

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Rumah Sakit

Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul adalah salah satu rumah sakit umum daerah di Kabupaten Bantul Yogyakarta yang berdiri pada tahun 1953 dan awalnya sebagai Rumah Sakit Hongeroedem. Pada 1956 rumah sakit ini resmi menjadi Rumah Sakit Kabupaten dengan 60 Tempat Tidur (TT) dan terus berkembang hingga pada tahun 1967 menjadi 90 TT. Tanggal 1 April 1982 rumah sakit diresmikan Menteri Kesehatan Republik Indonesia sebagai Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Bantul Tipe D. Sebelas tahun kemudian RSUD Kabupaten Bantul ditetapkan menjadi rumah sakit tipe C dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 202/Menkes/SK/11/1993.

Nama Panembahan Senopati ditetapkan secara resmi pada 29 Maret 2003 yang menjadikan rumah sakit ini lalu disebut Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Panembahan Senopati Bantul. Sesuai SK Menkes No. 142/Menkes/SK/I/2007 tanggal 31 Januari 2007 tentang Peningkatan Kelas, RSUD Panembahan Senopati Bantul

mulai berganti tipe dari rumah sakit tipe C menjadi rumah sakit tipe B non pendidikan dengan jumlah tempat tidur 285. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Kabupaten Bantul ditetapkan sebagai rumah sakit yang menerapkan “Pola Pengelolaan Keuangan” sebagai Badan Layanan Umum Daerah (PPKBLUD) sesuai Keputusan Bupati Bantul Nomor 195 Tahun 2009 tanggal 21 Juli 2009. Kini RSUD Panembahan Senopati Bantul telah menjadi RS pendidikan tipe B dan pada tahun 2015 mendapat sertifikasi akreditasi penuh predikat Paripurna Bintang Lima dengan nomor KARSSERT/105/IV/2015.

RSUD Panembahan Senopati merupakan pendukung penyelenggaraan pemerintah daerah yang dipimpin oleh seorang direktur. Posisi direktur ini berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah dengan tugas melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan. RSUD Panembahan Senopati Bantul memiliki visi sebagai berikut: terwujudnya rumah sakit yang unggul dan menjadi kebanggaan seluruh masyarakat.

Sedangkan misinya yaitu:

- a. Memberikan pelayanan prima pada pelanggan
- b. Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia

- c. Melaksanakan peningkatan mutu berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan
- d. Meningkatkan jalinan kerjasama dengan mitra-mitra terkait
- e. Meningkatkan ketersediaan sarana prasarana yang berkualitas
- f. Menyelenggarakan tata kelola keuangan yang sehat dan bersih untuk mendukung tercapainya pertumbuhan organisasi

2. Karakteristik Subyek Penelitian

Subyek yang dipilih dalam penelitian ini adalah perawat bangsal rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul yang melakukan komunikasi dengan dokter spesialis menggunakan telepon. Kriteria eksklusi untuk perawat yang sedang cuti dan perawat yang tidak bersedia menjadi subyek penelitian. Penelitian ini tentunya melibatkan kepala shift jaga di bangsal tersebut. Penelitian dilakukan di bangsal rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul, dengan jumlah 37 subyek penelitian.

Observasi data dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul dan dilakukan di lima ruang perawatan atau bangsal, yaitu ruang perawatan Flamboyan (unit penyakit dalam), Bakung (unit penyakit dalam), Cempaka (unit penyakit dalam), Melati (unit bedah), Bougenvil (unit bedah tulang). Bangsal tersebut dipilih karena tidak

ada koass yang bertugas maupun residen yang bertugas sehingga memudahkan penelitian ini.

Berikut adalah hasil karakteristik demografi responden penelitian.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Responden (%)
Umur	
21-25	16
26-30	41
31-35	14
36-40	8
41-45	11
46-50	5
51-55	5
Jenis Kelamin	
Pria	32
Wanita	68
Status Pendidikan	
D3	73
S1	27
Lama Kerja (tahun)	
1-5	41
6-10	33
11-15	16
16-20	5
>20	5

Dari usia responden, didapatkan responden yang berusia 21-25 tahun sebanyak 6 orang (16%), usia 26-30 tahun sebanyak 15 orang (41%), usia 31-35 tahun sebanyak 5 orang (14%), usia 36-40 tahun sebanyak 3 orang (8%), usia 41-45 tahun sebanyak 4 orang (11%), usia 46-50 tahun sebanyak 2 orang (5%) dan yang berusia 51-55 tahun sebanyak 2 orang (5%).

