

**GAMBARAN TINGKAT KEPUASAN PERAWAT DALAM PELAKSANAAN  
KOMUNIKASI SBAR PADA SAAT TIMBANG TERIMA PASIEN DI RSUD  
K.R.M.T WONGSONEGORO**

**PROPOSAL SKRIPSI**

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh :

CELLY DEVITA FEBRIANTI

22020113130094

**JURUSAN KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG, APRIL 2017**

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang berjudul:

**GAMBARAN TINGKAT KEPUASAN PERAWAT TERHADAP  
PELAKSANAAN KOMUNIKASI SBAR DI RSUD K.R.M.T  
WONGSONEGORO**

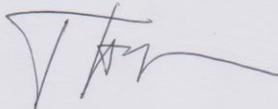
Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Celly Devita Febrianti

NIM : 22020113130094

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di review

Pembimbing,



Muhammad Hasib Ardani, S.Kp.,M.Kes

NIP. 19741218 201012 1 001

## LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang berjudul:

### **GAMBARAN TINGKAT KEPUASAN PERAWAT DALAM PELAKSANAAN KOMUNIKASI SBAR PADA SAAT TIMBANG TERIMA PASIEN DI RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO**

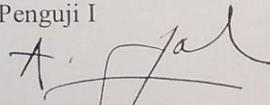
Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Celly Devita Febrianti

NIM : 22020113130094

Telah diuji pada 20 April 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk melakukan penelitian

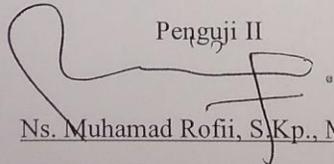
Penguji I



Agus Santoso, S.Kp., M.Kep

NIP. 19720821 199903 2 002

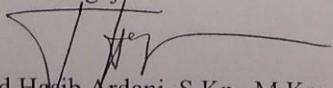
Penguji II



Ns. Muhamad Rofii, S.Kp., M.Kep

NIP. 19760625 200312 1 001

Penguji-III



Muhammad Hasib Ardani, S.Kp., M.Kes

NIP. 19741218 201012 1 001

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena dengan rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi dengan judul “Gambaran tingkat kepuasan perawat dalam pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima pasien di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro”.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak akan berjalan lancar tanpa bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes, selaku ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
2. Ibu Sarah Uliya, S.Kp., M.Kes selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Bapak Muhammad Hasib Ardani, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan proposal skripsi ini.
4. Bapak Agus Santoso, S.Kp., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan, dan masukan dalam penyusunan proposal skripsi.
5. Bapak Ns. Muhamad Rofii, S.Kp., M.Kep., selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan, dan masukan dalam penyusunan proposal skripsi.
6. Bapak dan Ibu dosen Departemen Ilmu Keperawatan atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan.

7. Seluruh staf Departemen Ilmu Keperawatan yang telah memberikan fasilitas yang baik.
8. Direktur RSUD K.R.M.T Wongsonegoro yang telah memberikan ijin pengambilan data awal penelitian.
9. Orangtua atas perhatian, kasih sayang, motivasi, serta do'a yang senantiasa mengiringi langkah penulis dalam menyelesaikan proposal skripsi ini.
10. Teman-teman PSIK UNDIP 2013 atas dukungan dan motivasinya.
11. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Penulis menerima semua saran dan kritik yang membangun yang ditujukan kepada penulis untuk menyelesaikan penelitian ini. Semoga penelitian ini bermanfaat dan dapat menambah wawasan bagi yang membaca.

Semarang, April 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	ix
BAB I .....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA .....	8
A. Tinjauan Teori .....	8
B. Kerangka Teori .....	22
BAB III .....	23
METODE PENELITIAN.....	23
A. Kerangka Konsep.....	23
B. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	23

C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	24
D. Tempat dan Waktu Penelitian .....	27
E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran .....	28
F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data .....	31
G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data .....	37
H. Etika Penelitian .....	39
DAFTAR PUSTAKA .....	42

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Jumlah sampel perawat di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro	26
2	Definisi operasional, alat ukur dan skala	29
3	Kisi-kisi kuisisioner kepuasan terhadap komunikasi SBAR	31

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Kerangka Teori	22
2	Kerangka Konsep	23

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan rumah sakit menyebabkan masyarakat semakin selektif untuk memilih rumah sakit yang mampu menyediakan kualitas pelayanan yang terbaik. Begitu pula tuntutan pelayanan kesehatan terus meningkat baik dalam aspek mutu maupun keterjangkauan serta cakupan pelayanan. Rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal serta dapat meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan tuntutan masyarakat<sup>1</sup>. Mutu pelayanan kesehatan menurut *Institute Of Medicine (IOM)* merupakan suatu langkah menuju peningkatan pelayanan kesehatan yang baik untuk individu maupun populasi sesuai dengan keluaran (*outcome*) kesehatan yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional terkini<sup>2</sup>.

Keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, karenanya tujuan pelayanan keperawatan merupakan salah satu bagian dari tujuan utama rumah sakit<sup>3</sup>. Perawat memberikan pelayanan selama 24 jam terus menerus pada pasien sehingga menjadikan satu – satunya

profesi kesehatan di rumah sakit yang banyak memberikan persepsi terhadap pelayanan kesehatan pada pasien. Perawat sebagai salah satu dari ujung tombak rumah sakit, memerlukan suatu sistem untuk meningkatkan keselamatan pasien (*patient safety*)<sup>4</sup>.

Sasaran keselamatan pasien yang tertuang dalam PMK No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 dibuat dengan mengacu pada sembilan solusi keselamatan pasien oleh WHO bertujuan untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Timbang terima pasien termasuk pada sasaran yang kedua yaitu peningkatan komunikasi yang efektif petugas kesehatan. Penyebab yang lazim terjadinya cedera pasien yaitu perintah medis yang tak terbaca dan rancu yang rentan untuk salah terjemah, prosedur yang dijalankan pasien yang keliru, pembedahan keliru tempat, kesalahan medis, penundaan ruang darurat, para perawat yang tak berdaya untuk turun tangan saat mereka melaporkan perubahan signifikan pasien, ketidakmampuan bertindak sebelum suatu situasi menjadi kritis, dan tidak sesuai standar serta kurangnya komunikasi<sup>5</sup>

Kesalahan akibat penyampaian timbang terima pada saat pergantian shift akan berakibat pada menurunnya indikator kualitas pelayanan terutama *patient safety* suatu rumah sakit<sup>5</sup>. Penerapan pelayanan yang mengacu pada *patient safety* ada beberapa standar yang perlu diimplementasikan, salah satu standar tersebut yaitu penerapan timbang terima menggunakan komunikasi

dengan metode SBAR (*Situation, Background, Assesement and Recommendation*). Kerangka komunikasi dengan metode SBAR digunakan pada saat perawat melakukan timbang terima (*handover*), pindah ruang perawatan maupun dalam melaporkan kondisi pasien kepada dokter<sup>6</sup>.

