

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Operan Jaga

a. Konsep operan jaga perawat

Komunikasi dalam operan jaga merupakan komunikasi dengan menyampaikan informasi mengenai pasien secara khusus melalui satu pemberi perawatan ke lainnya, dari satu tim pemberi pelayanan keselanjutnya, atau dari pemberi perawatan ke keluarga pasien yang bertujuan dalam perawatan lanjutan dan keselamatan pasien. Informasi yang diberikan merupakan informasi yang konsisten melalui kondisi dari pasien, kondisi perubahan pasien saat ini , kondisi perubahan pasien pada saat ini, pengobatan yang berkelanjutan dan perubahan yang mungkin terjadi atau kompilasi (WHO,2007).

b. Definisi Operan Jaga

Operan merupakan suatu teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan pasien (Nursalam, 2011). Operan jaga merupakan komunikasi yang dilakukan antar perawat dalam menyampaikan kondisi pasien secara jelas dan lengkap dalam pergantian shift saat penyerahan tanggung jawab dari perawatan kesatu ahli perawatan kesehatan kelainnya (JCAHO, 2007).

c. Tujuan dan Fungsi Operan Jaga

Tujuan dari operan jaga menurut Nursalam (2011), antara lain:

a) Tujuan Umum

Melakukan komunikasi mengenai keadaan pasien dan menyampaikan informasi penting.

b) Tujuan Khusus

- 1) Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien.
- 2) Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam hal asuhan keperawatan kepada pasien.
- 3) Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindak lanjuti oleh perawat.
- 4) Menyusun rencana kerja.

Operan jaga (handoff) bertujuan memperbaiki kembali tugas yang diberikan saat perpindahan informasi dalam keselamatan pasien dan keefektifan bekerja.

d. Manfaat Operan Jaga

a) Bagi Perawat

- 1) Meningkatkan kemampuan komunikasi perawat.
- 2) Menjalin hubungan kerjasama dan tanggung jawab antar perawat.
- 3) Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan.
- 4) Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna.

b) Bagi Pasien

Klien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap.

c) Bagi Rumah Sakit

Meningkatkan pelayanan keperawatan klien secara komperhensif.

e. Hal –Hal yang Perlu di Perhatikan saat Operan Jaga

Menurut Nursalam (2008) hal-hal yang perlu diperhatikan saat operan jaga antara lain:

- a) Dilaksanakan tepat pada waktu pergantian shift.
- b) Dipimpin oleh kepala ruang atau penanggung jawab pasien (PP).
- c) Diikuti oleh perawat yang telah melakukan dinas dan yang akan melakukan dinas.
- d) Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis dan menggambarkan kondisi pasien pada saat ini serta menjaga kerahasiaan pasien.
- e) Operan jaga harus berorientasi pada permasalahan pasien.
- f) Pada saat operan yang dilakukan dikamar pasien menggunakan volume yang cukup sehingga pasien yang berada disebelahnya tidak mendengar sesuatu yang rahasia bagi klien. Sesuatu yang dianggap rahasia menurut pasien tidak dianjurkan dibicarakan secara langsung didekat pasien.
- g) Hal yang akan disampaikan apabila dampaknya akan membuat pasien terkejut sebaiknya tidak dibicarakan didepan pasien namun dibicarakan di nurse station.

f. Komunikasi Saat Operan Jaga

Operan jaga merupakan suatu cara yang digunakan dalam menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berhubungan dengan kondisi pasien. Operan jaga sebaiknya dilakukan secara efektif, dengan cara menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap mengenai tindakan mandiri yang sudah dilakukan perawat. Tidak hanya tindakan yang sudah dilakukan namun juga tindakan yang belum dilakukan dan juga disertakan perkembangan dari kondisi pasien. Informasi yang diberikan harus disampaikan dengan akurat sesuai dengan asuhan keperawatan agar dapat berjalan dengan baik.

Operan jaga dilakukan oleh perawat primer (perawat penanggung jawab) dan disertakan perawat asosiet (perawat pelaksana) pada dinas sore atau dinas malam secara tertulis dan lisan. Informasi yang disampaikan saat pertukaran dinas yang dilakukan dua atau tiga kali sesuai dengan shift yang digunakan dirumah sakit pada setiap ruang (Nursalam,2008).