Dari jenis kelamin responden, didapatkan responden yang berjenis laki-laki sebanyak 12 orang (32%), sedangkan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 25 orang (68%).

Dari status pendidikan, didapatkan 27 responden dengan pendidikan terakhir D3 (73%) dan 10 lainnya dengan pendidikan terakhir S1 (27%).

Dari 37 responden yang diteliti didapatkan 15 responden (41%) telah bekerja selama 1-5 tahun, 12 responden (33%) telah bekerja selama 6-10 tahun, 6 responden (16%) telah bekerja selama 11-15 tahun, 2 responden (5%) telah bekerja selama 16-20 tahun, sedangkan 2 responden lain (5%) telah bekerja selama >20 tahun.

3. Analisa Data

Analisa data untuk implementasi komunikasi SBAR antara dokter dan perawat melalui telepon.

Tabel 4.2 Implementasi komunikasi dokter-perawat melalui telepon di ruang rawat inap

Teknik Komunikasi	Implementasi (%)
Teknik SBAR	
<i>Situation (S)</i>	69
<i>Background (B)</i>	62
<i>Assessment (A)</i>	32
<i>Recommendation (R)</i>	100

Pada penelitian ini, didapatkan hasil observasi implementasi komunikasi perawat dengan dokter melalui telepon di ruang rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan teknik komunikasi

SBAR. Komunikasi dengan telepon antara perawat dengan dokter dinilai tidak efektif karena frekuensi implementasi komponen teknik komunikasi SBAR tidak mencapai 100%.

Komponen S (*Situation*) tercapai 69% dan komponen B (*Background*) tercapai 62%. Komponen A (*Assessment*) merupakan yang terendah (32%) diantara komponen teknik komunikasi SBAR. Komponen R (*Recommendation*) merupakan komponen dengan frekuensi tertinggi (100%).

Tabel 4.3 Pengalaman perawat terhadap komunikasi perawat dengan dokter
melalui telepon

6.

Pengalaman Perawat	Frekuensi (%)				
	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
Keterbukaan/kolaborasi:					
Saya merasa terburu-buru berkomunikasi dengan dokter melalui telepon	40	22	27	11	0
Saya merasa bahwa dokter tidak ingin berurusan dengan masalah yang dikomunikasikan melalui telepon	65	19	16	0	0
Dokter tidak mempertimbangkan pandangan perawat ketika membuat keputusan tentang pasien	43	27	14	16	0
Saya khawatir bahwa dokter menginstruksikan yang tidak sesuai atau tidak perlu	40	41	19	0	0
Logistik:					
Saya sulit menemukan tempat yang tenang untuk menelepon dokter	49	30	21	0	0
Saya sulit menghubungi dokter	35	24	38	3	0
Saya merasa tidak cukup waktu untuk mengatakan sesuatu kepada dokter	38	22	24	16	0
Saya sulit menemukan waktu yang tepat untuk menelepon dokter	38	32	30	0	0
Etika:					
Saya akan mengantisipasi ketika dokter tidak senang atau tersinggung saat ditelepon	24	27	27	19	3
Dokter menginterupsi (menghentikan) pembicaraan telepon sebelum saya mengakhiri laporan pasien	56	22	22	0	0

Pengalaman Perawat	Frekuensi (%)				
	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
Saya merasa tidak dihormati setelah berinteraksi dengan dokter melalui telepon	59	19	22	0	0
Saya merasa dokter berkata tidak sopan ketika ditelepon tentang pasien	56	22	22	0	0
Saya merasa frustrasi setelah berinteraksi dengan dokter	57	24	19	0	0
Hambatan bahasa: Saya menemukan bahasa atau logat bahasa dokter yang sulit untuk dimengerti apa yang diucapkannya	27	30	40	3	0
Saya sulit mengerti apa yang dimaksud oleh dokter mengenai istilah medis	27	43	30	0	0
Saya merasa dokter sulit mengerti apa yang perawat ucapkan mengenai bahasa atau logat bahasa perawat	35	43	22	0	0
Persiapan komunikasi: Saya merasa bahwa saya mengganggu dokter	27	30	40	3	0
Saya ragu-ragu untuk menelepon dokter	27	46	27	0	0

