

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### A. Telaah Pustaka

##### **1. Komunikasi Efektif**

###### a) Definisi Komunikasi Efektif

Komunikasi merupakan suatu proses penyampaian pikiran atau perasaan oleh seseorang (komunikator) kepada orang lain (komunikan). Pikiran bisa merupakan gagasan, informasi, opini dan lain-lain yang muncul dari benaknya. Perasaan bisa berupa keyakinan, kepastian, keragu-raguan, kekhawatiran, kemarahan, keberanian dan sebagainya yang timbul dari lubuk hati (Effendy, 2006).

Komunikasi yang efektif menggabungkan satu set keterampilan termasuk komunikasi nonverbal, keterampilan mendengarkan, mengelola stres pada saat itu, kemampuan untuk berkomunikasi tegas, dan kemampuan untuk mengenali dan memahami emosi sendiri dengan orang-orang yang sedang diajak untuk berkomunikasi. Komunikasi yang efektif adalah lem yang membantu memperdalam hubungan dengan orang lain dan meningkatkan kerja sama tim, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah (Robinson, *et al*, 2016)

Dalam sistem perawatan kesehatan saat ini, proses pengiriman melibatkan banyak antarmuka dan *handoffs* pasien di kalangan praktisi

beberapa perawatan kesehatan dengan berbagai tingkat pelatihan pendidikan dan pekerjaan. Selama tinggal di rumah sakit 4 hari, pasien dapat berinteraksi dengan 50 karyawan yang berbeda, termasuk dokter, perawat, teknisi, dan lain-lain. kerjasama tim adalah sangat penting. Ketika profesional perawatan kesehatan tidak berkomunikasi secara efektif, keselamatan pasien yang berisiko karena beberapa alasan: kurangnya informasi penting, salah tafsir informasi, perintah tidak jelas melalui telepon, dan mengabaikan perubahan status.

Kurangnya komunikasi menciptakan situasi di mana kesalahan medis dapat terjadi. Kesalahan ini memiliki potensi untuk menyebabkan cedera parah atau kematian pasien yang tidak terduga. Kesalahan medis, terutama yang disebabkan oleh kegagalan untuk berkomunikasi, adalah masalah meresap dalam organisasi perawatan kesehatan saat ini. Menurut Komisi Bersama (sebelumnya Komisi Bersama Akreditasi Kesehatan Organisasi, JCAHO), kesalahan medis muncul di Pusat Nasional untuk daftar Statistik Kesehatan dari 10 penyebab kematian di Amerika Serikat, muncul di peringkat nomor 5 setelah kecelakaan, diabetes, dan penyakit *Alzheimer*, serta AIDS, dan kanker payudara. laporan Institute of Medicine (IOM), Untuk Err Is Human: Membangun Sistem Kesehatan Aman, mengungkapkan bahwa antara 44.000 dan 98.000 orang meninggal setiap tahun di rumah sakit AS karena keerroran medis. Kegagalan komunikasi adalah

akar penyebab utama peristiwa sentinel dilaporkan ke Komisi Bersama dari tahun 1995 ke 2004. lebih khusus, Komisi Bersama mengutip kegagalan komunikasi sebagai terkemuka akar menyebabkan untuk kesalahan pengobatan, keterlambatan dalam pengobatan, dan operasi yang salah-situs, serta kedua yang paling sering dikutip akar penyebab peristiwa operasi dan pasca operasi dan jatuh fatal.

Petugas kesehatan sering kali sibuk di rumah sakit dan terlihat penuh. Kehadiran komunikasi pada lingkungan rumah sakit seringkali terabaikan dan terjadi ([Woloshynowych et al, 2007](#)). Komunikasi efektif sangat penting selama interaksi yang terjadi antara tenaga kesehatan setiap harinya. Komunikasi efektif dan kerjasama tim menghasilkan kualitas yang tinggi, perawatan pasien yang aman. Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan penyebab dari kerugian yang dialami oleh pasien (Leonard, *et al*, 2006) .

#### b) Fungsi Komunikasi

Komunikasi dalam penerapannya pada setiap kegiatan memiliki fungsi yang beraneka ragam, berikut ini beberapa fungsi dari komunikasi :

- 1) Fungsi Pribadi adalah fungsi-fungsi komunikasi yang ditunjukkan melalui perilaku komunikasi yang bersumber dari seorang individu yang terdiri dari : menyatakan identitas sosial, menyatakan integrasi sosial, menambah pengetahuan dan melepaskan diri atau jalan keluar.

2) Fungsi sosial yang meliputi pengawasan dan menjembatani komunikasi (Alo Liliweri, 2004)

c) Tipe komunikasi

Beberapa tipe klasifikasi komunikasi yang sering digunakan oleh seorang komunikator menurut Cangara, H (2004) terdiri dari komunikasi intrapersonal, komunikasi interpersonal, komunikasi public, dan komunikasi massa.

1) Komunikasi Intrapersonal

Komunikasi Intrapersonal adalah komunikasi yang terjadi di dalam diri sendiri yang terdiri atas sensai, persepsi, memori, dan berpikir. Komunikasi interpersonal merupakan keterlibatan internal secara aktif individu dalam pemrosesan simbolik dari pesan-pesan.

2) Komunikasi interpersonal

Komunikasi interpersonal adalah proses pengiriman pesan antara dua orang atau lebih dengan efek dan feedback langsung. Komunikasi interpersonal memiliki sifat dua arah yang melibatkan dua orang dalam situasi interaksi, ada unsur dialogis dan ditujukan kepada sasaran terbatas dan dikenal.

