

Faktor Penyebab Tidak Tercapainya Angka Pelaksanaan Verifikasi SBAR di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Jawa Timur

Rafifah Nur Shandy¹, Dyan Angesti²

¹ STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo dan rafifah.nur.shandy@gmail.com

² STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo dan dyanangesti@gmail.com

ABSTRAK

Rumah Sakit umum Daerah Haji Jawa Timur menghadapi tantangan dalam capaian indikator angka pelaksanaan verifikasi SBAR oleh dokter sebesar 63% dalam satu tahun yang merupakan salah satu indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab tidak tercapainya angka pelaksanaan verifikasi SBAR. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan desain penelitian studi kasus, melibatkan focus group discussion (FGD) dengan kepala unit komite mutu, 3 pegawai komite mutu, dan 15 perawat dari berbagai unit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa faktor utama yang menyebabkan ketidak tercapaannya angka pelaksanaan verifikasi SBAR meliputi DPJP tidak menjawab telepon, DPJP meminta untuk dilakukan konsultasi melalui pesan tertulis, perawat tidak membacakan rencana perawatan, DPJP menambah atau mengganti instruksi di ERM tanpa memberitahukan kepada penanggung jawab pemberi asuhan (PPA) lainnya, dan dokter tidak melakukan verifikasi dalam waktu 2x24 jam. Penelitian ini menegaskan pentingnya peningkatan sistem komunikasi dan koordinasi antar tenaga kesehatan untuk meningkatkan keselamatan serta mutu pelayanan pasien. Implikasi dari penelitian ini mencakup perlunya kebijakan yang lebih jelas mengenai prosedur verifikasi SBAR, penguatan alur komunikasi yang lebih efisien, serta evaluasi berkala dalam implementasi metode komunikasi SBAR di lingkungan rumah sakit untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar tenaga kesehatan.

Kata Kunci: Indikator, Indikator Mutu, Prioritas Rumah Sakit, Keselamatan Pasien, Komunikasi SBAR

ABSTRACT

Haji Regional General Hospital of East Java faces challenges in achieving the indicator of the SBAR verification implementation rate by doctors of 63% in one years, which is one of the priority quality indicators of the hospital (IMP RS). This study aims to analyze the factors causing the failure to achieve the SBAR verification implementation rate. The research employs a qualitative approach with a case study research design, involving focus group discussions (FGD) with the head of the quality committee unit, 3 quality committee employees, and 15 nurses from various units. The results of the study showed that several main factors causing the failure to achieve the SBAR verification implementation rate include the doctor in charge of the patient not answering the phone, the doctor in charge of the patient asking for a consultation via written message, the nurse not reading the treatment plan, the doctor in charge of the patient adding or changing instructions in the ERM without notifying other care providers (PPA), and the doctor not verifying within 2x24 hours. This study emphasizes the importance of improving the communication and coordination system between health workers to improve the safety and quality of patient care. The implications of this investigation include the need for clearer policies regarding SBAR verification procedures, strengthening more efficient communication flows, and periodic evaluation of the implementation of the SBAR communication method in the hospital environment to improve the effectiveness of communication between health workers.

Keywords: Indicators, Hospital Priority, Quality Indicators, Patient Safety, SBAR Communication

PENDAHULUAN

Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit memainkan satu peran yang sangat penting dalam mencapai tujuan penyelenggaraan kesehatan masyarakat. Rumah sakit memiliki banyak fitur dan cara yang berbeda dalam menyediakan layanan kesehatan. Rumah sakit memiliki

Rumah sakit memiliki tanggung jawab dalam meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien. Menurut (KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/1596/2024, 2024), rumah sakit membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan pada semua unit setiap tahun. Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab dalam menetapkan prioritas perbaikan yang memiliki dampak luas serta dapat diterapkan di berbagai unit klinis maupun non klinis. Upaya untuk meningkatkan kualitas dan keselamatan pasien dapat dilakukan melalui penerapan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS). Pengukuran IMP RS menjadi penting dalam mengevaluasi efektivitas program peningkatan mutu yang telah diterapkan.

