

SITUATION AWARENESS DAN KONSEP PERSEPSI PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN: A LITERATURE REVIEW

Situation awareness and the concept of healthcare provider perception: a literature review

Putu Ari Sukriyanti¹, Henny Suzana Mediani², and Ayu Prawesti Priambodo³

¹Mahasiswa Pascasarjana Keperawatan Kritis, Universitas Padjadjaran, Bandung

^{2,3}Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Bandung

E-mail: arisukriyanti@gmail.com

ABSTRACT

Situation Awareness (SA) is acknowledged as the most important factor in intensive care unit and SA as nursing strategy in improving deterioration risk identification. To date, there is no SA review with regard to mitigation and deterioration risk escalation and how healthcare providers' perception about SA associated with deteriorating risk, an evidence-based is required. Objectives: To report analysis result regarding SA associated with mitigation and risk escalation as well as healthcare providers' perception about SA associated with deteriorating risk.. Methods: This article is comprised of full text quantitative and qualitative studies in 2008-2018 which fulfill PICO and SPIDER criteria. Browsing was conducted in multiple data base namely PubMed, Proquest, Google Scholar, and Science Direct with keywords "Situation Awareness" or "Non Technical Skill" and "Intensive Care"as well as "Deterioration". Articles were selected using Appraisal tool PRISMA resulted in 14 articles. Result: the SA in nursing is defined in three levels. Error or delayed which occurs in any level will influence the result of identification process hence affect the mitigation and risk escalation processes. There is a discrepancy regarding SA concept in operating room team. Eventhough SA is described in difference subcategories, broadly speaking, these differences are still in line with the three levels of SA, namely perception on information, comprehension, and projection. Conclusion: the good SA will increase team awareness on the change in patient's condition so that deterioration is recognized as early as possible. The difference in perception regarding SA will bring about negative impact on patient safety hence it is imperative to figure out nurse perception in order to achieve and sustain SA in PICU.

Keywords: *Deterioration, Intensif Care, Non Technical Skill, and Situation Awareness*

ABSTRAK

Situation Awareness (SA) diakui sebagai faktor penting di ruang intensif dan SA sebagai strategi keperawatan dalam meningkatkan identifikasi risiko deteriorasi. Belum adanya review tentang SA dan persepsi pemberi pelayanan tentang SA terhadap risiko deteriorasi sehingga perlu dilakukan review mengenai hal diatas. Tujuannya untuk melaporkan hasil analisa tentang SA terkait tindakan mitigasi, dan eskalasi risiko serta persepsi pemberi pelayanan tentang SA terhadap risiko perburukan. Artikel terdiri dari studi kuantitatif dan kualitatif full text tahun 2008-2018 yang memenuhi kriteria PICO dan SPIDER. Pencarian pada multiple data base yaitu PubMed, Proquest, Google Scholar, Science Direct dengan kata kunci "Situation Awareness" or "Non Technical Skill" and "Intensive Care"and "Deterioration". Artikel diseleksi menggunakan Appraisal tool PRISMA dan didapatkan 14 artikel. Hasilnya adalah SA di keperawatan didefinisikan dalam tiga level. Kesalahan atau keterlambatan yang terjadi di salah satu level SA akan mempengaruhi hasil dari proses identifikasi sehingga berpengaruh terhadap proses mitigasi, dan eskalasi risiko. Terdapat perbedaan persepsi mengenai konsep SA dalam tim ruang operasi. Meskipun SA didiskripsikan dengan sub kategori yang berbeda, secara garis besar perbedaan ini tetap mengacu pada tiga level SA yang telah ada yaitu persepsi terhadap informasi, pemahaman, dan proyeksi. Kesimpulannya SA yang baik akan meningkatkan kepekaan tim terhadap perubahan kondisi yang terjadi sehingga deteriorasi dapat dikenali sedini mungkin. Perbedaan persepsi mengenai SA dapat memberikan dampak negatif terhadap keamanan pasien sehingga penting untuk menggali persepsi perawat dalam mencapai dan mempertahankan SA di PICU.