Tabel 4.3 menampilkan data tentang pengalaman perawat berkomunikasi dengan dokter melalui telepon di ruang rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul berdasarkan faktor keterbukaan/kolaborasi, logistik, etika, hambatan bahasa, dan persiapan komunikasi.

Pada faktor keterbukaan/kolaborasi diketahui pengalaman terbanyak bagi perawat, yaitu perawat mengungkapkan bahwa dokter tidak mempertimbangkan pandangan perawat ketika membuat keputusan tentang pasien (16%). Diketahui bahwa 11% perawat sering merasa terburu-buru berkomunikasi dengan dokter. Pada aspek logistik ditemukan bahwa perawat tidak cukup waktu untuk mengatakan sesuatu kepada dokter merupakan pengalaman yang sering diungkapkan oleh responden (16%). Terdapat 3% responden mengungkapkan bahwa perawat sulit menghubungi dokter. Pada faktor etika terdapat 22% responden mengungkapkan bahwa perawat akan mengantisipasi ketika dokter tidak senang atau tersinggung saat ditelepon. Dari sisi hambatan bahasa ditemukan 3% responden sering menemukan bahasa atau logat bahasa dokter yang sulit dimengerti. Perawat merasa mengganggu dokter merupakan pengalaman terbanyak yang diungkap oleh responden (3%) dari segi persiapan komunikasi.

Tabel 4.4 Hasil wawancara kepada perawat ruang rawat inap

Pertanyaan	Jawaban	Jumlah(%)
Mengapa komunikasi SBAR tidak mencapai	Waktu yang terbatas	35
	Kebiasaan kerja	27
	Perbedaan profesi perawat-dokter	13

100%?	Kelengkapan yang dirasa tidak terlalu penting	11
	Dokter seperti terburu-buru untuk mengakhiri telepon	11
	Beban kerja yang berlebih	3
Apa hambatan yang paling sering ditemui?	Takut mengganggu dokter	49
	Merasa terburu-buru	22
	Dokter tidak mempertimbangkan pandangan perawat	16
	Sulit menghubungi dokter	5
	Tidak cukup waktu	5
	Bahasa/pengucapan dokter yang kurang jelas	3
Apakah sudah ada SOP tentang komunikasi SBAR?	Sudah	73
	Belum	27
Mengapa implementasi SOP belum berjalan dengan baik?	Sudah menulis di lembar CPPT	48
	Kurangnya sosialisasi	30
	Tidak ada teguran dari manajemen	22

Tabel 4.4 di atas menjelaskan tentang alasan komunikasi SBAR yang tidak mencapai 100%, didapatkan enam jawaban yang berbeda. Terdapat 35% perawat yang mengatakan waktu komunikasi yang terbatas, 27% mengatakan kebiasaan kerja yang memang demikian, kemudian perbedaan profesi perawat-dokter 13%, kelengkapan yang dirasa tidak terlalu penting 11%, dokter seperti terburu-buru untuk mengakhiri telepon 11% dan terakhir sebanyak 3% mengatakan beban kerja yang berlebih.

Selanjutnya adalah pertanyaan tentang hambatan apa saja yang paling sering ditemui oleh perawat ketika berkomunikasi dengan dokter menggunakan telepon. Hasilnya adalah perawat merasa takut mengganggu dokter sebanyak 49%, sebanyak 22% perawat merasa

terburu-buru, 16% perawat merasa dokter tidak mempertimbangkan pandangan perawat, 5% perawat sulit untuk menghubungi dokter, 5% perawat merasa tidak cukup waktu dan 3% mengatakan bahasa/pengucapan dokter yang kurang jelas.