3) Komunikasi Public

Komunikasi public merupakan suatu proses komunikasi dimana pesan yang disampaikan pembicara dalam situasi tatap muka di depan khalayak yang lebih besar dengan tujuan menumbuhkan semangat

kebersamaan, memberikan informasi, mendidik, serta mempengaruhi orang lain dalam upaya menumbuhkan semangat.

#### 4) Komunikasi Massa

Komunikasi massa adalah komunikasi yang berlangsung dimana pesan yang dikirim dari sumber yang melembaga kepada khalayak yang sifatnya misal melalui alat-alat yang bersifat mekanis. Penyebaran pesan melalui media maka terkandung unsur menyiarkan informasi, mendidik, dan menghibur. Pesan yang disampaikan berlangsung cepat, serempak, luas, mampu mengatasi jarak dan waktu serta tahan lama bila didokumentasikan.

#### d) Saluran Komunikasi

##### a. Media lisan

Pesan yang disampaikan melalui media lisan dapat dilaksanakan dengan menyampaikan sendiri (in person), melalui telepon, mesin diktate atau videotape. Penerima bisa seorang diri, kelompok kecil, kelompok besar atau massa. Keuntungan media lisan antara lain:

- a) Mendapat tanggapan langsung entah berupa pernyataan ataupun sekedar permintaan penjelasan
- b) Memungkinkan disertai nada atau warna suara, gerak-gerik tubuh, raut wajah
- c) Dapat dilakukan dengan cepat

b. Media tertulis

Pesan yang disampaikan secara tertulis dapat disampaikan melalui surat, memo, laporan, hand-out, selebaran, catatan, poster, gambar, grafik dan lain-lain. Keuntungan dari media tertulis antara lain:

- a) Ada catatannya sehingga data dan informasi tetap utuh tidak dapat berkurang atau bertambah seperti informasi lisan
- b) Memberi waktu untuk dipelajari isinya, cara penyusunannya dan rumusan kata-katanya.

c. Media elektronik

Pesan yang disampaikan secara elektronik dilakukan melalui faksimili, email, radio, televisi. Keuntungan dari media elektronik antara lain:

- a) Prosesnya cepat
- b) Datanya dapat disimpan (Hardjana, Agus, 2003)

## 2. Komunikasi Efektif antar tenaga kesehatan

Menurut Robin & Coulter (2007) mengatakan bahwa komunikasi dikatakan efektif itu jika pemahaman pesan yang disampaikan oleh komunikator sama dengan pemahaman pesan oleh komunikan. Ada lima kualitas umum yang dipertimbangkan untuk efektivitas komunikasi yaitu adanya keterbukaan (*openness*), saling mendukung (*Supportiveness*), bersikap positif (*positiveness*), memahami perasaan orang lain (*emphaty*), dan kesetaraan (*equality*). Komunikasi efektif juga harus dilandaskan pada

hubungan interpersonal yang efektif dimana memenuhi syarat sebagai berikut :

- 1) Dapat dipercaya (*credible*), pengertian harafiah diartikan seseorang mempunyai kelebihan dan merupakan pengakuan komunikasi terhadap keberadaan komunikator dalam hal seorang komunikator memiliki kompetensi dalam hal yang dibicarakan, sikap atau keteguhan pendirian sehingga pesan yang disampaikan tidak berubah-ubah, pesan yang disampaikan memiliki tujuan yang baik dengan harapan terjadinya perubahan menjadi lebih baik.
- 2) Konteks (*context*), pesan yang disampaikan sesuai dengan yang dibutuhkan saat ini
- 3) Isi (*content*), isi pesan menarik untuk diikuti, disimak, dan disesuaikan dengan komunikasi.
- 4) Kejelasan (*clarity*), pesan yang disampaikan harus jelas dan tidak menimbulkan multitafsir.
- 5) Kesenambungan dan konsistensi (*continuity and consistency*), pesan yang disampaikan hendaknya konsisten dan berkesinambungan serta tidak menyimpang dari topik dan tujuan komunikasi yang telah ditetapkan.
- 6) Kapabilitas sasaran (*capability of audience*), materi dan teknik penyampaian pesan disesuaikan dengan kemampuan penerimaan sasaran sehingga tidak terkesan membingungkan.

### 3. Panduan Komunikasi Efektif

#### a) Metode S-BAR

##### 1) Pengertian

Komunikasi SBAR adalah komunikasi dengan menggunakan alat yang logis untuk mengatur informasi sehingga dapat ditransfer kepada orang lain secara akurat dan efisien. Komunikasi dengan menggunakan SBAR (*Situation, Background, Assesment, Recomendation*) untuk mencapai ketrampilan berfikir kritis, dan menghemat waktu (NHS, 2012).

##### 2) Tujuan

Tujuan komunikasi SBAR adalah:

- a) Menyediakan kerangka kerja untuk komunikasi yang efektif antara anggota tim perawatan kesehatan dengan dokter
- b) Memberikan informasi yang akurat tentang kondisi pasien saat ini dan setiap perubahan terbaru yang terjadi atau untuk mengantisipasi apabila terjadi perubahan.
- c) Membantu staf menjadi advokat pasien.

##### 3) Langkah-langkah komunikasi SBAR

###### **Situation (Situasi)**

- a) Tentukan nama pasien dan kondisi atau situasi saat ini
- b) Jelasakan apa yang terjadi pada pasien untuk mengawali percakapan ini dan menjelaskan bahwa pasien telah mengalami perubahan kondisi.

