang tidak tepat waktu karena beberapa hal, hal tersebut didukung dari hasil observasi bahwa informasi yang disampaikan mengenai kondisi pasien saat timbang terima 75 % adalah informasi medis. Perawat belum terpapar informasi mengenai SBAR dalam timbang terima sebanyak 90 % (9 perawat), dan hasil dari observasi pelaksanaan informasi dan salah satu yang akan dikembangkan oleh pihak manajemen RS yaitu komunikasi efektif.

4.4. Etika penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah lolos uji etik proposal penelitian oleh Komite Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI). Peneliti mengajukan surat permohonan kepada pihak akademik FIK UI untuk pengajuan surat izin penelitian dan surat terlampir, lalu menyerahkan kepada **Universitas Indonesia**

pihak RS dan telah diberikan surat balasan dari pihak RS bahwasanya telah diberikan ijin untuk melakukan penelitian surat terlampir. Selanjutnya peneliti menjelaskan rencana, tujuan, dan manfaat dari penelitian yang akan dilakukan di RS, setelah disetujui peneliti berkoordinasi dengan pihak RS untuk menentukan tempat dan kelompok yang akan dijadikan kelompok intervensi. Peneliti menjelaskan kepada responden rencana, tujuan, dan manfaat dari penelitian. Peneliti kemudian memberikan hak kebebasan kepada calon responden untuk memutuskan keikutsertaan dalam penelitian.

Etika penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

4.4.1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for human dignity*)

Penelitian ini akan dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia, dimana responden memiliki hak dan kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak dalam kegiatan penelitian setelah diberikan penjelasan tentang rencana penelitian, tujuan dan manfaat penelitian, bila responden tidak bersedia mengikuti penelitian tidak akan ada paksaan, dan apabila responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian, responden diminta untuk menandatangani *informed consent*. Calon responden sebanyak 17 perawat telah bersedia untuk menjadi responden penelitian, dibuktikan dengan surat persetujuan yang telah ditandatangani oleh responden setelah diberikan penjelasan oleh peneliti.

4.4.2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*respect for privacy and confidentiality*)

Responden dalam penelitian ini adalah manusia yang tentunya memiliki privasi dan mendapatkan hak untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Data dalam penelitian ini tidak disertai dengan identitas asli, akan tetapi hanya memberikan kode responden, dan selama proses pengolahan data juga tidak mencantumkan identitas responden.

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

Prinsip *balancing harm and benefits* mengandung arti bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi sampel dan populasi dimana penelitian ini dilakukan. Manfaat dari penelitian ini yaitu akan menambah pengetahuan dan keterampilan responden dalam komunikasi SBAR saat timbang terima pasien. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak membahayakan responden.

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

Pemilihan responden disesuaikan dengan tujuan dari penelitian bukan karena alasan tertentu dan tidak memperlakukan atau memperberat apabila responden mengundurkan diri dari penelitian. Tahapan dalam penelitian dilakukan secara jujur, cermat, tepat dan hati-hati.

4.5. Alat pengumpul data

Alat pengumpul data yaitu instrumen penelitian yang terdiri dari kuesioner A tentang karakteristik perawat, kuesioner B tentang materi pelatihan, dan lembar observasi kemampuan perawat dalam timbang terima, adapun penjelasannya sebagai berikut:

4.5.1. Instrumen A: kuesioner karakteristik perawat

Instrumen A berisikan karakteristik perawat yang terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja. Data yang didapat dari instrumen ini adalah data primer, karena data diisi langsung oleh responden, dimana responden mengisi dan memberikan tanda *check list* (√) pada tempat yang sesuai dan yang telah disediakan, kuesioner penelitian terlampir.

4.5.2. Instrumen B: kuesioner materi pelatihan komunikasi SBAR

Keusioner yang berisikan pertanyaan tentang komunikasi SBAR, berisikan 20 pertanyaan yang berkaitan dengan materi pelatihan yang disampaikan, adapun kisi-kisi kuesioner dijelaskan dalam tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Kisi-kisi keusioner tentang komunikasi SBAR dan timbang terima pasien

No	Materi pelatihan	Pertanyaan		Jumlah
		Positif	Negatif	
1.	Pengertian komunikasi	1		1
2.	Komponen komunikasi	2		1
3.	Jenis komunikasi	3		1
4.	Hambatan komunikasi	4,5		2
5.	Pengertian komunikasi SBAR	6		1
6.	Sejarah SBAR	7		1
7.	Komponen SBAR	8		1
8.	Manfaat komunikasi SBAR		9	1
9.	Pengertian timbang terima		10	1
10.	Tujuan timbang terima		11	1
11.	Komponen timbang terima.	12,13,14		3
12.	SBAR	16,17,18,19,20	15	6
Total				20

4.5.3. Instrumen C: lembar observasi komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*.

Lembar observasi ini berisi 12 pernyataan proses komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*. Komunikasi SBAR disusun sesuai dengan keperluan peneliti dan disesuaikan dengan referensi mengenai komponen SBAR dalam timbang terima. Instrumen berupa daftar tilik timbang terima dengan komunikasi SBAR yang sudah dimodifikasi oleh peneliti. Pelaksanaan observasi melibatkan observer untuk mengisi pernyataan dengan mengisi kolom dengan cara *check list* (√) pada kolom pernyataan dengan dua jawaban alternatif “ya” atau “tidak”, dan observer hanya memilih salah satu jawaban dari hasil

pengamatan dari responden saat timbang terima pasien antar *shift*, lembar observasi terlampir (lampiran 9). Adapun kisi-kisi lembar observasi kegiatan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien dalam tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3 Kisi-kisi instrumen C: lembar observasi pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* dengan komunikasi SBAR

No	Komponen sbar	Nomor item pernyataan	Jumlah
1.	<i>Tahap persiapan</i>	1,2,3,4	4
2.	<i>Tahap pelaksanaan</i>	5,6,7,8,9,10,11,12	8
Total			12

4.5.4. Modul pelatihan

Modul pelatihan merupakan pegangan untuk peneliti dalam memberikan pelatihan pada proses intervensi dan modul terlampir, dimana modul sebelumnya di konsultasikan dengan pembimbing dan dosen manajemen keperawatan oleh ibu Dr. Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp., MARS.

4.5.5. Observer

Penelitian ini melibatkan observer yang terdiri dari CI dan kepala ruangan yang tidak terlibat dalam penelitian yang berjumlah empat orang yang sebelumnya diberikan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima, selanjutnya membantu peneliti pada saat mengobservasi *pre* dan *post* saat timbang terima pasien antar *shift* dengan SBAR. Observer melakukan pengamatan pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* di ruangan, dimana observer melihat dari jarak tidak kurang 1 meter dari responden agar jelas terdengar apa yang disampaikan saat timbang terima, selanjutnya observer mengisi lembar observasi dengan memberikan tanda *check list* pada kolom “ya” apabila dilakukan, dan mengisi tanda *check list* pada kolom tidak apabila tidak dilakukan, akan tetapi observer tidak memberikan masukan dan arahan saat observasi berlangsung.

4.6. Pengujian instrumen

Keampuhan instrumen didalam penelitian mempunyai kedudukan yang paling tinggi, karena data merupakan penggambaran variabel yang diteliti dan berfungsi sebagai alat pembuktian hipotesis (Arikunto, 2011). Penyusunan instrumen menggambarkan tujuan dari penelitian dan juga dapat konsisten bila pertanyaan tersebut dijawab dalam waktu yang berbeda, sehingga dilakukan uji coba instrumen pada kuesioner A dan B di salah satu RS swasta di Jakarta yang memiliki karakteristik yang sama dengan tempat penelitian, setelah mengajukan surat ijin melakukan uji validitas dan reliabilitas dalam surat yang terlampir. Uji reliabilitas lembar observasi dilakukan uji kesamaan persepsi dengan melakukan uji *cohen's kappa*.

4.6.1. Uji validitas

Uji validitas untuk kuesioner A dan kuesioner B dilakukan dengan uji keterbacaan oleh pembimbing dan Dosen mata ajar manajemen keperawatan, dalam hal ini instrumen A, B, dan modul pelatihan dikonsultasikan kepada ibu Rr. Tutik Hariyati, S.Kp., MARS.

4.6.2. Uji Reliabilitas

Peneliti melakukan uji reliabilitas di salah satu RS swasta di Jakarta dengan menggunakan hasil uji dengan *Cronbach alpha*, yaitu membandingkan nilai *alpha Cronbach* dengan nilai r tabel, bila hasil *alpha Cronbach* lebih besar atau sama dengan nilai r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel. Nilai koefisien reliabilitas yang baik adalah di atas 0.7 (Cukup baik), diatas 0.8 (baik) (Sastroasmoro & Ismail, 2011). Adapun hasil dari uji reliabilitas pada kuesioner yaitu didapatkan nilai hasil *alpha Cronbach* adalah 0.675 lebih besar dibandingkan nilai r tabel 0.361, dapat diartikan secara statistik bahwa butir-butir pertanyaan reliabel untuk digunakan dalam proses penelitian.

Uji reliabilitas yang kedua yaitu melakukan kesamaan persepsi, uji persepsi dilakukan untuk menyamakan persepsi antara peneliti dengan observer atau pengumpul data terhadap suatu pengukuran, uji ini sering dilakukan pada jenis instrumen observasi (Dharma, 2011; Hastono, 2007). Uji ini dilakukan untuk menilai reliabilitas dari instrumen dengan hasil ukur nominal dengan jawaban dilakukan dan tidak dilakukan menggunakan metode *Cohen's Kappa*.

Metode pengamatan *Cohen's Kappa* yaitu melakukan pengamatan yang dilakukan oleh observer dengan sasaran proses, dimana pengulangan pengamatan diupayakan direkam sebelumnya, agar dapat menunjukkan proses yang diamati. Nilai Kappa pada uji interrater reliability antar observer dinyatakan rendah bila nilai 0.00-0.40, sedang 0,41-0,59, baik 0,60-0,74, dan sangat baik 0,75-1,00 (Fleiss, 1981 dalam Dharma, 2011).

Hasil dari uji *Cohen's Kappa* akan dijelaskan pada tabel 4.4 sebagai berikut:

Tabel 4.4
Hasil uji *Inter-Rater reliability*

No	Observer	Koofesien kappa
1	Observer 1	1,000
2	Observer 2	0,833
3	Observer 3	1,000
4	Observer 4	1,000

Berdasarkan hasil uji kappa, didapatkan nilai Kappa sebesar 1,000 (sangat baik) pada observer 1, 3, dan 4, dan hasil uji observer 2 didapatkan nilai Kappa sebesar 0,833 (sangat baik). Berdasarkan hasil uji *interrater reliability* yang telah dilakukan didapatkan nilai Kappa $> 0,75$, sehingga secara statistik tidak terdapat perbedaan persepsi mengenai aspek yang diamati oleh peneliti dan observer.

4.7. Prosedur pengumpulan data

4.7.1. Tahap persiapan

Menyelesaikan prosedur administrasi, diantaranya:

- 1) Melaksanakan uji etik dari komite Etik Penelitian FIK UI, dan telah dinyatakan lulus uji etik pada tanggal 5 Mei 2015 surat terlampir (lampiran 2).
- 2) Peneliti mengajukan surat ijin penelitian dari FIK UI yang ditujukan untuk Direktur RS sebagai tempat dilakukannya penelitian, surat terlampir (lampiran 3).
- 3) Setelah mendapat ijin dari pihak RS yang dibuktikan dengan adanya surat balasan mengizinkan peneliti untuk memulai proses penelitian. Peneliti menemui Kepala Bidang Keperawatan untuk negosiasi pelaksanaan penelitian.

4.7.2. Tahap pelaksanaan

Kegiatan pelaksanaan intervensi penelitian dilaksanakan selama dua puluh lima hari terhitung sejak tanggal 18 Mei sampai dengan 11 Juni 2015 dimulai dengan *informed consent*, *pre test*, intervensi, dan *post test*. Pada tanggal 18 Mei 2015 peneliti melakukan koordinasi dengan Direktur RS, Kepala Bidang Keperawatan, dan kepala ruangan rawat inap mengenai proses rencana penelitian ini.

4.7.2.1. Informed consent

Sebelum penelitian dimulai, peneliti menjelaskan latar belakang penelitian, tujuan, manfaat, dan prosedur pelaksanaan penelitian pada tanggal 18-19 Mei 2015. Setelah dijelaskan dan responden memahami penjelasan peneliti, responden diminta untuk menandatangani formulir persetujuan sebagai bukti bahwa responden bersedia menjadi responden selama proses penelitian.

4.7.2.2. Pre test

Pre test komunikasi SBAR dan materi pelatihan komunikasi SBAR dalam timbangan terima dilakukan pada tanggal 20 Mei 2015 dengan menjawab 20 pertanyaan yang telah disiapkan peneliti terkait materi pelatihan sebelum

pelatihan diberikan. Observasi pelaksanaan timbang terima dilakukan pada tanggal 18-19 Mei 2015.

4.7.2.3. Intervensi

Pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima akan dilakukan di ruang rapat Direksi RS pada tanggal 18 Mei 2015 yang diikuti oleh observer, yang terdiri dari kepala ruangan dan *Clinical Instructure* sebanyak 4 orang yang telah ditentukan oleh pihak RS, dan pada tanggal 20 Mei 2015 diikuti oleh peserta pelatihan (PP atau PJ *shift*). Pelaksanaan pelatihan komunikasi SBAR hanya dilaksanakan satu hari, dibagi menjadi dua kelompok untuk efektifitas dan efisiensi pelaksanaan pelatihan. Kelompok pertama pada pukul 09.00-11.30 WIB, dan kelompok kedua pukul 13.00-15.30 WIB. Masing-masing kelompok dibagi menjadi dua sesi dengan total waktu 150 menit, 60 menit pertama menyampaikan materi pelatihan dengan metode ceramah dan tanya jawab, dan 90 menit latihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* dengan metode *role play*.

Tanggal 21 Mei sampai dengan 5 Juni 2015 dilakukan pendampingan dalam pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift*. Pelaksanaan pendampingan hanya dilakukan pada *shift* pagi dan *shift* sore dibantu oleh kepala ruangan. Proses pendampingan dilakukan untuk melihat kesesuaian pelaksanaan timbang terima pasien dengan SBAR menggunakan lembar observasi yang telah dipersiapkan oleh peneliti, guna memastikan pelaksanaan timbang terima pasien berjalan sesuai dengan yang telah direncanakan.