Laporan tersebut merupakan komunikasi yang bertujuan untuk memindahkan informasi untuk menunjang keselamatan pasien sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan, laporan tersebut berisi biodata pasien, jenis penyakit, TTV/tanda-tanda vital, keadaan umum, rencana tindakan, tindakan yang telah dan akan dilakukan (Nursalam, 2008).

Penerapan handoff/operan jaga dapat dilakukan dengan penyampaian yang jelas, tepat, bertatap muka antar perawat saat

melakukan komunikasi merupakan salah satu cara dalam melakukan handover. Namun, masalah yang biasanya terjadi berasal dari penyedia jasa perawatan yang terdidik maupun tidak terdidik, kurangnya peran yang baik, dan sistem perawatan kesehatan (WHO,2007).

g. Proses operan jaga menggunakan teknik S-BAR

Operan perawat secara modern dengan teknik *SBAR menurut JCI (2010)* adalah :

- a) Pertama dengan mempersiapkan format pendokumentasian menggunakan teknik *SBAR* pada masing-masing pasien setiap *shift*, buku catatan operan, dan rekam medik pasien.
- b) Kedua menyampaikan keadaan pasien dan evaluasi tindakan yang sudah dilakukan dan kemajuan keadaan pasien setelah tindakan dilakukan di *nurse station* sesuai dengan metode S-BAR.
- c) Ketiga setelah operan *nurse station* dilanjutkan dengan melihat keadaan pasien secara langsung dan menanyakan kepada pasien tentang kemajuan keadaan pasien dan keluhan yang masih dirasakan, dan pemberian pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga.

Dengan dilakukannya operagan jaga menggunakan teknik S-BAR memungkinkan terjalin komunikasi yang efektif baik antara pasien dan perawat dan sesama perawat antar *shift*.

2. Konsep Komunikasi S-BAR

a. Definisi

Komunikasi S-BAR menurut NHS (2012) adalah komunikasi yang dilakukan oleh perawat dalam menyampaikan kondisi pasien dan untuk mengatur informasi yang sesuai secara jelas dan lengkap sehingga dapat diterima oleh perawat lainnya secara akurat dan efisien pada saat operan jaga/pergantian shift. Komunikasi S-BAR meliputi (*Situation, Background, Assesment, Rekomendation*).

b. Tujuan

Tujuan komunikasi S-BAR adalah:

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

c. Langkah-langkah Komunikasi SBAR

Pelaksanaan Komunikasi toolSBAR disaat berkomunikasi secara langsung berhadapan dengan tim kesehatan yang lain. Langkah-langkah tersebut dijelaskan dibawah ini menurut Capital Health, 2011, *Quality Improvement Tool* :

- 1) *Situation/Situasi*
 - a) Menentukan nama pasien dan kondisi atau situasi saat ini.

- b) Jelaskan apa yang terjadi pada pasien untuk mengawali percakapan ini dan menjelaskan bahwa pasien telah mengalami perubahan kondisi.
- 2) *Background/Latar Belakang*
- a) Menyatakan tanggal tanggal penerimaan pasien, diagnosis, dan sejarah medis pasien.
 - b) Berikan sinopsis atau ringkasan singkat dari apa yang telah dilakukan selama ini.
- 3) *Assessment/Pengkajian*
- a) Ringkasan kondisi atau situasi pasien.
 - b) Jelaskan apa yang menjadi permasalahannya: “Saya tidak yakin apa masalah dari pasien, namun kondisi pasien memburuk, dan tidak stabil, sehingga perlu dilakukakn suatu tindakan”.
 - c) Memperluas pernyataan perawat dengan tanda-tanda dan gejalanya.
- 4) *Recomendation/Rekomendasi*
- a) Jelaskan apa yang diinginkan dokter setelah melihat hasil tindakan (misalnya: tes laboratorium, perawatan).
 - b) Perawat meromendasikan dokter untuk melakukan kunjungan kepada pasien dan keluarga pasien.
 - c) Apakah ada tes lain yang diperlukan seperti: EKG