Komunikasi yang efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh penerima dapat mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien<sup>7</sup>. Komunikasi yang efektif berbanding lurus dengan kepuasan penerima informasi. Kepuasan terhadap informasi, media dan hubungan – hubungan organisasi terlihat pada kepuasan komunikasi. Kepuasan komunikasi dapat berhubungan dengan tingkat produktivitas perawat. Perawat akan bekerja lebih baik ketika merasa lebih dilibatkan dan mengerti apa yang harus dilakukan<sup>8</sup>. Menurut Down dan Hazen dalam Pace dan Faules, ada delapan indikator kepuasan komunikasi, yaitu: (1) *Communication climate*; (2) *Supervisory communication*; (3) *Organizational integration*; (4) *Media quality*; (5) *Horizontal informal communication*; (6) *General organizational perspective*; (7) *Subordinate communication*; (8) *Feedback*<sup>9</sup>.

Komunikasi yang efektif dalam lingkungan perawatan kesehatan membutuhkan pengetahuan, keterampilan dan empati. Ini mencakup mengetahui kapan harus berbicara, apa yang harus dikatakan dan bagaimana mengatakannya serta memiliki kepercayaan diri dan kemampuan untuk

memeriksa bahwa pesan telah diterima dengan benar<sup>10</sup>. Komunikasi juga sangat diperlukan pada saat melakukan segala hal dalam kegiatan sehari-hari perawat dalam tindakan keperawatan maupun dalam bentuk operan. Pada operan ini lah sering terjadi kekeliruan ataupun kesalahpahaman informasi, dan disinilah komunikasi yang efektif sangat dibutuhkan.

Wawancara yang dilakukan pada Bagian Pendidikan dan Pelatihan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro bahwa teknik komunikasi dan pendokumentasian SBAR sudah diterapkan sejak tahun 2014. Berbagai upaya pelatihan dan sosialisasi sudah dilakukan secara terencana dan berkelanjutan sesuai dengan hasil evaluasi. Pendokumentasian yang dilakukan dibagi menjadi 4 elemen yaitu, situasi, latar belakang, pengkajian dan rekomendasi.

## **B. Rumusan Masalah**

Komunikasi yang efektif antar perawat merupakan persyaratan penting di dalam memberikan perawatan kepada pasien. Komunikasi yang dinilai efektif untuk menyampaikan kondisi pasien saat ini yaitu teknik komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Komunikasi SBAR merupakan kerangka teknik komunikasi yang disediakan untuk perawat dalam menyampaikan kondisi pasien, SBAR merupakan metode terstruktur untuk mengkomunikasikan informasi penting yang membutuhkan perhatian segera dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Perawat dituntut untuk dapat menerapkan komunikasi efektif dalam penyampaian kondisi pasien. Komunikasi yang efektif berbanding lurus dengan kepuasan penerima informasi. Kepuasan terhadap informasi, media dan hubungan – hubungan mengenai kondisi pasien terlihat pada kepuasan komunikasi. Kepuasan komunikasi dapat berhubungan dengan tingkat produktivitas perawat. Perawat akan bekerja lebih baik ketika merasa lebih dilibatkan dan mengerti apa yang harus dilakukan. Berdasarkan survey awal yang dilakukan dengan wawancara 3 karu di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro didapatkan data bahwa sosialisasi metode SBAR pada saat timbang terima pasien sudah dilakukan, tetapi masih banyak perawat yang belum mengerti tentang penerapan komunikasi SBAR secara efektif, kurannng perhatian dan kesadaran perawat mengenai pentingnya mendokumentasikan status pasien dalam bentuk SBAR.

Melihat uraian tersebut peneliti tertarik untuk mengambil masalah penelitian mengenai gambaran tingkat kepuasan perawat dalam pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima pasien di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kepuasan perawat dalam pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima pasiendi RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat kepuasan perawat dalam menerima informasi pada aspek *Situation* pada saat timbang terima pasien di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- b. Mengetahui tingkat kepuasan perawat dalam menerima informasi pada aspek *Background* pada saat timbang terima pasien di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- c. Mengetahui tingkat kepuasan perawat dalam menerima informasi pada aspek *Assessment* pada saat timbang terima pasien di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- d. Mengetahui tingkat kepuasan perawat dalam menerima informasi pada aspek *Recommendation* pada saat timbang terima pasien di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan evaluasi penggunaan teknik komunikasi SBAR dan dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk menentukan kebijakan penggunaan teknik komunikasi SBAR.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dan informasi dalam bidang komunikasi antar perawat, serta dapat dijadikan tambahan untuk perpustakaan dalam pengembangan penelitian selanjutnya.

### 3. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat membuat peneliti menerapkan ilmu mengenai metodologi penelitian dan juga menambah pengetahuan tentang pelaksanaan komunikasi SBAR di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro dan evaluasi dari penerapan komunikasi SBAR pada saat timbang terima

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### 1. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

*Patient safety* merupakan prinsip dasar dari perawatan kesehatan (WHO)<sup>11</sup>. Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi assessment risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien pelaporan dan analisis insiden. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan pencegahan terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil<sup>12</sup>.

Menurut *Joint Commission International*<sup>13</sup> terdapat enam sasaran keselamatan pasien, yaitu :

1. Identifikasi pasien yang benar
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif

3. Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. Pengurangan risiko pasien jatuh

## 2. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Komunikasi merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan, dan juga sangat penting dalam keselamatan pasien. Komunikasi bisa mengancam pasien tetapi juga bisa mencegah pasien dari ancaman kesehatan. Komunikasi menjadi dasar untuk dapat memastikan bahwa pasien mendapatkan proses perawatan yang baik, menjelaskan tujuan pengobatan dan mendiskusikan proses perawatan pasien dengan professional lain yang terlibat. Seringkali komunikasi berlangsung dalam situasi yang tingkat stressnya tinggi dan yang harus dilakukan segera, namun komunikasi juga menjadi sarana untuk mengatasi situasi tersebut, dengan komunikasi yang baik bisa terjalin kolaborasi tim yang baik pula<sup>14</sup>.

Komunikasi merupakan media yang sangat penting untuk menyampaikan atau menerima informasi kepada atau dari pihak lain. Kesalahan dalam berkomunikasi dapat memberikan dampak yang kurang baik dan tentunya dapat berakibat fatal. Komunikasi yang efektif merupakan aspek fundamental untuk mencapai prestasi kerja

dan keefektifan manajerial<sup>15</sup>. Berbagai hasil penelitian menyimpulkan bahwa komunikasi yang kurang baik menjadi sumber konflik antar pribadi atau antar kelompok dalam organisasi. Kesalahan komunikasi sering terjadi karena perbedaan bahasa dan budaya, menimbulkan kesalahpahaman dalam mempersepsikan informasi<sup>16</sup>.

Banyak pengertian komunikasi yang berbeda disampaikan oleh para ahli tetapi pada dasarnya mempunyai pengertian yang sama. komunikasi dapat didefinisikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari pengirim (*sender*) ke penerima (*receiver*) dengan menggunakan berbagai media yang efektif sehingga pesan tersebut dapat dengan jelas dan mudah dipahami oleh penerima pesan tersebut<sup>17</sup>. Kegiatan komunikasi melibatkan dua pihak antara lain pengirim pesan dan penerima pesan. Komunikasi menjadi efektif apabila kedua belah pihak harus mempunyai keterampilan. Pengirim pesan berupaya agar pesan yang ingin disampaikan dapat dengan jelas dan mudah dipahami oleh penerima pesan<sup>18</sup>. Komunikasi efektif adalah komunikasi yang berusaha memilih cara yang tepat agar gambaran dalam bentuk isi kesadaran dari komentator dapat dimengerti, diterima bahkan dilakukan oleh komunikan<sup>19</sup>.

a. Prinsip Komunikasi

Prinsip komunikasi diperlukan untuk menghasilkan komunikasi yang efektif, seseorang harus memahami prinsi-prinsip berkomunikasi. Prinsip- prinsip dalam komunikasi efektif adalah sebagai berikut<sup>20</sup> :

1) *Respect*

*Respect* adalah sikap menghargai setiap individu yang menjadi sasaran pesan yang akan kita sampaikan. Rasa hormat dan saling menghargai merupakan bagian paling penying dalam berkomunikasi karena pada dasarnya manusia ingin dihargai dan dianggap penting.