**Background (Latar Belakang)**

- a) Menyatakan tanggal penerimaan pasien, diagnosis dan sejarah medis yang bersangkutan
- b) Berikan sinopsis atau ringkasan singkat dari apa yang telah dilakukan selama ini (misalnya hasil uji laboratorium)

**Assesment (Penilaian/pengkajian)**

- a) Ringkasan kondisi atau situasi pasien
- b) Jelaskan apa yang menjadi permasalahannya :”Saya tidak yakin apa masalahnya pasien, tapi pasien memburuk” dan menjadi tidak stabil, sehingga kita perlu melakukan sesuatu
- c) Memperluas pernyataan perawat dengan tanda-tanda dan gejalanya

**Recommendation (Rekomendasi)**

- a) Jelaskan apa yang diinginkan dokter setelah melihat hasil tindakan (misalnya tes laboratorium, perawatan)
- b) Perawat berkata “Bagaimana kalau dokter melihat kondisi pasien sekarang atau bicara dengan pasien, keluarga pasien untuk konsultasi”
- c) Apakah ada test yang diperlukan seperti: EKG, BMP, BGA, CPC, dan lain-lain.
- d) Perawat menyampaikan: setiap ada pengobatan baru atau apabila ada perubahan dalam perintah (misalnya pemantauan dan frekuensi

atau kapan harus renotify) segera diinformasikan oleh dokter kepada perawat.

- e) Jika tidak ada perbaikan pada pasien, perawat akan menghubungi lagi. Menanyakan ke dokter tindakan yang harus dilakukan perawat sebelum dokter sampai ditempat (Capital Health, 2011).

#### 4) Alasan penggunaan komunikasi dengan SBAR

Komunikasi yang terjadi antara perawat dan dokter di pelayanan ternyata tidak memadai, hal ini telah menjadi akar penyebab paling umum dari kesalahan yang serius baik secara klinis maupun secara keorganisasian. Beberapa hambatan yang mendasar telah terjadi dalam komunikasi di seluruh disiplin ilmu yang berbeda pada staf di pelayanan. Hambatan ini dapat terjadi termasuk hirarki, jenis kelamin, latar belakang etnis dan perbedaan dalam gaya komunikasi antara kedisiplinan dan individu itu sendiri. Komunikasi lebih efektif di dalam tim jika ada standar komunikasi yang terstruktur di tempat tersebut.

Komunikasi dengan SBAR mengurangi insiden komunikasi yang tidak terjawab dan telah terjadi melalui penggunaan asumsi, bantuan atau ketidakjelasan sikap diam mereka. Komunikasi dengan *tool* SBAR dapat membantu untuk mencegah kerusakan dalam komunikasi verbal dan tertulis, dengan cara menciptakan model mental bersama di semua *handover* pasien dan situasi yang membutuhkan *eskalasi* atau pertukaran informasi secara kritis. ToolSBAR digunakan selama serah terima dan

dapat mengurangi waktu yang dihabiskan untuk kegiatan ini sehingga mengurangi waktu untuk perawatan klinis.

Cahyono (2008) menambahkan metode SBAR yang digunakan dalam timbangan antar tenaga kesehatan atau yang dilakukan antara perawat dapat memberikan informasi pada perawat hal apa saja yang harus disampaikan ketika berkomunikasi sehingga akan mengurangi kebingungan setiap perawat dalam berkomunikasi serta memungkinkan semua informasi tentang pasien akan tersampaikan karena metode SBAR sudah terstandarisasi, SBAR ini dapat digunakan untuk membentuk komunikasi pada setiap tahap perjalanan pasien, dari isi surat rujukan dokter umum, konsultan untuk rujukan, konsultan untuk berkomunikasi. Perawat menggunakan alat ini dalam pengaturan klinis disertai dengan membuat rekomendasi yang menjamin komunikasi menjadi jelas.

## **b) Operan jaga (*handover*)**

### 1) Pengertian

Informasi pasien yang diberikan pada saat operan jaga menjadi fokus komunikasi yang harus dilakukan oleh perawat. Kegiatan operan jaga dilakukan pada setiap pergantian perawat (*shift*). Perry dan Potter (2004), operan jaga adalah proses transfer atau perpindahan informasi penting untuk asuhan keperawatan pasien secara holistik dan aman yang bertujuan agar pelayanan yang diberikan oleh setiap perawat saling berkesinambungan.

Operan jaga adalah cara untuk menyampaikan dan menerima laporan yang berkaitan tentang informasi tentang pasien. Dilaksanakan dengan seefektif mungkin dengan singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, kolaboratif yang sudah dan belum dilakukan serta perkembangan pasien pada saat itu (Nursalam, 2011). Menurut STEPPS (2006, Friesen *et al*, 2008) operan jaga mempunyai banyak istilah antara lain *handover*, *handoff*, *sign-over*, *cross-coveraga* dan *shift report*, tetapi semuanya memiliki makna sama yaitu transfer informasi (bersama antara perawat yang digantikan dengan yang menggantikan) selama pergantian, proses operan jaga memberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan, mengklarifikasi dan mengkonfirmasi semua informasi tentang pasien.

Riesenberg, *et al* (2010) dalam penelitiannya menyebutkan hambatan yang dialami perawat dalam melaksanakan operan jaga adalah hambatan komunikasi yaitu ketidakpahaman perawat terhadap informasi yang seharusnya disampaikan, kurangnya pendidikan, tidak adanya standar, kurangnya pelatihan terkait operan jaga dan faktor manusia dimana emosi seseorang akan mempengaruhi perilaku.

## 2) Tujuan Operan

Operan jaga dalam tatanan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan mempunyai tujuan utama yaitu memberikan informasi yang akurat mengenai pengobatan, perawatan, pelayanan pasien, kondisi terkini pasien, perubahan yang sedang terjadi dan perubahan yang dapat

diantisipasi (Cahyono, 2006). Didukung juga oleh Permenkes (2011) yang juga menyebutkan standar keselamatan pasien Rumah Sakit adalah dengan menerapkan komunikasi efektif, komunikasi efektif merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Menurut Nursalam (2008), ada beberapa tujuan dari operan jaga, antara lain:

- a. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien
- b. Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam hal asuhan keperawatan kepada pasien
- c. Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindak lanjuti oleh perawat dan dinas selanjutnya
- d. Menyusun rencana kerja untuk dinas selanjutnya.