Pertanyaan selanjutnya adalah untuk mengetahui pengetahuan tentang SOP komunikasi SBAR. Sebanyak 27 orang (73%) perawat menjawab sudah ada SOP, dan sisanya 10 orang (27%) menjawab belum ada. Dari 27 orang tersebut dilanjutkan wawancara ke pertanyaan berikutnya, yaitu mengapa implementasi SOP tersebut belum berjalan dengan baik. Hasilnya adalah sebanyak 48% perawat mengatakan bahwa mereka sudah menulis di lembar CPPT, 30% perawat mengatakan kurangnya sosialisasi dari SOP tersebut dan sisanya sebanyak 22% mengatakan bahwa tidak ada teguran dari pihak manajemen.

B. Pembahasan

Komunikasi telepon antara perawat dengan dokter di ruang rawat inap dinilai tidak efektif karena implementasi metode SBAR tidak mencapai 100%. Diketahui implementasi metode SBAR yang tidak mencapai 100%, adalah: komponen *situation* (69%), *background* (62%), dan *assessment* (32%). Komponen *Assessment* merupakan komponen

yang paling jarang dilakukan oleh perawat ketika berkomunikasi dengan dokter melalui telepon. Sedangkan pada bagian *Recommendation* didapatkan angka yang paling tinggi yaitu sebesar 100%. Hal yang sama ditemukan pula oleh Nazri *et al*, bahwa komponen alat komunikasi SBAR dengan frekuensi terendah yang dilakukan oleh perawat adalah *Assessment*, yaitu sebesar 21% dan yang tertinggi *Recommendation* yaitu sebesar 100%.

Dari hasil wawancara dengan responden didapatkan beberapa alasan mengapa implementasi SBAR tidak mencapai 100%. Diantaranya adalah keterbatasan waktu (35%), cara komunikasi yang sudah menjadi kebiasaan (27%), perbedaan profesi antara perawat dan dokter (13%), kelengkapan poin komunikasi SBAR dianggap tidak terlalu berpengaruh (11%), dokter terburu-buru mengakhiri pembicaraan (11%) dan beban kerja yang dirasa berlebihan (3%).

Salah satu alasan dari hasil wawancara tersebut adalah adanya perbedaan profesi. Hal ini menjelaskan cakupan *Assesment* yang sangat rendah yaitu 32%. *Assesment* dilaksanakan dengan cara melaporkan hasil temuan klinis kepada penerima informasi, sedangkan pada penelitian ini yang melakukan komunikasi adalah perawat dan dokter. Dimana terdapat perbedaan *Asessment*/diagnosis diantara kedua profesi tersebut.

Hal yang sebaliknya didapatkan pada *Recommendation* yang hanya bersifat satu arah, yaitu dokter spesialis memberikan rekomendasi kepada perawat yang menelepon. Sehingga perbedaan profesi menjadi hal yang menghambat dalam pelaksanaan komunikasi SBAR antara perawat dengan dokter.

Situation dan *Background* pada penelitian ini tidak mencapai 100%, hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara dimana perawat merasa kelengkapan poin komunikasi SBAR tidak terlalu berpengaruh. Seperti jarang menyebutkan nama perawat (*Situation*) dan pelaporan tanda vital pasien (*Background*) yang terkadang tidak lengkap.

Selain itu ada beberapa alasan lain yang menjelaskan komunikasi SBAR yang tidak 100%. Seperti yang terdapat di *Jurnal Human care vol 1 No. 2*, oleh Rezkiki dan Utami (2017), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi SBAR. Beberapa diantaranya seperti masalah pengetahuan, kurangnya motivasi dan sikap kerja yang kurang positif di rumah sakit.

Perawat pada dasarnya memiliki pengetahuan yang baik tentang komunikasi SBAR, baik dari sisi pengertian, tujuan, manfaat serta prosedur SBAR. Akan tetapi pengetahuan perawat hanya sekedar mengetahui saja, belum pada tahap pelaksanaan. Keadaan tersebut dipengaruhi oleh faktor budaya dan kebiasaan kerja perawat.