Salah satu tujuan utama dalam keselamatan pasien adalah memperkuat komunikasi yang efektif dalam lingkungan layanan kesehatan (Lo et al., 2021). Sebagai salah satu langkah untuk mengatasi tantangan ini yaitu dengan pendekatan komunikasi terstruktur seperti SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Metode ini dirancang untuk memperjelas dan mempercepat proses pertukaran informasi di antara tenaga medis (Müller et al., 2018).

Berdasarkan pemantauan dan evaluasi indikator mutu prioritas Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur telah dilakukan pemilihan ulang terhadap IMP-RS tahun 2024 dengan tetap memantau IMP-RS periode sebelumnya yang belum sesuai target. Evaluasi indikator mutu dilakukan berdasarkan data yang dikumpulkan dari berbagai unit pelayanan rumah sakit dalam periode 1 tahun terakhir. Berdasarkan Keputusan Direktur Nomor: 400.7.2.3/102.10/2024 tentang penetapan IMP-RS adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Laporan Tahunan Indikator Mutu Prioritas RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Tahun 2024

Unit Kerja	Indikator		Standar	Capaian			Analisa Capaian	Rekomendasi Tindak Lanjut
	No	Judul		TW I	TW II	TW III		
Komite Mutu	1.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100 %	100 %	100%	Sesuai standar	Mempertahankan capaian
Komite Mutu	2.	Angka pelaksanaan verifikasi SBAR	100%	99.21 %	98.42 %	24.90%	Terdapat perubahan sistem sehingga capaian mengalami penurunan	1. Melakukan review SPO komunikasi efektif 2. Membuat SPO SBAR versi RME 3. Membuat SPO verifikasi SBAR 4. Sosialisasi SPO
Komite Mutu	3.	Angka ketepatan pemberian obat HIGH ALERT dan NORUM dalam bentuk injeksi	100%	100 %	100 %	100%	Sesuai standar	Mempertahankan capaian
Instalasi Bedah Sentral	4.	Angka kelengkapan pengisian surgical ceklist di kamar operasi	100%	100 %	100 %	100%	Sesuai standar	Mempertahankan capaian

Komite PPI	5.	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	94.18 %	93.14 %	93.78%	Sesuai standar	Melakukan monitoring pelaksanaan kebersihan
------------	----	-----------------------------	------	---------	---------	--------	----------------	---

Sumber: Laporan PMKP Triwulan III Tahun 2024

Salah satu indikator keberhasilan implementasi SBAR adalah angka pelaksanaan verifikasi oleh dokter. Namun, dalam indikator sasaran keselamatan pasien masih ada 1 indikator yang belum memenuhi standar yang telah ditentukan yaitu indikator “Angka Pelaksanaan Verifikasi SBAR Oleh Dokter”.

Dalam upaya meningkatkan kualitas layanan, evaluasi terhadap capaian indikator mutu dilakukan secara seluruh. Berdasarkan hasil laporan PMKP Triwulan III tahun 2024 dijelaskan terkait hasil capaian indikator mutu “angka pelaksanaan verifikasi SBAR oleh dokter” pada tahun 2024. Berikut ini hasil capaian indikator mutu “angka pelaksanaan verifikasi SBAR oleh dokter” pada tahun 2024:

Tabel 2. Angka Pelaksanaan Verifikasi SBAR Oleh Dokter Tahun 2024

Bulan	Capaian	Standar
Januari	98,71%	100%
Februari	99,32%	100%
Maret	99,60%	100%
April	98,31%	100%
Mei	98,28%	100%
Juni	98,70%	100%
Juli	27,69%	100%
Agustus	28,61%	100%
September	14,66%	100%
Oktober	36.846%	100%
November	33.844%	100%
Desember	26.532%	100%