2) *Empathy*

*Empathy* adalah kemampuan seorang komunikator dalam memahami dan menempatkan dirinya pada situasi dan kondisi yang dihadapi orang lain. Empati bisa juga berarti kemampuan untuk mendengar dan bersikap perspektif atau siap menerima masukan ataupun umpan balik apapun dengan sikap yang positif. Rasa empati akan memungkinkan komunikator menyampaikan pesan dengan cara dan sikap yang akan memudahkan penerima pesan untuk menerimanya. Komunikasi efektif akan dengan mudah tercipta jika komunikator memiliki sikap *empathy*.

3) *Audible*

*Audible* adalah pesan yang kita sampaikan dapat diterima oleh penerima pesan melalui media atau *delivery channel*. berdasarkan hal tersebut komunikator dituntut untuk memiliki kemampuan untuk menggunakan berbagai media maupun perlengkapan atau alat bantu audio visual yang akan membantu proses berjalannya komunikasi.

4) *Care*

*Care* berarti komunikator memberikan perhatian kepada lawan komunikannya. Komunikasi yang efektif akan terjalin jika *audience* lawan komunikasi personal merasa diperhatikan.

5) *Humble*

*Humble* adalah sikap rendah hati untuk membangun rasa saling menghargai.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi setiap unsur komunikasi baik bersifat positif maupun negatif. Faktor tersebut yaitu :

1) Kredibilitas

Kredibilitas sangat berpengaruh terhadap sumber (komunikator) dalam keberhasilan proses komunikasi, karena hal ini mempengaruhi tingkat kepercayaan sasaran terhadap pesan yang disampaikan.

2) Isi pesan

Pesan yang disampaikan hendaknya mengandung isi yang bermanfaat bagi kebutuhan klien atau yang dapat memecahkan masalah klien.

3) Kesesuaian dengan Kepentingan Sasaran

Pesan yang disampaikan harus berhubungan dengan kepentingan sasaran. Melihat hal tersebut dalam berkomunikasi dengan klien komunikator harus memahami terlebih dahulu permasalahan klien.

4) Kejelasan

Pesan yang disampaikan harus jelas, jika pesan yang disampaikan tidak jelas maka akan membuat sasaran bingung sehingga tidak terjadi perubahan perilaku dan klien tidak melakukan pesan yang diberikan oleh komunikator.

5) Kesenambungan dan Konsistensi

Seorang komunikator perlu membuat perencanaan yang matang sebelum berkomunikasi dengan klien ataupun rekannya agar

pesan yang disampaikan bisa konsisten dan berkesinambungan. Seorang komunikator juga memerlukan adanya pemahaman yang sama antar tim agar informasi yang diberikan kepada klien sama atau konsisten.

#### 6) Saluran

Saluran tentunya sangat berperan pada media. Media yang digunakan harus disesuaikan dengan pesan yang ingin disampaikan. Pemilihan media yang tepat dapat meningkatkan pemahaman klien sehingga perubahan yang diharapkan dapat tercapai.

#### 7) Kapabilitas Sasaran

Kapabilitas sasaran terdapat pada komunikasi dalam menyampaikan pesan, komunikator harus memperhitungkan kemampuan sasaran dalam menerima pesan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sosial ekonomi, sosial budaya dan sebagainya<sup>21</sup>.

### 3. Timbang Terima dengan Metode Komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)

Timbang terima pasien (*handover*) merupakan salah satu bentuk komunikasi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Timbang terima pasien dirancang sebagai salah satu metode untuk

memberikan informasi yang relevan pada tim perawat setiap pergantian shift, sebagai petunjuk praktik memberikan informasi mengenai kondisi terkini pasien, tujuan pengobatan, rencana perawatan serta menentukan prioritas pelayanan<sup>22</sup>. Tujuan utama komunikasi timbang terima adalah untuk memberikaan informasi yang akurat mengenai keperawatan, pengobatan, pelayanan, kondisi terkini pasien, perubahan yang sedang terjadi, dan perubahan yang dapat diantisipasi. Informasi harus dijamin akurat agar tidak terjadi kesalahan dalam proses pemberian pelayanan bagi pasien.<sup>23</sup>

#### a. Definisi SBAR

Komunikasi SBAR merupakan kerangka teknik komunikasi yang disediakan dalam menyampaikan kondisi pasien kepada rekan kerja atau perawat lainnya dan merupakan model komunikasi khusus yang membantu mengefektifkan komunikasi antara perawat dan dokter<sup>24</sup>. Menurut *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) teknik komunikasi SBAR adalah teknik komunikasi yang digunakan untuk menyelesaikan *project* dengan lebih mudah dan menciptakan *framework*, teknik tersebut digunakan untuk melaporkan kondisi pasien pada timbang terima keperawatan dalam situasi kritis<sup>25</sup>. Komunikasi SBAR dilakukan pada saat timbang terima (*handover*),

pindah ruang rawat maupun melaporkan kondisi pasien ke dokter atau tim kesehatan lain.

Komunikasi SBAR didefinisikan sebagai alat komunikasi yang dikembangkan sebagai hasil dari penelitian yang mengidentifikasi perlunya meningkatkan komunikasi antara dokter dan perawat<sup>25</sup>. Komunikasi SBAR merupakan upaya menetapkan pemikiran kritis terkait dengan mendefinisikan masalah pasien dengan merumuskan solusi sebelum dokter menghubungi, sehingga penerima tahu bahwa percakapan akan mencakup penilaian dan rekomendasi untuk perawatan yang relevan dengan status pasien saat ini<sup>26,27</sup>. Komunikasi SBAR merupakan kerangka kerja untuk mengatur informasi dalam persiapan untuk berkomunikasi antara perawat dan dokter, perawat dengan perawat, perawat dengan tim kesehatan lainnya dalam menyampaikan kondisi pasien yang terkini baik yang kritis maupun tidak.