Motivasi perawat berkaitan dengan pelaksanaan komunikasi SBAR, dimana perawat dengan motivasi kerja yang tinggi lebih cenderung akan bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang telah ditetapkan demi meningkatkan profesionalitas dan kualitas kerjanya. Hubungan antara motivasi kerja dan pelaksanaan komunikasi efektif SBAR saling mempengaruhi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fitria (2013) yang berjudul Efektivitas Pelatihan Komunikasi SBAR Dalam Meningkatkan Motivasi dan Psikomotor Perawat di Ruang Medikal Bedah RS PKU Muhammadiyah Surakarta, menggambarkan bahwa pelatihan komunikasi SBAR mempengaruhi nilai motivasi dan psikomotor. Hal senada juga disampaikan oleh Rina (2014) bahwa adanya pengaruh pelatihan teknik komunikasi SBAR terhadap motivasi dan kepuasan perawat dalam melakukan operan. Teknik komunikasi SBAR dapat diterapkan lebih lanjut diseluruh ruang rawat inap dengan pelatihan lanjutan.

Berdasar hasil penelitian Bawelle *et al* (2013), sikap positif akan berhubungan secara signifikan dengan perilaku perawat dalam upaya pelaksanaan keselamatan pasien (*patient safety*). Hal tersebut menunjukkan semakin baik sikap, maka semakin baik pula perilaku perawat dalam upaya pelaksanaan program keselamatan pasien di suatu rumah sakit. Dalam hal pelaksanaan komunikasi SBAR, seorang

perawat yang menunjukkan respon sikap positif akan cenderung untuk melaksanakan seluruh aspek dari komunikasi SBAR, karena setiap aspek yang ditentukan dalam standar operasional dianggap penting dan harus dilaksanakan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi efektifitas komunikasi, yaitu: karakterer perawat, kelelahan fisik, bahasa, dukungan manajemen, fasilitas pendukung yang disediakan (Agustriyanti, 2015).

Permasalahan komunikasi yang tidak cukup efektif disebabkan oleh beberapa faktor yang dapat diketahui dari kuesioner dan wawancara kepada responden. Studi ini menemukan bahwa perawat sering mengalami masalah komunikasi dengan dokter melalui telepon karena persoalan kolaborasi, logistik, etika, bahasa, dan dari segi persiapan komunikasi.

Diantaranya adalah perawat merasa terburu-buru ketika berkomunikasi dengan dokter menggunakan telepon (11%). Dari hasil wawancara didapatkan 22% yang merasa terburu-buru saat berkomunikasi sebagai faktor penghambatan yang paling sering ditemui. Hal ini menyebabkan perawat tidak dapat menyampaikan kondisi pasien dengan terinci. Dan mengakibatkan pelaksanaan komunikasi SBAR tidak berjalan dengan baik.

Kejadian yang sama terjadi ketika perawat merasa tidak cukup waktu untuk mengatakan sesuatu kepada dokter (16%), dan sebanyak 5% responden merasa hal tersebut sebagai hambatan yang paling sering ditemui. Hal ini terkait dengan adanya pembatasan waktu komunikasi via telepon di rumah sakit, dan juga kadang terdapat lebih dari satu pasien yang harus dilaporkan oleh perawat.

Pada faktor etika terdapat 22% responden mengungkapkan bahwa perawat akan mengantisipasi ketika dokter tidak senang atau tersinggung saat ditelepon. Sedangkan dari hasil wawancara, 49% responden merasa hal tersebut sebagai hambatan yang paling sering ditemui. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Setyawati *et al* (2009) dalam penelitiannya yang berjudul Gambaran Komunikasi Dokter dan Perawat di RSJ Suroyo Magelang, mengidentifikasi hambatan komunikasi dokter dan perawat, diantaranya masih adanya stigma bahwa perawat adalah pembantu dokter, kebiasaan komunikasi satu arah, kesibukan dokter karena bertanggungjawab terhadap beberapa bangsal dan perawat merasa rendah diri karena perbedaan status pendidikan.

