

HANDOVER PADA PELAKSANAAN MODEL TIM DI RUANG RAWAT INAP RSUD Z DI KALIMANTAN SELATAN

Soliyanti, Endang Pertiwiwati, Ichsan Rizany

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung
Mangkurat, Jl. A. Yani KM. 36 Banjarbaru, 70714

Email korespondensi: solyrano@gmail.com

ABSTRAK

Penerapan metode asuhan keperawatan profesional salah satunya dengan metode tim yang dapat meningkatkan kualitas kinerja perawat. Pelaksanaan metode tim salah satu kegiatannya adalah *handover*. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran *handover* pada pelaksanaan model tim di ruang rawat inap RSUD Z. Penelitian deskriptif menggunakan desain *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah responden sebanyak 30 tim. Hasil menunjukkan alur *handover* pada *shift* pagi sudah sesuai (66,7%), *shift* sore tidak sesuai (70%) dan *shift* malam tidak sesuai (100%). Komunikasi efektif SBAR *handover* pada *shift* pagi yang terbanyak cukup (60%), *shift* sore cukup (73,3%) dan *shift* malam kurang (66,7%). Efisiensi waktu *handover* pada *shift* pagi yang terbanyak sesuai (80%), *shift* sore sesuai (100%) dan *shift* malam sesuai (100%). Pelaksanaan *handover* keseluruhan pada *shift* pagi yang terbanyak cukup (63,3%), *shift* sore cukup (93,3%) dan *shift* malam cukup (63,3%). Pelaksanaan *handover* yang baik harus memenuhi unsur alur, komunikasi efektif SBAR, efisiensi waktu.

Kata-kata kunci: *handover*, komunikasi, perawat.

ABSTRACT

One of the implementation of professional nursing care methods is the team method that can improve the quality of nurse performance. The activities that implemented the team method is *handover*. The purpose of this study was to determine the description of *handover* on the team model's implementation in the inpatient room of Z Hospital. Descriptive research used a cross sectional design. This study used a total sampling technique with a number of respondents about 30 teams. The results showed that the *handover* flow in the morning shift was appropriate (66.7%), the afternoon shift was not appropriate (70%) and the night shift was not appropriate (100%). The effective SBAR *handover* communication in the morning shift was the most (60%), the afternoon shift was enough (73.3%) and the night shift was lacking (66.7%). The most effective *handover* time in the morning shift (80%), the afternoon shift was appropriate (100%) and the night shift was appropriate too (100%). Overall the *handover* implementation on the morning shift was the most (63.3%), the afternoon shift was enough (93.3%) and the night shift was enough (63.3%). A good *handover* application must be following the sequences, SBAR effective communication, time efficiency.

Keywords: *handover*, communication, nurse.

PENDAHULUAN

Kinerja perawat merupakan salah satu faktor penting dalam terwujudnya kualitas pelayanan yang baik di rumah sakit. Kualitas kerja perawat mempengaruhi kepercayaan pasien yang dapat dilakukan dengan adanya penerapan Metode Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). Penerapan MAKP membuat kualitas kerja perawat secara profesional dapat berjalan baik (1,2).

Kron.T dan Gray, dikutip dalam Hidayah (2014) menyatakan ada 4 jenis MAKP, yaitu MAKP dalam bentuk fungsional, kasus, primer serta tim. Potter dikutip dalam Hidayah (2014) menjelaskan bahwa MAKP dalam bentuk tim melambangkan perawat profesional memimpin beberapa perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien melalui usaha kolaboratif dan kooperatif (3).

Timbang terima/*handover* adalah suatu sistem dalam penyampaian dan penerimaan informasi yang berhubungan dengan kondisi pasien. *Handover* harus dilakukan sebaik mungkin dengan menjelaskan secara ringkas, jelas dan lengkap atas langkah kemandirian perawat, kegiatan kolaboratif yang telah dan belum dilakukan serta peningkatan/penurunan perkembangan pasien saat itu (2).

Dalam pelaksanaan timbang terima pasien diperlukan komunikasi yang efektif antar perawat untuk menggiatkan perbaikan keselamatan pasien. Menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) (2012) orientasi penilaian rumah sakit didasarkan pelayanan yang berfokus pada keselamatan pasien (4). Keselamatan pasien adalah prinsip dasar yang melambangkan hak setiap pasien terhadap pelayanan kesehatan (5).