Kerangka komunikasi SBAR memuat informasi pasien tentang *Situation, Background, Assessment dan Recommendation*. Komunikasi SBAR adalah cara sederhana yang secara efektif telah mengembangkan komunikasi dalam *setting* lain dan efektif pula digunakan pada pelayanan kesehatan. Menurut Leonard<sup>28</sup>, adapun

prinsip-prinsip bagaimana menggunakan SBAR dan apa saja yang harus dikomunikasi adalah sebagai berikut:

- 1) *Situation* : Mengandung informasi tentang identitas pasien, masalah yang terjadi saat ini dan diagnosa medis. Menyebutkan Nama lengkap pasien, tanggal lahir pasien, secara singkat permasalahan pasien saat ini, kapan mulai terjadi dan seberapa berat situasi dan keadaan pasien yang teramati saat itu.
- 2) *Background* : Menggambarkan latar belakang informasi klinis yang berhubungan dengan situasi. Penyampaian latar belakang klinis atau keadaan yang melatarbelakangi permasalahan, meliputi catatan rekam medis pasien, diagnosa masuk RS, informasi hal-hal penting terkait : Kulit/ ekstremitas, pasien memakai/ tidak memakai oksigen, obat- obatan terakhir, catatan alergi, cairan IV line dan hasil laboratorium terbaru. Hasil- hasil laboratorium berikut tanggal dan jam masing- masing test dilakukan. Hasil- hasil sebelumnya sebagai pembanding, informasi klinik lainnya yang kemungkinan diperlukan.
- 3) *Assessment* : Merupakan kesimpulan dari masalah yang terjadi saat ini apakah kondisi membaik atau memburuk.
- 4) *Recommendation* : Mengandung informasi tentang :

- a) Tindakan apa yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang terjadi.
- b) Solusi apa yang bisa ditawarkan ke dokter.
- c) Solusi/ tindakan apa yang direkomendasi oleh dokter.
- d) Kapan dan dimana dilakukan

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat dampak positif terhadap penggunaan komunikasi SBAR dalam timbangan terima pasien, dan ini membuktikan bahwa komunikasi SBAR dalam timbangan terima pasien merupakan metode yang efektif untuk menurunkan Insiden Keselamatan Pasien<sup>29</sup>.

SBAR memberikan dampak peningkatan kualitas keperawatan, berikut dijelaskan bagaimana SBAR menunjukkan hal tersebut<sup>30</sup>:

- a) Terciptanya alat komunikasi yang terstruktur dan simple untuk *handover* keperawatan.
- b) Terciptanya alat komunikasi tindakan kolaboratif sebagai aspek legal.
- c) Sebagai aspek legal perawat untuk melakukan tindakan medis berdasarkan sistem delegasi yang menurut Undang – Undang No. 34 tahun 2014 tentang Keperawatan menjadi wewenang perawat.
- d) Menciptakan iklim berfikir intuisi dari perawat.

Hasil wawancara yang dilakukan oleh Vardamant terhadap perawat manajer di beberapa rumah sakit dilaporkan bahwa perawat manajer memberikan nilai positif terhadap implementasi teknik

komunikasi SBAR, memberikan ruang untuk meningkatkan aspek keperawatan dalam tatanan rumah sakit. Namun kendala yang dialami perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan salah satunya adalah jumlah perawat yang kurang ideal (terlalu sedikit, 1 perawat untuk 8 – 10 pasien) dan banyaknya data yang harus diolah untuk menjadi bahan diskusi. SBAR memberikan solusi komunikasi yang *simple* dan terstruktur sehingga proses perawatan serta diskusi keperawatan dalam bangsal yang sifatnya mengembangkan ilmu keperawatan dan kapasitas perawat itu sendiri dapat dikembangkan<sup>30</sup>.

#### 4. Kepuasan Komunikasi

Pace dan Faules<sup>9</sup> mengemukakan bahwa kepuasan merupakan suatu konsep yang lebih berkenaan dengan tingkat kenyamanan. Berdasarkan definisi tersebut, dapat dikatakan bahwa kepuasan dalam komunikasi adalah kondisi dimana muncul keberadaan rasa nyaman dengan pesan- pesan, media dan hubungan- hubungan yang timbul dalam organisasi.

Menurut Redding dalam Masmuh<sup>31</sup> yang dimaksud kepuasan komunikasi organisasi adalah semua tingkat kepuasan karyawan mempersepsi lingkungan komunikasi secara keseluruhan. Konsep

kepuasan ini memperkaya ide iklim komunikasi. Kepuasan dalam pengertian ini menunjukkan bagaimana baiknya informasi yang tersedia memenuhi persyaratan permintaan anggota organisasi akan tuntutan bagi informasi, dari siapa datangnya, cara disebarluaskan, bagaimana diterima, diproses dan apa respons orang menerima.

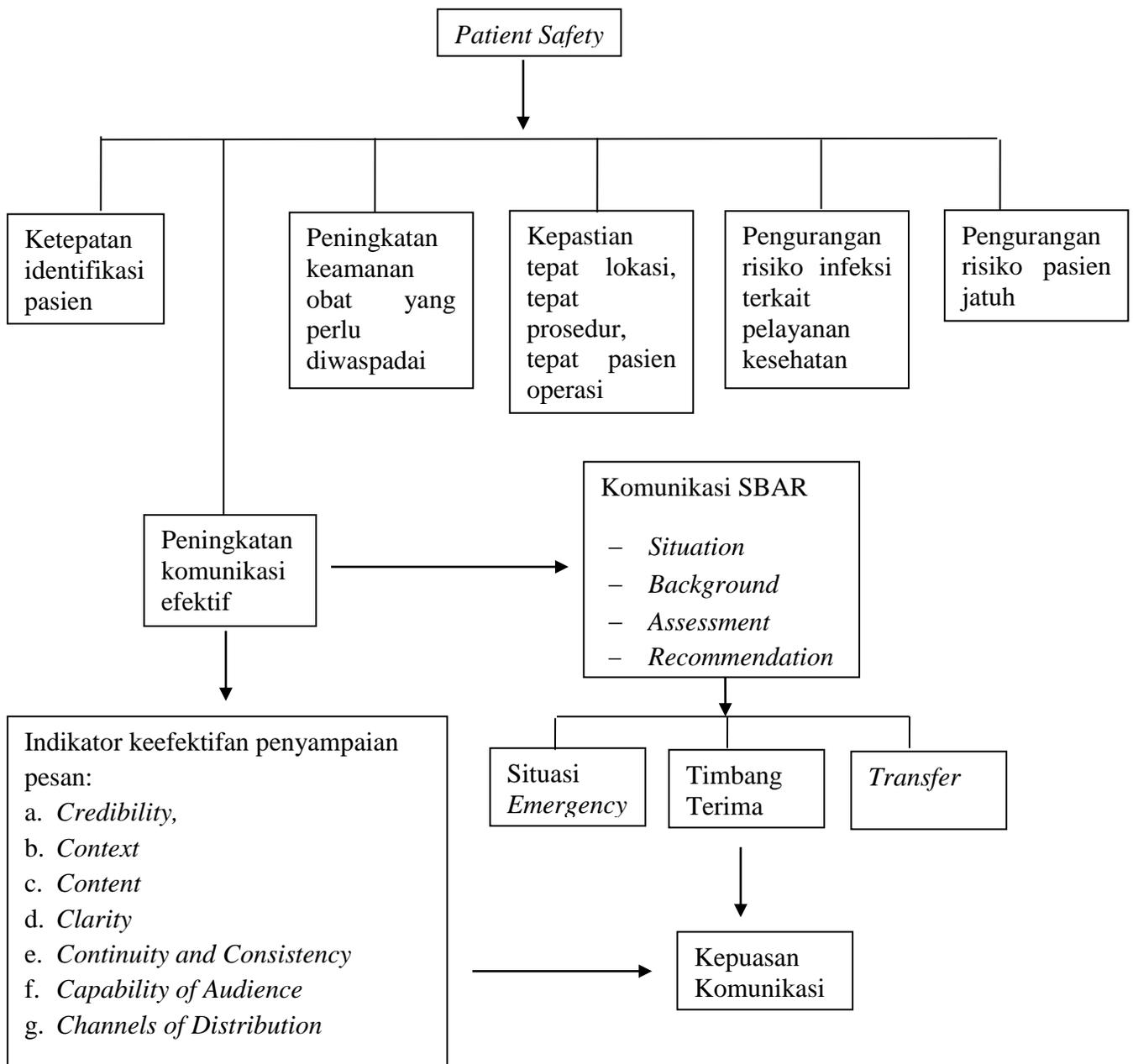
Menurut Scoot M Cultip dan Allen<sup>32</sup> dalam bukunya “Effective Public Relations”, diuraikan beberapa faktor agar komunikasi berlangsung efektif yang dinamakan dengan “The Seven Communication”, meliputi :