Kata Kunci : *Deterioration, Intensif Care, Non Technical Skill, and Situation Awareness*

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan di ruang intensif mencakup aktivitas pelayanan yang kompleks yang memerlukan kerja sama multidisiplin dengan permasalahan medis yang beragam. Terlebih lagi

pelayanan di Ruang Intensif Anak dengan karakteristik pasien yang jauh lebih berisiko dibandingkan dengan orang dewasa. Disamping itu, adanya interupsi yang terus-menerus, disertai berbagai tantangan dalam berkomunikasi dapat menurunkan perhatian perawat

terhadap kondisi pasien. Hal ini dapat meningkatkan kejadian tidak diharapkan (KTD) bahkan kematian.

Data menunjukkan bahwa ruang intensif cenderung memiliki angka kejadian yang lebih tinggi dilihat dari kompleksitas penyakit dan prosedur tindakan yang dilakukan (Merino *et al.*, 2012). Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian yang dilakukan Silas dan Tibballs (2010) yang melaporkan bahwa KTD di Ruang PICU *Royal Children's Hospital* Australia rerata 0,71 kejadian per pasien. Selain itu, angka kematian juga telah ditetapkan sebagai salah satu indikator mutu pelayanan di ruang intensif (Rydenfelt *et al.*, 2015). Saat ini Angka kematian Ruang Intensif di Thailand mencapai 14% (Arslanian-engoren & Scott, 2014) sedangkan di Indonesia perkiraan angka kematian masih sangat tinggi yaitu berkisar 25% dari total pasien yang dirawat (Hardisman, 2008). Tingginya angka kematian di ruang intensif anak menjadikan ruang intensif anak sebagai salah satu ruangan penyumbang terbesar angka kematian.

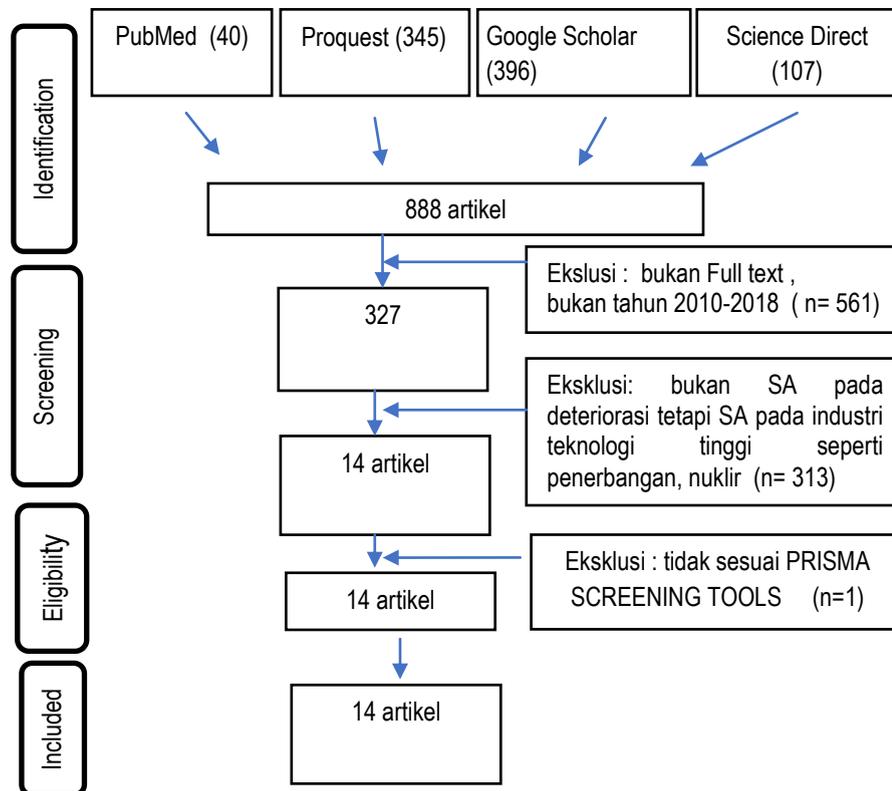
Penelitian terdahulu dibidang keselamatan pasien menemukan bahwa salah satu faktor penyebab kejadian tidak diharapkan adalah faktor manusia yang mencakup *situation awareness* (SA) (Sitterding *et al.*, 2012). Kegagalan dalam mendeteksi perburukan, dan atau tidak adanya tindakan yang diambil selain melakukan observasi, serta keterlambatan penanganan menjadi penyebab kematian pada pasien yang mengalami deteriorasi (Beaumont *et al.*, 2008; Sitterding *et al.*, 2012). Bahkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Uramatsu *et al.* (2017) menemukan bahwa ketidakadekuatan SA menjadi faktor penyebab kematian yang signifikan di Jepang selain faktor penyakit dan keterampilan teknis. SA tim yang baik mempengaruhi anggota tim dalam memonitor pasien, memprioritaskan masalah, dan mengantisipasi kondisi yang harus segera ditangani (Reader *et al.*, 2011). Kondisi ini tentunya dapat meningkatkan *outcome* pasien, menurunnya angka kematian dan kesakitan, angka kejadian infeksi nasokomial, dan tercapainya kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit (Cooper *et al.*, 2010; Reader *et al.*, 2011).