4.7.2.4. Post tes

Post tes untuk pengetahuan perawat tentang materi pelatihan langsung dilakukan setelah selesai pelaksanaan pelatihan, sedangkan pelaksanaan *post test* untuk timbang terima pasien antar *shift* dengan SBAR dilakukan setelah pendampingan selama dua minggu. Pelaksanaan observasi post pelatihan pada tanggal 6 sampai

12 Juni 2015. Jadwal pelaksanaan pengamatan disesuaikan dengan jadwal dinas PP atau PJ *shift* di ruangan.

Proses observasi dilakukan pada *shift* pagi, sore, dan atau *shift* malam, dimana observer melihat dan mengamati proses pelaksanaan timbang terima dengan menggunakan lembar observasi yang telah direncanakan, dan mengisi lembar observasi dengan cara memberikan tanda *check list* pada kolom “ya” apabila responden melakukan kegiatan, dan memberikan tanda *check list* pada kolom “tidak” apabila responden tidak melakukan atau tidak menyebutkan sesuai dengan lembar observasi. Setelah pengamatan selesai, observer mengumpulkan hasil observasi kepada peneliti untuk dilakukan analisis. Adapun proses pelaksanaan kegiatan penelitian akan dijelaskan dalam tabel 4.5 sebagai berikut:

Tabel 4.5 Kerangka kerja pelaksanaan kegiatan penelitian

Persiapan		Intervensi		
Tanggal 17 Mei 2015	Tanggal 18-19 Mei 2015	Tanggal 20 Mei 2015	Tanggal 21 Mei s.d 5 Juni 2015	Tanggal 6-12 Juni 2015
a. Koordinasi dengan Bidang Keperawatan dan diklat RS	a. Tahap persiapan b. Pelatihan observer. c. Berikan <i>pre test</i> dengan melakukan observasi pelaksanaan timbang terima pasien antar <i>shift</i>	a. <i>Pre test</i> pengetahuan responden tentang komunikasi SBAR b. Pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima c. <i>Post test</i> pengetahuan responden tentang komunikasi SBAR	Pendampingan pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i> Oleh peneliti dan observer.	a. Observasi pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i> secara mandiri sambil dilakukan observasi oleh observer b. Pengolahan data

4.8. Pengolahan data dan analisis data

4.8.1. Pengolahan data

1. Editing

Editing, yaitu menilai kelengkapan data yang didapatkan, meliputi kebenaran tentang pengisian dan kelengkapan jawaban pada lembar kuesioner

2. Coding

Memberikan kode pada setiap item pertanyaan kuesioner untuk mempermudah penulis dalam melakukan tabulasi dan analisis data

3. Processing

Melakukan proses *entry* data kedalam komputer, dimana data dimasukkan kedalam komputer sesuai dengan nomor urut responden dalam bentuk angka sesuai dengan pengkodean yang telah dilakukan sebelumnya.

4. Cleaning

Melakukan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan kedalam komputer untuk melihat ada tidaknya kesalahan dalam *entry* data.

4.8.2. Analisis data

Analisis data adalah proses pengolahan data selanjutnya setelah data penelitian didapat, adapun analisis yang dilakukan yaitu analisis univariat dan bivariat.

4.8.2.1. Analisis univariat.

Tujuan dari analisis univariat yaitu untuk melihat gambaran karakteristik perawat, pengetahuan perawat tentang komunikasi SBAR sebelum dan sesudah pelatihan, dan kemampuan pelaksanaan SBAR dalam timbangan terima pasien antar *shift* sebelum dan sesudah pelatihan. Hasil analisa data berupa distribusi frekuensi dan prosentase dari masing masing variabel, hasil analisis mencakup mean, median, dan standar deviasi untuk jenis data numerik (usia, masa kerja, pengetahuan, kemampuan SBAR perawat dalam timbangan terima) dan prosentase atau proporsi untuk jenis katagorik (jenis kelamin, tingkat pendidikan). Penyajian data pada analisis univariate ini berupa tabel.

4.8.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menilai adakah perbedaan pengetahuan dan kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* sebelum dan sesudah pelatihan, akan dijelaskan dalam tabel 4.6 sebagai berikut:

Tabel 4.6 Analisis Bivariat

Variabel dependen (sebelum)			skala	Variabel dependen (sesudah)		Skala	Uji statistic
Pengetahuan komunikasi SBAR	komunikasi	interval		Pengetahuan komunikasi SBAR	Interval		Uji t berpasangan
Kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i> sebelum pelatihan komunikasi SBAR		interval		Kemampuan SBAR perawat dalam timbang terima pasien antar <i>shift</i> setelah pelatihan komunikasi SBAR	Interval		Uji Wilcoxon

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab 5 ini akan memaparkan hasil analisis univariat dan bivariat dari penelitian terhadap pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* yang dilaksanakan pada tanggal 18 Mei sampai dengan 12 Juni 2015 di ruang rawat inap pada empat ruangan. Jumlah sampel 17 perawat PP atau PJ *shift*, dengan melakukan 2 kali pengamatan saat timbang terima pasien antar *shift* dengan komunikasi SBAR sebelum dan sesudah pelatihan. Seluruh responden penelitian tidak ada yang *droup out* selama pelaksanaan penelitian berlangsung.

5.1. Gambaran karakteristik perawat PP atau PJ *shift*

Karakteristik perawat sesuai jenis data yaitu data katagorik dan data numerik, dimana data katagorik meliputi jenis kelamin dan pendidikan, sedangkan data numerik berdasarkan umur dan masa kerja. Berdasarkan hasil uji normalitas pada data katagorik dan numerik didapatkan hasil p value > 0.05, maka secara statistik data terdistribusi normal.

Hasil analisis data karakteristik perawat berdasarkan jenis kelamin dan pendidikan dijelaskan dalam tabel 5.1 sebagai berikut:

Tabel 5.1
Distribusi frekuensi PP atau PJ *shift* berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan bulan Mei 2015 (n=17)

variabel	N	Presentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	1	5,9
Perempuan	16	94,1
Pendidikan		
SPK	2	11,8
D III Keperawatan	15	88,2
Total	17	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 bahwa karakteristik perawat berdasarkan jenis kelamin mayoritas PP atau PJ *shift* yaitu perempuan (94.1 %) dengan latar belakang pendidikan lebih banyak D3 Keperawatan (88.2 %).

Hasil karakteristik perawat berdasarkan umur dan jenis kelamin akan dijelaskan dalam tabel 5.2 sebagai berikut:

Tabel 5.2
Distribusi PP atau PJ *shift* berdasarkan umur dan masa kerja
bulan Mei 2015 (n=17)

Variabel	Rerata (s.b)	95 % CI
Umur	38,76 (5,985)	35,69-41,84
Masa kerja	17,59 (6,285)	14,36-20,82

Berdasarkan hasil analisis bahwa data untuk variabel umur dan masa kerja terdistribusi normal ($p > 0,05$). Rerata umur PP atau PJ shift 38.76 tahun dengan simpangan baku 5,985, sedangkan berdasarkan masa kerja rerata lama bekerja 17.59 tahun dengan simpangan baku 6,285.

5.2. Perbedaan pengetahuan Perawat PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah diberikan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima

Pengetahuan dianalisis sebelum dan sesudah diberikan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*, adapun hasil pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan akan dijelaskan dalam tabel 5.3 sebagai berikut:

Tabel 5.3
Pengetahuan PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* Mei 2015 (n=17)

Pengetahuan	Rerata	Simpangan baku	95 % CI
Pre pelatihan	37,94	11,327	32,12 – 43,77
Post pelatihan	68,53	7,859	64,49 – 72,57

Hasil analisis pada tabel 5.3 memberikan gambaran bahwa rerata pengetahuan sebelum pelatihan sebesar 37,94 dengan standar baku 11,327, pada tingkat kepercayaan 95 % diyakini rerata nilai pengetahuan PP atau PJ *shift* terdistribusi

antara 32,12 sampai dengan 43,77. Pengetahuan setelah pelatihan sebesar 68,53 dengan standar baku 7,859, pada tingkat kepercayaan 95 % diyakini rerata nilai pengetahuan PP atau PJ *shift* setelah pelatihan terdistribusi antara 64,49 sampai dengan 72,57.

Adapun perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan akan dijelaskan pada tabel 5.4 sebagai berikut:

Tabel 5.4
Perbedaan pengetahuan PP atau PJ *Shift* sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima antar *shift* Mei 2015 (n=17)

Pengetahuan	Rerata (s.b)	Selisih (s.b)	CI 95 %	p
pre pelatihan	37.94 (11.327)	30.588 (13.096)	23.855-37.322	< 0,001
Post pelatihan	68.53 (7.859)			

Tabel 5.4 adalah hasil dari uji t berpasangan, diperoleh nilai p value 0,001 ($p < 0.05$) dengan selisih 30.588 (CI 95 % -37.322 sampai -23.855). dikarenakan nilai $p < 0,05$ dan CI tidak melewati nol, secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna rerata pengetahuan PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*.

5.3. Perbedaan kemampuan Perawat PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*

Bagian ini menjelaskan kemampuan perawat PP atau PJ *shift* sebelum dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima antar *shift* dan sesudah dilakukan pelatihan. Berdasarkan uji normalitas, data tidak terdistribusi normal dengan nilai p value 0,001 ($p \text{ value} < 0,05$). Kemampuan PP atau PJ *shift* dianalisis sebelum dan sesudah diberikan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*, adapun hasil kemampuan sebelum dan sesudah pelatihan akan dijelaskan dalam tabel 5.5 sebagai berikut:

Tabel 5.5
Kemampuan PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR
dalam timbang terima pasien antar *shift* (n= 17)

Kemampuan	median	95 % CI
<i>Pre</i> pelatihan	66,70	51,86 – 69,20
<i>Post</i> pelatihan	91,70	80,71 – 96,74

Tabel 5.5 menggambarkan kemampuan PP dan PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan, dimana suatu tabel terdiri atas subjek tiap kelompok, median, 95 % CI tiap kelompok. Nilai rerata dan simpang baku tidak dilaporkan, karena pada sebaran data tidak normal, karena rerata dan simpang baku tidak dapat mewakili data. Kemampuan PP atau PJ *shift* didapatkan nilai median sebelum pelatihan 66,70 pada tingkat kepercayaan 95 % diyakini terdistribusi antara 51,86 sampai dengan 69,20. Kemampuan setelah pelatihan dengan nilai median 91,70, pada tingkat kepercayaan 95 % diyakini terdistribusi 80,71 sampai dengan 96,74.

Perbedaan kemampuan menggunakan analisis Wilcoxon, adapun hasil analisis data perbedaan kemampuan perawat PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah dapat dilihat pada tabel 5.6 sebagai berikut:

Tabel 5.6
Perbedaan kemampuan PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan
komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* di RS

Kemampuan	Median (minimum-maksimum)	p
<i>Pre</i> pelatihan (n= 17)	66,70 (51,86 – 69,20)	0,001
<i>Post</i> pelatihan (n=17)	91,7,0 (80,71 – 96,74)	

Berdasarkan hasil uji Wilcoxon, tidak ada PP atau PJ *shift* yang kemampuannya menurun setelah pelatihan, 16 PP atau PJ *shift* kemampuannya meningkat setelah pelatihan, dan 1 PP atau PJ *shift* yang tetap tidak ada perubahan kemampuan. Hasil observasi kemampuan PP atau PJ *shift post* pelatihan didapatkan p value 0,001 (p value < 0.05), secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna

kemampuan PP atau PJ *shift* saat timbang terima pasien antar *shift* dengan komunikasi SBAR.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab enam akan membahas hasil dari penelitian yang meliputi gambaran karakteristik PP atau PJ *shift* , perbedaan pengetahuan dan kemampuan PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan di RS.

6.1. Gambaran karakteristik PP atau PJ *shift* di Rumah Sakit

Berdasarkan hasil analisis univariat dari 17 responden PP dan PJ *shift*, bahwa mayoritas perawat adalah berjenis kelamin perempuan (94,1 %) dibandingkan dengan laki-laki (5,9 %). Hal tersebut sependapat dari hasil penelitian Yulia (2012) bahwa laki-laki hanya sebagian kecil yang memilih profesi perawat dengan presentase 4-5 % (Yuliati, 2015; Anitha, 2015; Mutiasari, 2015). Hal tersebut membuktikan bahwa profesi perawat lebih diminati oleh perempuan.

Pendidikan perawat di RS tempat penelitian mayoritas berpendidikan D III, hal tersebut menunjukkan SDM perawat di pelayanan lebih banyak perawat pada level vokasi. Pendidikan akan mempengaruhi kemampuan seseorang, hal tersebut sependapat menurut Robbin (2010) bahwa bila pendidikan meningkat maka kemampuan seseorang juga akan meningkat, dengan demikian bahwa pendidikan yang lebih tinggi cenderung untuk patuh, hal tersebut didukung pula oleh penelitian Ridley (2008) dalam Hariyati (2014) bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan perilaku keselamatan pasien, dalam hal ini pendidikan *Nurse* mempunyai pengaruh besar terhadap keselamatan pasien.

Rerata umur perawat di RS adalah berkisar 35,69 sampai dengan 41,84. Perawat di RS tergolong pada usia produktif, karena menurut Robbins (2010) bahwa usia 20-40 tahun merupakan tahap dewasa muda, dimana menunjukkan kematangan jiwanya dan perkembangan puncak dari kondisi fisik dalam mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya.

Berdasarkan masa kerja, perawat di RS rerata lama bekerja 17.59 tahun, minimal masa kerja 4 tahun dan paling lama masa kerjanya adalah 25 tahun. Ditinjau dari masa kerja perawat dapat dikatakan cukup berpengalaman dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya, karena semakin lama seseorang bekerja maka akan meningkat keterampilan dan pengalaman dalam menyelesaikan pekerjaannya, dan juga akan meningkatkan kepuasan dalam pekerjaannya (Robbins, 2010). Hal tersebut sependapat dengan Gallagher dan Blegen (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara masa kerja perawat terhadap penerapan keselamatan pasien terutama terjadinya kesalahan.

6.2. Pengetahuan perawat sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*.

Pengetahuan didapat dari hasil belajar, pengetahuan menurut Notoatmodjo (2009) adalah hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, hal tersebut tidak terlepas dari proses belajar. Belajar merupakan proses perubahan perilaku akibat adanya respon terhadap situasi, situasi yang dapat diperoleh dari respon sekitarnya, dalam hal ini pelaksanaan pelatihan merupakan situasi yang menyebabkan terjadinya perubahan pengetahuan dari yang tidak tahu menjadi tahu, sehingga pengetahuan perawat sebelum dilakukan pelatihan terjadi peningkatan setelah dilakukan pelatihan timbang terima pasien antar *shift* dengan komunikasi SBAR. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Djubaidah, Mustikasari, dan Gayatri (2013) bahwa terjadi peningkatan pengetahuan terhadap komunikasi SBAR setelah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR (p value 0.000).

Berdasarkan hasil *post* pelatihan terkait pengetahuan PP atau PJ *shift* tentang komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*, rerata pengetahuan yang didapat setelah pelatihan masih dalam kategori pengetahuan cukup, hal tersebut berdasarkan pengkategorian pengetahuan menurut Notoatmodjo (2010) apabila responden dapat menjawab dengan benar 56 % s.d 75 % diakategorikan

cukup pengetahuannya. Hal tersebut menunjukkan bahwa walaupun secara statistik terjadi peningkatan pengetahuan namun secara klinis peningkatan pengetahuan kurang bermakna.

Kemungkinan terjadinya peningkatan pengetahuan yang kurang signifikan dikarenakan mayoritas pendidikan perawat di RS tempat penelitian ini adalah D III Keperawatan, hal tersebut menjadi perhatian khusus untuk pimpinan, dimana pimpinan selalu memberikan motivasi dan pengarahan untuk pengembangan pendidikan berkelanjutan stafnya. Pengembangan pendidikan berkelanjutan merupakan hal yang penting menuju tatanan profesionalisme dalam memberikan asuhan keperawatan, dimana menurut Asmadi (2008) pola pikir perawat dengan pendidikan yang rendah akan berbeda dengan pola pikir yang berpendidikan tinggi. Taylor dan LeMone (2010) menyatakan bahwa tingkat pendidikan diploma tiga merupakan pendidikan profesional pemula, dan tingkat profesional perawat adalah minimal sarjana. Dalam hal ini perawat dengan pendidikan yang lebih tinggi dapat memberikan perawatan secara professional sesuai dengan keilmuannya dengan lebih baik.