- a. *Credibility*, kredibilitas berkaitan erat dengan kepercayaan. Seorang komunikator yang baik harus memiliki kredibilitas agar pesan yang disampaikan dapat tepat sasaran. Beberapa hal yang berhubungan dengan kredibilitas misalnya kualifikasi atau tingkat keahlian seseorang.
- b. *Context*, konteks berupa kondisi yang mendukung ketika berlangsungnya komunikasi. Konteks juga menyangkut sesuatu yang berhubungan dengan lingkungan kehidupan sosial pesan yang harus disampaikan dengan jelas serta sikap partisipatif.
- c. *Content*, isi pesan merupakan bahan atau materi inti dari apa yang hendak disampaikan kepada komunikan. Komunikasi menjadi efektif

apabila isi pesan mengandung sesuatu yang berarti dan penting untuk diketahui oleh komunikan.

- d. *Clarity*, pesan disusun dengan kata-kata yang jelas, mudah dimengerti dan memiliki maksud, tema dan tujuan yang sama antara komunikator dan komunikan.
- e. *Continuity and Consistency*, komunikasi berlangsung terus dan pesan tidak saling bertentangan ataupun berubah-ubah.
- f. *Capability of Audience*, komunikasi dapat dikatakan berhasil apabila komunikan memahami dan melakukan apa yang terdapat pada isi pesan.
- g. *Channels of Distribution*, jika diperlukan komunikasi dapat dilakukan melalui media, komunikasi dapat dilakukan melalui media yang sudah biasa digunakan oleh umum seperti media elektronik telepon.

## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Kerangka Konsep**



Tingkat Kepuasan Perawat Pada Pelaksanaan Komunikasi SBAR

The diagram consists of a single rectangular box with a black border, containing the text 'Tingkat Kepuasan Perawat Pada Pelaksanaan Komunikasi SBAR' centered within it.

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

#### **B. Jenis dan Rancangan Penelitian**

##### 1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang menerapkan prinsip objektivitas yang diperoleh antara lain melalui penggunaan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya<sup>33</sup>.

##### 2. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *descriptive survey*. *Descriptive survey* adalah cara penelitian secara deskriptif yang dilakukan terhadap sekumpulan obyek yang biasanya cukup banyak dalam jangka waktu tertentu<sup>34</sup>.

## C. Populasi dan Sampel Penelitian

### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang diteliti<sup>35</sup>. Populasi dalam penelitian ini adalah 203 perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

### 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti dan sampel mewakili seluruh populasi penelitian<sup>35</sup>.

### 3. Teknik Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi yang akan diteliti<sup>36</sup>. Metode sampling dalam penelitian ini agar populasi dapat terwakili sehingga dilakukan metode pembagian (*probability sampling*) dengan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik proporsional pada setiap unit perawatan agar jumlah responden sebanyak 135 orang memiliki peluang yang sama<sup>37</sup>. Perhitungan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus Slovin<sup>36</sup>:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$n$  = ukuran sampel

$N$  = ukuran populasi

$d$  = kelonggaran atau ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang dapat ditolerir misalnya 1%, 5%, 10%. Penelitian ini menggunakan batas kesalahan yang ditolerir sebesar 5%, sehingga besar sampel dirumuskan sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{203}{1 + 203(0,05^2)}$$

$$n = \frac{203}{1 + 203(0,0025)}$$

$$n = \frac{203}{1 + 0.50}$$

$$n = \frac{203}{1,50}$$

$$n = 135$$

Jumlah sampel di setiap ruang ditentukan dengan menggunakan rumus *proportionate random sampling* sebagai berikut :

$$n = \frac{N_i \times n}{N}$$

Keterangan :

$N_i$  = ukuran tiap strata *sample*

$N_i$  = ukuran tiap strata populasi

$n$  = ukuran (total) *sample*

$N$  = ukuran (total) populasi

**Tabel 3.1**

**Jumlah Sampel Perawat Di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro**

No.	Nama Ruangan	Jumlah Perawat Per Ruangan	Hasil
1	R. Nakula 1	18	$18/203 \times 135 = 12$
2	R. Nakula 2	18	$18/203 \times 135 = 12$
3	R. Nakula 3	18	$18/203 \times 135 = 12$
4	R. Nakula 4	18	$18/203 \times 135 = 12$
5	R. Bima	20	$20/203 \times 135 = 13$
6	R. Arjuna 1	18	$18/203 \times 135 = 12$
7	R. Arjuna 2	14	$14/203 \times 135 = 9$
8	R. Parikesit	6	$6/203 \times 135 = 4$
9	R. Arimbi	12	$12/203 \times 135 = 8$
10	R. Yudhistira	21	$21/203 \times 135 = 14$
11	R. Prabu Kresna	15	$15/203 \times 135 = 10$
12	R. Banowati	13	$13/203 \times 135 = 9$
13	R. Brotojoyo	12	$12/203 \times 135 = 8$
<b>Jumlah</b>		203	135

Sampel dalam penelitian ini juga ditentukan dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian ini adalah sebagai berikut :

#### 1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi yang sesuai dengan keterjangkauan dan tujuan penelitian<sup>38</sup>. Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu perawat pelaksana yang sudah bekerja minimal 1 tahun.

#### 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat dimasukkan atau tidak layak untuk diteliti<sup>37</sup>. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu :

- a) Perawat yang sedang mengambil cuti
- b) Perawat yang sedang tugas/ ijin belajar

### **D. Tempat dan Waktu Penelitian**

#### 1. Tempat

Tempat pengambilan data penelitian dilakukan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

#### 2. Waktu

Pengambilan data dilakukan pada Juli 2017

## **E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran**

### 1. Variabel penelitian

Variabel penelitian didefinisikan sebagai ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda yang dimiliki oleh anggota lain. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu tingkat kepuasan perawat terhadap pelaksanaan komunikasi SBAR<sup>36</sup>.

### 2. Definisi operasional

Definisi operasional merupakan sebuah perangkat instruksi yang lengkap untuk menetapkan apa yang diukur dalam penelitian dan bagaimana cara mengukur variabel dan apa yang diukur dinyatakan dalam bentuk indikator atau sub variabel. Definisi operasional juga membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama<sup>39</sup>.