Belum adanya *review* tentang SA terkait tindakan mitigasi dan eskalasi risiko deteriorasi dan bagaimana persepsi pemberi pelayanan tentang SA terhadap risiko deteriorasi. Hal ini menandakan SA, tindakan mitigasi, dan eskalasi kurang diketahui dengan baik di keperawatan dan bahkan mungkin belum diterapkan dalam praktek dilapangan sehingga perlu *evidence-based* mengenai hal tersebut. *Literature review* ini bertujuan melaporkan hasil analisa tentang SA terkait tindakan mitigasi, dan eskalasi risiko serta persepsi pemberi pelayanan tentang SA terhadap risiko deteriorasi.

METODE PENELITIAN

Metode dalam penyusunan artikel ini adalah *critical review* artikel *full text* sepuluh tahun terakhir yaitu dari tahun 2008-2018 dalam Bahasa

Inggris pada level VI (Kualitatif Studi) keatas yang memenuhi kriteria PICO dan SPIDER. Karena keterbatasan artikel maka digunakan studi kualitatif dan kuantitatif untuk mendapatkan hasil *review* yang lebih akurat Pencarian *data base* PubMed, Proquest, Google Scholar, Science Direct dengan kata kunci "*Deterioration*", "*Intensive Care*", "*Situation Awareness*", "*Non Technical Skill*". Pencarian dilakukan dengan menggabungkan kata kunci seperti "*Deterioration*" and "*Intensive Care*" and "*Situation Awareness*" or "*Non Technical Skill*" untuk mendapatkan artikel yang sesuai dengan topik dan tujuan. Didapatkan 40 artikel di PubMed, 345 artikel di Proquest, 396 artikel di Google Scholar, dan 107 artikel di Scienc Direct. Artikel diseleksi menggunakan *Appraisal tool* PRISMA untuk mendapatkan artikel yang berkualitas, dan didapatkan 14 artikel yang sesuai. Selanjutnya dilakukan pembacaan artikel secara intensif dan dibuatkan ringkasan dari setiap artikel. Hasil ringkasan kemudian dibuatkan alur dimana hasil penelitian kualitatif didukung dengan penelitian kuantitatif sehingga diperoleh beberapa sub bahasan dari *situation awareness*, tindakan mitigasi, dan eskalasi risiko pasien yang mengalami deteriorasi



Bagan 1. Literature Review Process

HASIL

Hasil dari pembacaan secara intensif terhadap artikel yang terpilih dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 1.
Ringkasan Artikel

Peneliti	Lokasi	Desain Penelitian	Jumlah Responden	Intervensi	Hasil
Brady & Goldenhar (2014)	Cincinnati Children's Hospital Medical Center	Kualitatif	n=10 petugas (perawat, terapis respiratory dan residen anak senior)	-	Ada 3 tema yang menyusun SA (Team-based care, ketersediaan data, dan standarisasi proses dan prosedur),
Singh et al. (2012)	USA	Mixed method (review RM dan wawancara semistruktur)	n= 254 kasus dan diskusi dengan 26 Primary Care Provider (3 PCP diskusi 2 kasus, dan 1 PCP diskusi 3 kasus).	-	Kesalahan ditemukan pada 32.6% kasus lung cancer dan 33.5% pada kasus colorectal cancer. Terdapat kegagalan di masing-masing level SA. SA framework dapat digunakan untuk menganalisa kesalahan diagnostik.
Braaten (2015)	Medical surgical hospital in Colorado	Kualitatif diskriptif	n=10 perawat medical surgical	-	Faktor manusia termasuk didalamnya kemampuan mengidentifikasi dan mengenali kondisi yang