Sumber: Rekap Komite Mutu Tahun 2024

Pada periode bulan januari hingga bulan juni, capaian indikator mutu menunjukkan tren yang relatif stabil dengan persentase di atas 98%, meskipun masih dibawah standar 100%. Namun, dapat dilihat pada tabel tersebut, pada bulan Juli hingga September, telah terjadi penurunan yang sangat signifikan dengan hasil yang jauh di bawah standar yang telah ditentukan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa SBAR dapat meningkatkan komunikasi antara dokter dan perawat, mengurangi kesalahan informasi, serta mempercepat pengambilan klinis. Namun, tantangan dalam implementasinya tetap ada, seperti risiko kesalahan medis, penurunan mutu pelayanan, dan ketidakpuasan pasien. Pada hasil capaian indikator “Angka Verifikasi SBAR oleh dokter” menjadi perhatian serius karena dapat menghambat keselamatan pasien dan kualitas layanan kesehatan. Untuk itu, penelitian lanjutan diperlukan guna mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan tidak tercapainya verifikasi SBAR antara dokter dan perawat serta merancang strategi untuk meningkatkan penerapannya di lingkungan klinis.

LANDASAN TEORI

A. Rumah Sakit

Menurut World Health Organization (WHO), rumah sakit adalah bagian penting dari sistem sosial dan layanan kesehatan yang memiliki peran dalam memberikan pelayanan yang menyeluruh, mencakup upaya penyembuhan serta pencegahan penyakit bagi masyarakat.

Menurut (Undang-Undang (UU) Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, 2009) rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Adapun fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

Menurut (Undang-Undang (UU) Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, 2023), rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit menyelenggarakan fungsi pelayanan kesehatan perorangan dalam bentuk spesialisistik dan/atau subspecialistik. Setiap rumah sakit wajib menerapkan sistem tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang efektif dan berkualitas.

B. Mutu Rumah Sakit

Mutu berasal dari bahasa latin yaitu *quails* yang artinya jenis apa (tergantung pada kata yang mengikutinya). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), mutu adalah penilaian terhadap suatu objek berdasarkan tingkat kebaikan atau keburukannya (kepandaian, kecerdasan, dan sebagainya), atau kuatas. W.Edward Deming mengatakan mutu adalah upaya dalam menyelesaikan masalah guna mencapai perbaikan yang berkelanjutan.

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfu, 2022), mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat layanan

kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien.

C. Indikator Mutu

Menurut (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah, 2022), untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, setiap tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfuse darah sebagai bagian dari fasilitas pelayanan kesehatan wajib memenuhi indikator mutu pelayanan kesehatan. Penetapan indikator mutu berfungsi sebagai pedoman bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, praktek mandiri dokter dan dokter gigi, puskesmas, rumah sakit, laboratorium kesehatan serta UTD dalam melakukan pengukuran dan penilaian mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan.

Berdasarkan (Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/47104/2024 Tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit, 2024), Peningkatan Mutu Internal (Internal Continuous Quality Improvement) yaitu rumah sakit melakukan upaya peningkatan mutu secara berkala antara lain penetapan, pengukuran, pelaporan dan evaluasi indikator mutu serta pelaporan insiden keselamatan pasien. Peningkatan mutu secara internal ini menjadi hal terpenting bagi rumah sakit untuk menjamin mutu pelayanan. Peningkatan Mutu Eksternal (External Continuous Quality Improvement) merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit secara keseluruhan. Beberapa kegiatan yang termasuk peningkatan mutu eksternal adalah perizinan, sertifikasi, dan akreditasi. Rumah sakit melakukan peningkatan mutu internal dan eksternal secara berkesinambungan (continuous quality improvement)

D. SBAR (Situation, Background, Assesment, Recommendation)

Menurut (STARKES, 2017) komunikasi SBAR adalah suatu format standar dalam komunikasi antar tenaga medis yang digunakan untuk menyampaikan informasi terkait penanganan pasien. Format ini terbukti efektif dalam memperbaiki proses serah terima, baik antar shift maupun antar staf di unit pelayanan yang sama maupun berbeda. Penggunaan SBAR mendorong keterlibatan seluruh anggota tim kesehatan dalam menyampaikan kondisi pasien, termasuk memberikan saran. Dengan pendekatan ini, komunikasi dalam tim menjadi lebih terstruktur, risiko kesalahan informasi dapat diminimalkan dan meningkatnya kualitas layanan kesehatan.