- d) Perawat menyampaikan kepada dokter setiap terdapat pengobatan baru atau apabila ada perubahan dalam perintah segera diinformasikan oleh dokter kepada perawat.
- e) Jika terdapat perbaikan ataupun tidak adanya perbaikan kondisi pada pasien, perawat akan menghubungi dokter kembali, menanyakan ke dokter tindakan yang harus dilakukan perawat sampai ditempat (*Capital Health, 2011, Quality Improvement Tool*, <http://www.cdha.nshhealth.ca/quality/ihitools.html>).

d. Alasan Penggunaan Komunikasi Dengan S-BAR

Komunikasi antar tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan ternyata tidak memadai seperti komunikasi antara dokter dengan perawat, hal ini merupakan salah satu penyebab kesalahan medis/insiden keselamatan pasien. Hambatan yang terjadi dalam komunikasi perbedaan dalam staf pelayanan. Hambatan tersebut dapat terjadi termasuk dalam hirarki, jenis kelamin, latar belakang etnis dan perbedaan dalam gaya komunikasi antara kedisiplinan dan individu itu sendiri. Komunikasi dapat dikatakan efektif jika didalam tim terdapat standar komunikasi yang terstruktur (WHO,2007).

Komunikasi menggunakan S-BAR dapat mengurangi insiden komunikasi yang tidak terjawab dan telah terjadi melalui penggunaan asumsi, bantuan atau ketidakjelasan sikap.

Menurut *American Journal of Nursing* (2006) Komunikasi menggunakan S-BAR merupakan mekanisme yang efektif terhadap hirarki tradisional antara tenaga kesehatan seperti antara dokter dengan perawat dalam memberikan tindakan perawatan. Komunikasi S-BAR dapat membangun bahasa dengan penggunaan bahasa umum pada saat berkomunikasi, sehingga mengurangi hambatan dalam berkomunikasi antar tenaga kesehatan.

e. Fungsi Alat S-BAR dalam proses komunikasi

Alat S-BAR terdiri dari pertanyaan standar yang cepat dalam empat bagian, yang dapat digunakan untuk memastikan bahwa perawat dapat menyampaikan informasi dengan tegas dan efektif, untuk mengurangi pengulangan. Alat S-BAR digunakan agar perawat agar perawat mampu merumuskan informasi dengan tepat dan detail. Alat S-BAR juga membantu perawat dalam mempersiapkan informasi yang dibutuhkan oleh tenaga kesehatan lain dalam meningkatkan keterampilan (WHO, 2007).

f. Waktu Penggunaan Komunikasi dengan S-BAR

Perawat menggunakan S-BAR dalam pengaturan klinis dalam membuat rekomendasi agar komunikasi terjamin kejelasannya. Perawat memiliki peranan penting, namun terkadang dalam membuat rekomendasi perawat mengalami kesulitan dalam berkomunikasi karena kurangnya pengalaman. Penggunaan S-BAR dapat mencegah hit dan

miss dari suatu keinginan dan harapan pada saat melakukan operan jaga (Velji, et al, 2012).

Menurut *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organization National Patient Safety Goals* (2006) alat S-BAR dapat dapat memebentuk komunikasi pada tahap perjalanan pasien, dari isi rujukan dokter umum, konsultan untuk rujukan, konsultan untuk berkomunikasi.

g. Peran Perawat dalam Pelaksanaan S-BAR

Sesuai dengan kode etik keperawatan tentang tanggung jawab perawat terhadap tugas Pasal 1 Menyatakan bahwa perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga, dan masyarakat, Pasal 5 Menjelaskan bahwa perawat sesantiasa mengutamakan perlindungan dan keselamatan kliaen dalam melaksanakan tugas keperawatan serta matang dalam memepertimbangkan kemampuan jika menerima atau mengalih tugaskan tanggungjawab yang ada hubungannya dengan keperawatan.

3. Standar Prosedur Operasional (SPO)

a. Definisi

Menurut Atmoko (2010) Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu acuan atau pedoman untuk melaksanakan tugas sesuai

dengan fungsi dan alat penilaian kerja di instansi berdasarkan indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja.

b. Tujuan SPO

Tujuan SPO menurut Atmoko (2010) adalah komitmen yang diciptakan oleh satuan unit kerja instansi mengenai apa yang dikerjakan. Sedangkan menurut Depkes RI (2006) tujuan umum dari SPO adalah mengarahkan kegiatan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang efisien dan efektif sehingga dapat menjadi konsisten dan aman dalam meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku. Perumusan SPO dapat dikatakan relevan apabila dapat menjadi tolak ukur dalam menilai keefektifitasan dan efisiensi kinerja instansi dalam melaksanakan program kerjanya (Atmoko, 2010).