Selain itu, peningkatan kesadaran perawat akan pentingnya komunikasi efektif dalam pelayanan, karena salah satu manfaat komunikasi yang efektif adalah meminimalkan kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Kesten (2011) bahwa manfaat komunikasi yang efektif dengan SBAR meningkatkan kualitas pengobatan dan perawatan pasien, serta keselamatan pasien, dan sejalan dengan penelitian Haig, Sutton, & Whittington (2006) bahwa angka kejadian kesalahan pemberian obat menurun dari 30 kasus menjadi 18 kasus/1000 pasien. Hal tersebut menunjukkan pentingnya komunikasi efektif dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Produktifitas kerja individu dalam pekerjaannya tentunya harus didukung oleh pengetahuan dan keterampilan yang baik, hal tersebut perlu dilakukan dengan

pengembangan staf. Penelitian Gayatri (2013) mengenai pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan, didapatkan hasil bahwa ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan, pengetahuan mengalami peningkatan 50,4 setelah diberikan pelatihan. Begitupula hasil dari penelitian Yulia (2010) ada perbedaan pemahaman perawat pelaksana mengenai penerapan keselamatan pasien setelah mendapatkan pelatihan, kelompok eksperimen setelah pelatihan jauh lebih tinggi sebesar 15,44 dibandingkan dengan kelompok kontrol . Hal tersebut membuktikan bahwa dengan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan seseorang untuk penunjang penampilan kerja sesuai dengan tugasnya, hal tersebut sependapat dengan Dessler (2006) bahwa pelatihan adalah sebuah metode yang digunakan untuk mendapatkan keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaannya, dan didukung oleh pernyataan Marquis dan Huston (2010) pelatihan merupakan metode yang terorganisir untuk memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik untuk menjalankan kewajiban dalam pekerjaannya. Sejalan dengan pernyataan As'ad (2004) dimana dengan pelatihan akan meningkatkan kemampuan pegawai. Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan pelatihan yang berkelanjutan dapat meningkatkan kognitif dan psikomotor staf dan dapat menunjang produktifitas kinerja.

6.3. Kemampuan perawat sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi

SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*.

Pencapaian tujuan organisasi menjadi penentu keberhasilan organisasi, hal tersebut harus didukung oleh kemampuan SDM dalam menyelesaikan tugas dengan baik. Kemampuan merupakan keterampilan menerapkan pengetahuan dalam bentuk tindakan, dimana seseorang memperoleh keterampilan melalui pendidikan dan pelatihan. Strategi untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan dapat dilakukan pengembangan pendidikan baik formal maupun non

formal, dan salah satunya adalah dengan pelatihan, dimana menurut Dessler (2010) bahwa pelatihan merupakan bekal keterampilan yang karyawan butuhkan untuk melaksanakan pekerjaannya. Sependapat dari hasil penelitian Fukui, Ohtsuka, dan Fukui (2013) bahwa pelatihan untuk profesi kesehatan berguna dalam praktek keperawatan (onkologi) untuk meningkatkan kemampuan perawat untuk mengenali penderitaan pasien yang didiagnosis kanker.

Berdasarkan hasil pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* secara statistik terjadi peningkatan kemampuan setelah pelatihan, namun dari hasil uji Wilcoxon didapatkan satu orang PP atau PJ *shift* yang tidak terjadi perubahan atau peningkatan kemampuan timbang terima dengan komunikasi SBAR. Hal tersebut kemungkinan perawat merasakan ada kejenuhan dan tidak adanya saling mengingatkan dan memotivasi antar PP atau PJ *shift* yang sudah dilatih sebelumnya. Kepala ruangan dalam hal ini menjalankan peran dan fungsinya dalam mengarahkan dan mengendalikan pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima, dan pihak manajerial RS yang terus berkomitmen untuk melakukan komunikasi efektif dalam timbang terima dengan menerapkan komunikasi SBAR sebagai metode yang digunakan dalam timbang terima pasien.

Peran perawat manajer dalam hal ini kepala ruangan mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kemampuan atau keterampilan staf perawat untuk menyelesaikan tugas dan tanggung jawabnya dalam mengelola pasien, menurut Marquis dan Huston (2010) kepala ruangan melakukan pengarahan dan supervisi mengusahakan agar perawat dapat melakukan kegiatan yang sudah ditentukan. Pelaksanaan pengarahan dan supervisi yang konsisten dan berkelanjutan dapat meningkatkan motivasi dan perubahan perilaku yang lebih baik dalam meningkatkan kinerja perawat dalam manajemen asuhan di pelayanan. Sejalan dengan pendapat Spouse (2003) bahwa dengan melakukan supervisi yang baik dari seorang mentor dapat meningkatkan kemampuan seseorang dalam memberikan tindakan keperawatan, hal tersebut didukung dari hasil penelitian

Saefulloh (200) bahwa supervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan di bimbing supervisi, terjadi kecenderungan peningkatan kinerja. Hal tersebut menunjukkan bahwa motivasi dan supervisi dari pimpinan yang berkelanjutan akan meningkatkan produktivitas kerja stafnya.

Berdasarkan hasil uji Wilcoxon juga tidak terjadi penurunan kemampuan antara sebelum dan sesudah pelatihan dan 16 PP dan PJ *shift* kemampuan timbang terima pasien antar *shift* dengan SBAR meningkat setelah pelatihan. Hal tersebut terjadi karena didukung oleh semangat serta motivasi dari staf khususnya perawat di RS serta dukungan pihak manajerial, sehingga pelatihan ini dapat berlangsung dengan baik, dan peserta pelatihan dapat menyerap informasi dan keterampilan yang didapat secara maksimal melalui kegiatan ceramah, tanya jawab, dan *role play*, serta proses pendampingan pelaksanaannya di masing-masing ruangan. *Role play* atau bermain peran merupakan metode pelatihan yang efektif, sejalan dari hasil penelitian Chaharsoughi, Ahrari, dan Alikhah (2014) mendapatkan hasil bahwa bermain peran merupakan metode pendidikan yang efektif dalam teknik mengajar SBAR untuk perawat dan dapat digunakan sebagai alat untuk membangun komunikasi yang efektif antara profesional kesehatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa *role play* merupakan salah satu metode yang efektif dalam meningkatkan kemampuan komunikasi efektif perawat.

Hasil analisis kemampuan perawat walaupun secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna, namun perlu dilakukan tindak lanjut pelatihan yang dilakukan secara berkelanjutan, hal tersebut untuk mengetahui seberapa berhasil atau efektif pelatihan menimbulkan perubahan perilaku dan peningkatan kinerja perawat dalam komunikasi yang efektif dengan SBAR dalam timbang terima pasien. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Rivai dan Sagala (2009) bahwa jika kemampuan peserta secara signifikan setelah pelatihan, maka program pelatihan secara aktual terbukti ada perbedaan kemampuan. Perubahan perilaku memerlukan waktu cukup lama, sejalan dengan pernyataan Morrison (1991)

bahwa efektifitas ingatan seseorang terhadap objek pelatihan dapat mengoptimalkan melakukan pelatihan lanjutan maksimal 6 bulan dari pelatihan sebelumnya, dalam hal ini perlu ditindaklanjuti pelaksanaan pelatihan lanjutan nantinya.

Perubahan perilaku dilakukan melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, tindakan, dan sikap dari stimulus perilaku yang positif. Hal tersebut sesuai dengan teori *Green* dalam Notoatmodjo (2009) bahwa perubahan perilaku ditentukan dan dibentuk dari tiga faktor, yaitu (1) faktor predisposisi; pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan keyakinan serta nilai, (2) faktor pendukung yang meliputi ketersediaan fasilitas, sarana, dan prasarana, (3) faktor pendorong; sikap dan perilaku. Strategi untuk melakukan perubahan perilaku menurut WHO (2007) yaitu dengan dengan kekuatan, peraturan, dan pendidikan.

Harapan terjadinya perubahan dalam penelitian ini yaitu setelah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien, perawat menjadi tahu dari yang tidak tahu, dan dari yang belum pernah melakukan komunikasi SBAR dapat melakukan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*. Efektifitas pelatihan dapat di evaluasi kembali nantinya, menurut Marrison (1991) pengulangan pelatihan bisa dilakukan 6 bulan setelah pelatihan awal untuk mengukur keberhasilan pelatihan.

Pelaksanaan kegiatan pelayanan yang terstandar akan memberikan kemudahan staf dalam menyelesaikan pekerjaannya, dan salah satu strategi yang dapat dilakukan pihak manajerial adalah dengan membuat pedoman komunikasi efektif dengan metode SBAR dan standar berdasarkan pedoman. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Chaboyer, McMurray, Wallis, dan Chang, H.Y. (2010) untuk meningkatkan komunikasi yang efektif antar petugas yaitu dengan membuat standar dan berdasarkan hasil Alvarado (2006) dengan adanya standarisasi timbang terima pergantian tugas antar perawat maka akan memenuhi kebutuhan

pasien selama perawatannya. Berdasarkan hal tersebut maka pedoman dan standar komunikasi yang efektif dengan metode SBAR berguna untuk efektifitas pelaksanaan komunikasi efektif.

Adapun waktu pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* dengan komunikasi SBAR memerlukan waktu yang lebih lama, hal tersebut perlu penyesuaian dan kebiasaan dan merupakan hal yang baru bagi perawat di RS, sehingga pelaksanaannya memerlukan waktu yang cukup dengan kondisi pasien yang berbeda-beda, sehingga tidak akan mengurangi informasi pasien yang harus disampaikan saat timbang terima pasien. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Athanasakis (2013) komponen timbang terima salah satunya adalah waktu, dimana waktu timbang terima sangat bervariasi tergantung kondisi pasien, jenis ruangan, dan kondisi ruangan. Didukung oleh pernyataan Runy (2010) hal yang harus diperhatikan agar proses timbang terima dapat efektif salah satunya adalah membiarkan waktu sebanyak yang diperlukan untuk proses serah terima.

6.4. Keterbatasan penelitian

Pelaksanaan penelitian ini memiliki keterbatasan sebagai berikut:

6.4.1. Waktu pelaksanaan

Pelaksanaan observasi dilakukan sesuai dengan rencana penelitian, yaitu duapuluh satu hari setelah proses pendampingan dijalankan terhitung sejak tanggal 23 Mei sampai dengan 12 Juni 2015. Hal tersebut sesuai dengan rencana awal penelitian, akan tetapi untuk menilai perubahan perilaku perlu waktu yang lama untuk optimalisasi pelaksanaan timbang terima pasien dengan komunikasi SBAR. Oleh sebab itu perlu dilakukan pengukuran ulang kembali dengan jarak waktu pengulangan 6 bulan setelah pelaksanaan pelatihan awal, untuk mengukur terjadinya perubahan perilaku.

6.4.2. Sampel penelitian

Sampel dalam penelitian adalah seluruh PP atau PJ *shift*, alasan peneliti menentukan PP atau PJ *shift* sbagai sampel, karena pelaksanaan *delivery of care*

yang diterapkan diruangan adalah metode MPKP pemula modifikasi metode tim, dalam hal ini PP atau PJ *shift* yang memberikan informasi terkait kondisi pasien saat timbang terima. Penelitian ini menggunakan total sampling yaitu 17 responden, sehingga mengakibatkan sebaran data tidak normal, dan analisis data yang semula menggunakan uji parametrik menjadi uji non parametrik, sehingga dalam hal ini penelitian lanjutan menggunakan sampel minimal adalah 30 responden dengan kelompok kontrol agar data terdistribusi dengan normal.

Pelaksanaan komunikasi SBAR dapat dilakukan tidak hanya oleh penanggung jawab pasien saja dan tidak hanya pada kegiatan timbang terima pasien antar *shift*, tetapi bisa dilakukan oleh seluruh perawat. Komunikasi SBAR juga dapat digunakan saat perpindahan pasien antar RS, perpindahan pasien antar ruangan, pelaporan kondisi pasien melalui telepon, bukan hanya saat pertukaran *shift* saja. Metode komunikasi yang efektif banyak ragamnya, sehingga bisa dikembangkan dengan metode atau alur komunikasi efektif lainnya.

6.5. Implikasi Keperawatan

Implikasi keperawatan meliputi implikasi keilmuan, keperawatan, masyarakat dan penelitian selanjutnya, yang akan dijelaskan sebagai berikut:

6.5.1. Implikasi keilmuan

Pengaruh komunikasi SBAR terhadap efektifitas timbang terima dapat menjadi landasan ilmiah untuk menentukan bahwa komunikasi SBAR penting untuk diterapkan dalam pelayanan keperawatan. Pemberian informasi tentang komunikasi efektif dengan metode SBAR dapat diberikan kepada perawat sebagai salah satu metode yang dapat digunakan dalam komunikasi efektif.

6.5.2. Implikasi pelayanan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat perbedaan yang bermakna pengetahuan dan kemampuan perawat antara sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar shift di Rumah Sakit. Hal tersebut

menunjukkan pelatihan komunikasi yang efektif dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam timbang terima, didukung dari penelitian lainnya bahwa dengan pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perawat.

Informasi yang terstruktur, fokus, dan komprehensif terkait kondisi pasien akan berdampak terhadap minimalisasi kesalahan dan keselamatan pasien dalam pelayanan keperawatan, sehingga dalam hal ini komunikasi SBAR menjadi pertimbangan penting untuk diterapkan. Salah satu manfaat penting dalam komunikasi yang efektif adalah meminimalkan kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Hasil positif dari penelitian ini memerlukan komitmen dari perawat dan pihak RS untuk menjadikan komunikasi SBAR sebagai salah satu pilihan metode komunikasi yang efektif yang dapat diterapkan saat timbang terima pasien, dengan dibuatnya pedoman komunikasi efektif dengan metode SBAR, dan membuat SPO timbang terima dengan komunikasi SBAR sesuai dengan pedoman.

6.5.3. Implikasi masyarakat

Komunikasi yang efektif dalam timbang terima dengan metode SBAR mempunyai dampak yang positif terhadap kualitas perawatan pasien, sehingga meminimalisir kesalahan pengobatan dan perawatan selama pasien di rawat dan pada akhirnya pelayanan diberikan dapat diberikan dengan aman kepada pasien, serta dapat meningkatkan keselamatan pasien.

6.5.4. Implikasi penelitian selanjutnya

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi data dasar pada penelitian yang sejenis, dan dapat menjadi pertimbangan peneliti selanjutnya berdasarkan keterbatasan yang dimiliki oleh peneliti untuk pengembangan penelitian selanjutnya, seperti dilakukan dengan mencari desain penelitian yang berbeda seperti dengan desain *eksperiment* dengan kelompok kontrol, penentuan besaran sampel yang representatif, dan mempertimbangkan jarak waktu pengukuran yang optimal

setelah pelatihan selanjutnya, dan mencari metode-metode komunikasi yang efektif lainnya sehingga dapat memperkaya pengetahuan dan kemampuan perawat dalam berkomunikasi yang efektif.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Simpulan hasil penelitian mengenai pengaruh pelatihan komunikasi SBAR pada perawat terhadap pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* di RS. Karakteristik Perawat Primer (PP) atau Penanggung Jawab (PJ) *shift* di RS berdasarkan jenis kelamin lebih banyak perempuan dibandingkan dengan perawat laki-laki, berlatar belakang pendidikan yaitu lebih banyak D III Keperawatan, dan rerata Umur PP atau PJ *shift* berumur 38,76 tahun dengan masa kerja dengan rata-rata 17,59 tahun.