Jackson, Penprase, & Grobbel (2016)	Community hospital in northeast United States	Kuantitatif diskriptif	n=163 RN	-	mempertanyakan aktivasi RRT menjadi faktor yang mempengaruhi keputusan untuk mengaktifkan atau tidak mengaktifkan RRT. Perawat yang bertugas di perinatal dan psikiatri sangat jarang menemukan deteriorisasi pada pasiennya sehingga diperlukan pembelajaran dalam mengidentifikasi pasien yang mengalami perburukan.
Azzopardia, Kinney, Moulden, & Tibballs (2011)	General Paediatrics, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia	Kuantitatif diskriptif analisis	n=407 dokter dan perawat	-	Ketidakhadiran untuk mengenali penyakit serius dapat menjelaskan kegagalan sistem MET untuk menghilangkan henti jantung dan kematian secara tiba-tiba.
Aitken et al. (2014)	Rumah Sakit Albert Einstein College Of Medicine New York	Quasi eksperimen pre dan post design	n=498 RRT and 86 cardiac arrest	Penerapan RRS (Rapid Respon System)	Jumlah penerimaan yang tidak direncanakan ke ICU meningkat sebesar 0.7/ bulan (p = 0,45); sementara kasus henti jantung berkurang secara tidak signifikan yaitu 1.9 / bulan (p = 0,22).
Uramatsu et al. (2017)	Jepang	Kuantitatif diskriptif	n=73 rekam medis	-	Penyebab kematian paling banyak karena <i>Non technical skill</i> (NTS)= 46.6%, Diseases progression = 45.2% dan technical skill (TS) = 5.5% kasus. Dari NTS 41.2% disebabkan karena situation awareness, 23.5% karena kerja sama tim dan 8.8% berhubungan dengan pembuatan keputusan.
Lavoie, Cossette, & Pepin (2015)	A faculty of nursing of a French-Canadian University.	Mixed method	n=15 orang tenaga ahli critical care and 234 mahasiswa S1 keperawatan dari kursus critical care	-	Instrumen yang dikembangkan memiliki indeks validitas konten tinggi yaitu 0.86-1,00. Sebagian besar menunjukkan kepuasan pada diskriminasi, dan fideliti. Instrumen ini muncul sebagai alat penelitian yang menjanjikan
Gundrosena, Solligård, & Aadahl (2014)	RS Universitas di Norwegia	Quasi eksperimen	n=72 perawat ICU	Besed-lecture dengan presentasi	Tidak ada peningkatan outcome pembelajaran dari kedua teknik belajar yang diberikan. In situ

Reader, Flin, Mearns, & Cuthbertson (2011)	ICU Rumah Sakit Pendidikan di United Kingdom	Kuantitatif	n=44 petugas ICU (7 dokter konsultan, 6 dokter magang senior, 23 dokter residen junior, 8 perawat senior).	materi (Group A, 38) simulation-based dengan simulasi di ruangan pusat simulasi (Group B, 34). Penilaian SA pasien saat daily round	simulation berpotensi untuk digunakan dalam monitoring kualitas dan identifikasi ancaman terhadap keselamatan pasien di ICU. Dari 105 data pasien didapatkan, 70% pasien survived, 53% tidak membutuhkan ventilator setelah 48 jam, 36% discharged setelah 48 jam dan 47% mengalami deteriorasi kondisi dalam 48 jam. Partisipan melakukan tindakan antisipasi pada lebih dari 50% sampel. Dokter magang dan staf perawat memiliki keterlibatan yang rendah dalam memberikan masukan saat review kondisi pasien
Chang et al. (2017)	Rumah Sakit Albert Einstein College Of Medicine New York	Randomized Controll Trial	n= 25 petugas ruang kritis.	8 orang sampel diberikan simulasi melalui <i>computerized patient simulator</i> . 9 orang sampel diberikan <i>lecture based training</i> .	Nilai rata-rata SAGAT pada grup simulasi 64.3 dan grup lecture training 59,7. Simulasi dapat menjadi cara yang paling bagus dalam mengajarkan <i>situation awareness</i>
Wueben et al. (2011)	Ruang operasi dari 5 rumah sakit di Netherland. (1 rumah sakit sakit universitas, 3 rumah sakit pendidikan dan 1 rumah sakit umum)	Multiple Case Study	N=221 petugas kamar operasi (66 dokter bedah, surgeons, 97 perawat instrumen, 18 dokter anastesi dan 40 perawat anastesi)	-	S1 (mengumpulkan informasi) : Skor terendah rerata 2.84 didapatkan oleh dokter anastesi. Perbedaan signifikan hanya dari dokter bedah dengan tim lainnya. S2 (memahami informasi) : skor rerata menunjukkan adekuat pada semua tim yaitu 3.91-4.50 S3 (proyeksi dan antisipasi hal yang mungkin terjadi) : pada