4. Keselamatan pasien

Keselamatan/*safety* saat ini merupakan hal yang penting diterapkan dalam suatu rumah sakit. Terdapat lima hal yang berkaitan dengan keselamatan rumah sakit/*hospital safety*, seperti keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan petugas kesehatan, keselamatan bangunan, dan peralatan yang berada di rumah sakit yang dapat mengakibatkan keselamatan pasien dan keselamatan petugas rumah sakit, serta keselamatan lingkungan dan keselamatan bisnis rumah sakit yang

berkaitan dengan keberlangsungan perkembangan rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Keselamatan pasien/*patient safety* menurut Departemen Kesehatan (2006) adalah bebas dari cedera aksidental atau menghindarkan cedera pada pasien akibat perawatan medis dan kesalahan pengobatan. Sedangkan menurut PERMENKES RI Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Tujuannya adalah mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan.

UU no 44 th 2009 menyatakan keselamatan pasien rumah sakit yang tertuang dalam pasal 1: Rumah Sakit merupakan istitusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan serta paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, pasal 2: Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, dan persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Kewajiban Rumah Sakit adalah pada pasal 29 ayat b: Memberikan

pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan Rumah Sakit.

5. 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). Tertuang juga dalam PERMENKES RI No.169/MenKes/PER/VIII/2011 menyebutkan sasaran keselamatan pasien antara lain:

a. Ketepatan identifikasi pasien

Kesalahan dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi hampir semua tahapan diagnosis dan pengobatan, sehingga perlu dilakukan dua kali pengecekan: pertama dengan mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan, kedua untuk menyesuaikan tindakan atau pengobatan pada individu tersebut. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien adalah pasien dalam keadaan terbius/tersedasi, mengalami disorientasi waktu, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi didalam rumah sakit; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain (Kemenkes RI, 2011).

Kebijakan/prosedur secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah/produk darah, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, memberikan obat atau tindakan lain. Kebijakan/prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *bar-code*. Nomor kamar pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan/prosedur juga menjelaskan penggunaan dua identitas yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti pelayanan rawat jalan, unit gawat darurat, atau kamar operasi, termasuk identifikasi pada pasien koma tanpa identitas. Suatu proses kolaboratif dapat digunakan untuk mengembangkan kebijakan/prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi yang dapat diidentifikasi (Kemenkes RI, 2011).

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 elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan

kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan STAT/segera (Kemenkes, 2011).

Kebijakan yang harus dibuat untuk memenuhi sasaran keselamatan pasien tentang peningkatan komunikasi efektif meliputi kebijakan/ prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisiten (*format write down, read back, repeat back*, dan SBAR), SPO komunikasi pada saat serah terima jaga shif, SPO komunikasi penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis dan daftar hasil pemeriksaan penunjang yang kritis misalnya laboratorium, radiologi,patologi anatomi (Kemenkes RI, 2011).

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

Obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien terkait dengan keamanan obat. Obat-obat yang harus diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat-obat yang sering mengalami masalah serius (*sentinel event*), obat yang serig menyebabkan dampak tidak diinginkan (*adverse event*) seperti obat-obatan yang terlihat mirip.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan/ prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkam data yang ada di rumah sakit. Kebijakan/prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang

mebutuhkan elektrolit konsentrat (seperti kalium, natrium, magnesium sulfat), seperti di IGD atau kamar operasi serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/ kurang hati-hati (Kemenkes RI, 2011).

d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

Kesalahan operasi, prosedur, dan pasien adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang melibatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi (*site making*) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Assessment pasien yang tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung, komunikasi terbuka antara anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan penulisan tangan yang terbaca dan pemakaian singkatan adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

e. Pengurangan resiko 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. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun

infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat (Kemenkes RI, 2011).