Ada perbedaan bermakna pengetahuan PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* di RS. Ada perbedaan bermakna kemampuan PP atau PJ *shift* sebelum dan sesudah pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* di RS.

7.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut:

7.2.1. Bagi Rumah Sakit/tempat pelayanan

- 7.2.1.1. Menetapkan komunikasi SBAR sebagai salah satu metode komunikasi yang dilakukan saat timbang terima pasien
- 7.2.1.2. Mengembangkan program pelatihan komunikasi SBAR untuk seluruh perawat agar menambah pengetahuan dan kemampuan dalam proses timbang terima pasien yang fokus, efektif, dan berkesinambungan
- 7.2.1.3. Meningkatkan pendidikan formal staf, untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan guna menunjang penampilan kinerja staf
- 7.2.1.4. Program mentoring yang kontinu dan berkesinambungan
- 7.2.1.5. Membuat pedoman komunikasi efektif dengan metode SBAR.

- 7.2.1.6. Kepala ruangan menciptakan suasana lingkungan kerja yang memotivasi staf perawat
- 7.2.1.7. Supervisi berkelanjutan dalam pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien.

7.2.2. Bagi Institusi pendidikan

- 7.2.2.1. Berpartisipasi dalam pengembangan komunikasi efektif dengan melakukan kerjasama dengan instansi pelayanan dalam pelatihan komunikasi efektif dalam timbang terima dengan metode SBAR.
- 7.2.2.2. Menjadikan komunikasi SBAR sebagai bahan kajian untuk menjadi salah satu komunikasi yang efektif dalam pelayanan keperawatan.

7.2.3. Bagi peneliti selanjutnya

- 7.2.3.1. Mengembangkan penelitian yang tidak terbatas hanya pada PP atau PJ *shift* saja, tetapi seluruh staf perawat agar dapat melakukan komunikasi yang efektif dalam timbang terima dengan komunikasi SBAR.
- 7.2.3.2. Menentukan sampel penelitian yang representatif
- 7.2.3.3. Waktu atau jarak observasi yang perlu dimaksimalkan agar mendapatkan hasil perubahan perilaku yang diharapkan.
- 7.2.3.4. Mengembangkan penelitian dengan desain penelitian eksperimen dengan kelompok kontrol dan dengan metode komunikasi efektif yang lainnya.

DAFTAR REFERENSI

- Alvarado, K. Lee, R., Christoffersen E, Fram, N., Boblin, S., Poole, N., Lucas, J., & Forsyth, S. (2006). Transfer of accountability transforming shift handover to enhance patient safety. *Health Care Quarterly*, 9 (special issues), 75-79. doi: 10.1227/hcq.2006.18464
- Anitha. (2015). *Pengaruh penggunaan poster sebagai media pengingat terhadap kepatuhan kebersihan tangan perawat pelaksanaan di RSPI Prof. Dr. Sulianti Saroso*. (Tesis tidak dipublikasikan). Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan.
- As'ad, M. (2004). *Psikologi industry*. Yogyakarta: Liberty.
- Asmadi. (2008). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka cipta.
- Athanasakis, E. (2013). Synthesizing knowledge about nursing shift handover: Overview and reflection from evidence based literature. *International Journal of Caring Sciences September – December 2013* , 6 (3), 300-307.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2010). *OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement*. Australia: ACSQHC.
- Beckett, C.D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcome. *Journal for Healthcare Quality*, 31(5), 19-28. doi: 10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x
- Bernardin, H.J. (2003). *Human resource management: an experental approach*. (3rded). New York: The McGraw-Hill companies
- Bloom, B.S., Hasting, J.T., & Madaus, G.F. (1956). *Taxonomy of educational objectivies: the classification of educational goals*, handbook 1,hy cognitive domain.
- Bomba, D.T & Prakash, R. (2005). A description of handover processes in australian public. *Hospital Australian Health Review*, 29 (1), 68-79.
- Cahyono. (2008). *Membangun budaya keselamatan psien dalam praktek kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.

- Chaharsoughi, N.T., Ahrari, S., & Alikhah, S. (2014). Comparison the effect of teaching of SBAR technique with roleplay and lecturing on communication skill of nurses. *Journal of caring sciences*, Vol 3 (2), 141-147.
- Chaboyer, W., Mc.Murray, A., Wallis M & Chang, H.Y. (2010). Implementing bedside handover: strategies for large management. *Journal of clinical nursing*, 19, 2580-2589.
- Clancy, C.M., Farquhar, M.B., & Sharp, B.A.C. (2005). Patient safety in nursing practice. *Journal Nursing Care Quality*, 20 (3), pp. 193-197.
- Cornell, P., Gervis, M.T., Yates, L. & Vardaman, J.M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, Background, Assessment, Recommendation protocol. *Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), p. 422-428. doi: 10.1097/NNA.0b013e31829d6303
- Departemen of Health Western Australia. (2013). WA health clinical handover policy. Diakses dari www.health.wa.gov.au
- Depkes R.I. (2006). *Upaya meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit: konsep dasar dan prinsip*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit khusus dan swasta.
- Dessler, G. (2007). *Manajemen sumber daya manusia*. Edisi 10, Jilid 1. Jakarta: PT Indeks
- Dharma, K.K. (2012). *Metodologi penelitian keperawatan: panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Edisi revisi. Jakarta: transinfo medika.
- Djubaidah, S., Mustikasari., & Gayatri, D. (2013). *Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kepatuhan perawat pelaksana di Rumah Sakit Premier Jatinegara*. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan kekhususan kepemimpinan dan manajemen Keperawatan. Depok: FIK UI
- Evans, D., Grunawait, J., McClish, D., Wood, W., & Friese, C. R. (2012). Bedside Shift-to-Shift Nursing Report: Implementation and Outcomes. *MEDSURG Nursing*, 21(5), 281-292.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., Fukui, N. (2009). Effect of communication skills training on nurses desation of patient distress and related factors

- after cancer diagnosis; arandomized study. *Psychooncology*, Vol 18 (11), 1156-1164. Doi: 10.1002/pon.1429
- Galagher & Bregen. (2009). Competent and registration for register nurse and safety for patient in intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 18(2), 106-113.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. (2006). *Organisasi: perilaku, struktur, dan proses*. Edisi 8. Jakarta: Binarupa aksara
- Goupil, K. (2009). *The effect of situation, background, assessment, recommendation (SBAR) education on the quality of student nurse handoff report*. Proquest dissertation and thesis 73. Diakses dari <http://proquest.com>
- Haig, K.M., , Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commision Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (3), 167-175.
- Halm, M.A. (2013). Nurse handoffs: ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 158-162. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013454>
- Hariyati, T.S. (2014). *Perencanaan Pengembangan dan utilisasi tenaga keperawatan*. Jakarta: Rajawali pers
- Huber, D.L. (2010). *Leadership and nursing care management*. 4th Ed. USA. Saunders Elsevier.
- JCI (2014). *Joint Commission International: survei process guide for hospital*. 5th Ed. Diunduh dari <http://www.jointcommissioninternational.org>
- Jose, R. & Babu, D. (2011). Effectiveness of structured teaching programe on knowledge regarding Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) handover among staff nurses working in selected hospital mangalore, dakshina kanada. *Review Research*, 3 (Issue. 9), 1-5.
- Karen, L.R. (2007). Using the SBAR communication technique improve niurse physician phone communicationa pilot study. *AAACN Viewpoint*, 29(2). Diakses dari <http://search.proquest.com/docview/224823298?accountid.17242>

- Kesten, K.S. (2011). Role play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing student. *Journal of Nursing Education*, 50 (2), 79-87. doi: 10.3928/0148834-20101230-12.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective team work and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(sup 2), i85-i90.
- Malekzadeh, J, et all. (2013). A Standardized shift handover protocol: Improving nurses' safe practice in intensive care unit. *Journal of Caring Science* 2013, Vol. 2, No. 3, 177-185.
- Mangkunegara, AA.A.P. (2009). *Perencanaan dan pengembangan sumber daya manusia*. Bandung: PT Rafika Aitama.
- Marquis & Huston (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: teori dan aplikasi*. Jakarta: EGC.
- McMurray, A., Chsboyer, W., Wallis, M., & Fetherston, C. (2010). Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (17-18), pp. 2580-2589.
- Meester, K.D., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., & Bogaert, P.V. (2013). *SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study*.
- Mutiasari, H. (2015). *Pengaruh standarisasi komunikasi dalam timbangan terima dengan metode SBAR terhadap perilaku caring perawat pelaksana*. (Tesis tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Morrison, J.E. (1991). *Training for performance: Principles of applied human learning*. USA: John Willey Sons Inc.
- Noor, J. (2011). *Metodologi penelitian: skripsi, tesis, disertasi, dan karya ilmiah*. Jakarta: Kencana prenada media group.
- Notoatmodjo, S. (2009). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: PT Rineka cipta.
- _____. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta
- _____.(2007). *Pendidikan dan perilaku kesehatan dalam kesehatan masyarakat*. Jakarta: Rineka cipta.

- Patient safety solution. (2007). *Communication during patient hand-overs volume 1, solution 3*. WHO collaborating center for patient safety solution.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011. Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari www.e-dokumen.kemendag.go.id/download.php?id
- Pollit & Beck. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice ninth edition*. China: Lippincott Williams & Willkins.
- Potter & Perry. (2009). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Vol. 1.. Jakarta: EGC.
- Rachmah. (2013). *Pengaruh komunikasi SBAR dalam timbangan terima terhadap penerapan keselamatan pasien yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Bunda Jakarta dan RSUD Bunda Margonda*. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan. Depok: FIK UI
- Runy, L.A. (2010). *Patient handoffs*. Hospital and health networks.
- Riani, L.A. (2011). *Budaya organisasi*. Yogyakarta: Graha ilmu
- Riesenberg, A, L., Leitzsch, J., & Cunningham, M. (2010). Nursing handoffs: A systemic review of the literature: Surprisingly little is known about what constitutes best practice. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
- Rivai, V. & Sagala, E.J. (2009). *Manajemen sumber daya manusia untuk perusahaan; dari teori ke praktek*. Edisi ke-2. Jakarta: Rajawali pers.
- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*. Jakarta: PT Indeks kelompok gramedia
- Robbins, S.P., Judge, T.A. (2013). *Organizational behavior fifteenth edition*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Rustiani, D. (2007). *Hubungan komunikasi dan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana*. Tesis. Program Magister FIK UI. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Saefulloh, M. (2009). *Pengaruh pelatihan asuhan keperawatan dan supervisi terhadap motivasi kerja dan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Indramayu*. (Tesis tidak di publikasikan). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.

- Sitorus, R & Rumondang. (2011). *Manajemen keperawatan: manajemen keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: Sagung seto.
- Street, M., Eustace, P., Livingston, P.M., Craike, M.J., Kent, B., & Patterson, D. et al. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care a survey of nurses experience and perspective of handover. *International jurnal of nursing practic*, 17 (Issue 2), pp.133-145. doi: 10.1111/j.1440-12x.2011.0118.x
- Subkhi, A. & Jauhar, M. (2013). *Pengantar teori & perilaku organisasi*. Jakarta: Prestasi pustaka
- Spouse, J. (2003). *Profesional learning in nursing*. Oxford: Blackwell science
- Tappen, R.M. (2004). *Nursing leadership and management concept and practice*. Philadelphia: J.B Lipincott
- Taylor, C. LeMone, P. (2010). *Fundamental of nursing: the art and science of nursing care*. 7th Ed. Philadelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Velji, K., Baker, G.R., Fancott, C., Andreoli, A, Boaro, N., Tardof, G., et al. (2008). Efectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quarterly*, 11 (special issue), 72-79.
- Wade, C.D. & Travis, C. (2007). *Psikologi*. Jakarta: Erlangga.
- Wahyuni, I. & Rosa. (2014). *Efektifitas pelatihan komunikasi SBAR dalam meningkatkan mutu operan jaga (handover) di bangsal wardah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II*. Tesis UMY tidak dipublikasikan. Di unduh dari <http://thesis.umy.ac.id/datapublik/t657.pdf>
- WHO. (2007). *Communication during patient handovers*. Di unduh pada tanggal 24 November 2014 dari <http://www.forpatientsafety.org>
- _____. (2007). *Patient identification, patient safety solution*. Diunduh pada tanggal 20 November 2014 dari <http://www.forpatientsafety.org>
- Wong, M., & Yee, K.C(2008). *A structured evidence-based literature review regarding the effectiveness of improvement intervention in clinical handover*. Australian Commision on safety and quality in health care. Diakses pada tanggal 09 November 2014 dari www.thoracic.org.au/documents/pappers/clinicalhandoverlite

- Yulia, S., Hamid., & Mustikasari. (2010). *Pengaruh pelatihan keselamatan pasien terhadap pemahaman perawat pelaksana mengenai penerpana keselamatan pasien di RS Tugu Ibu Depok*. Tesis. Program Magister Ilmu keperawatan. Depok: FIK UI.
- Yuliati. (2015). Hubungan pelatihan dengan pengetahuan, sikap, dan keterampilan mentor dalam menereapkan program mentoring identifikasi pasien (PMIP) di Unit Gawat Darurat dan Rawat Jalan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. (Tesis tidak dipublikasikan). Program Magister Ilmu Keperawatan, Depok.



KUESIONER PENELITIAN

PENGARUH PELATIHAN KOMUNIKASI SBAR TERHADAP PENGETAHUAN DAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM TIMBANG TERIMA PASIEN ANTAR *SHIFT* DI RS

KUESIONER A : Karakteristik perawat

KUESIONER B : Materi pelatihan komunikasi SBAR
dalam timbang terima pasien antar
shift

DIAN ANGGRAINI
1306345680

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN PROGRAM MAGISTER
ILMU KEPERAWATAN PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN
MANAJEMEN KEPERAWATAN
MEI 2015

KUESIONER PENELITIAN

Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan SBAR perawat dalam timbangan terima pasien antar *shift* di RS

Kuesioner A: karakteristik responden

Kode responden =(diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian:

- a. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan menuliskan jawaban pada pertanyaan yang bertanda titik-titik. Berilah tanda *checklist* pada kolom jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang saudara pilih.
- b. Mohon untuk menjawab semua pertanyaan
 1. Umur : tahun
 2. Jenis kelamin : Pria
Wanita
 3. Pendidikan : SPK
D-III Keperawatan
S1 Keperawatan
Ners
S1 Kesehatan lainnya
 4. Masa kerja : Tahun

Kuesioner B:

A. Pre test pelatihan komunikasi SBAR dalam timbangan terima

Jumlah soal : 20 soal

Waktu : 20 menit

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang anda anggap paling benar
2. Bila anda merasa jawaban yang anda berikan kurang tepat dan anda mengganti jawaban, maka berilah tanda (X) pada jawaban anda sebelumnya
3. Mohon untuk tidak mengosongkan jawaban

Soal:

1. Komunikasi adalah:
 - A. Media informasi
 - B. Proses penyampaian pesan dari pengirim kepada penerima dengan media komunikasi untuk mencapai tujuan.