Prosedur *handover*, selama ini telah dilakukan setiap pertukaran *shift* jaga, tetapi cara penyampaian isi *handover* masih belum terbuka secara menyeluruh, meliputi: isi *handover* (masalah

keperawatan pasien lebih berpusat terhadap diagnosis medis), dilakukan secara lisan tanpa adanya dokumentasi, sehingga konsep tindakan yang belum dan telah dilaksanakan, serta hal-hal yang penting masih ada yang tidak tersampaikan pada *shift* selanjutnya. Selain itu proses *handover* belum sesuai dengan standar yang lazim diterapkan (6)

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 30 April 2018 didapatkan data dari hasil wawancara dengan kepala instansi rawat inap (IRNA) RSUD Z, yang terdiri dari 10 ruang rawat inap telah menerapkan Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) tim dalam proses pelaksanaan timbang terima pasien yang dilakukan dalam pergantian *shift*. Pada 10 ruangan rawat inap yang menerapkan MAKP dalam pelaksanaan timbang terima ada yang terlaksana secara efektif dan ada yang belum terlaksana secara efektif. Hal ini dikarenakan kurangnya kesiapan dalam tim, sehingga informasi terkait kondisi pasien saat timbang terima tidak tersampaikan dengan baik. Teknik ini diterapkan sejak keluarnya Standar Prosedur Operasional (SPO) Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) nomor 01.15/SKP/2015 dan komunikasi efektif serah terima *shift* jaga nomor 04.011/SKP/2016 telah dilakukan sosialisasi dalam *in house training* RSUD Z (7,8).

Hasil wawancara dengan Kepala Ruangan, data yang didapatkan bahwa setiap ruangan menerapkan MAKP Tim dalam proses pelaksanaan timbang terima pasien. Ketua tim dipilih secara langsung oleh kepala ruangan dengan kriteria masa kerja, pengalaman, pendidikan, cakap, mampu dan mau.

Observasi kepada 13 tim yang terdapat dalam 5 ruang rawat inap VIP intan, bedah, penyakit dalam, jantung dan syaraf RSUD Z didapatkan bahwa dalam pelaksanaan timbang terima belum dilakukan sesuai dengan SPO rumah sakit seperti 10 tim belum siap melakukan

timbang terima pasien, 7 tim tidak mempersiapkan buku operan 6 tim mempersiapkan buku operan sebelum pelaksanaan timbang terima, 9 tim tidak berdoa bersama sebelum melakukan operan dan 4 tim berdoa bersama sebelum operan, 7 tim dalam operan antar *shift* terburu-buru karena ingin cepat pulang, 10 tim dalam anggota *shift* tidak melihat secara langsung keadaan pasien terutama pada *shift* siang dan malam, 6 tim hanya menyampaikan informasi tentang *situation* seperti masalah keperawatan pasien, 7 tim tidak menyampaikan informasi tentang *background* seperti tindakan yang telah diberikan, 8 tim tidak menyampaikan informasi tentang *assessment* seperti kajian fisik dan tindakan terkini, 7 tim tidak menyampaikan informasi tentang *recommendation* seperti intervensi yang perlu ditindaklanjuti, 8 tim tidak menyampaikan kondisi sarana medis dan sarana penunjang yang ada di ruangan dan 9 tim tidak menyampaikan kemungkinan pasien risiko jatuh. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *handover* pada pelaksanaan model tim di ruang rawat inap RSUD Z.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini seluruh tim pelaksanaan *handover* yang bertugas di rawat inap RSUD Z. Teknik *sampling* penelitian ini menggunakan *total sampling* dengan sampel 30 tim. Instrumennya adalah lembar observasi yang terdiri dari alur, komunikasi efektif SBAR, efisiensi waktu dan pelaksanaan *handover*. Penelitian ini telah mendapatkan surat kelaikan etik dari IRB (*Institutional Review Board*) Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dengan nomer surat sebagai berikut No. 764/KEKP-FK UNLAM/EC/VII/2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Alur *Handover* (n = 30)

Alur <i>Handover</i>	Shift		
	Pagi n (%)	Sore n (%)	Malam n (%)
Tidak Sesuai	10 (33,3)	21 (70)	30 (100)
Sesuai	20 (66,7)	9 (30)	0 (0)
Total	30 (100)	30 (100)	30 (100)

Tabel 1. Memperlihatkan alur *handover* pada *shift* pagi di RSUD Z yang sesuai sebanyak 20 tim (66,7%). Hal ini dikarenakan 20 tim pada saat pelaksanaan timbang terima dimulai pada *nurse station*, 20 tim melakukan validasi dari proses timbang terima ke ruang perawatan dan 11 tim kembali ke ruang *nurse station* untuk mendiskusikan terhadap permasalahan yang didapatkan di ruang perawatan, 14 tim pada saat pelaksanaan timbang terima dihadiri kepala ruangan, 20 tim dihadiri ketua tim dan semua tim terdapat 2 anggota timbang terima. Kesesuaian alur *handover* pada *shift* pagi dikarenakan adanya keikutsertaan dari kepala ruangan dan ketua tim sehingga membuat sebagian besar anggota tim melaksanakan alur yang sesuai dari tempat berkumpulnya perawat/ruang perawat ke ruang perawatan/ruang pasien dan kembali lagi ke ruang perawat/*nurse station*.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Roifah dan Anggraini (2014) menunjukkan bahwa pelaksanaan timbang terima saat pergantian *shift* pagi dimana kepala ruangan dan ketua tim yang mengikuti timbang terima sehingga membuat pelaksanaan timbang terima tidak hanya berfokus di *nurse station* tetapi validasi juga dilakukan ke ruang perawatan dan kembali ke *nurse station* (9).