**Tabel 3.2**  
**Definisi Operasional, Alat Ukur dan Skala**

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	<i>Situation</i>	Persepsi perawat dalam menerima informasi pada komunikasi SBAR	Kuisisioner menggunakan <i>skala likert</i> dengan 6 pernyataan. Pilihan jawaban : 1 = sangat tidak puas 2 = tidak puas 3 = puas 4 = sangat puas	Berdasarkan hasil uji normalitas data, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median = 20. Berdasarkan hasil distribusi data tersebut, maka persepsi terhadap <i>situation</i> komunikasi SBAR dikategorikan menjadi dua yaitu : 1. Tidak Puas, dengan nilai: Min = 6 Max = 19 2. Puas, dengan nilai : Min = 20 Max = 24	Ordinal
2	<i>Background</i>	Persepsi perawat dalam menerima informasi pada komunikasi SBAR	Kuisisioner menggunakan <i>skala likert</i> dengan 4 pernyataan. Pilihan jawaban : 1 = sangat tidak puas 2 = tidak puas 3 = puas 4 = sangat puas	Berdasarkan hasil uji normalitas data, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median = 14. Berdasarkan hasil distribusi data tersebut, maka persepsi terhadap <i>background</i> komunikasi SBAR dikategorikan menjadi dua yaitu : 1. Tidak Puas, dengan nilai: Min = 4 Max = 13 2. Puas, dengan nilai : Min = 14 Max = 16	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
3	<i>Assessment</i>	Persepsi perawat dalam menerima informasi pada komunikasi SBAR	Kuisisioner menggunakan <i>skala likert</i> dengan 6 pernyataan. Pilihan jawaban : 1 = sangat tidak puas 2 = tidak puas 3 = puas 4 = sangat puas	Berdasarkan hasil uji normalitas data, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median = 21. Berdasarkan hasil distribusi data tersebut, maka persepsi terhadap <i>assessment</i> komunikasi SBAR dikategorikan menjadi dua yaitu : 1. Tidak Puas, dengan nilai: Min = 6 Max = 20 2. Puas, dengan nilai : Min = 21 Max = 24	Ordinal
4	<i>Recommendation</i>	Persepsi perawat dalam menerima informasi pada komunikasi SBAR	Kuisisioner menggunakan <i>skala likert</i> dengan 5 pernyataan. Pilihan jawaban : 1 = sangat tidak puas 2 = tidak puas 3 = puas 4 = sangat puas	Berdasarkan hasil uji normalitas data, data berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median = 15. Berdasarkan hasil distribusi data tersebut, maka persepsi terhadap <i>recommendation</i> komunikasi SBAR dikategorikan menjadi dua yaitu : 1. Tidak Puas, dengan nilai: Min = 5 Max = 14 2. Puas, dengan nilai : Min = 15 Max = 20	Ordinal

## F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

### 1. Alat Penelitian

Alat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner, alat tulis, dan alat-alat pengolahan data seperti komputer dan kalkulator. Kuisisioner yang digunakan pada penelitian ini terdiri dari 21 pertanyaan yang menggunakan skala *Likert*, yaitu skala yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial<sup>37</sup>. Skala *Likert* menggunakan bentuk jawaban berupa sangat tidak puas = 1, tidak puas = 2, puas = 3, dan sangat puas = 4. Cara pengisian kuisisioner ini yaitu dengan memberi tanda *checklist* (√) pada kolom yang sudah disediakan pada lembar pertanyaan.

**Tabel 3.3**  
**Kisi-kisi Kuisisioner Kepuasan Dalam Pelaksanaan**  
**Komunikasi SBAR**

Variabel	Sub Variabel	Nomor Pertanyaan ( <i>Favorable</i> )
Kepuasan terhadap komunikasi SBAR	<i>Situation</i>	1, 2, 3, 4, 5, 6
	<i>Background</i>	7, 8, 9, 10
	<i>Assessment</i>	11, 12, 13, 14,15,16
	<i>Recommendation</i>	17, 18, 19, 20, 21

## 2. Uji Kuisisioner

Instrumen yang valid dan reliabel dalam pengumpulan data diharapkan mampu menghasilkan penelitian yang valid dan reliabel<sup>37</sup>.

### a. Uji Validitas

Validitas adalah sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dapat melakukan fungsi ukurnya. Validitas adalah konsep situasi khusus: validitas dinilai berdasarkan pada tujuan, populasi, dan karakteristik lingkungan dimana pengukuran dilakukan. Uji validitas adalah skala dimana kesimpulan yang dibuat dengan berdasarkan skor menurut angka menjadi sesuai, bermakna dan berguna<sup>40</sup>. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan 2 tahapan yaitu *content validity* dan *construct validity*.

Tahapan yang pertama yaitu *content validity* dengan menggunakan CVI (*Content Validity Index*) yang dilakukan dengan mengkonsultasikan pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner dengan ahli yang sudah direkomendasikan. Ketiga ahli tersebut yaitu Ns. Devi Nurmalia, S.Kep., M.Kep (Dosen Manajemen Keperawatan Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro), Madya Sulisno, S.Kp., M.Kes (Dosen Manajemen Keperawatan Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro) dan Sudiharto, SST., M.Kes ( Perawat Penanggung

Jawab *patient safety* di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro). Penilaian dari uji validitas menggunakan 4 skala pada setiap item pertanyaan yaitu : skala 1 (tidak relevan), skala 2 (tidak dapat dikaji relevansi tanpa merevisi item yang bersangkutan), skala 3 (relevan, dibutuhkan sedikit revisi), dan skala 4 (sangat relevan). Hasil perhitungan dengan menggunakan CVI (*Content Validity Index*) yang dilakukan adalah 0,97 yang berarti sangat valid. Kemudian dilakukan uji *Construct Validity*.

*Construct validity* merupakan uji validitas untuk melihat keterkaitan dari dua gejala atau lebih yang tidak dapat diukur secara langsung, instrumen terlebih dahulu diuji cobakan kepada kelompok diluar kelompok sampel<sup>41</sup>. *Construct validity* penelitian ini dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang yang telah menerapkan teknik komunikasi SBAR dalam pelayanan kesehatan sebanyak 40 perawat pelaksana. Hasil jawaban setiap item diuji dengan menghitung *r* hitung menggunakan rumus *Pearson Product Moment*, yaitu :

$$r_{XY} = \frac{n \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{n \sum X^2 - (\sum X)^2} \sqrt{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2}}$$

Keterangan :

$r_{hitung}$  : Koefisien korelasi

$\sum Xi$  : Jumlah skor item

$\sum Yi$  : Jumlah skor total

n : Jumlah responden

Kriteria pengujian validitas adalah dengan membandingkan antara korelasi validitas ( $r_{hitung}$ ) dengan nilai  $r_{tabel}$  korelasi *Pearson Product Moment* (sebesar 0,312) dengan tingkat kepercayaan 95 persen atau  $1-\alpha(0,05)$ , yaitu jika nilai  $r_{hitung} \geq r_{tabel}$  berarti valid. Demikian pula sebaliknya, jika nilai  $r_{hitung} < r_{tabel}$  maka tidak valid<sup>42</sup>.

Hasil uji validitas kuesioner penelitian menunjukkan jumlah pernyataan yang valid pada penelitian adalah 21 dari 24 pernyataan dengan memenuhi syarat  $r_{hitung}$  lebih besar dari  $r_{tabel}$  (0,312).