Terdapat tiga prosedur pada saat operan jaga, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap post operan jaga. Pada saat tahap persiapan, ada beberapa kegiatan yang dilakukan, tahap ini memerlukan waktu selama 5 menit tempat yang digunakan adalah *nurse station*, PA (Perawat Associate) dan PP (Perawat Primer) merupakan perawat pelaksana. Tahap selanjutnya adalah tahap pelaksanaan operan jaga, dan tahap ini memerlukan waktu selama 20 menit. Setting tempat pada tahap pelaksana ada dua tempat, yaitu *nurse station*, dan ruang perawatan. Pelaksana dari tahap ini adalah kepala ruang, PP dan PA. Tahap terakhir dari operan jaga adalah tahap post operan jaga, dimana tahap ini memerlukan waktu 5 menit, tempat yang digunakan adalah *nurse station*

sedangkan pelaksana dari tahap ini adalah kepala ruang, PP dan PA (Nursalam, 2008).

c) Serah terima pasien

*Handover* (serah terima) merupakan bentuk komunikasi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien dan memberikan informasi yang relevan pada tim perawat setiap pergantian *shift* dalam menentukan prioritas pelayanan (Rushton, 2010). *Handover* yang dilaksanakan dengan baik dapat membantu mengidentifikasi kesalahan serta memfasilitasi kesinambungan perawatan pasien (Alvarado *et al*, 2005).

Masalah yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien merupakan keprihatinan internasional, sebagaimana di laporkan Caber& Huligoss( 2009) dalam studinya yaitu dari 8893 kejadian malpraktek di temukan 32% akibat kesalahan komunikasi dalam serah terima pasien yang dapat menimbulkan kesalahan dalam pemberian obat, kesalahpahaman tentang rencana keperawatan, kehilangan informasi serta kesalahan pada test penunjang. Dilaporkan juga oleh WHO( 2007) bahwa terdapat 11% dari 25.000 - 30.000 pada tahun 1955- 2006 terdapat kesalahan akibat komunikasi saat serah terima pasien.

Rumah sakit Wellington Selandia Baru, melaporkan bahwa seorang pria berusia 50 tahun meninggal dunia, di soroti akibat kegagalan komunikasi pada saat pelaksanaan serah terima (Wallis, 2010). Sebanyak 67% terjadi kesalahan pemberian asuhan keperawatan, diantaranya salah

informasi tentang pemberian obat yang mengakibatkan alergi, studi lain mengatakan adanya KNC yang melibatkan perawat pemula dan diindikasikan akibat pelaksanaan serah terima pasien yang kurang optimal ( Friesen, 2009). Dengan demikian komunikasi yang kurang efektif dalam pelaksanaan serah terima pasien dapat mengakibatkan KTD dan KNC.

Pelaksanaan serah terima pasien di perlukan komunikasi yang efektif sebagaimana pada Permenkes 1691/MENKES PER/VIII/2011 dikatakan bahwa sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal- hal sebagai berikut: ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan resiko jatuh. Kesenjangan yang terjadi pada saat serah terima pasien di akibatkan karena komunikasi yang tidak lengkap sehingga dapat menyebabkan gangguan dalam kontinuitas keperawatan yang berpotensi membahayakan pasien.

Pelaksanaan serah terima pasien pada dasarnya menstransfer perawatan dan tanggung jawab dari satu perawat ke perawat lain sehingga dapat memberikan perawatan yang aman dan berkualitas (*Australian Commission on safety and Quality in Health Care( ACSQHC, 2009)*). Sedangkan menurut *Suffolk Mental Health Patnershif NHS trust* (SMHTP,2010), pelaksanaan serah terima adalah suatu tindakan keperawatan dalam rangka memberikan informasi penting kepada tim

keperawatan untuk mencegah terjadinya kesalahan dan memastikan pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

Pelaksanaan serah terima dilakukan berawal dari ruang perawat kemudian dilanjutkan ke ruangan pasien dengan seluruh staf keperawatan (Wallis, 2010). Pelaksanaan serah terima juga dilakukan pada saat pertukaran shift yaitu shift pagi, shift siang, dan shift malam. Informasi yang diberikan mencakup nama pasien, usia, doagnosa serta asuhan keperawatan dengan menggunakan model ISOBAR (*Identification of patient, situation and satatus, observation, background and history, Assesment and action, Responsibility and risk management*) ( ASQHC, 2009).

d) Komunikasi angka kritis

Nilai kritis dari suatu hasil pemeriksaan laboratorium yang mengindikasikan kelainan atau gangguan yang mengancam jiwa, memerlukan perhatian atau tindakan. Nilai abnormal suatu hasil pemeriksaan tidak selalu bermakna secara klinik, sebaliknya nilai normal dianggap tidak normal pada kondisi klinik tertentu. Oleh karena itu perlu diperhatikan nilai rujukan sesuai kondisi khusus pasien. (Sutanto, Bambang, 2014).

Pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium di RS PKU Muhammadiyah Surakarta diatur dalam sebuah prosedur dimana hasil kritis pemeriksaan laboratorium harus segera tersampaikan ke DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan). Dalam indikator utama ini, RS

PKU Muhammadiyah Surakarta menetapkan bahwa hasil pemeriksaan laboratorium yang masuk dalam daftar hasil kritis harus segera dilaporkan oleh petugas laboratorium ke peminta pemeriksaan atau ruangan dimana pasien dirawat selambat-lambatnya 10 menit. Proses pelaporan ini pun didokumentasikan dalam buku ekspedisi pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium ke ruang rawat inap dengan harus mencantumkan nama pasien, permintaan pemeriksaan, hasil pemeriksaan, jam hasil jadi, jam hasil dilaporkan, nama petugas yang melaporkan serta nama petugas yang menerima hasil laporan (Sutanto, Bambang, 2014).

Hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis atau angka kritis atau angka panik adalah hasil pemeriksaan laboratorium yang secara signifikan diluar rentang nilai hasil yang seharusnya sehingga memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam jiwa pasien. Pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium yang kritis merupakan proses melaporkan angka kritis atau angka panik oleh analis ke dokter atau ruangan yang meminta pemeriksaan laboratorium tersebut.

#### **4. Keselamatan Pasien**

##### **a). Definisi Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang serius. Estimasi menunjukkan bahwa di negara-negara maju sebanyak satu dari 10 pasien yang dirugikan ketika menerima perawatan di rumah sakit. Dari setiap seratus 100 pasien dirawat di rumah sakit pada

waktu tertentu, 7 di negara maju dan 10 di negara berkembang akan memperoleh infeksi terkait perawatan kesehatan (WHO, 2014).

Keselamatan pasien saat ini merupakan hal yang penting diterapkan dalam suatu rumah sakit. Terdapat lima hal yang berkaitan dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang dapat berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, serta keselamatan lingkungan (*green productivity*) dan keselamatan bisnis rumah sakit yang berkaitan dengan keberlangsungan perkembangan rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit (Depkes, 2007).

Berbagai penelitian di dunia membuktikan banyak kejadian yang membahayakan pasien terjadi akibat kelalaian dalam proses pelayanan kesehatan, mulai dari kesalahan, kealpaan, dan kecelakaan yang menimbulkan dampak merugikan bagi pasien. *Institute of Medicine* melaporkan 44.000-98.000 orang Amerika meninggal karena kesalahan. Kesalahan medis (*medical error*) menjadi penyebab utama disusul kealpaan dan komplikasi. Lebih banyak warga Amerika yang meninggal karena kesalahan medis daripada kanker payudara, *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS), atau kecelakaan. Sebanyak 2% dari pasien yang dirawat mengalami kejadian merugikan karena obat sehingga memperpanjang hari rawat dan penambahan biaya \$4.700 per kejadian,

7% pasien yang dirawat mengalami kesalahan medis yang serius, dan secara nasional kerugian diperkirakan menjadi \$8,5 juta hingga \$29 juta. Tingkat kesalahan pengobatan (*medication error*) di Indonesia cukup tinggi. Studi yang dilakukan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada antara tahun 2001-2003 menunjukkan bahwa kesalahan pengobatan mencapai angka 5,07%, sebanyak 0,25% berakhir fatal hingga kematian. Kesalahan pengobatan dan efek samping obat terjadi pada rata-rata 6,7% pasien yang masuk rumah sakit, diantara kesalahan tersebut 25%-50% dapat dicegah (Elrifda, 2011).

Hasil penelitian Agustina (2013) tentang Budaya Keselamatan pasien oleh perawat dalam melaksanakan pelayanan di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr.Wahidin, didapatkan hasil penelitian menunjukkan dari 75 responden (49,3 %) termasuk dalam kategori budaya keselamatan pasien rendah. Dari 37 responden yang termasuk dalam kategori budaya keselamatan pasien rendah terdapat 23 perawat (62,2%) dengan pelaksanaan pelayanan yang kurang dan 14 perawat (37,8%) dengan pelaksanaan pelayanan yang baik. Sementara 38 responden dengan budaya keselamatan yang tinggi (100%) (Bernadeta dan Ani, 2015).

*Patient safety* adalah komponen kritis dari mutu pelayanan. Banyak kesalahan medis dikaitkan dengan budaya *patient safety*. Sebagai organisasi pelayanan kesehatan yang secara kontinyu memperbaiki pelayanannya, penting bagi rumah sakit untuk menumbuhkan budaya *safety (culture of safety)*. Untuk mencapai budaya *safety* dibutuhkan

pemahaman tentang nilai, kepercayaan, norma penting dalam organisasi, dan sikap serta perilaku yang terkait *patient safety*.

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan tentang resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2011).

**b). Standar Keselamatan Pasien**

Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang disusun mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations, USA*, tahun 2002 yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakitannya Indonesia. Setiap Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien (Depkes RI, 2008). Standar Keselamatan Pasien tersebut meliputi:

**a. Hak pasien**

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan

b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.

2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

(Permenkes, 2011).

**c). Tujuan Keselamatan Pasien**

Indonesia memulai gerakan keselamatan pasien pada tahun 2005 yaitu dengan didirikannya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), dan telah menerbitkan Panduan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien. Panduan ini dibuat sebagai dasar implementasi keselamatan pasien di rumah sakit. Dalam perkembangannya, Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Departemen Kesehatan telah pula menyusun

Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam instrumen Standar Akreditasi Rumah Sakit.

Ada beberapa tujuan keselamatan pasien yang dapat dijabarkan sebagai berikut :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien rumah sakit.
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan.