Mitchell <i>et al.</i> (2011)	Rumah Sakit di Skotlandia	Kualitatif	n= 34 petugas kamar operasi (25 perawat instrumen, 9 dokter bedah)	-	sub kategori ini dokter anastesi mendapatkan skor yang paling rendah yaitu 2.67 Dokter bedah dan perawat instrumen mendiskripsikan SA sebagai kondisi dimana mereka mengetahui apa yang sedang terjadi disekelilingnya. Diskripsi ini didapatkan dari empat koding yang digunakan yaitu mengumpulkan informasi; memahami informasi; mengenali dan memahami situasi atau perilaku orang lain di ruang operasi; serta mengantisipasi dan memproyeksikan apa yang terjadi di waktu mendatang. SA didiskripsikan oleh dokter dan perawat kamar operasi sebagai hal dalam "mengenali dan memahami konteks" dan "mengantisipasi dan berpikir ke depan". Dalam penelitian ini kategori SA diperluas dengan kata-kata "konteks" dan "berpikir ke depan"
Jensen, Jepsen, Spanager, Dieckmann, dan Ostergaard (2014)	Rumah Sakit di Denmark	Kualitatif	n= 16 (masing-masing 4 orang dokter bedah, dokter anastesi, perawat instrumen, dan perawat anastesi)	-	

PEMBAHASAN

Ada beberapa sub bahasan yang didapatkan dari kajian artikel yang dilakukan yaitu:

1. **Situation Awareness**

Situation awareness (SA) diperkenalkan pertama kali oleh Mica R Endsley tahun 1995. SA dikembangkan dalam industri penerbangan khususnya antar pilot pesawat tempur sebagai hal penting dalam pencapaian kesuksesan misi dan keselamatan operasional (Endsley, 2015). Endsley mendefinisikan SA sebagai (1) persepsi dari elemen lingkungan, (2) pemahaman makna elemen lingkungan, dan (3) proyeksi dari elemen lingkungan dalam waktu dekat.

Singh *et al.* (2012) memperkenalkan SA dalam kesehatan yang diuraikan dalam empat level. Empat level yang dimaksud yaitu (1) persepsi terhadap informasi, (2) pemahaman terhadap informasi, (3) prediksi kejadian-kejadian dalam waktu dekat, dan (4) pemilihan aksi atau resolusi yang sesuai berdasarkan tiga level sebelumnya. SA dikategorikan sebagai keterampilan non teknis yang unit analisisnya bukan hanya pemberi layanan

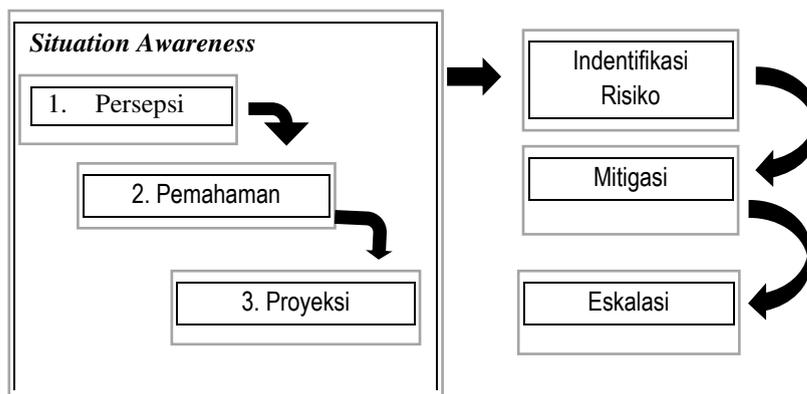
kesehatan, tetapi juga interaksi antar berbagai pemberi layanan kesehatan dalam suatu unit pelayanan.