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi resiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan/prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk *hand hygiene* yang sudah diterima secara umum untuk implementasi petunjuk di rumah sakit (Kemenkes RI, 2011)

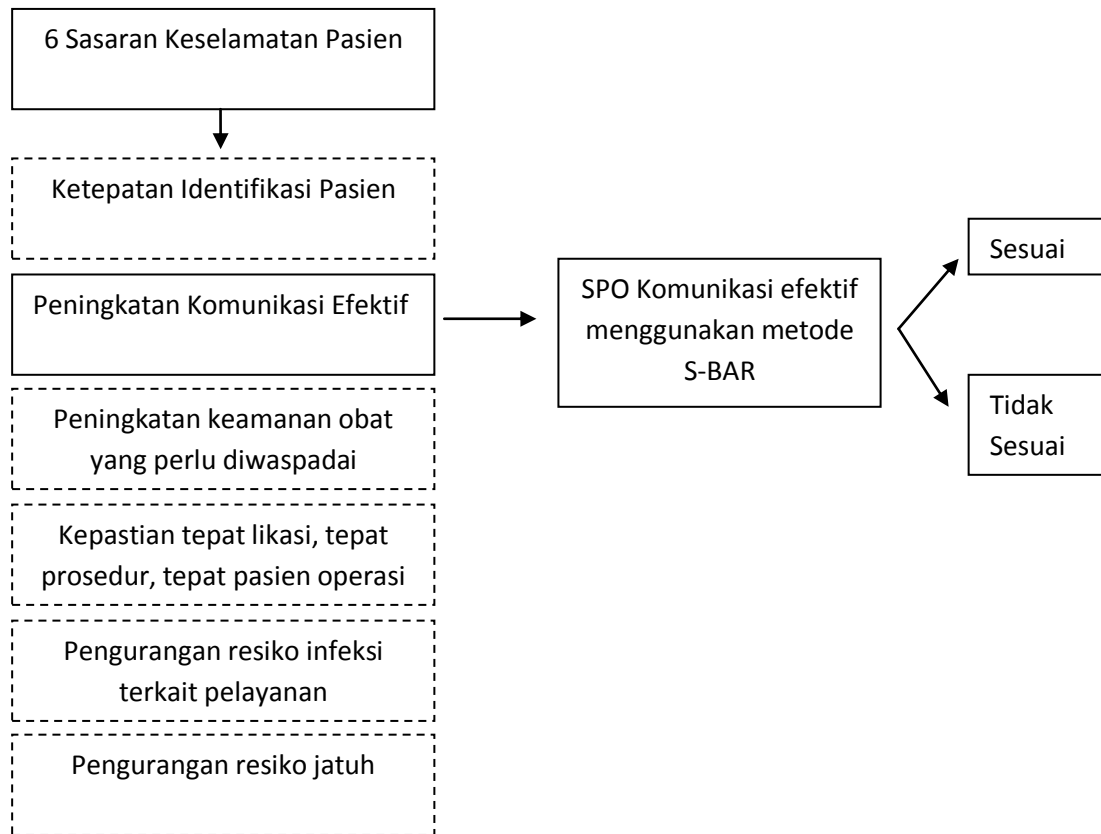
f. Pengurangan resiko pasien jatuh

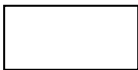
Jumlah kasus jatuh banyak terjadi yang menyebabkan cedera banyak terjadi pada pasien rawat inap. Rumah sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera.

Assesment pasien dengan resiko jatuh dilakukan dengan tujuan mengurangi terjadinya pasien jatuh. Assesment pasien resiko jatuh dilakukan mulai dari mengetahui riwayat jatuh, diagnosis sekunder (lebih dari diagnosa medis), alat bantu jalan (perabot, tongkat/alat penopang, tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring), terpasang infus, gaya bejalan (terganggu, lemah, normal, imobilisasi, status mental (sering lupa, orientasi baik) (Kemenkes RI, 2011).

B. Kerangka Konsep

Gambar 2.1 Kerangka Konsep



 = Variabel yang diteliti

 = Variabel yang tidak diteliti

Sumber : WHO *Patient Safety* (2007), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKP-RS PERSI), *Joint Commission Internasional/JCI* (2011), PERMENKES RI No 169/MenKes/PER/VIII/2011, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization National Patient Safety Goals* (2006).