- C. Sumber informasi
 - D. Informasi yang disampaikan kepada orang lain
2. Komponen komunikasi diantaranya, **kecuali**:
 - A. *Sender*
 - B. *decoding*
 - C. *Receiver*
 - D. *Chanel*
 3. Perawat melakukan dokumentasi keperawatan setelah melakukan tindakan ataupun melaporkan kondisi pasien saat kolaborasi, hal tersebut termasuk dalam jenis komunikasi:
 - A. Verbal
 - B. Non verbal
 - C. Tertulis
 - D. Dokumentasi keperawatan
 4. Hambatan dalam komunikasi yaitu sering terjadinya miss antara *sender* dan *receiver*, hal tersebut termasuk dalam jenis hambatan komunikasi:
 - A. Hambatan psikologis
 - B. Hambatan fisik
 - C. Hambatan psikososial
 - D. Hambatan eksternal
 5. Hambatan dalam komunikasi yaitu akibat bisingnya lingkungan saat komunikasi berlangsung, hal tersebut termasuk dalam jenis hambatan komunikasi:
 - A. Hambatan psikologis
 - B. Hambatan fisik
 - C. Hambatan psikososial
 - D. Hambatan internal
 6. Komunikasi SBAR adalah:
 - A. Alur komunikasi yang terstruktur dan telah digunakan dan dikembangkan oleh organisasi kesehatan dalam mengoptimalkan keselamatan pasien
 - B. Media komunikasi perawat
 - C. Proses pertukaran informasi saat timbang etrima
 - D. Semua salah
 7. Akronim SBAR adalah:
 - A. *Situation, Background, Accident, Recommendation*
 - B. *Situation, Background, Assesment, Recommendation*
 - C. *Strategy, Background, Accident, Recommendation*
 - D. *Strategy, Balance, Assesment, Recapitulatuon.*

8. SBAR pertama kali dipergunakan oleh:
 - A. Profesi perawat
 - B. Industri penerbangan
 - C. Pendidik
 - D. Peneliti

9. Manfaat komunikasi SBAR diantaranya, kecuali:
 - A. Meningkatkan kualitas timbang terima
 - B. Menciptakan budaya keselamatan pasien
 - C. Meningkatkan keelamatan pasien
 - D. Meminimalkan penyakit yang dialami pasien

10. Timbang terima adalah, kecuali:
 - A. Komponen mendasar dalam keselamatan pasien
 - B. Peralihan tanggung jawab professional dan akuntabilitas untuk beberapa atau semua aspek perawatan pasien.
 - C. Pertukaran informasi
 - D. Pertukaran pasien antara perawat yang bertanggungjawab

11. Tujuan timbang terima adalah, **kecuali**:
 - A. Mendapatkan informasi yang akurat dan terbaru
 - B. Menurunkan *patient outcome*
 - C. Meningkatkan mutu pelayanan
 - D. Memberikan perawatan yang fokus pada kebutuhan pasien

12. “S” yang dimaksud dalam komponen SBAR adalah:
 - A. Identitas dan keluhan pasien saat ini
 - B. Perawat akan melaporkan hasil penunjang
 - C. Pasien butuh pertolongan dokter segera
 - D. Pernyataan diatas semua benar

13. “A” yang dimaksud dalam komponen SBAR adalah :
 - A. Perawat menilai apa yang terjadi pada pasien dan disampaikan pada saat timbang terima
 - B. Perawat tidak mengetahui apa yang terjadi sehingga meminta *shift* berikutnya untuk melapor ke dokter
 - C. Perawat mengetahui keluhan pasien
 - D. Perawat menilai kondisi dan masalah keperawatan pasien dan berpikir kritis dengan situasi yang terjadi.

14. “R” yang dimaksud dalam komponen SBAR adalah:
 - A. Perawat tidak memberikan rekomendasi, tetapi menunggu instruksi dokter
 - B. Perawat memperjelas keluhan pasien
 - C. Perawat memberikan saran tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien dan pengetahuan keperawatan
 - D. Semua pernyataan benar

15. Pada komponen “S” dalam SBAR, perawat melakukan timbang terima pasien antar *shift*, salah satu hal penting yang dilakukan perawat, kecuali:
A. Memberitahukan nama pasien yang dilaporkan
B. Memberitahukan tanggal lahir atau nomor rekam medik pasien
C. Memberitahukan keluhan utama pasien
D. Menyebutkan ruangan dan diagnosa medis
16. Diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan yang sudah dilakukan baik mandiri dan kolaborasi, termasuk dalam komponen:
A. S B. B C. A D. R
17. Pada saat akan melakukan timbang terima pasien antar *shift* perawat mempersiapkan hal-hal berikut dibawah ini:
A. Rekam medik pasien
B. Catatan/dokumentasi askep pasien
C. Hasil penunjang
D. Semua pernyataan benar
18. Pada saat timbang terima perawat menyebutkan hasil penilaian system yang bermasalah pada pasien, hal tersebut termasuk dalam komponen:
A. S B. B C. A D. R
19. Perawat menyebutkan rencana yang belum dapat dilakukan dan rencana tindak lanjut pada *shift* berikutnya, hal tersebut termasuk dalam komponen:
A. S B. B C. A D. R
20. Perawat menyebutkan rencana tindakan kolaborasi saat timbang terima pada shift berikutnya, hal tersebut termasuk dalam komponen:
A. S B. B C. A D. R

Kuesioner B:

B. Post test pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*

Jumlah soal : 20 soal

Waktu : 20 menit

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang anda anggap paling benar
2. Bila anda merasa jawaban yang anda berikan kurang tepat dan anda mengganti jawaban, maka berilah tanda (X) pada jawaban anda sebelumnya
3. Mohon untuk tidak mengosongkan jawaban

Soal:

1. Komunikasi adalah:
 - A. Media informasi
 - B. Proses penyampaian pesan dari pengirim kepada penerima dengan media komunikasi untuk mencapai tujuan.
 - C. Sumber informasi
 - D. Informasi yang disampaikan kepada orang lain

2. Komponen komunikasi diantaranya, **kecuali**:
 - A. *Sender*
 - B. *decoding*
 - C. *Receiver*
 - D. *Chanel*

3. Perawat melakukan dokumentasi keperawatan setelah melakukan tindakan ataupun melaporkan kondisi pasien saat kolaborasi, hal tersebut termasuk dalam jenis komunikasi:
 - A. Verbal
 - B. Non verbal
 - C. Tertulis
 - D. Dokumentasi keperawatan

4. Hambatan dalam komunikasi yaitu sering terjadinya miss antara *sender* dan *receiver*, hal tersebut termasuk dalam jenis hambatan komunikasi:
 - A. Hambatan psikologis
 - B. Hambatan fisik
 - C. Hambatan psikososial
 - D. Hambatan eksternal

5. Hambatan dalam komunikasi yaitu akibat bisingnya lingkungan saat komunikasi berlangsung, hal tersebut termasuk dalam jenis hambatan komunikasi:
 - A. Hambatan psikologis
 - B. Hambatan fisik
 - C. Hambatan psikososial
 - D. Hambatan internal

6. Komunikasi SBAR adalah:
 - A. Alur komunikasi yang terstruktur dan telah digunakan dan dikembangkan oleh organisasi kesehatan dalam mengoptimalkan keselamatan pasien
 - B. Media komunikasi perawat
 - C. Proses pertukaran informasi saat timbang etrima
 - D. Semua salah

7. Akronim SBAR adalah:

- A. *Situation, Background, Accident, Recommendation*
- B. *Situation, Background, Assesment, Recommendation*
- C. *Strategy, Background, Accident, Recommendation*
- D. *Strategy, Balance, Assesment, Recapitulatuon.*

8. SBAR pertama kali dipergunakan oleh:
 - A. Profesi perawat
 - B. Industri penerbangan
 - C. Pendidik
 - D. Peneliti
9. Manfaat komunikasi SBAR diantaranya, kecuali:
 - A. Meningkatkan kualitas timbang terima
 - B. Menciptakan budaya keselamatan pasien
 - C. Meningkatkan keelamatan pasien
 - D. Meminimalkan penyakit yang dialami pasien
10. Timbang terima adalah, kecuali:
 - A. Komponen mendasar dalam keselamatan pasien
 - B. Peralihan tanggung jawab professional dan akuntabilitas untuk beberapa atau semua aspek perawatan pasien.
 - C. Pertukaran informasi
 - D. Pertukaran pasien antara perawat yang bertanggungjawab
11. Tujuan timbang terima adalah, **kecuali**:
 - A. Mendapatkan informasi yang akurat dan terbaru
 - B. Menurunkan *patient outcome*
 - C. Meningkatkan mutu pelayanan
 - D. Memberikan perawatan yang fokus pada kebutuhan pasien
12. “S” yang dimaksud dalam komponen SBAR adalah:
 - A. Identitas dan keluhan pasien saat ini
 - B. Perawat akan melaporkan hasil penunjang
 - C. Pasien butuh pertolongan dokter segera
 - D. Pernyataan diatas semua benar
13. “A” yang dimaksud dalam komponen SBAR adalah :
 - A. Perawat menilai apa yang terjadi pada pasien dan disampaikan pada saat timbang terima
 - B. Perawat tidak mengetahui apa yang terjadi sehingga meminta *shift* berikutnya untuk melapor ke dokter
 - C. Perawat mengetahui keluhan pasien
 - D. Perawat menilai kondisi dan masalah keperawatan pasien dan berpikir kritis dengan situasi yang terjadi.
14. “R” yang dimaksud dalam komponen SBAR adalah:

- A. Perawat tidak memberikan rekomendasi, tetapi menunggu instruksi dokter
 - B. Perawat memperjelas keluhan pasien
 - C. Perawat memberikan saran tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien dan pengetahuan keperawatan
 - D. Semua pernyataan benar
15. Pada komponen “S” dalam SBAR, perawat melakukan timbang terima pasien antar *shift*, salah satu hal penting yang dilakukan perawat, kecuali:
- A. Memberitahukan nama pasien yang dilaporkan
 - B. Memberitahukan tanggal lahir atau nomor rekam medik pasien
 - C. Memberitahukan keluhan utama pasien
 - D. Menyebutkan ruangan dan diagnosa medis
16. Diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan yang sudah dilakukan baik mandiri dan kolaborasi, termasuk dalam komponen:
- A. S B. B C. A D. R
17. Pada saat akan melakukan timbang terima pasien antar *shift* perawat mempersiapkan hal-hal berikut dibawah ini:
- A. Rekam medik pasien
 - B. Catatan/dokumentasi askep pasien
 - C. Hasil penunjang
 - D. Semua pernyataan benar
18. Pada saat timbang terima perawat menyebutkan hasil penilaian system yang bermasalah pada pasien, hal tersebut termasuk dalam komponen:
- A. S B. B C. A D. R
19. Perawat menyebutkan rencana yang belum dapat dilakukan dan rencana tindak lanjut pada *shift* berikutnya, hal tersebut termasuk dalam komponen:
- A. S B. B C. A D. R
20. Perawat menyebutkan rencana tindakan kolaborasi saat timbang terima pada shift berikutnya, hal tersebut termasuk dalam komponen:
- A. S B. B C. A D. R

KUNCI JAWABAN

No
01 B
02 B
03 C
04 C
05 B
06 A
07 B
08 B
09 D
10 C

No
11 B
12 A
13 D
14 C
15 D
16 B
17 D
18 C
19 D
20 D

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth. Bapak/Ibu/Saudara (i)

Perawat di RS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dian Anggraini

NPM : 1306345680

Program Studi : Magister Keperawatan

Peminatan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK UI

Alamat : Jln. Cipinang Timur V No. 18 RT/RW 002/003 Pulogadung Jak-Tim

Telp. : 0812 86960118

Email : anggraini_suhartinah@yahoo.com

dengan ini bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* di RS”. Data yang diperoleh selama penelitian ini akan dipergunakan untuk kepentingan akademik dan diharapkan dapat digunakan untuk upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perawat dalam komunikasi efektif dengan SBAR dalam proses timbang terima pasien.

Saya meminta persetujuan kepada Bapak/ibu/saudara (i) untuk terlibat dalam penelitian ini dengan mengikuti pelatihan dan bersedia untuk diobservasi dalam proses timbang terima pasien antar *shift* dengan SBAR setelah pelatihan, serta mengisi kuesioner yang terdiri dari kuesioner karakteristik perawat dan materi pelatihan.

Manfaat penelitian ini yaitu menambah pengetahuan dan kemampuan Bapak/Ibu/Saudara (i) dalam menyampaikan informasi keadaan pasien dengan komunikasi SBAR saat timbang terima pasien, penelitian ini tidak akan mempengaruhi penilaian kinerja Bapak/Ibu/Saudara(i). Saya memberikan hak penuh kepada Bapak/Ibu/Saudara(i) untuk menerima ataupun menolak keikutsertaan dalam penelitian ini, dan saya menjamin kerahasiaan identitas, serta kerahasiaan data, serta hasil data yang didapat digunakan hanya untuk kepentingan penelitian saja. Jika setelah menjadi responden terjadi hal-hal yang menimbulkan ketidaknyaman, maka Bapak/Ibu/Saudara (i) berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini dengan menginformasikan kepada peneliti.

Demikianlah informasi tentang penelitian ini, apabila terdapat hal yang belum jelas Bapak/Ibu/Saudara (i) dapat menghubungi saya langsung melalui telepon atau email. Saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara (i) dalam penelitian ini, dan atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Jakarta,2015

Hormat saya

Lampiran 3

(Dian Anggraini)

Universitas Indonesia

LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Ruangan :

No. Telp :

Menyatakan telah mendapat penjelasan, dan saya berada dalam kesadaran penuh, tanpa paksaan, saya menyatakan bersedia untuk ikut dalam penelitian yang berjudul: “pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* di RS”.

Saya telah mengerti tujuan, prosedur, potensi manfaat, dan risiko penelitian ini serta mengapa saya diminta untuk berpartisipasi. Setiap pertanyaan saya telah dijawab dan apabila masih memerlukan penjelasan, saya akan mendapat jawaban dari Dian Anggraini. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini bersifat sukarela, dan saya juga telah menerima lembar informasi untuk peserta penelitian. Saya akan berpartisipasi dengan sungguh-sungguh dan mengikuti sesuai dengan prosedur.

Jakarta, 2015

Responden

(.....)

**PANDUAN OBSERVASI
PELAKSANAAN KOMUNIKASI SBAR PERAWAT
DALAM TIMBANG TERIMA PASIEN ANTAR SHIFT**

Observasi yang dilakukan oleh observer, yaitu mengobservasi pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*. Observasi dilakukan saat melakukan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*.

1. Persiapan observer

- a. Observer telah hadir 15 menit sebelum kegiatan timbang terima dilakukan, untuk melihat asuhan keperawatan yang sudah terdokumentasi lengkap atau belum.
- b. Observer mengetahui situasi pasien yang ada di ruang rawat.
- c. Saat melakukan observasi pelaksanaan komunikasi SBAR, observer berada 1 meter dari perawat yang melaksanakan komunikasi SBAR.
- d. Observer mengisi lembar observasi berdasarkan hasil observasi yang didapat dari hasil pengamatan, saat pelaksanaan observasi fokus pada masalah utama pasien.
- e. Kegiatan observer hanya mengobservasi, tidak memberikan arahan, kritikan, dan saran selama kegiatan komunikasi SBAR dalam timbang terima berlangsung

2. Tujuan

Mendapatkan informasi dan data pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* dengan komunikasi SBAR.

3. Aspek yang diobservasi

- a. Tahapan pelaksanaan timbang terima pasien antar *shift* dengan komunikasi SBAR

Lembar Observasi: timbang terima pasien antar *shift* dengan SBAR.