Berbeda dengan Brady dan Goldenhar (2014) mendefinisikan SA di keperawatan dalam 3 level yaitu (1) persepsi dari elemen-elemen data; (2) pemahaman dari makna elemen-elemen data tersebut sesuai dengan konteksnya; dan (3) proyeksi status elemen-elemen data tersebut dalam waktu dekat. Tiga level SA yang dikemukakan oleh Brady dan Goldenhar mempertegas definisi SA dari Endsley, yang diterapkan dalam bidang keperawatan sebagai bentuk pengembangan dari SA yang telah diterapkan dalam industri penerbangan. Brady dan Goldenhar juga mengemukakan bahwa konsep SA telah diperluas menjadi SA individu, SA tim, SA terbagi, dan SA terdistribusi. Selain ada tiga faktor yang mempengaruhi SA yaitu perawatan berbasis tim, ketersediaan data, dan standarisasi proses dan prosedur.

Dalam diagram hubungan SA dan identifikasi, mitigasi, dan eskalasi risiko terlihat bahwa dalam proses identifikasi didalamnya

mencakup tiga level SA (Brady & Goldenhar, 2014). Untuk dapat mengidentifikasi risiko diperlukan SA yang akurat di ketiga level SA yang telah disebutkan diatas. Kesalahan atau keterlambatan yang terjadi di

salah satu level SA akan memengaruhi hasil dari proses identifikasi sehingga berpengaruh terhadap proses mitigasi, dan eskalasi risiko.



Gambar 1.
Diagram Model Konseptual Hubungan SA dan Identifikasi,
Mitigasi, dan Eskalasi

Hasil penelitian telah membuktikan bahwa salah satu penyebab kegagalan petugas dalam mengaktifkan sistem respon cepat adalah karena kegagalan dalam mengidentifikasi adanya perburukan kondisi. Braaten (2015) menyatakan banyak faktor yang memengaruhi keputusan untuk mengaktifkan atau tidak mengaktifkan RRT (*Rapid Response Team*) terutama dalam kasus perubahan klinis yang perlahan yang dalam hal ini berkaitan dengan SA termasuk kurangnya informasi yang mendasari keputusan, ketersediaan beberapa strategi, dan kelangkaan sumber daya manusia. Pernyataan ini didukung juga oleh Jackson *et al.* (2016) sehingga diperlukan pembelajaran dalam mengidentifikasi pasien yang mengalami deteriorasi. Uramatsu *et al.* (2017) menemukan bahwa ketidakadekuatan SA dapat menyebabkan kematian yang signifikan pada kasus kejadian medis yang fatal di Jepang. Memberikan pelatihan sesuai dengan dengan topik sub kategori penyebab dari NTS akan sangat relevan dengan keselamatan pasien. Penelitian lain yang mendukung Azzopardi *et al.* (2011) dan Aitken *et al.* (2015). Paparan diatas memberikan gambaran bagaimana SA dijadikan dasar dalam mendeteksi dan menentukan tindakan lebih lanjut terhadap deteriorasi pasien.

Endsley juga telah memperkenalkan SAGAT (*Situation Awareness Global Assesment Tools*) sebagai instrumen yang dipergunakan untuk mengukur SA. Dalam perkembangannya SAGAT yang diperkenalkan oleh Endsley dimodifikasi untuk dapat dipergunakan dalam mengukur SA dalam

keperawatan. Lavoie *et al.* (2016) mengembangkan instrumen penilaian SA berdasarkan komponen SAGAT. Kesimpulan dari uji yang dilakukan bahwa instrumen yang terdiri dari 31 pertanyaan memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi namun masih perlu dilakukan ujicoba pada populasi dan skenario perburukan pasien yang berbeda.

Gundrosen, Solligård, dan Aadahl (2014); Chang *et al.* (2017) menggunakan SAGAT dalam mengukur SA setelah pemberian pembelajaran SA. Perbedaan kedua penelitian diatas dimana Gundrosen *et al.* melakukan pengukuran SA dalam *setting In Situ Simulation* (simulasi dengan kondisi ruangan seperti ruang perawatan). Reader *et al.* (2011) melakukan penelitian pengukuran SA tim saat *daily round* di ICU. Penelitian ini menunjukkan metode baru dalam pengukuran SA tim saat ICU *round* bagus untuk dilakukan.

2. Persepsi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) Mengenai Konsep *Situation Awareness*

Penelitian menunjukkan bahwa masih terjadi perbedaan persepsi tentang SA dikalangan tim ruang operasi. Sebagaimana kita ketahui, ruang operasi merupakan tempat yang dinamis dengan multidisiplin tim, dan berisiko tinggi sehingga diperlukan persepsi yang sama mengenai SA untuk menjamin keselamatan pasien. Terlebih lagi dari penelitian ditemukan persepsi SA tidak adekuat pada sebagian besar tim operasi termasuk dokter anastesi yang secara keilmuan memiliki dasar ilmu yang adekuat. Meskipun SA didiskripsikan dengan sub kategori yang berbeda, secara garis besar

perbedaan ini tetap mengacu pada tiga level SA yang telah ada yaitu persepsi terhadap informasi, pemahaman, dan proyeksi.