Stigma bahwa perawat adalah bawahan dokter dan kebiasaan komunikasi yang bersifat satu arah tersebut berhubungan dengan faktor keterbukaan/kolaborasi. Seperti diketahui dari hasil kuesioner dan

wawancara, perawat merasa dokter tidak mempertimbangkan pandangan perawat ketika membuat keputusan tentang pasien (16%). Padahal hubungan profesi dokter dan perawat adalah kolaborasi antar profesi kesehatan. Keperawatan sebagai salah satu profesi mempunyai kewenangan yang jelas, disiplin ilmu yang berbeda dengan profesi lain, sehingga kedudukan perawat sejajar dengan profesi kesehatan lainnya, termasuk dokter (Martiningsih, 2017).

Kolaborasi antara penyedia layanan kesehatan yang diperlukan dalam perawatan kesehatan. Hal tersebut dikarenakan tidak ada profesi yang dapat memenuhi kebutuhan semua pasien secara tunggal. Akibatnya kualitas layanan yang baik tergantung kepada profesional yang bekerjasama dalam sebuah tim interprofesional. Komunikasi yang efektif antara profesional kesehatan juga penting untuk memberikan pengobatan yang efisien dan pelayanan secara komprehensif. Selain itu ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa komunikasi yang buruk antara profesional kesehatan akan merugikan pasien. (Matzioul *et al*, 2014).

Kolaborasi interprofesional di lingkungan kerja telah diakui oleh bidang kedokteran, dokter gigi, keperawatan, farmasi dan kesehatan masyarakat sebagai komponen penting dalam perawatan pasien.

Menurut Anita (2014), kerjasama tim dan kolaborasi mengharuskan perawat mampu berkomunikasi secara efektif dengan tim kesehatan dan pasien untuk mengintegrasikan perawatan yang aman dan efektif. Professional kesehatan juga harus aktif berkolaborasi dan berkomunikasi untuk memastikan pertukaran informasi yang tepat dan koordinasi dalam perawatan.

Komunikasi mencakup berbagai strategi dan tujuan, baik komunikasi secara formal atau informal antara penyedia serta antara pasien dengan keluarga mereka adalah kunci untuk perawatan pasien kolaboratif. Keterampilan komunikasi yang penting lainnya adalah kemampuan untuk menyesuaikan bahasa dengan informan. Pemahaman dan komunikasi yang efektif sebagai kompetensi yang dominan untuk praktek kolaboratif yang efektif demi meningkatkan kualitas (Rohmah, 2017).

Hasil dari penelitian Nazrie *et al* merekomendasikan pembuatan SOP (Standar Operasional Prosedur) menjadi salah satu solusi untuk memperbaiki komunikasi SBAR. Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul sudah memiliki SOP terkait dengan komunikasi SBAR tersebut. Tujuan dari SOP komunikasi SBAR adalah untuk mengurangi kesalahan komunikasi dan meningkatkan keselamatan pasien, meningkatkan mutu pelayanan, serta menjalin kerjasama dokter-perawat.

Sosialisasi tentang SOP komunikasi SBAR juga sudah dilaksanakan, namun dari hasil wawancara hanya 27 responden (73%) yang sudah mengetahui terkait dengan SOP tersebut. Kemudian dari 27 responden tersebut diberikan pertanyaan lanjutan untuk mengetahui alasan implementasi SOP SBAR yang belum berjalan dengan baik. Hasilnya sebanyak 48% responden menjawab sudah menulis di lembar CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi), sehingga dirasa seperti melakukan dua pekerjaan yang sama apabila melaksanakan SOP komunikasi SBAR kemudian didokumentasikan di form komunikasi SBAR tersendiri. Selain itu 30% responden menjawab kurangnya sosialisasi dari pihak manajemen rumah sakit dan 22% sisanya menjawab belum ada teguran dari pihak manajemen apabila SOP tersebut tidak dilaksanakan. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan SOP komunikasi SBAR tentunya diperlukan untuk mengetahui keefektifan metode SBAR. Monitoring bisa dilaksanakan dengan cara audit, memberikan kuesioner kepada perawat, dan observasi kelengkapan pendokumentasian. Rumah sakit sebagai institusi yang berwenang juga harus mengembangkan kebijakan dan prosedur terkait kolaborasi serta koordinasi antar bagian, mengimplementasikan dalam praktek sehari-hari, memonitor kepatuhan staf, mengevaluasi, dan menindaklanjuti jika ditemukan ketidaksesuaian (siklus PDCA).