Untuk mencapai tujuan keselamatan pasien, perlu dibuat langkah-langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, yaitu :

- a. Bangun Kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b. Pimpin dan dukung staf anda
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- d. Kembangkan sistem pelaporan
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g. Cegah cedera mealui implementasi sistem keselamatan pasien

d). **Sasaran Keselamatan Pasien**

Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Sasaran keselamatan pasien merupakan suatu syarat diterapkan pada semua rumah sakit yang akan diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang mengacu pada *Nine Life Saving Patient*

*Safety Solutions* dari WHO Patient Safety (2007) digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI(KKP-RS PERSI) dan *Joint Commission Internasional/JCI* (2011). Sasaran keselamatan pasien juga tertuang dalam PERMENKES RI No.169/MenKes/PER/VIII/2011 menyebutkan sasaran keselamatan pasien antara lain:

a. Ketepatan identifikasi pasien

Keamanan pelayanan di rumah sakit salah satunya dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan identifikasi pasien diawal pelayanan akan berdampak pada kesalahan pelayanan pada tahap selanjutnya. Rumah sakit harus menjamin proses identifikasi ini berjalan dengan benar sejak pertama kali pasien didaftar. Risiko keselamatan terjadi ketika terdapat ketidakcocokan antara pasien dengan item pelayanan yang seharusnya diterima, baik bersifat diagnostik, terapeutik, maupun pelayanan pendukung lainnya. Kesalahan identifikasi pasien merupakan akar masalah adanya banyak kesalahan yang terjadi (Anggraeni, Dewi, dkk, 2014).

b. Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif yang digunakan oleh petugas kesehatan sebaiknya tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan mudah dipahami oleh pasien sehingga akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara lisan, elektronik maupun secara tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah

komunikasi yang berisikan perintah yang diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon (Kemenkes, 2011).

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit (Kemenkes, 2011). Apabila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan atau kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat=50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan

meningkatkan proses pengolahan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit.

d. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

Salah operasi, salah prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuai yang mengkhawatirkan dan jarang terjadi di Rumah Sakit. Kesalahan ini akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang melibatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi (site marking) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu assesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang terbaca dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam pelayanan kesehatan dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam suatu bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran

darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering dihubungkan dengan ventilasi mekanik).

f. Pengurangan risiko pasien jatuh.

Pencegahan pasien resiko jatuh adalah serangkaian tindakan keperawatan yang merupakan acuan dalam penerapan langkah-langkah untuk mempertahankan keselamatan pasien yang beresiko jatuh dengan melakukan pengkajian melalui *Morse Fall Scale (MFS)*. MFS bertujuan untuk memberikan keselamatan pasien dewasa di RS, mencegah terjadinya pasien jatuh di RS. Intervensi pencegahan pasien jatuh antara lain penilaian MFS, memasang gelang identifikasi pasien resiko jatuh berwarna kuning pada pergelangan pasien, tanda pencegahan jatuh (label segitiga kuning/merah) dipapan tempat tidur, menuliskan di *whiteboard* pada *nurse station*, mengatur tinggi rendahnya tempat tidur sesuai dengan prosedur pencegahan pasien jatuh, memastikan pagar pengaman tempat tidur dalam keadaan terpasang, pada pasien gelisah menggunakan restrain atau baju Apollo (Elizabeth&Lusiana, 2013).

**5. Pengetahuan Perawat tentang *Patient Safety***

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan tentang *patient safety* mencakup ingatan mengenai hal-hal yang pernah dipelajari dan disimpan dalam ingatan.

Pengetahuan perawat tentang patient safety sangat penting untuk mendorong pelaksanaan program *patient safety*. Perawat harus mengetahui

pengertian *patient safety*, unsur-unsur yang ada dalam *patient safety*, tujuan *patient safety*, upaya *patient safety* serta perlindungan diri selama kerja. Program *patient safety* merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Di dalam sistem tersebut meliputi penilaian resiko seperti resiko jatuh atau infeksi silang, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, komunikasi efektif, pelaporan dan analisis insiden atau kejadian tidak diharapkan, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko (DepKes RI, 2006).

Secara rinci untuk mengukur pengetahuan seorang Bloom mengemukakan *cognitive domain* terdiri dari enam tingkat (Ngatimin, 1996):

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini atau mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rancangan yang diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan dan menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya

terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan bergizi.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula-formula yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan antara anak-anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi.

Pengukuran penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuisioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari responden atau subjek penelitian (Ngatimin, 1996). Pengetahuan perawat yaitu kemampuan perawat dalam mengaplikasikan ilmunya dalam tugasnya sebagai petugas pelayanan kesehatan. Pengetahuan perawat merupakan faktor utama mempengaruhi perilaku dan kinerja perawat. (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan personal mengintergrasikan dan menganalisis situasi interpersonal terbaru dengan pengalaman masa lalu dan pengetahuan. Semakin banyak pengalaman semakin bertambah pengetahuan perawat tentang diri mereka sendiri, pola kesehatan klien mereka, kemampuan mereka untuk menginterpretasikan informasi tertentu dan melakukan tindakan. Program *patient safety* tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan dan meningkatkan pertanggungjawaban rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (DepKes RI, 2006)

## 6. Kemampuan Perawat

Kemampuan sebagai suatu dasar seseorang yang dengan sendirinya berkaitan dengan pelaksanaan pekerjaan secara efektif atau sangat berhasil (Anggiat M.Sinaga dan Sri Hadiati (2001) . Pada dasarnya kemampuan terdiri atas dua kelompok faktor yaitu:

- a) kemampuan intelektual (*intellectual ability*) yaitu kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktifitas mental-berfikir, menalar dan memecahkan masalah.
- b) kemampuan fisik (*physical ability*) yaitu kemampuan melakukan tugas-tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan, dan karakteristik serupa (Robbin,2007).