Menurut (Wardah, 2023), komunikasi SBAR merupakan dokumentasi yang lebih terfokus pada komunikasi dan transfer informasi yang efektif antara anggota tim medis. Terdiri dari empat elemen, SBAR dirancang untuk memberikan gambaran cepat dan

singkat tentang kondisi pasien. Berikut adalah penjelasan mengenai masing – masing elemen SBAR:

1. Situation (Situasi): bagian pertama dalam format SBAR menyoroti situasi saat ini pasien dan identitas pasien. Ini mencakup kondisi pasien, keluhan utama atau maslaah yang mendesak memerlukan perhatian segera. Fokus utama di sini adalah memberikan gambaran cepat tentang keadaan pasien dan apa yang memicu komunikasi.
2. Background (Latar Belakang): bagian ini mencakup informasi latar belakang pasien, seperti riwayat penyakit alergi, obat yang sedang dikonsumsi, dan riwayat perawatan sebelumnya. Informasi ini membantu memberikan konteks yang lebih lengkap tentang kondisi pasien
3. Assesment (Penilaian): bagian ini berisi penilaian medis tentang kondisi pasien berdasarkan informasi yang ada. Hal ini meliputi diagnose, evaluasi terhadap gejala atau temuan fisik, dan kesimpulan dari penilaian yang dilakukan oleh tim medis tujuannya adalah memberikan pandangan yang cepat dan tepat mengenai tingkat keparahan dan urgensi kasus.
4. Recommendation (Rekomendasi): bagian akhir ini berisi rekomendasi tindakan yang diusulkan oleh tim medis. Ini bisa berupa rekomendasi pengobatan, perawatan, konsultasi dengan spesialis, atau tindakan lain yang diperlukan untuk perbaikan kondisi pasien

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan desain penelitian studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis indikator sasaran keselamatan pasien melalui Focus Group Discussion (FGD) yang melibatkan kepala unit komite mutu, 3 pegawai komite mutu, dan 15 perawat perwakilan dari masing – masing unit.

HASIL DAN PEMBAHASAN

IMP – RS merupakan indikator prioritas yang ditetapkan oleh kepala unit dengan jumlah minimal 1 indikator. Indikator ini berperan sebagai panduan bagi manajemen rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien. Berdasarkan (Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/47104/2024 Tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit, 2024) dalam TKRS 5, mencakup:

1. Indikator sasaran keselamatan pasien minimal 1 indikator setiap sasaran
2. Indikator pelayanan klinis prioritas minimal 1 indikator
3. Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI) minimal 1 indikator
4. Indikator terkait perbaikan system minimal 1 indikator
5. Indikator terkait manajemen risiko minimal 1 indikator
6. Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran minimal 1 indikator (bila ada)

Dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien, TKRS 5 menekankan pentingnya pemantauan “indikator sasaran keselamatan pasien”. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap aspek keselamatan pasien dapat terukur dan dievaluasi secara sistematis. Penerapan indikator ini tidak hanya menjadi bagian dari kepatuhan regulasi, tetapi juga langkah strategis dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih aman.

Komunikasi yang efektif sangat penting dalam berbagai situasi profesional terutama dalam bidang kesehatan dan manajemen. Metode ini membantu memastikan bahwa informasi yang disampaikan jelas, ringkas, dan sistematis sehingga meminimalkan risiko kesalahpahaman. Menurut (STARKE, 2017) langkah komunikasi SBAR sebagai berikut:

1. Situation (Situasi)

Langkah pertama dalam komunikasi SBAR adalah mengidentifikasi dan menyampaikan situasi yang sedang terjadi. Penyampaian informasi harus singkat, jelas, dan langsung ke pokok permasalahan. Beberapa hal yang perlu disertakan dalam tahap situation, yaitu:

- a. Sapa dengan hormat, sebutkan nama dan identitas anda
- b. Sebutkan asal ruang perawatan atau unit anda
- c. Identitas pasien dengan menyebutkan nama lengkap dan nomor identifikasi (jika ada)
- d. Jelaskan alasan anda melaporkan kondisi pasien secara subyektif dan obyektif