Mitchell *et al.* (2011) dalam penelitian kualitatifnya menemukan bahwa dokter bedah dan perawat mendeskripsikan SA sebagai kondisi dimana mereka mengetahui apa yang sedang terjadi disekelilingnya. Deskripsi ini didapatkan dari empat koding yang digunakan yaitu mengumpulkan informasi; memahami informasi; mengenali dan memahami situasi atau perilaku orang lain di ruang operasi; serta mengantisipasi dan memproyeksikan apa yang terjadi di waktu mendatang. Ada empat komponen SA yang didapatkan dalam penelitian ini yaitu mendengarkan, melihat, mengerti, dan antisipasi.

Wauben *et al.* (2011) mengidentifikasi adanya perbedaan persepsi tentang SA antar tim kamar operasi (dokter bedah, dokter anastesi, perawat, dan perawat anastesi). Dalam penelitian ini SA dideskripsikan dalam tiga sub kategori yaitu mengumpulkan informasi, memahami informasi, dan proyeksi dan antisipasi situasi. Tim kamar operasi memiliki persepsi yang berbeda tentang SA. Hanya dokter bedah yang menunjukkan skor yang adekuat pada sub kategori mengumpulkan informasi. Pada sub kategori memahami informasi semua tim memiliki persepsi yang sama dan adekuat. Pada sub kategori proyeksi dan antisipasi situasi ada perbedaan persepsi yang signifikan antar tim dan dokter anastesi menunjukkan skor yang inadekuat pada sub kategori ini. Perbedaan persepsi ini akan dapat memberikan dampak negatif terhadap keamanan pasien di kamar operasi. Langkah awal

untuk tercapainya keselamatan pasien adalah dengan mengetahui kesalahan yang dilakukan dan mendiskusikan kesalahan ini dengan tim.

Penelitian lainnya tentang persepsi dokter dan perawat mengenai SA adalah penelitian yang dilakukan oleh Jensen *et al.* (2014). Dalam penelitiannya, SA dideskripsikan oleh dokter dan perawat kamar operasi sebagai hal dalam "mengenali dan memahami konteks" dan "mengantisipasi dan berpikir ke depan". Dalam penelitian ini kategori SA diperluas dengan kata-kata "konteks" dan "berpikir ke depan". Hal ini menekankan bahwa SA yang baik adalah kemampuan untuk menyesuaikan perilaku dengan konteks yang berubah secara dinamis dan juga menjaga kesadaran terhadap informasi yang mungkin terkait dengan masalah potensial.

KESIMPULAN

Peningkatan *Situation Awareness* akan meningkatkan keselamatan pasien. SA sebagai bagian dari proses identifikasi akan mempengaruhi tindakan mitigasi dan eskalasi risiko pada pasien yang mengalami deteriorasi. SA yang baik akan meningkatkan kepekaan tim terhadap perubahan kondisi yang terjadi sehingga deteksi deteriorasi dapat dilakukan sedini mungkin. Adanya perbedaan persepsi mengenai SA dapat memberikan dampak negatif terhadap keselamatan pasien.

SARAN

Penting untuk menggali persepsi perawat tentang SA, tindakan mitigasi, dan eskalasi risiko pada pasien yang mengalami deteriorasi di Ruang PICU.