Ada 3 jenis kemampuan dasar yang harus dimiliki untuk mendukung seseorang dalam melaksanakan pekerjaan atau tugas, sehingga tercapai hasil yang maksimal (Robert R.Katz, dalam Moenir 2008), yaitu:

### 1. *Technical Skill* (Kemampuan Teknis)

Adalah pengetahuan dan penguasaan kegiatan yang bersangkutan dengan cara proses dan prosedur yang menyangkut pekerjaan dan alat-alat kerja.

### 2. *Human Skill* (Kemampuan bersifat manusiawi)

Adalah kemampuan untuk bekerja dalam kelompok suasana di mana organisasi merasa aman dan bebas untuk menyampaikan masalah.

### 3. *Conceptual Skill* (Kemampuan Konseptual)

Adalah kemampuan untuk melihat gambar kasar untuk mengenali adanya unsur penting dalam situasi memahami di antara unsur-unsur itu.

## **7. Kepatuhan Perawat**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Pranoto, 2007), patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Kepatuhan petugas profesional (perawat) adalah sejauh mana perilaku seorang perawat sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan pimpinan perawat ataupun pihak rumah sakit (Niven, 2002). Sedangkan menurut Kemenkes (2011), kepatuhan adalah suatu bentuk perilaku yang timbul akibat adanya interaksi antara petugas kesehatan dan pasien sehingga pasien mengerti rencana dengan segala konsekwensinya dan menyetujui rencana tersebut dan melaksanakannya. Kepatuhan dapat diukur dari individu yang mematuhi atau mentaati karena telah memahami makna suatu ketentuan yang berlaku. Perubahan sikap dari individu dimulai dari patuh terhadap aturan, seringkali memperoleh imbalan jika menurut anjuran. Kepatuhan pada program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan dapat langsung diukur. Kepatuhan juga merupakan bentuk ketaatan pada aturan atau disiplin dalam menjalankan prosedur yang telah ditetapkan (Riyanto, 2016).

## **8. Analisis**

### **a. Definisi Analisis**

Analisis merupakan suatu kegiatan berfikir untuk menguraikan suatu keseluruhan menjadi komponen sehingga dapat mengenal tanda-tanda komponen, hubungan satu sama lain dan fungsi masing-masing dalam satu keseluruhan yang terpadu. (Komarrudin, 2015). Menurut

pengertian yang lain menyatakan bahwa analisis adalah penguraian suatu pokok atas berbagai bagiannya dan penelaahan bagian itu sendiri serta hubungan antar bagian untuk memperoleh pengertian yang tepat dan pemahaman arti keseluruhan (Kamus Besar Bahasa Indonesia)

Analisis adalah proses pemecahan masalah yang dimulai dengan hipotesis (dugaan, dan sebagainya) sampai terbukti kebenarannya melalui beberapa kepastian (pengamatan, percobaan, dan sebagainya). Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia Departemen Pendidikan Nasional (2005) menjelaskan bahwa analisis adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya

b. Alat bantu analisis

a) *Flow Map*

*Flow map* adalah penggambaran secara grafik dari langkah-langkah dan urutan prosedur dari suatu program. *Flow map* berguna untuk membantu analisis dan *programmer* untuk memecahkan masalah ke dalam segmen yang lebih kecil dan menolong dalam menganalisis alternatif pengoperasian

b) Diagram Konteks

Diagram konteks merupakan diagram yang mengandung satu proses yang menggambarkan hubungan keterkaitan antara sistem dengan pihak-pihak di luar lingkungan sistem dan posisi sistem didalam lingkungan tersebut. Pihak-pihak tersebut merupakan pihak-pihak yang membutuhkan informasi dan data dari

sistem ataupun pihak-pihak yang menjadi sumber informasi dan data bagi sistem. Hubungan keterkaitannya digambarkan sebagai aliran informasi dan data yang masuk ke dalam sistem dan keluar dari sistem.

c) *Data Flow Diagram* (DFD)

DFD adalah sebuah teknik grafik yang menggambarkan aliran data dan transformasi yang digunakan sebagai perjalanan data dari masukan menuju ke keluaran. DFD dapat diartikan juga sebagai model jaringan dari sebuah sistem. DFD dapat menggambarkan proses-proses yang terjadi dan aliran data diantaranya.

DFD sering digunakan untuk menggambarkan suatu sistem yang telah ada atau sistem baru yang akan dikembangkan secara logika tanpa mempertimbangkan lingkungan fisik di mana data tersebut mengalir atau lingkungan fisik di mana data tersebut disimpan. Secara umum DFD dapat diartikan sebagai salah satu tools untuk analisis sistem yang dapat bermanfaat untuk menggambarkan proses, aliran data, entity yang terlibat serta data store yang digunakan dalam sistem yang dipelajari. Dengan menuangkan hasil analisis ke dalam DFD, seorang analis dapat memahami sistem yang sedang dipelajari dengan mudah dan baik.

## B. PENELITIAN TERDAHULU

<b>Nama Peneliti (Tahun)</b>	Dini Aprilia Sari (2014)	Ira (2014)	Diah Ekawati (2014)
<b>Judul Penelitian</b>	Pengaruh Kompetensi dan Komunikasi Efektif Terhadap Kualitas Pelayanan Di Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II	Keefektifan Pelatihan Komunikasi S-BAR Dalam Meningkatkan Mutu Operan Jaga di Bangsal Wardah RS PKU Muhammadiyah Unit 2 Yogyakarta	Pelatihan <i>Patient Safety</i> dan Komunikasi S-BAR untuk mengetahui Kejadian Nyaris Cedera di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Unit 2 Yogyakarta
<b>Metodologi Penelitian</b>	Kuantitatif dengan rancangan penelitian cross sectional.	Preeksperimental one group pretest-post test	Action research
<b>Hasil Penelitian</b>	Data diperoleh dari 47 perawat. Berdasarkan uji statistik didapatkan bahwa variabel kompetensi berpengaruh secara signifikan terhadap komunikasi efektif tetapi komunikasi efektif tidak memiliki pengaruh signifikan	Nilai pretest mayoritas memperoleh kategori kurang baik sebesar 57% dan nilai posttest mayoritas memperoleh kategori baik sebesar 80%. Terjadi peningkatan yang bermakna pada mutu operan jaga setelah diberikan pelatihan	Dalam siklus pertama partisipan terlihat memahami materi patient safety dan komunikasi S-BAR, pada siklus kedua dan ketiga didapatkan 1 laporan KNC, penyebab tersering terjadi di bagian farmasi saat melakukan