Dalam langkah situation pada point d yaitu menjelaskan alasan anda menyampaikan keadaan pasien berdasarkan pengamatan subjektif dan objektif, terdapat permasalahan yang dapat menghambat proses komunikasi yaitu DPJP tidak menjawab telepon. Hal ini menjadi kendala dalam penyampaian informasi penting mengenai kondisi pasien yang seharusnya segera ditindaklanjuti untuk memastikan penanganan yang optimal. Telepon yang tidak dijawab oleh DPJP dapat memperlambat pengambilan keputusan medis yang diperlukan, sehingga memerlukan langkah alternatif atau eskalasi untuk memastikan pasien mendapatkan pelayanan tepat waktu.

2. Background (Latar Belakang):

Langkah kedua adalah memberikan informasi latar belakang yang relevan untuk memahami kondisi yang dihadapi. Dalam tahap ini, informasi yang disampaikan harus mencakup:

- a. Berikan informasi latar belakang pasien, termasuk riwayat penyakit sekarang (RPS)

Dalam langkah penyusunan background point a yang berfokus pada pemberian informasi latar belakang pasien termasuk riwayat penyakit sekarang ditemukan permasalahan yaitu DPJP meminta untuk dilakukan konsultasi melalui pesan tertulis. Permintaan ini menimbulkan tantangan tersendiri mengingat bahwa komunikasi tertulis memiliki keterbatasan dalam menyampaikan detail klinis secara komprehensif dibandingkan dengan komunikasi lisan atau tatap muka. Karena itu, dibutuhkan strategi yang efektif untuk memastikan informasi yang disampaikan tetap akurat, mudah dipahami, dan relevan dengan kebutuhan klinis dalam mendukung pengambilan keputusan medis yang optimal.

- b. Jelaskan alasan pasien di rawat inap (jika berlaku)
- c. Jelaskan penatalaksanaan pasien yang telah dilakukan serta terapi signifikan yang telah diterima hingga saat ini.

Dalam langkah background pada point c terdapat aspek penting dalam pengelolaan pasien yang telah dilakukan serta terapi yang diterima hingga saat ini. Salah satu permasalahan yang muncul yaitu perawat tidak membacakan rencana perawatan, dimana ditemukan bahwa perawat tidak membacakan rencana perawatan kepada pasien. Hal ini dapat berdampak pada pemahaman pasien mengenai tindak lanjut terpai yang diberikan, serta berpotensi mempengaruhi efektivitas perawatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, evaluasi terhadap praktik ini menjadi krusial guna memastikan bahwa setiap langkah dalam pengelolaan pasien berjalan sesuai dengan standar pelayanan yang optimal.

3. Assessment (Penilaian):

Pada tahap ini, pemberi informasi menyampaikan analisis atau penilaian terhadap situasi yang terjadi berdasarkan data yang telah dikumpulkan. Informasi ini mencakup penilaian kondisi pasien menuntut anda sebagai pelapor (jika sesuai).

Dalam langkah assessment terdapat kendala yang perlu diperbaiki yaitu dokter tidak melakukan verifikasi dalam waktu 2x24 jam. Permasalahan ini berpotensi mempengaruhi validitas dan keakuratan data yang digunakan dalam pengambilan keputusan selanjutnya. Dengan demikian, evaluasi lanjutan perlu dilakukan untuk menjamin bahwa setiap prosedur yang telah dirancang dapat dilaksanakan sesuai dengan standar yang berlaku sehingga mutu pelayanan tetap terjaga dan tidak menimbulkan efek buruk pada tahapan berikutnya.

4. Recommendation (Rekomendasi):

Tahap terakhir adalah memberikan rekomendasi atau usulan yang anda miliki untuk perawatan pasien yang perlu dilakukan untuk menangani situasi tersebut.

Dalam proses recommendation yang dilakukan terdapat permasalahan yaitu DPJP menambah atau mengganti instruksi di ERM tanpa memberitahukan kepada penanggung jawab pemberi asuhan (PPA) lainnya. Hal ini dapat menimbulkan potensi kesalahpahaman dalam pelaksanaan perawatan pasien, mengingat setiap perubahan instruksi medis seharusnya dikomunikasikan secara transparan kepada seluruh tim yang terlibat.