Alur *handover* pada *shift* sore di RSUD Z yang terbanyak tidak sesuai sebanyak 21 tim (70%). Hal ini dikarenakan 18 tim tidak melakukan validasi dari proses timbang terima ke ruang perawatan dan 21 tim tidak kembali ke ruang *nurse station* untuk mendiskusikan terhadap permasalahan yang didapatkan di ruang perawatan, 6 tim pada saat pelaksanaan timbang terima tidak dihadiri kepala ruangan dan semua tim terdapat 2 anggota timbang terima. Ketidaksesuaian alur *handover* pada jam 14.00 sampai 20.00 WITA disebabkan oleh banyaknya tindakan yang dilakukan pada tim yang dinas sebelumnya menyebabkan tingginya beban kerja perawat yang berakibat pada kelelahan perawat yang memunculkan malasnya perawat melaksanakan *handover* sehingga pelaksanaan *handover* hanya dilakukan di *nurse station* oleh kedua tim pagi dan sore.

Penelitian ini sejalan dengan Pramudya dan Sudalhar (2016) yang menjelaskan bahwa beban kerja yang tinggi dan adanya faktor kelelahan perawat pada *shift* pagi dikarenakan banyak tindakan seperti perawatan luka, menyiapkan pasien yang akan operasi, pasien pulang dan menyiapkan obat untuk injeksi serta ada mengambil pasien dari kamar operasi (10).

Alur *handover* pada *shift* malam di RSUD Z yang terbanyak tidak sesuai sebanyak 30 tim (100%). Hal ini dikarenakan 25 tim tidak melakukan validasi dari proses timbang terima ke ruang perawatan dan semua tim tidak kembali ke ruang *nurse station* untuk mendiskusikan terhadap permasalahan yang didapatkan di ruang perawatan, semua tim pada saat pelaksanaan timbang terima tidak dihadiri kepala ruangan, semua tim tidak dihadiri ketua tim dan semua tim terdapat 2 anggota timbang terima. Ketidaksesuaian alur *handover* pada *shift* malam disebabkan oleh pelaporan catatan keperawatan yang

belum terselesaikan pada *shift* pagi kemudian harus dilanjutkan oleh tim pada *shift* sore dan tambahan pemeriksaan lanjutan pada beberapa pasien sehingga pelaksanaan *handover* hanya dilakukan di *nurse station*. Pada *shift* malam, beberapa tim melakukan visite ke ruangan perawatan setelah semua pekerjaan selesai dimana biasanya visite dilakukan menjelang istirahat pasien pukul 22.00- 23.00 WITA sehingga tidak terlaksananya visite ke ruang perawatan. Ketidaksesuaian alur *handover* pada *shift* malam juga disebabkan adanya pasien baru yang baru masuk di rawat inap sehingga pasien yang lama di ruang perawatan tidak dilakukan validasi oleh tim jaga *shift* malam.

Penelitian Manopo, Maramis dan Sinolungan (2013) didapatkan masih terdapat perawat yang tidak melihat kondisi pasien secara langsung/bertatap muka dengan pasien dan keluarga pasien ke ruang pasien/ruangan perawatan, dalam waktu pelaksanaan *handover*. Padahal berkeliling atau memvalidasi pasien ke setiap ruang perawatan/ruang pasien dapat mewujudkan interaksi dan komunikasi dengan pasien, serta keluarga pasien, maka data yang diinginkan dan didapat akan lebih akurat. Dalam pelaksanaan *handover* pasien yang sangat diperlukan adalah komunikasi sesama perawat/tenaga kesehatan dan komunikasi antar pasien dan perawat (11).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Komunikasi Efektif SBAR *Handover*

Komunikasi Efektif SBAR	Shift		
	Pagi n (%)	Sore n (%)	Malam n (%)
Baik	12 (40)	0 (0)	0 (0)
Cukup	18 (60)	22 (73,3)	10 (33,3)
Kurang	0 (0)	8 (26,7)	20 (66,7)
Total	30 (100)	30 (100)	30 (100)

Tabel 2. komunikasi efektif SBAR *handover* pada *shift* pagi di RSUD Z yang cukup sebanyak 18 tim (60%). Hal ini dikarenakan pada komponen *situation* tim telah menyampaikan identitas pasien seperti nama pasien. Pada komponen *background*, tim telah menyampaikan intervensi semua pasien. Pada komponen *assessment* tim telah menyampaikan tingkat kesadaran pasien, sehingga perlu ditingkatkan kembali komunikasi efektif SBAR setiap tim dalam pelaksanaan *handover*. Komunikasi efektif yang cukup disebabkan oleh tim telah menyampaikan komunikasi SBAR sesuai dengan yang terdapat di SPO rumah sakit.