Petunjuk pengisian:

1. Isilah kolom dibawah ini dengan tanda *check list* (√) pada jawaban yang saudara anggap sesuai dengan hasil pengamatan saudara.
2. Isi kolom **ya** apabila dari hasil pengamatan saudara responden melakukan timbang terima dan menyebutkan komponen SBAR dengan benar.
3. Isi kolom **tidak** apabila hasil pengamatan saudara responden tidak melakukan timbang terima dan menyebutkan SBAR dengan benar.

Pelaksanaan timbang terima	Observasi pertama		Observasi kedua	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Persiapan				
1. Proses keperawatan pasien yang akan diserahkan telah terdokumentasi dengan baik dan lengkap				
2. Kedua tim menyiapkan alat tulis untuk mencatat yang dianggap penting				
3. Kedua tim yang akan melakukan timbang terima dan yang akan menerima telah siap dan lengkap				
4. Ruang tempat pelaksanaan timbang terima telah dipersiapkan untuk menghindari gangguan				
Pelaksanaan				
5. Kepala ruangan/PP/PJ <i>shift</i> membuka timbang terima dengan mengucapkan salam				
6. Masing-masing PP/PJ <i>shift</i> menginformasikan kondisi pasien dengan alur SBAR ⁽¹⁾				
<i>1) Situation</i>				
a. Menyebutkan nama pasien				
b. Menyebutkan tanggal masuk pasien ⁽²⁾				
c. Menyebutkan nomor MR atau tanggal lahir pasien				
d. Menyebutkan kondisi pasien terkini				
<i>2) Background</i>				
e. Menyebutkan diagnosa keperawatan				
f. Menyebutkan intervensi yang sudah diberikan				
g. Menyebutkan respon terhadap intervensi yang sudah diberikan				
<i>3) Assesment</i> ⁽³⁾				
h. Menyebutkan status aktivitas dan latihan pasien (penilaian latihan pasien: meliputi keseimbangan				

jatuh dan postur saat pasien berdiri, berbaring, t erlentang, dan duduk. Penilaian aktifitas pasien meliputi ROM, gaya berjalan, latihan toleransi aktifitas				
i. Menyebutkan status oksigenasi pasien (nyeri, kelelahan, riwayat merokok, dipsnea, wheezing, terpapar dari lingkungan, infeksi pernafasan, alergi, resiko penularan dari keluarga, hasil pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, dan hasil)				
j. Menyebutkan status keselamatan pasien (lingkungan rumah pasien, lingkungan perawatan kesehatan/RS, risiko jatuh, risiko salah pengobatan dan serangan mendadak)				
k. Menyebutkan status kebersihan pasien (kulit, kuku, rongga mulut, rambut, mata, telinga, dan hidung)				
l. Menyebutkan status kebutuhan tidur pasien (Penilaian terhadap pemenuhan kebutuhan tidur meliputi pola tidur, kebiasaan tidur, gangguan pola tidur.)				
m. Menyebutkan status manajemen nyeri (penilaian terkait nyeri, karakteristik nyeri seperti serangan nyri, dan durasi, lokasi, intensitas, kualitas, aktivitas yang dapat menyebabkan nyeri, aktivitas yang dapat membantu mengurangi nyeri, efek nyeri bagi pasien, efek nyeri terhadap perilaku)				
n. Menyebutkan kebutuhan nutrisi pasien, penilaian status nutrisi pasien meliputi proses <i>screening antropometri</i> , pemeriksaan labor, pola makan, pemeriksaan fisik, dan dyspagia				
o. Menyebutkan status cairan, elektrolit, serta keseimbangan asam basa (Penilaian terhadap kebutuhan cairan dan elektrolit pasien, dengan menilai status hidrasi pasien, adanya dehidrasi dan edema mengidentifikasi tidak terpenuhinya kebutuhan cairan)				

<p>p. Menyebutkan status BAK penilaian meliputi kebiasaan BAK; gejala yang menunjukkan perubahan BAK; faktor yang mempengaruhi BAK, pemeriksaan fisik meliputi; turgor kulit, pemeriksaan ginjal, kandung kemih, saluran uretra; pemeriksaan terhadap urin, meliputi intake dan output, karakteristik urin (warna, bau, dan kejernihan); hasil tes urin</p>				
<p>q. Menyebutkan status BAB (penilaian meliputi kebiasaan BAB pasien; pemeriksaan fisik meliputi m ulut, perut, rectum; hasil tes laboratorium</p>				
<p>r. Menyebutkan status mobilisasi dan immobilisasi pasien. Penilaian mobilisasi meliputi ROM ; leher, bahu, siku, tangan, pergelangan tangan, jari tangan, pinggang, lutut, kaki, dan pergelangan kaki, jari kaki; gaya berjalan, latihan; toleransi aktivitas; keseimbangan tubuh. Penilaian immobilisasi, meliputi system metabolic, system pernafasan, system musculoskeletal, system integument, system perkemihan, dan psikososial</p>				
<p>s. Menyebutkan status integritas kulit dan perawatan luka penilaian pada integritas kulit dan perawatan luka meliputi kulit, decubitus (grade decubitus, mobilisasi, status nutrisi, cairan tubuh, nyeri), luka (bentuk luka, drainase luka, penutupan luka, palpasi, kultur luka)</p>				
<p>4) <i>Recommendation</i></p>				
<p>t. Menyebutkan tindakan yang tidak bisa dikerjakan selama dinas</p>				
<p>u. Menyebutkan tindakan mandiri keperawatan yang dibutuhkan segera untuk pasien</p>				
<p>v. Menyebutkan tindakan kolaboratif yang dibutuhkan segera untuk pasien berdasarkan konsul dokter, atau tim kesehatan lain.</p>				

7. Data terkait yang disampaikan oleh tim pertama kepada tim kedua dicatat, lalu informasi ulang agar tidak ada kesalahan, dan diperiksa dalam dokumentasi keperawatan yang telah dibuat pada dinas sebelumnya				
8. Tim pertama memberikan kesempatan kesempatan kepada tim kedua untuk melakukan <i>sharing</i> edukasi antar kedua tim				
9. Validasi timbang terima dengan melakukan timbang terima ke pasien				
10. Memperkenalkan tim berikutnya yang akan mengelola pasien				
11. Kembali ke <i>nurse station</i> dan berdiskusi mengenai hal-hal yang dianggap perlu diklarifikasi dan ditanyakan kembali				
12. PP/penanggung jawab menutup kegiatan timbang terima				

Keterangan:

- (1) Penilaian komponen SBAR apabila dilakukan lebih dari 75 % dari seluruh komponen SBAR maka diberikan nilai 1, dan apabila kurang 75 % maka diberi nilai 0
- (2) Wajib disebutkan apabila diperlukan untuk data penunjang masalah
- (3) Komponen *Assesment* yang diinformasikan fokus dengan masalah atau diagnosa utama pasien

Observer wajib mengetahui kondisi pasien terakhir, agar tidak terjadi salah persepsi dalam mengobservasi kegiatan timbang terima

Bekasi, Mei 2015
Observer

(_____)
(Nama lengkap dan tanda tangan)

MODUL PELATIHAN

KOMUNIKASI SBAR (*SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION*) DALAM TIMBANG TERIMA PASIEN ANTAR *SHIFT*

Tim penyusun:

Dian Anggraini, S.Kep., Ns.

Dr. Enie Novieastari, S.Kp., MSN

Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed.

Dr. Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS

MEI 2015

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karuniaNya, sehingga kami dapat menyelesaikan modul pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*. Modul ini dimaksudkan untuk pedoman dalam memberikan pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien di RS Mekar Sari Bekasi.

Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan modul pelatihan ini, khususnya kepada:

9. Ibu Dr. Enie Novieastari, S.Kp., MSN. selaku pembimbing 1, Ibu Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed. selaku pembimbing 2, dan ibu Dr. Rr. Tutik Sri Haryati, S.Kp., M.Kep, selaku penguji dan dosen manajemen yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan modul pelatihan ini.
10. Pihak manajemen RS yang telah memberikan kesempatan untuk bekerjasama dalam pengembangan staf
11. Seluruh staf perawat yang berkontribusi dalam pelatihan ini

Kami menyadari modul ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kami mengharapkan saran dan masukan menuju arah yang lebih baik dari semua pihak untuk perbaikan modul pelatihan ini. Akhirnya, semoga modul pelatihan ini bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Depok, April 2015

Tim

MODUL KOMUNIKAS SBAR DALAM TIMBANG TERIMA PASIEN ANTAR *SHIFT*

PENDAHULUAN

Komunikasi efektif dalam timbang terima pasien dapat mengurangi kejadian *medication error*, memperbaiki proses asuhan keperawatan, meningkatkan kepuasan pasien, dan mengurangi hari rawat pasien selama perawatan, hal tersebut akan berdampak terhadap mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assesment, Recommendation*) merupakan alat atau metode komunikasi yang efektif yang dapat diterapkan dalam timbang terima, karena terbukti metode SBAR lebih terstruktur, jelas, dan spesifik, sehingga SBAR baik untuk digunakan saat timbang terima guna kesinambungan asuhan keperawatan pasien. Kegiatan timbang terima merupakan kegiatan rutin yang dilakukan oleh perawat dalam menginformasikan kondisi terakhir pasien serta menjadi gerbang awal dalam mengelola asuhan keperawatan pada pasien, karena dalam timbang terima informasi kesehatan pasien dapat diperoleh guna pengelolaan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan.

Berdasarkan fenomena yang ditemukan di RS bahwa alur komunikasi yang dilakukan saat timbang terima pasien belum ada standar yang digunakan, informasi yang disampaikan saat timbang terima belum terstruktur dan lebih banyak informasi medis dibandingkan informasi keperawatan, dan pengetahuan perawat tentang cara berkomunikasi efektif dengan SBAR belum terpapar informasinya, sehingga perlu peningkatan pengetahuan dan keterampilan komunikasi yang efektif dalam timbang terima dengan memberikan pelatihan komunikasi SBAR di RS. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kemampuan perawat dalam timbang terima pasien antar *shift* di RS”.

KOMPETENSI

Peserta yang mengikuti pelatihan komunikasi SBAR dalam timbang terima, diharapkan:

1. Peserta mengetahui tentang komunikasi SBAR
2. Peserta mampu menerapkan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* secara tepat dan sistematis.

POKOK BAHASAN

1. Komunikasi SBAR
2. Timbang terima
3. Pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* (*role play*)

MODEL PEMBELAJARAN

Tahap	Kegiatan peserta	Kegiatan fasilitator
Pra interaksi	Perawat pelaksana mempersiapkan laptop berkelompok untuk kegiatan komunikasi SBAR dalam timbang terima	Membagi perawat yang menjadi peserta pelatihan kedalam dua kelompok besar (waktu dan jadwal dinas dikoordinasikan dengan Ka.Bid keperawatan dan kepala ruangan)
Perkenalan	a. Mendengarkan	a. Memperkenalkan identitas diri
	b. Mendengarkan	b. Menjelaskan kontrak waktu
	c. Memberikan pendapat	c. Menggali pengetahuan responden terhadap komunikasi SBAR dalam timbang terima
	d. Mendengarkan	d. Menjelaskan tujuan dan manfaat pelatihan
	e. Mendengarkan, bertanya, dan menandatangani <i>inform consent</i>	e. Menjelaskan prosedur pelatihan sampai dengan evaluasi
	f. Mengisi soal pretest komunikasi SBAR dalam timbang terima dalam waktu	f. Membagi soal pretest komunikasi SBAR dalam timbang terima lalu

	20 menit	mengumpulkan kembali setelah 20 menit peserta mengerjakan soal pre test
Pelaksanaan	a. Mendengarkan	a. Memberikan materi pelatihan komunikasi SBAR dan timbang terima pasien antar <i>shift</i>
	b. Mendengarkan dan bertanya	b. Mengklarifikasi yang tidak sesuai selama presentasi dan menjelaskan
<i>Cooperative Learning (CL)</i>	Menyelesaikan dan menyelesaikan kasus secara berkelompok	Membagi peserta pelatihan dalam tiga kelompok
<i>Role play</i>	a. Memainkan peran sesuai masing-masing	a. Memfasilitasi
	b. Mendengarkan	b. Membahas hasil kerja kelompok
Terminasi	a. Menjawab	a. Menanyakan perasaan responden dari serangkaian kegiatan yang telah dilakukan
	b. Mengisi soal post test komunikasi SBAR dalam timbang terima	b. Mengevaluasi keberhasilan pelaksanaan kegiatan dengan membagikan soal post test komunikasi SBAR dalam timbang terima
	c. Menyepakati menerapkan komunikasi SBAR dalam timbang terima	c. Membuat rencana tindak lanjut
	d. Menyepakati	d. Membuat kontrak waktu untuk proses pendampingan dua hari kedepan dan proses evaluasi

WAKTU

Alokasi waktu selama 150 menit dibagi menjadi dua sesi, sesi pertama 60 menit dan sesi kedua 90 menit, dengan pembagian waktu pelaksanaan pelatihan sebagai berikut:

1. Pemberian materi komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift*, pukul 09.00-10.00 WIB.
2. *Role play* timbang terima pasien antar *shift* dengan SBAR, pukul, 10.00-11.30 WIB.

METODE PENDAMPINGAN DAN EVALUASI

PELAKSANAAN SBAR DALAM TIMBANG TERIMA

METODE PENDAMPINGAN:

1. Pelaksanaan pendampingan dalam aplikasi SBAR dalam timbang terima dilakukan selama dua minggu setelah pelatihan
2. Pelaksanaan pendampingan timbang terima disesuaikan dengan lembar observasi yang telah disediakan.
3. Kepala ruangan dan *Clinical Instructure* selaku observer mengawasi dan memberikan masukan setelah pelaksanaan timbang terima dengan SBAR sesuai proses timbang terima pada lembar observasi.