Berdasarkan hasil wawancara dan triangulasi, maka dilakukan Focus Group Discussion (FGD) yang melibatkan kepala unit komite mutu, 3 pegawai komite mutu, dan 15 perawat perwakilan dari masing – masing unit dan mencapai hasil berikut ini:

1. Penyebab pertama yaitu DPJP tidak menjawab telepon sebesar 35,84%. Ketika DPJP tidak menjawab panggilan telepon dari tenaga medis lainnya, terutama dalam situasi mendesak, hal ini dapat menghambat proses pengambilan keputusan klinis dan penatalaksanaan pasien. Banyak kemungkinan yang menyebabkan DPJP tidak menjawab telepon seperti DPJP mungkin sedang menangani pasien lain, dalam melakukan tindakan medis, atau dalam situasi yang tidak memungkinkan untuk menerima panggilan.
2. Penyebab kedua yaitu DPJP meminta untuk dilakukan konsultasi melalui pesan tertulis sebesar 26,32%. Hal ini dapat menjadi kendala apabila terdapat kondisi yang memerlukan respon cepat. Permintaan ini dapat disebabkan beberapa faktor, seperti kebutuhan dokumentasi yang lebih jelas, atau beberapa dokter lebih memilih

komunikasi tertulis agar instruksi yang diberikan terdokumentasi dengan baik dan dapat dijadikan bukti dalam rekam medis.

3. Penyebab ketiga yaitu perawat tidak membacakan rencana perawatan sebesar 21,05%. Ketika perawat tidak membaca atau menyampaikan rencana perawatan dengan jelas, ini dapat meningkatkan risiko kesalahan dalam pemberian perawatan. Kemungkinan penyebab dari permasalahan ini, seperti perawat mungkin tidak menyadari bahwa membaca rencana perawatan kepada tim medis lainnya menjadi bagian dari tugas mereka untuk memastikan koordinasi yang baik, atau dalam kondisi di mana perawat menangani banyak pasien sehingga mereka mungkin tidak memiliki cukup waktu untuk membacakan rencana perawatan pasien dengan rinci.
4. Penyebab keempat yaitu DPJP menambah atau mengganti instruksi di ERM tanpa memberitahukan kepada penanggung jawab pemberi asuhan (PPA) lainnya sebesar 10,53%. ERM menjadi alat penting dalam pencatatan instruksi medis dan riwayat pasien. Tenaga kesehatan meliputi DPJP, perawat dan tenaga profesional lainnya menyusun rencana perawatan dalam waktu 24 jam pertama setelah pasien menjalani perawatan inap. Rencana ini disesuaikan secara personal untuk setiap pasien dan dicatat oleh petugas yang memberikan layanan dalam Rekam Medis Elektronik (RME). Namun, ketika DPJP mengubah atau menambahkan instruksi tanpa memberi tahu PPA lainnya, hal ini dapat meningkatkan risiko kesalahan medis. Hal ini dapat disebabkan oleh DPJP mungkin menganggap bahwa perubahan instruksi cukup tersampaikan melalui sistem ERM tanpa perlu komunikasi tambahan dengan PPA lainnya.
5. Penyebab kelima yaitu dokter tidak melakukan verifikasi dalam waktu 2x24 jam sebesar 5,26%. Verifikasi terhadap instruksi medis dalam batas waktu yang telah ditentukan sangat krusial agar setiap tindakan yang diambil selaras dengan prosedur yang telah disetujui. Penyampaian instruksi secara lisan yang efisien, tepat waktu, menyeluruh, jelas dan mudah dimengerti oleh penerima akan membantu menurunkan kemungkinan terjadinya kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Beberapa penyebab dari permasalahan ini seperti dokter mungkin memiliki jadwal yang padat sehingga tidak sempat melakukan verifikasi dalam waktu yang ditentukan, atau beberapa dokter mungkin menganggap bahwa proses verifikasi bisa dilakukan kapan saja.