	terhadap kualitas pelayanan. Sedangkan variabel hard competency memiliki pengaruh secara signifikan terhadap komunikasi efektif dan kualitas pelayanan.	komunikasi S-BAR kepada perawat di bangsal Wardah.	screening obat dan perawat yang sering melakukan KNC adalah perawat junior.
<b>Perbedaan</b>	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada variabel penelitian, obyek penelitian, metode, dan waktu penelitian.	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada variabel penelitian, metode, dan waktu penelitian.	Perbedaan dengan penelitian ini adalah terletak pada variabel penelitian, obyek penelitian, metode, dan waktu penelitian.

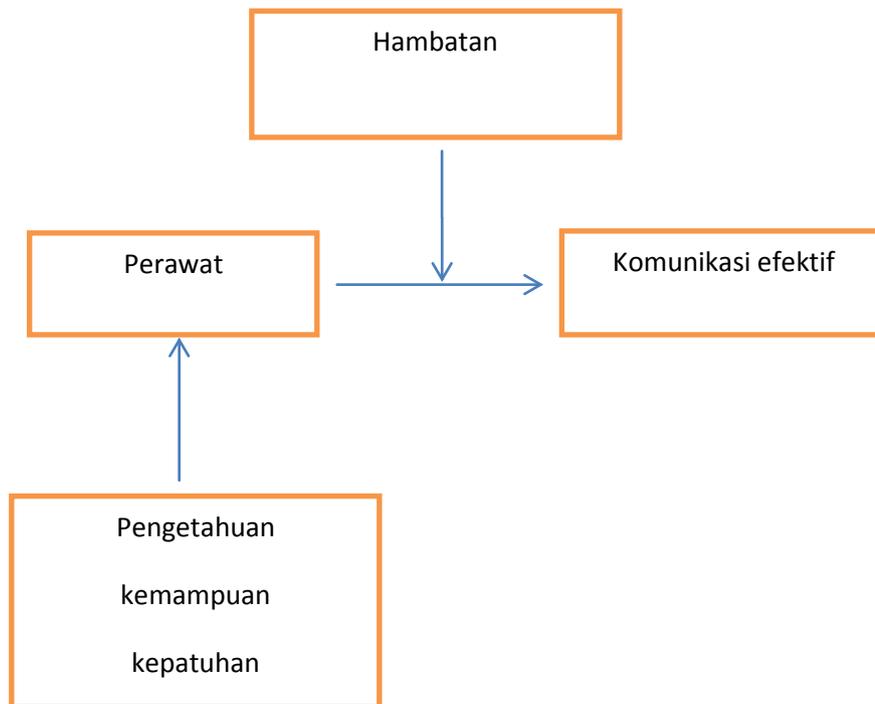
### C. LANDASAN TEORI

Salah satu komponen dari keselamatan pasien yaitu komunikasi yang efektif. Peningkatan komunikasi efektif adalah salah satu cara dalam mencapai keselamatan pasien yang sesuai dalam standar keselamatan pasien. Hal yang termasuk di dalam penyebab terjadinya kesalahan medis adalah komunikasi yang tidak efektif. Upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien dalam mendukung keselamatan pasien dapat dilakukan dengan komunikasi efektif.

Komunikasi dikatakan efektif itu jika pemahaman pesan yang disampaikan oleh komunikator sama dengan pemahaman pesan oleh komunikan. Ada lima kualitas umum yang dipertimbangkan untuk efektivitas komunikasi yaitu adanya keterbukaan (*openness*), saling mendukung (*supportiveness*), bersikap positif (*positiveness*), memahami perasaan orang lain (*emphaty*), dan kesetaraan (*equality*). Komunikasi efektif yang digunakan oleh petugas kesehatan sebaiknya tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan mudah dipahami oleh pasien sehingga akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara lisan, elektronik maupun secara tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah komunikasi yang berisikan perintah yang diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon.

Penelitian kali ini penulis menggunakan panduan komunikasi efektif untuk menganalisis implementasi panduan komunikasi efektif pada perawat di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Hal ini dikarenakan komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah komunikasi yang berisikan perintah yang diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon.

#### D. KERANGKA KONSEP



Gambar 2 1 Bagan Kerangka Konsep

#### PERTANYAAN PENELITIAN

1. Bagaimana analisis implementasi komunikasi efektif di RS PKU Muhammadiyah Gamping?
2. Apa saja masalah dan hambatan dalam implementasi komunikasi efektif di RS PKU Muhammadiyah Gamping?
3. Bagaimana rekomendasi dalam pelaksanaan implementasi komunikasi efektif di RS PKU Muhammadiyah Gamping?

## **E. HIPOTESIS**

Berdasarkan pertanyaan penelitian, maka dapat diajukan hipotesis sebagai berikut:

Ha : terdapat hubungan antara pengetahuan, kemampuan dan kepatuhan dalam implementasi panduan komunikasi efektif pada perawat di RS PKU Muhammadiyah Gamping