METODE EVALUASI:

1. Evaluasi dilakukan sebanyak 2 kali observasi, observasi pertama dilakukan sebelum pelatihan, dan observasi kedua dilakukan setelah dua minggu pelatihan.
2. Pelaksanaan observasi dilakukan oleh observer dan peneliti
3. Peserta observasi adalah PP/PJ *Shift* yang melaksanakan timbang terima pasien
4. Waktu pelaksanaan disesuaikan dengan jadwal dinas, pada *shift* pagi, siang, dan atau *shift* malam.
5. Observer telah hadir 15 menit sebelum kegiatan timbang terima dilakukan, untuk melihat asuhan keperawatan yang sudah terdokumentasi lengkap atau belum
6. Observer mengetahui situasi pasien yang ada di ruang rawat
7. Saat melakukan observasi pelaksanaan komunikasi SBAR, observer berada dalam jarak 1 meter dari perawat yang melaksanakan komunikasi SBAR

8. Observer mengisi lembar observasi berdasarkan hasil observasi yang didapat dari hasil pengamatan (saat observasi fokus terkait pada kondisi pasien)
9. Kegiatan observer hanya mengobservasi, tidak memberikan arahan, kritikan, dan saran selama kegiatan komunikasi SBAR dalam timbangan terima berlangsung

MEDIA

1. Laptop
2. LCD
3. Speaker
4. Whiteboard
5. Lembar observasi

MATERI

Komunikasi SBAR

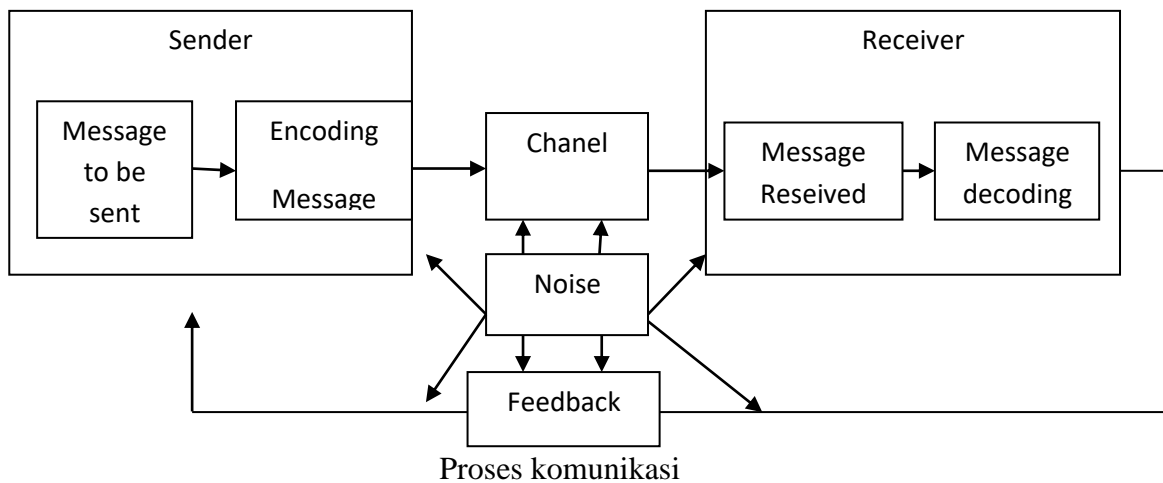
1. Pengertian komunikasi

Komunikasi adalah cara yang digunakan untuk menyampaikan informasi kepada orang lain dengan menggunakan media komunikasi untuk mencapai tujuan bersama. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Potter dan Perry (2009) komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia untuk menetapkan, mempertahankan, dan meningkatkan kontak dengan orang lain. Sependapat dengan Gibson, Ivancevich, dan Donnelly (2006) bahwa komunikasi adalah penyampaian informasi dan pemahaman dimana terjadi proses penyampaiannya dengan menggunakan symbol-simbol verbal dan non verbal. informasi dari satu orang ke orang lain. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Tappen (2004) bahwa komunikasi adalah pertukaran pikiran, perasaan, pendapat, dan pemberi nasihat yang terjadi antara dua orang atau lebih yang bekerja sama.

2. Proses komunikasi

Proses komunikasi akan meningkatkan pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat, hal tersebut diperlukan komponen dalam komunikasi. Proses

komunikasi menurut Robbins (2006) merupakan langkah-langkah yang dilakukan pengirim pesan dan penerima pesan yang mengakibatkan pemindahan dan pemahaman makna. Proses komunikasi terdapat beberapa elemen dapat dijelaskan dalam gambar proses komunikasi sebagai berikut:



(Sumber: Robbins & Judge, 2013. p.338)

Komunikasi terdiri dari beberapa elemen, diantaranya:

- 6) Sumber mengawali pesan dengan mengkodekan pikiran
- 7) Pesan adalah informasi yang akan disampaikan oleh pengirim pesan
- 8) Saluran adalah alat media komunikasi antara pengirim dan penerima pesan, seperti telepon, radia, telegram, dan lainnya.
- 9) *Decoding* adalah intrepetasi suatu pesan sehngga mempunyai arti dan makna, lalu setelah diterima maka yang menerima pesan harus dapat mengartikan kode dari pesan tersebut sehingga ada pemahaman pesan
- 10) Umpan balik merupakan ada respon dari proses komunikasi sebagai reaksi terhadap informasi yang disampaikan oleh pengirim.

3. Jenis komunikasi efektif

Organisasi tidak terlepas dari kegiatan komunikasi, dimana komunikasi mempunyai peran dalam mencapai tujuan organisasi. Menurut Subkhi dan Jauhar (2013) komunikasi mempunyai beberapa peran dan fungsi dalam organisasi, diantaranya; 1) fungsi informatif, yaitu sebagai tempat untuk memberikan informasi; 2) fungsi regulatif, dimana adanya peraturan-peraturan yang berlaku di dalam organisasi, dimana pimpinan mendapatkan wewenang untuk memberikan instruksi dan perintah mengarahkan staf; 3) fungsi persuasif, yaitu mengatur, mengarahkan, memotivasi, dan melibatkan staf untuk bekerjasama mencapai tujuan organisasi.

Bentuk komunikasi beragam macamnya, dimana individu menggunakan cara komunikasi untuk menyampaikan pesan, adapun bentuk atau model komunikasi menurut (Swansburg, 2006; Potter & Perry, 2009; Marquis & Huston, 2010), yaitu:

1) Pertemuan

Pertemuan merupakan suatu bentuk komunikasi, dimana berbagai jenis pertemuan sering dimaksudkan untuk penyebaran informasi dan disebut juga komunikasi murni.

2) Pertanyaan

Pertanyaan merupakan bagian terpenting dari sebuah komunikasi, dimana dengan bertanya diharapkan mendapatkan jawaban dan tujuannya adalah adanya pengertian timbal balik.

3) Komunikasi verbal.

Menyampaikan komunikasi dengan bertatap muka, biasanya lebih akurat dan tepat waktu, menurut Potter dan Perry (2009) untuk memperjelas komunikasi verbal yaitu dengan kata-kata dan frase yang jelas dan efektif, adapun faktor yang mempengaruhi komunikasi verbal yaitu kejelasan kata, makna konotatif dan denotative, kecepatan berbicara, waktu dan relevansi, dan rasa humor.

4) Komunikasi non verbal.

Komunikasi tanpa menggunakan kata-kata, hal tersebut merupakan cara yang paling meyakinkan dalam menyampaikan pesan kepada orang lain, Komunikasi non verbal dapat diamati melalui metakomunikasi (pesan didalam pesan yang menyampaikan sikap dalam pesan kepada penerima pesan), penampilan personal, intonasi suara, ekspresi wajah, sikap tubuh dan langkah, dan sentuhan.

5) Komunikasi tertulis.

Komunikasi ini dilakukan apabila memberikan instruksi yang apabila pelaksanaannya rumit, sehingga perlu diperjelas dan dipertegas langkah-langkahnya.

4. Hambatan dalam komunikasi

Menurut Eichicioli dan Tilbury, hambatan di dalam komunikasi dalam pelayanan keperawatan yaitu; 1) hambatan fisik, meliputi lingkungan yang dapat mengambat proses komunikasi seperti, jarak ruangan, temperature ruangan, ventilasi, kebisingan, dan metode yang kurang tepat; 2) hambatan psikososial, dimana yang menjadi penghambat terbesar yaitu adanya perbedaan pada *sender* dan *receiver* dalam latar belakang, nilai-nilai, keyakinan, kebutuhan, masalah individu dan keluarga, kurangnya rasa percaya diri, dan perasaan negative; 3) dan hambatan semantic, kurangnya pemahaman interpretasi terhadap pesan melalui tanda dan simbol-simbol.

5. Komunikasi SBAR

Komunikasi dalam timbang terima sangat penting untuk memperhatikan keselamatan pasien. Salah satu bentuk metode komunikasi yang telah banyak dipergunakan saat timbang terima yaitu dengan metode SBAR. Komunikasi SBAR merupakan alur komunikasi yang terstruktur dan telah digunakan dan dikembangkan oleh organisasi kesehatan dalam mengoptimalkan keselamatan pasien. WHO (2007) merekomendasikan penggunaan komunikasi SBAR sebagai alat untuk standarisasi komunikasi dalam serah terima. JCHAO telah mempromosikan untuk menggunakan SBAR sebagai kerangka komunikasi dalam

timbang terima keperawatan dalam mencapai sasaran keselamatan pasien (Goupil, 2009).

6. Sejarah komunikasi SBAR

Sejarah SBAR pertama kali dikembangkan oleh Amerika dan disempurnakan oleh industri penerbangan untuk menguji resiko yang terkait dengan transportasi akibat informasi yang tidak akurat dan lengkap. Dr. Michael Leonard dari Kaiser Permanente, Colorado mengadopsi komunikasi SBAR untuk diterapkan di RS Michael, dimana perawat dan dokter memiliki latar belakang keilmuan yang berbeda sehingga perlu komunikasi yang efektif dan salah satu yang diterapkan adalah SBAR (Karen, 2007).

7. Komponen SBAR

Komponen SBAR terdiri dari *Situation*, *background*, *Assesment*, dan *Recommendation*.

- 1) *Situation* merupakan langkah pertama dalam memulai komunikasi SBAR, dimana perawat menyebutkan tentang nama pasien, tanggal masuk pasien, nomor rekam medik pasien, dan kondisi pasien terkini dari pasien (Goupil, 2009; Leonard, Graham, & Bonacum, 2004; Haig, Sutton, & Whittington, 2006; Rachmah, Handiyani, & Pujasari, 2013).
- 2) *Background*, yaitu memberikan penjelasan ringkas yang berhubungan dengan riwayat pasien sesuai dengan keadaan pasien, yaitu menyampaikan mengenai diagnosa keperawatan pasien, intervensi yang sudah diberikan hingga hari terakhir, keefektifan dari intervensi yang sudah diberikan dalam bentuk respon pasien dan riwayat alergi (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004; Haig, Sutton, & Whittington, 2006; Rachmah, Handiyani, & Pujasari, 2013).
- 3) *Assessment*, yaitu penilaian perawat yang perlu di informasikan dan mengalami gangguan, dimana *assessment* meliputi penilaian mengenai sistem neurologis, pernafasan, pembuluh darah, perkemihan, pencernaan, muskuluskeletal, kulit, kondisi psikososial pasien, vital sign, hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan terapi yang didapatkan (Leonard, Graham, &

Bonacum, 2004; Haig, Sutton, & Whittington, 2006; Rachmah, Handiyani, & Pujasari, 2013).

- 4) *Recommendation*, tindakan yang dibutuhkan untuk segera dilakukan terkait kondisi pasien, informasi mengenai tindakan yang tidak bisa dikerjakan/diselesaikan bersama saat berdinam, tindakan yang memerlukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain, pemeriksaan tambahan/perencanaan tambahan. SBAR merupakan alur komunikasi yang terstruktur dalam menyampaikan informasi terakhir terkait kondisi pasien saat timbangan terima (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004; Haig, Sutton, & Whittington, 2006; Rachmah, Handiyani, & Pujasari, 2013).

8. Manfaat komunikasi SBAR

- 1) Meningkatkan persepsi komunikasi dan efektifitas dalam kolaborasi, peningkatan penerimaan dan menurunkan kematian tidak terduga (Velji, et al, 2008; Meester, Verspuy, Monsieurs, & Bogaert, 2013)
- 2) Angka KTD berkaitan dengan kesalahan pemberian obat menurun dari 30 kasus menjadi 18 kasus/1000 pasien dan penggunaan SBAR antara tenaga kesehatan mengurangi angka sentinel event 89.9/1000 menjadi 39.96/1000 pertahun (Haig, Sutton, & Whittington, 2006).
- 3) Komunikasi SBAR berpotensi meningkatkan kualitas pengobatan dan perawatan pasien dan keselamatan pasien (Kesten, 2011).
- 4) Terjadi peningkatan penerapan keselamatan pasien yang dipersepsikan perawat pelaksanaan sebesar 8 % setelah diterapkan komunikasi SBAR dalam timbangan terima (α 0.05; CI 95 %; 156.27-163.44) (Rachmah, Handiyani, & Pujasari, 2013).
- 5) Komunikasi SBAR dapat meningkatkan kualitas mutu operan jaga (Goupil, 2009; Wahyuni, 2014)

Timbang terima pasien

1. Pengertian

Timbang terima adalah proses pengalihan tanggung jawab secara profesional dan akuntabilitas terhadap semua aspek perawatan yang terjadi pada pasien atau sekelompok pasien kepada orang lain atau kelompok profesional yang bersifat sementara atau permanen sehingga pasien aman dan mendapatkan kepuasan atas asuhan keperawatan yang diberikan (AHSQ, 2007). Pemberian informasi secara spesifik antar perawat, dari tim medis dan perawat, dari perawat kepada pasien dan keluarga dan antar unit dengan tujuan agar perawatan pasien berkelanjutan dan aman (*Patient safety solution*, 2007). Informasi yang diberikan meliputi kondisi saat ini, perubahan kondisi yang terjadi, pengobatan yang diberikan serta komplikasi yang mungkin terjadi sehingga informasi yang disampaikan pada saat timbang terima harus jelas dan relevan.

2. Tujuan

Tujuan timbang terima antar *shift* adalah untuk memberikan informasi klinik dan asuhan yang telah diberikan kepada pasien agar diperoleh informasi yang akurat dan terbaru sehingga mutu pelayanan keperawatan meningkat dan berfokus pada keselamatan pasien. Berdasarkan penelitian Malekzadeh (2013) ada beberapa kejadian yang timbul karena timbang terima yang tidak efektif yaitu meningkatkan resiko "*medication error*" dan kejadian yang membahayakan, memperpanjang proses perawatan, menurunkan kepuasan pasien, serta memperpanjang hari rawat pasien di rumah sakit.

3. Komponen

Komponen timbang terima terdiri dari enam komponen, menurut (Athanasakis, 2013), yaitu:

1) Lokasi timbang terima, lokasi kegiatan timbang terima beragam tergantung kebutuhan dan dampak pada informasi yang akan ditransfer. Pada ruang rawat medikal atau *surgical* timbang terima lebih baik dilakukan di samping pasien, namun di ruang jiwa atau ruang gawat darurat proses timbang terima sebaiknya di

dalam ruangan untuk meminimalkan interupsi. Tahapan dalam proses timbang terima ada dua macam yaitu timbang terima dilakukan di ruang tertutup, kemudian yang kedua di samping pasien atau dikoridor bersama tim

2) Partisipasi, partisipan timbang terima adalah seluruh perawat yang berdinas baik yang berdinas dan akan berdinas. Pada *bedside* timbang terima dipimpin oleh perawat penanggung jawab sebelumnya ke perawat primer bersama timnya yang akan berdinas. Kepala ruangan berperan sebagai mediator dan koordinator dalam timbang terima khususnya pada pasien dengan kasus kompleks (Liu et al, 2012 dalam Athanasakis, 2013);

3) Struktur, terdapat empat tipe dari timbang terima terkait dengan fungsinya yaitu timbang terima sebagai fungsi informasi, sosial, organisasi, dan edukasi. Memiliki tiga fase yaitu pre timbang terima, fase pertemuan antar perawat *shift*, dan post timbang terima

4) Isi (content) dari timbang terima dapat disampaikan baik melalui komunikasi verbal dan non verbal meliputi identifikasi pasien, riwayat penyakit, status klinis, rencana keperawatan dan tujuan perawatan maupun *discharge planning*.

5) Waktu timbang terima, lama waktu timbang terima sangat bervariasi tergantung kondisi pasien, jenis ruangan, dan kondisi ruangan. Timbang terima di ruang intensif meningkat 3,7 – 4,4 menit daripada di ruang rawat kurang lebih 1,5 menit per pasien. Proses timbang terima cukup cepat sekitar 20 menit untuk 20-30 pasien di ruang rawat, waktu timbang terima yang dilakukan di samping pasien lebih cepat daripada di ruang staf (Randell, 2011 dalam Athanasakis, 2013). Timbang terima antar perawat shift dilakukan setiap pergantian dinas, yaitu shift pagi, sore, dan shift malam., dokumen keperawatan berupa laporan timbang terima dapat didokumentasikan dalam catatan pribadi perawat, catatan terintegrasi pada rekam medik, maupun catatan pengobatan.