#### b. Uji Realibilitas

Reliabilitas adalah ketepatan atau tingkat presisi suatu ukuran atau alat pengukuran. Data dinyatakan reliabel apabila dua atau lebih peneliti dalam obyek yang sama menghasilkan data yang sama, atau peneliti yang sama dalam waktu berbeda menghasilkan data yang sama, atau sekelompok data bila dibagi menjadi dua kelompok menunjukkan data yang tidak berbeda<sup>43</sup>. Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan rumus *Alpha Cronbach's* yaitu :

$$r_{11} = \frac{k}{k-1} \times \left\{ 1 - \frac{\sum S_i}{S_t} \right\}$$

Keterangan :

$r_{11}$  : Nilai reliabilitas

$\sum S_i$  : Jumlah varian skor tiap-tiap item

$S_i$  : Varian total

$k$  : Jumlah item

Setelah dilakukan uji reliabilitas dengan perhitungan ini kuesioner dapat dikatakan reliabel jika koefisien reliabilitas  $\alpha \geq 0,6$ . Hasil uji reliabilitas yang dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang kepada 40 responden didapatkan nilai *Alpha Cronbach* adalah 0,907. Nilai hasil *Alpha Cronbach* ini berada pada rentang sangat reliabel.

### 3. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan melalui berbagai proses birokrasi agar memudahkan proses penelitian. Pengumpulan data menggunakan alat ukur kuisisioner. Cara pengumpulan data yaitu :

- a. Membuat surat ijin penelitian ke bagian akademik Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- b. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari institusi kepada Direktur RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang.

- c. Setelah mendapatkan surat persetujuan dari Direktur, selanjutnya peneliti menentukan waktu penelitian
- d. Peneliti meminta bantuan petugas / pihak rumah sakit yang berwenang untuk diarahkan ke Bagian Manajer Keperawatan, selanjutnya peneliti bertemu dengan staff bagian manajer keperawatan atau ketua manajer keperawatan, kemudian peneliti menjelaskan maksud, tujuan, dan manfaat penelitian.
- e. Peneliti meminta bantuan dari bagian manajer keperawatan untuk melakukan koordinasi kepada tiap-tiap kepala ruang.
- f. Peneliti bertemu dengan tiap-tiap kepala ruang dan meminta ijin penelitian, kemudian peneliti menjelaskan maksud, tujuan dan manfaat penelitian.
- g. Peneliti meminta bantuan kepala ruang untuk menyebutkan jumlah perawat, kemudian peneliti mengelompokkan responden tiap-tiap ruangan.
- h. Peneliti selanjutnya melakukan pendekatan kepada calon responden dengan menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, kemudian peneliti meminta kepada responden untuk bersedia menjadi responden, serta melakukan pengisian lembar persetujuan menjadi responden.
- i. Peneliti membagikan kuesioner ke responden untuk diisi.
- j. Kuesioner dikembalikan kepada peneliti setelah selesai diisi.
- k. Peneliti mengecek kembali kelengkapan dari pengisian butir-butir soal.

## G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

### 1. Pengolahan data

Pada proses pengolahan data langkah-langkah yang harus ditempuh diantaranya *editing*, *coding*, *scoring*, *data entry*, dan *tabulating* yaitu sebagai berikut

#### a. *Editing* (Memeriksa)

Proses *Editing* yaitu diantaranya memeriksa daftar pertanyaan yang diserahkan oleh para pengumpul data. Tujuannya adalah untuk mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada di daftar pertanyaan<sup>33</sup>. Setelah data terkumpul maka peneliti memeriksa kembali kebenaran data, kalau ternyata masih ada data atau informasi tidak lengkap, maka dilakukan pengisian kuisisioner ulang untuk melengkapi kuisisioner. Pemeriksaan daftar pertanyaan yang dilakukan adalah :

- 1) Kejelasan tulisan
- 2) Kelengkapan jawaban
- 3) Relevansi jawaban
- 4) Memberikan nomor kuisisioner sebagai kendali

b. *Coding (pengkodean)*

*Coding* yaitu proses mengklasifikasikan jawaban dari para responden ke dalam kategori. Klasifikasi yang dilakukan oleh peneliti yaitu dengan memberi kode bentuk angka pada masing-masing pertanyaan.

c. *Entry Data (Memasukkan Data)*

*Entry data* merupakan proses memasukkan kode-kode berdasarkan kategori dengan menggunakan komputer menggunakan program SPSS<sup>33</sup>. Jawaban dari responden yang sudah diberi kode kemudian dimasukkan dan diolah dalam program SPSS untuk uji normalitas dan analisa distribusi frekuensi.

d. *Tabulasi (Penyajian Data)*

*Tabulasi* merupakan usaha untuk menyajikan data, terutama pengolahan data yang diperlukan dalam analisa kuantitatif. Pengolahan data pada proses ini menggunakan tabel distribusi frekuensi proporsi pada masing-masing sub variabel yang terdiri dari karakteristik responden dan gambaran kepuasan terhadap komunikasi SBAR. Tujuannya yaitu memberikan informasi yang dapat memudahkan intepretasi hasil analisa<sup>33</sup>.

## 2. Analisa Data

Penelitian ini menggunakan analisis data univariat yang bertujuan untuk mendeskripsikan variabel yang diteliti. Analisis univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna<sup>33</sup>. Jenis data pada variabel dimana jenis datanya adalah nominal sehingga analisis univariat yang dilakukan adalah dengan menghitung distribusi frekuensi komponen komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)

## H. Etika Penelitian

Etika penelitian keperawatan adalah hal yang sangat penting karena penelitian dalam dunia keperawatan berhubungan langsung dengan manusia<sup>39</sup>. Penelitian yang dilakukan berkaitan dengan subjek penelitian sebagai perawat yang melaksanakan komunikasi SBAR di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Berikut adalah beberapa etika yang harus diperhatikan selama penelitian :

### a. *Anonymity*

Menjelaskan secara jelas kepada responden kuesioner dan penelitian, menanyakan ketersediaan responden untuk diteliti. Peneliti memberikan hak kepada responden untuk bebas memilih kebersediaan dirinya untuk diteliti. Kebersediaan responden akan disetujui dengan penandatanganan *informed*

*consent*. Lembar *informed consent* diberikan kepada responden sebelum dilakukan pengambilan data.

b. *Confidentiality*

Peneliti menjaga privasi responden dengan merahasiakan identitas responden. Data yang diberikan responden digunakan untuk kepentingan penelitian, dengan memberikan kode (*coding*) pada lembar kuesioner dimana arti dari kode hanya diketahui oleh peneliti.

c. *Beneficence*

Hasil penelitian ini memiliki kontribusi untuk bidang manajemen rumah sakit dan perawat yang dalam hal ini menjadi subyek penelitian. Hasil penelitian menjadi masukan dan gambaran dalam pelaksanaan komunikasi SBAR pada saat timbang terima pasien.

d. *Non-Maleficence*

Penelitian ini mengupayakan agar subyek penelitian bebas dari rasa tidak nyaman. Hal ini dilakukan dengan cara memberikan penjelasan penelitian secara tertulis bahwa subyek penelitian dijamin bebas dari risiko karena penelitian ini bersifat non eksperimental serta tidak mempengaruhi penilaian kinerja oleh pimpinan rumah sakit. Selain itu, pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner penelitian tidak banyak sehingga diyakini tidak memakan waktu yang lama.

e. *Veracity*

Peneliti memberikan segala informasi yang dibutuhkan kepada pihak responden secara jujur karena responden memiliki hak untuk mengetahui segala hal terkait penelitian yang melibatkan responden sebagai subjek penelitian.

f. *Justice*

Penelitian memperlakukan perawat sama, tanpa diskriminasi pada saat memilih subyek penelitian. Peneliti memperhatikan prinsip keadilan, memperlakukan setiap perawat dengan moral yang benar dan pantas serta memberikan hak yang sama kepada setiap perawat. Peneliti memberikan penjelasan yang sama tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian pada semua responden.



## DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang. *Profil Kesehatan Kabupaten Semarang Tahun 2010*. Kabupaten Semarang; 2010.
2. Bustami. *Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga; 2011.
3. Andriani A, Putra HA. F AKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPUASAN PASIEN DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP INTERNE PRIA DAN WANITA RSUD DR . ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2014. 2014.
4. Aditama. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI press; 2010.
5. Manopo VJ. peran komunikasi dalam membentuk efektivitas kerja karyawan cv. Magnum Sign and Print Advertising Samarinda. 2014.
6. Cornell P, Townsend Gervis M, Yates L, Vardaman JM. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *MEDSURG Nurs*. 2014;23(5):334-342.  
<http://ezp.waldenulibrary.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=98979524&site=eds-live&scope=site%5Cnhttp://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=98979524&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7Y4v+vIOLCmr02>.
7. Casey A, Wallis A. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. *Nurs Stand*. 2011;25(32):35-37. doi:10.7748/ns2011.04.25.32.35.c8450.
8. Nazri F, Juhariah S, Arif M. Implementasi Komunikasi Efektif Perawat-Dokter dengan Telepon di Ruang ICU Rumah Sakit Wava Husada Implementation of Nurse-Physician Effective Communication via Telephone in ICU Room of Wava Husada Hospital. *J Kedokt Brawijaya*. 2015;28(2):174-180.

9. Pace R., Don F. *Komunikasi Organisasi: Strategi Meningkatkan Kinerja Perusahaan*. (Deddy Mulyana, ed.). Bandung: Remaja Rosdakarya; 2011.
10. Blom L, Petersson P, Hagell P, Professor R, Westergren A. The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. *Int J Caring Sci*. 2015;8(3):3-530.
11. World Health Organization. Patient Safety Solutions Preamble-May 2007. *World Heal Organ*. 2007;(May). <http://cdrwww.who.int/entity/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>.
12. Cahyono B. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius; 2008.
13. Jci. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. *Jt Comm Resour Inc*. 2013;5th Ed. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
14. Berlin Ray E, Donohew L. *Communication and Health: Systems and Applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2013.
15. Santoso A, Fauzi A, Sunarti, et al. Dan Kepuasan Pelanggan Rental Mobil Fany Di Kota Palu. *J Adm Bisnis*. 2015;2(1):173-185.
16. Bangun W. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Penerbit Erlangga; 2012.
17. Fatimah FS, Rosa EM. Efektivitas Pelatihan Patient Safety ; Komunikasi S-BAR pada Perawat dalam Menurunkan Kesalahan Pemberian Obat Injeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Effectiveness Patient Safety Training ; SBAR Communication in Nursing to Reduce of Er. *Ef Pelatih Patient Saf ; Komun S-BAR pada Perawat dalam Menurunkan Kesalahan Pemberian Obat Injeksi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Eff Patient Saf Train ; SBAR Commun Nurs to Reduce Er*. 2014;2(1):32-41. file:///C:/Users/user1/Downloads/23-43-4-PB.pdf.
18. Arslan E. Analysis of communication skill and interpersonal problem solving

- in preschool trainees. *Soc Behav Personal an Int J*. 2010;38(4):523-530. doi:10.2224/sbp.2010.38.4.523.
19. Rachman RCS. Strategi Komunikasi Divisi Safety terhadap Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Karyawan di PT. Perusahaan Listrik Negara (Persero) Sektor Mahakam Samarinda. *eJournal Ilmu Komun*. 2013;1(2):208-217.
  20. Mulyana, Deddy. *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*. Baandung: Rosda; 2012.
  21. Suryani. *Komunikasi Terapeutik*. Jakarta: EGC; 2006.
  22. Radtke K. Improving Patient Satisfaction With Nursing Communication Using Bedside Shift Report. *Clin Nurse Spec*. 2013;27(1):19-25. doi:10.1097/NUR.0b013e3182777011.
  23. Cahyono. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius; 2008.
  24. Robinson FP, Gorman G, Slimmer LW, Yudkowsky R. Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nurs Forum*. 2010;45(3):206-216. doi:10.1111/j.1744-6198.2010.00182.x.
  25. Compton J, Copeland K, Flanders S, et al. Implementing SBAR across a large multihospital health system. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(6):261-268.
  26. Pegawai K. PENGARUH KEPUASAN KOMUNIKASI BAWAHAN DAN KOMPETENSI KOMUNIKASI ATASAN TERHADAP KINERJA PEGAWAI (Studi Pada BPS Provinsi Jawa Tengah). 2015.
  27. Redding W, Charles. *Communication within the Organization, An Interpretative Review of Theory and Research*. New York: Industrial Communication Council; 1972.
  28. Leonard M, Lyndon A, Morgan J, Stone A. WIHI: SBAR: Structured Communication and Psychological Safety in Health Care. Intitute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/WIHISBARStructuredCommunicationandPsychologicalSafetyinHealthCare.aspx>. Published 2014.
  29. Dewi M. Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien Terhadap Penerapan

- Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi. *J Heal Sport*. 2012;5(3).
30. Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Manage Rev*. 2012;37(1):88-97. doi:10.1097/HMR.0b013e31821fa503.
  31. Masmuh A. *Komunikasi Organisasi Dalam Perspektif Teori Dan Praktek*. Malang: UMM Press; 2010.
  32. Cutlip, Scott M, Allen H, Center B, Glen M. *Effective Public Relation*. Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia; 2005.
  33. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D*. Baandung: Alfabeta; 2012.
  34. Syah H. *Pengantas Umum Metodologi Penelitian Pendidikan Pendekatan Verivikatif*. Suska Pres. Pekanbaru; 2010.
  35. Punaji Setyosari. *Metode Penelitian Pendidikan Dan Pengembangan*. Jakarta: Kencana; 2010.
  36. Sugiyono. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta; 2012.
  37. Setiadi. *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007.
  38. Alimul A. *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika; 2007.
  39. Nasir A, Muhith A, Ideputri. *Buku Ajar : Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Muha Medika; 2011.
  40. Dewi H, M Noor Rchman. Efektivitas Pelayanan Prima sebagai Upaya Meningkatkan Pelayanan di Rumah Sakit. *J Kesehat Masy*. 2014.
  41. Marquis BL, Houston C. Leadership Role and Management Function in Nursing: Theory & Aplication. *J Adult Nurs*. 2012.
  42. Hamdi AS. *Metode Penelitian Kuantitatif Aplikasi Dalam Pendidikan*. 1st ed. Yogyakarta: Deepublish; 2014.

43. Lapau B. *Metode Penelitian Kesehatan : Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, Dan Disertasi*. Jakarta: Pustaka Obor Indonesia; 2013.