REFERENSI

- Aitken, L. M., Chaboyer, W., Vaux, A., Crouch, S., Burmeister, E., Daly, M., & Joyce, C. (2015). Effect of a 2-tier rapid response system on patient outcome and staff satisfaction. *Australian Critical Care*, 28(3), 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.10.044>
- Arslanian-engoren, C., & Scott, L. D. (2014). Clinical decision regret among critical care nurses : A qualitative analysis. *Heart and Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 2–5. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.02.006>
- Azzopardi, P., Kinney, S., Moulden, A., & Tibballs, J. (2011). Attitudes and barriers to a Medical Emergency Team system at a tertiary paediatric hospital. *Resuscitation*, 82(2), 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.10.013>
- Beaumont, K., Luettel, D., & Thomson, R. (2008). Deterioration in hospital patients: early signs and appropriate actions. *Nursing Standard: Official Newspaper of the Royal College of Nursing*, 23(1), 43–48. <https://doi.org/10.7748/ns2008.09.23.1.43.c6653>
- Braaten, J. S. (2015). Hospital System Barriers to Rapid Response Team Activation: A Cognitive Work Analysis. *The American Journal of Nursing*, 115(2), 22–32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000460672.74447.4a>
- Brady, P. W., & Goldenhar, L. M. (2014). A qualitative study examining the influences on situation awareness and the identification, mitigation and escalation of recognised patient risk. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 153–161. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001747>
- Chang, A. L., Dym, A. A., Venegas-Borsellino, C., Bangar, M., Kazzi, M., Lisenenkov, D., ... Eisen, L. A. (2017). Comparison between simulation-based training and lecture-based education in teaching situation awareness: A randomized controlled study. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(4), 529–535. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201612-950OC>

- Cooper, S., Kinsman, L., Buykx, P., McConnell-Henry, T., Endacott, R., & Scholes, J. (2010). Managing the deteriorating patient in a simulated environment: Nursing students' knowledge, skill and situation awareness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2309–2318. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03164.x>
- Endsley, M. R. (2015). Situation awareness : operationally necessary and scientifically grounded. *Cognition, Technology & Work*, 163–167. <https://doi.org/10.1007/s10111-015-0323-5>
- Gundrosen, S., Solligård, E., & Aadahl, P. (2014). Team competence among nurses in an intensive care unit: The feasibility of in situ simulation and assessing non-technical skills. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(6), 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.007>
- Hardisman. (2008). Lama Rawatan Dan Mortalitas Pasien Intensive Care Unit (ICU) RS Dr. Djamil Padang Ditinjau dari beberapa Aspek. *Majalah Kedokteran Andalas*, 32(2), 142–150.
- Jackson, S., Penprase, B., & Grobbel, C. (2016). Factors Influencing Registered Nurses' Decision to Activate an Adult Rapid Response Team in a Community Hospital. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000162>
- Lavoie, P., Cossette, S., & Pepin, J. (2016). Testing nursing students' clinical judgment in a patient deterioration simulation scenario: Development of a situation awareness instrument. *Nurse Education Today*, 38, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.015>
- Lyk-Jensen, H. T., Jepsen, R. M. H. G., Spanager, L., Dieckmann, P., & Østergaard, D. (2014). Assessing nurse anaesthetists' non-technical skills in the operating room. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(7), 794–801. <https://doi.org/10.1111/aas.12315>
- Merino, P., Álvarez, J., Martín, M. C., Alonso, Á., & Gutiérrez, I. (2012). Adverse events in Spanish intensive care units: The SYREC study. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(2), 105–113. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr083>
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 818–828. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005>
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B. H. (2011). Team situation awareness and the anticipation of patient progress during ICU rounds. *BMJ Quality and Safety*, 20(June), 1035–1042. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.048561>
- Rydenfelt, K., Engerström, L., Walther, S., Sjöberg, F., Strömberg, U., & Samuelsson, C. (2015). In-hospital vs. 30-day mortality in the critically ill - A 2-year Swedish intensive care cohort analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59(7), 846–858. <https://doi.org/10.1111/aas.12554>
- Silas, R., & Tibballs, J. (2010). Adverse events and comparison of systematic and voluntary reporting from a paediatric intensive care unit. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032979>
- Singh, H., Giardina, T. D., Petersen, L. A., Smith, M. W., Paul, L. W., Dismukes, K., ... Thomas, E. J. (2012). Exploring situational awareness in diagnostic errors in primary care. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 30–38. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000310>
- Sitterding, M. C., Broome, M. E., Everett, L. Q., & Ebright, P. (2012). Understanding situation awareness in nursing work: A hybrid concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 35(1), 77–92. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182450158>
- Uramatsu, M., Fujisawa, Y., Mizuno, S., Souma, T., Komatsubara, A., & Miki, T. (2017). Do failures in non-technical skills contribute to fatal medical accidents in Japan? A review of the 2010–2013 national accident reports. *BMJ Open*, 7(2), e013678. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013678>
- Wauben, L. S. G. L., Dekker-van Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D. H., Goossens, R. H. M., Huijsman, R., Klein, J., & Lange, J. F. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159–166. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq079>