6) Dokumentasikan rencana keperawatan, perubahan kondisi, riwayat klinis, status klinik, observasi tanda-tanda vital, kebutuhan cairan, dan prosedur yang akan dilakukan (Johnson et al, 2012 dalam Athanasakis. 2013).

4. Efektifitas timbang terima

Timbang terima yang efektif akan memberikan dampak kepuasan kerja dan akan berakibat kinerja perawat meningkat, kepuasan pasien meningkat yang berujung pada outcome bagi instansi pelayanan (Halm, 2013). Beberapa hal yang harus diperhatikan agar proses timbang terima dapat efektif menurut Runy (2010), diantaranya:

- 1) Memungkinkan saat proses timbang terima untuk langsung bertatap muka atau komunikasi langsung.
- 2) Pastikan komunikasi dua arah selama proses serah terima.
- 3) Biarkan waktu sebanyak yang diperlukan untuk serah terima.
- 4) Menggunakan komunikasi verbal dan tertulis saat serah terima.
- 5) Melakukan serah terima pasien di samping tempat tidur pasien, bila memungkinkan melibatkan pasien dan keluarga dalam proses serah terima.
- 6) memasukkan teknik komunikasi dalam proses dan memerlukan verifikasi, memastikan informasi yang disampaikan diterima dengan baik dan dipahami.
- 7) Gunakan teknologi yang tersedia (misalnya, rekam medis elektronik) untuk mempercepat pertukaran tepat waktu dan informasi yang akurat.

Hal tersebut didukung oleh Cooper (2010) yaitu dengan bertatap muka dan pastikan dua arah, perawat mengambil tanggung jawab bersama untuk memastikan komunikasi yang akurat, menggunakan komunikasi verbal dan tertulis, memberikan waktu sebanyak yang diperlukan untuk memastikan komunikasi yang akurat.

5. Dampak kegagalan timbang terima

- 1) dampak timbang terima yang tidak efektif akan mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan tidak optimal, kejadian yang merugikan sampai dengan tuntutan hukum karena malpraktek (Wong & Yee, 2008)
- 2) Tidak adanya pedoman yang komprehensif tentang proses timbang terima dan informasi apa yang harus disampaikan, kualitas dalam serah terima kurang baik, informasi sering hilang dan tidak lengkap, informasi terkadang tidak

relevan dengan kondisi pasien, informasi bersifat subjektif, proses serah terima banyak memakan waktu (O'Connell, Macdonald & Kelly, 2008).

- 3) timbang terima pasien yang tidak efektif yaitu pengobatan yang tidak tepat, keterlambatan diagnosis dan pengobatan, efek samping, peningkatan pengeluaran, tes yang tidak perlu, perawatan dan komunikasi, keluhan pasien, serta klaim malpraktek (Departement of Health Western Austria, 2013).

6. Pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima

Pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima ini merupakan pengembangan dari akronim SBAR yang dikembangkan oleh Leonard, Graham, dan Bonacum (2004), lalu dikembangkan dalam bentuk *Handoff form for nurse* oleh Haig, Sutton, dan Whittington (2006), sedangkan di Indonesia telah dikembangkan oleh Cahyono (2008), penelitian Rachmah, Handiyani, dan Pujasari (2013), dan penelitian Djubaedah, Mustikasari, dan Gayatri (2013) , peneliti kemudian mengembangkan kembali sesuai dengan timbang terima keperawatan di Indonesia dan di RS yang akan diteliti, adapun tahapan pelaksanaan komunikasi SBAR dalam timbang terima pasien antar *shift* sebagai berikut:

1) Tahap persiapan

- a. Proses keperawatan pasien yang akan diserahterimakan telah terdokumentasi dengan baik dan lengkap
- b. Dua tim yang akan melakukan timbang terima telah siap dan lengkap
- c. Masing-masing anggota tim menyiapkan alat tulis untuk melakukan pencatatan yang dianggap perlu dan penting
- d. Ruangan tempat melakukan timbang terima telah dipersiapkan untuk menghindari gangguan

2) Tahap pelaksanaan

Timbang terima dilakukan setiap pergantian *shift* dan dilakukan secara bertahap

- a. Timbang terima dilakukan di *nurse station*

e. Penanggungjawab ruangan membuka timbang terima dengan mengucapkan salam dan berdoa

f. Sampaikan hal-hal yang akan disampaikan dalam timbang terima dikomunikasikan dengan alur SBAR untuk setiap pasien. Catatan perkembangan pasien yang didokumentasikan dalam bentuk SOAP diintegrasikan dan dikomunikasikan dalam setiap struktur SBAR.

5) *Situation*

Menyebutkan nama pasien, tanggal masuk, nomor MR, dan kondisi terkini dari pasien (Leonard, Graham, & Bonacum; 2004, Rachmah; 2013). Data subjektif dalam SOAP masuk kedalam penjelasan situasi terkini pasien.

6) *Background*

Menyampaikan diagnosa keperawatan, intervensi yang sudah diberikan, hingga hari terakhir, keefektivan intervensi yang telah diberikan dalam bentuk respon pasien, dan riwayat alergi (Leonard, Graham, & Bonacum; 2004, Rachmah; 2013).

7) *Assesment*

Assesment meliputi hasil penilaian yang dilakukan oleh perawat pelaksana mengenai kebjutuhan dasar manusia (Potter & Perry, 2009). Kebutuhan dasar manusia yang disebutkan dalam timbang terima meliputi: aktivitas dan latihan; keselamatan pasien; kebersihan diri; oksigenasi; cairan, elektrolit, keseimbangan asam-basa; kebutuhan tidur; manajemen nyeri; kebutuhan nutrisi; BAK; BAB; mobilisasi dan immobilisasi; integritas kulit dan perawatan luka.

m) *Aktivitas dan latihan*

Penilaian latihan pasien meliputi keseimbangan tubuh dan postur saat pasien berdiri, berbaring, terlentang, dan duduk. Penilaian aktivitas pasien meliputi ROM, gaya berjalan, latihan. Toleransi aktivitas (Potter & Perry, 2009).

n) *Keselamatan pasien*

Penilaian terkait keselamatan pasien meliputi lingkungan rumah pasien, lingkungan perawatan kesehatan, risiko jatuh, risiko salah pengobatan dan serangan mendadak (Potter & Perry, 2009).

o) Hygiene

Penilaian terkait kebersihan diri pasien, meliputi pemenuhan kebutuhan kebersihan pasien, adakah penyulit,

p) Oksigenasi

Penilaian kebutuhan oksigenasi pasien meliputi pemenuhan kebutuhan oksigen secara adekuat yang diterima oleh paru-paru, pembuluh darah, dan jaringan.

q) Cairan, elektrolit, keseimbangan asam basa

Penilaian terhadap kebutuhan cairan dan elektrolit pasien, dengan menilai status hidrasi pasien, adanya dehidrasi dan edema mengidentifikasi tidak terpenuhinya kebutuhan cairan.

r) Kebutuhan tidur

Penilaian terhadap pemenuhan kebutuhan tidur meliputi pola tidur, kebiasaan tidur, gangguan pola tidur.

s) Manajemen nyeri

Penilaian terhadap manajemen nyeri, meliputi menentukan skala nyeri, respon terhadap nyeri,

t) Kebutuhan nutrisi

Penilaian terkait status nutrisi pasien meliputi proses screening, antropometri, pemeriksaan labor, pola makan, pemeriksaan fisik.

u) BAK

Penelitian meliputi kebiasaan BAK; factor yang mempengaruhi BAK, pemeriksaan fisik meliputi; turgor kulit, pemeriksaan ginjal, kandung kemih, saluran uretra; pemeriksaan terhadap urine meliputi intake dan output, karakteristik urin warna, bau, dan kejernihan), tes urine.

v) BAB

Penilaian meliputi kebiasaan BAB pasien; pemeriksaan fisik meliputi mulut, perut, rectum; hasil tes laboratorium.

w) Mobilisasi dan immobilisasi

Penilaian mobilisasi meliputi ROM (leher, bahu, siku, tangan, pergelangan kaki, jari tangan, pinggang, lutut, kaki, dan pergelangan kaki, jari kaki), gaya berjalan, latihan dan toleransi aktivitas, serta keselarasan tubuh.

Penilaian imobilisasi meliputi system metabolic, system pernafasan, system musculoskeletal, system integument, system perkemihan, dan psikososial.

x) Integritas kulit dan perawatan luka

Penilaian terhadap integritas kulit dan perawatan kulit, untuk decubitus grade decubitus, mobilisasi, status nutrisi, cairan tubuh, nyeri), dan untuk luka (bentuk luka, drainase luka, penutupan luka, palpasi, kultur luka).

8) *Recommendation*

Informasi yang disampaikan dalam recommendation adalah berisikan mengenai tindakan yang dibutuhkan untuk segera dilakukan terkait kondisi pasien, informasi mengenai tindakan yang tidak bias dikerjakan atau diselesaikan selama bersama dengan pasien, baik tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Pemeriksaan tambahan atau penunjang, dan perencanaan tambahan jika diperlukan dan informasi yang perlu segera ditindaklanjuti (Leonard, Graham, dan Bonacuni; 2004, Rachmah; 2013) dalam data SOAP maka perencanaan masuk dalam recommendation

- g. Semua data terkait pasien yang akan disampaikan oleh tim yang berdinis kepada tim yang akan berdinis dicatat, dikonfirmasi ulang agar tidak terjadi kesalahan dan diperiksa dalam dokumentasi askep yang sudah dibuat pada dinas sebelumnya

- h. Tim yang berdinamis memberikan kesempatan kepada tim yang akan berdinamis bertanya serta sharing edukasi antara kedua tim
- b. Timbang terima disamping tempat tidur pasien
Timbang terima disamping tempat tidur dilakukan untuk memvalidasi mengenai kebenaran data yang diserahkan antara dua tim dalam kegiatan timbang terima di *nurse station* sebelumnya dan memperkenalkan tim selanjutnya yang akan mengelola pasien
- c. Timbang terima di *nurse station*
Kembali ke *nurse station* dan berdiskusi mengenai hal-hal yang dianggap perlu diklarifikasi dan ditanyakan kembali. PJ menutup kegiatan timbang terima dan memberikan semangat kepada seluruh staf yang akan melanjutkan pengelolaan pasien.

REFERENSI

- Athanasakis, E. (2013). Synthesizing knowledge about nursing shift handover: Overview and reflection from evidence based literature. *International Journal of Caring Sciences September – December 2013*, 6 (3), 300-307.
- Cahyono. (2008). *Membangun budaya keselamatan pasien dalam praktek kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius
- Departemen of Health Western Australia. (2013). WA health clinical handover policy. Diakses dari www.health.wa.gov.au
- Djubaidah, S., Mustikasari., & Gayatri, D. (2013). *Pengaruh pelatihan komunikasi SBAR terhadap pengetahuan dan kepatuhan perawat pelaksana di Rumah Sakit Premier Jatinegara*. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan kekhususan kepemimpinan dan manajemen Keperawatan. Depok: FIK UI
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. (2006). *Organisasi: perilaku, struktur, dan proses*. Edisi 8. Jakarta: Binarupa aksara
- Goupil, K. (2009). *The effect of situation, background, assesment, recommendation (SBAR) education on the quality of student nurse handoff report*. Proquest dissertation and thesis 73. Diakses dari <http://proquest.com>

- Haig, K.M., , Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (3), 167-175.
- Halm, M.A. (2013). Nurse handoffs: ensuring safe passage for patients. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 158-162. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013454>
- Karen, L.R. (2007). Using the SBAR communication technique improve nurse physician phone communicationa pilot study. *AAACN Viewpoint*, 29(2). Diakses dari <http://search.proquest.com/docview/224823298?accountid.17242>
- Kesten, K.S. (2011). Role play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing student. *Journal of Nursing Education*, 50 (2), 79-87. doi: 10.3928/0148834-20101230-12.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective team work and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(sup 2), i85-i90.
- Malekzadeh, J, et all. (2013). A Standardized shift handover protocol: Improving nurses” safe practice in intensive care unit. *Journal of Caring Science 2013*, Vol. 2, No. 3, 177-185.
- Marquis & Huston (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: teori dan aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Meester, K.D., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., & Bogaert, P.V. (2013). *SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study*.
- O’connell, B., Macdonald, K., Kelly, C. (2008). Nursing handover: it’s time for a change. *Contemporary Nurse: a Journal for The Australian Nursing Profession*, 30(1), 2-11. Diakses dari <http://search.proquest.com/docview/203170393?accountid=17242>
- Patient safety solution. (2007). *Communication during patient hand-overs volume 1, solution 3*. WHO collaborating center for pasien safety solution.
- Potter & Perry. (2009). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Vol. 1.. Jakarta: EGC.
- Rachmah., Handayani, H., & Pujasari, H. (2013). *Pengaruh komunikasi SBAR dalam timbang terima terhadap penerapan keselamatan pasien yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Bunda Jakarta dan RSUD*

Bunda Margonda. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan. Depok: FIK UI

Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*. Jakarta: PT Indeks kelompok gramedia

Robbins, S.P. & Judge, T.A. (2013). *Organizational behavior*. 15thEd. New Jersey: Pearson Education, Inc.

Runy, L.A. (2010). *Patient handoffs*. Hospitals and Health Networks.

Subkhi, A. & Jauhar, M. (2013). *Pengantar teori & perilaku organisasi*. Jakarta: Prestasi pustaka.

Tappen, R.M. (2004). *Nursing leadership and management concept and practice*. Philadelphia: J.B Lipincott.

Velji, K., et al. (2008). Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthcare Quarterly*, 11 (special issue), 72-79.

Wahyuni, I. (2014). *Efektifitas pelatihan komunikasi SBAR dalam meningkatkan mutu operan jaga (handover) di bangsal wardah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II*. Tesis UMY tidak dipublikasikan. Di unduh dari <http://thesis.umy.ac.id/datapublik/t657.pdf>

WHO. (2007). *Communication during patient handovers*. Di unduh pada tanggal 24 November 2014 dari <http://www.forpatientsafety.org>

Wong, M., & Yee, K.C. (2008). *A structured evidence-based literature review regarding the effectiveness of improvement intervention in clinical handover*. Australian Commission on safety and quality in health care. Diakses pada tanggal 09 November 2014 dari www.thoracic.org.au/documents/pappers/clinicalhandoverlite

CURRICULUM VITAE

Nama : Dian Anggraini
 Tempat tanggal lahir : Jakarta, 04 Oktober 1980
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Pekerjaan : Staf Dosen di Akademi Kesehatan Swakarsa Jakarta
 Alamat Kantor : Jl. H. Saabah Raya No. 65 Meruya Selatan, Kembangan,
 Jakarta Barat
 Alamat Rumah : Jl. Cipinang Timur V No. 18 Cipinang Pulogadung
 Jakarta Timur
 Handphone : 0812 8696 0118
 Email : Anggraini_suhartinah@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

S2 Magister Ilmu Keperawatan FIK UI	2013-2015
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia	2007-2010
Akademi keperawatan Swakarsa Jakarta	1999-2002
M.A Annajah Bekasi	1995-1998
MTs. Annajah Bekasi	1992-1995
SD Negeri 15 Pagi	1987-1992

Riwayat Pekerjaan		
Staf dosen Akademi Kesehatan Swakarsa Jakarta	:	2012-sekarang
PKM Kecamatan Grogol Petamburan Jakarta	:	2011-2012
RS Mekar Sari Bekasi	:	2003-2011