Setelah mempertimbangkan berbagai faktor, tim sepakat bahwa penyebab utama dari masalah ini adalah dokter tidak melakukan verifikasi dalam waktu 2x24 jam. Pemahaman mendalam terhadap akar penyebab juga memungkinkan penerapan strategi yang lebih terarah, sehingga permasalahan serupa dapat diminimalkan atau bahkan dicegah di masa mendatang.

Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber maka dilakukan Focus Group Discussion (FGD) untuk menentukan permasalahan utama. Beberapa akar penyebab permasalahan dalam komunikasi antara DPJP dan perawat, meliputi ketidakterjangkauannya DPJP saat diperlukan klarifikasi, prefensi komunikasi melalui pesan tertulis, kurangnya informasi menyeluruh dari perawat mengenai rencana perawatan pasien, perubahan instruksi di ERM tanpa pemberitahuan PPA lainnya, dan keterlambatan verifikasi SBAR dalam waktu 2x24 jam. Temuan ini menunjukkan perlunya perbaikan dalam sistem komunikasi dan koordinasi antara tenaga kesehatan guna meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan pasien.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa faktor utama yang menyebabkan tidak tercapainya tingkat pelaksanaan verifikasi SBAR di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur antara lain meliputi:

1. Ketidakterjangkauannya DPJP saat diperlukan klarifikasi
2. Prefensi komunikasi melalui pesan tertulis
3. Kurangnya informasi menyeluruh dari perawat mengenai rencana perawatan pasien
4. Perubahan instruksi di ERM tanpa pemberitahuan PPA lainnya, dan
5. Keterlambatan verifikasi SBAR dalam waktu 2x24 jam.

SARAN

Pada kesimpulan yang telah dijelaskan sebelumnya, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan tidak tercapainya tingkat pelaksanaan verifikasi SBAR di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Jawa Timur. Oleh karena itu, disarankan beberapa langkah perbaikan sebagai berikut:

1. Menetapkan kebijakan yang lebih jelas mengenai batas waktu dan konsekuensi bagi dokter yang tidak melakukan verifikasi sesuai prosedur
2. Memastikan alur SBAR yang diterapkan dalam setiap komunikasi klinis sesuai dengan prosedur yang lebih sederhana dan efisien, sehingga dokter lebih mudah untuk melakukan verifikasi tepat waktu
3. Mengadakan sosialisasi terkait pentingnya verifikasi SBAR dalam meningkatkan keselamatan pasien dan keakuratan informasi medis
4. Melakukan pengawasan terhadap angka kepatuhan verifikasi SBAR serta mengadakan evaluasi berkala untuk menilai efektivitas implementasi pelaporan SBAR.
5. Diperlukan perbaikan dalam sistem komunikasi dan koordinasi antara tenaga kesehatan guna meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan pasien.

REFERENSI

- Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/47104/2024 Tentang Instrume Survei Akreditasi Rumah Sakit (2024). <https://drive.google.com/file/d/1WPI5VRAr5uKcfNAtcypX-vonreM9x8t/view?usp=sharing>
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024, 1 (2024).
- Lo, L., Rotteau, L., & Shojania, K. (2021). Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open*, 11(12), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055247>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah, Pub. L. No. 30 (2022). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245550/permenkes-no-30-tahun-2022>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfu, Pub. L. No. 30 (2022). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245550/permenkes-no-30-tahun-2022>
- STARKE. (2017). SBAR – Komunikasi Efektif di Rumah Sakit. <https://snars.web.id/rs/sbar-komunikasi-efektif-di-rumah-sakit/>
- Undang-Undang (UU) Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pub. L. No. 44 (2009). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/38789/uu-no-44-tahun->
- Undang-Undang (UU) Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Undang- Undang 1 (2023). <https://peraturan.bpk.go.id/details/258028/uu-no-17-tahun-2023>
- Wardah. (2023). Perbedaan Format Rekam Medis SOAP dan SBAR. <https://ehealth.co.id/blog/post/perbedaan-format-rekam-medis-soap-dan-sbar/>