Standar Prosedur Operasional Timbang Terima (SPO) komunikasi efektif serah terima *shift* jaga nomor 04.011/SKP/2016 di RSUD Z seperti melaporkan asuhan keperawatan kepada pasien pada bagian *situation* dimana perawat menyampaikan identitas pasien, dokter yang merawat. Situasi yaitu menjelaskan keadaan terbaru dan keluhan pasien yang diutarakannya (4,8).

Komunikasi efektif SBAR *handover* pada *shift* sore di RSUD Z yang cukup sebanyak 22 tim (73,3%). Hal ini dikarenakan pada komponen *situation*, tim telah menyampaikan identitas pasien dan dokter yang merawat. Pada komponen *background*, tim telah menyampaikan intervensi semua pasien. Komunikasi efektif SBAR yang cukup pada *shift* sore disebabkan oleh rata-rata tim telah menjalankan komunikasi sesuai dengan SPO rumah sakit.

Penelitian ini sesuai dengan Nursalam (2017) menyatakan bahwa dalam timbang terima komunikasi yang perlu disampaikan seperti data subjektif dan objektif, masalah keperawatan yang masih ada/muncul, diagnosa medis dan rencana keperawatan yang telah dan belum dilaksanakan (secara umum) (2).

Komunikasi efektif SBAR *handover* pada *shift* malam di RSUD Z yang kurang sebanyak 20 tim (66,7%). Hal ini

dikarenakan pada komponen *situation*, tim tidak menyampaikan umur pasien, tanggal masuk pasien dan tim tidak menyampaikan masalah keperawatan yang sudah teratasi. Pada komponen *background*, tim tidak menyampaikan cairan infus yang digunakan untuk pasien. Pada komponen *assessment*, tim tidak menyampaikan skor nyeri pasien. Kurangnya komunikasi SBAR pada *shift* malam disebabkan oleh tim yang terburu-buru ingin cepat pulang, tim yang datang terlambat sehingga penyampaian informasi tidak efektif yang mempengaruhi pada pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Faktor kelelahan tim yang bertugas dari *shift* sore menyebabkan kurangnya komunikasi efektif SBAR terhadap tim *shift* malam yang bertugas sehingga yang disampaikan tidak jelas dan tidak semua kondisi pasien tersampaikan dengan baik. Beban kerja tim yang banyak seperti banyaknya pasien yang harus ditangani dan pasien yang memang memerlukan penanganan khusus dapat menyebabkan kurangnya komunikasi antar tim *shift* sore ke malam. Komunikasi efektif SBAR yang kurang juga disebabkan karena tidak terdapat item komunikasi efektif SBAR di SPO rumah sakit yang ada di lembar observasi penelitian sehingga item tersebut tidak disampaikan oleh tim yang bertugas.

Penelitian ini sejalan dengan Goraph, Kundre dan Hamel (2018) yang menyebutkan bahwa perawat sering pulang terlebih dahulu atau datang terlambat sehingga tidak mengikuti timbang terima yang berujung pada *miss communication* antar perawat baik tentang identitas pasien maupun intervensi keperawatan lanjutan bagi pasien sehingga mempengaruhi pemberian asuhan keperawatan diantaranya berupa ketidaktepatan dalam pemberian tindakan keperawatan maupun dalam melakukan dokumentasi keperawatan (12).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Efisiensi Waktu *Handover*

Efisiensi Waktu <i>Handover</i>	Shift		
	Pagi n (%)	Sore n (%)	Malam n (%)
Tidak Sesuai	6 (20)	0 (0)	0 (0)
Sesuai	24 (80)	30 (100)	30 (100)
Total	30 (100)	30 (100)	30 (100)

Tabel 3. efisiensi waktu *handover* pada *shift* pagi di RSUD Z yang sesuai sebanyak 24 tim (80%). Hal ini dikarenakan tim sesuai dengan standar waktu dalam pra *handover* dan semua tim sesuai dalam waktu *post handover* dengan rata-rata waktu 1,75 menit.

Efisiensi waktu *handover* pada *shift* sore di RSUD Z yang sesuai sebanyak 30 tim (100%). Hal ini dikarenakan semua tim sesuai dengan standar waktu pra, pelaksanaan dan *post handover*, dengan rata-rata waktu pada pra *handover* 3,98 menit, pelaksanaan 12,73 menit dan *post handover* 1,59 menit.

Efisiensi waktu *handover* pada *shift* malam di RSUD Z yang terbanyak sesuai sebanyak 30 tim (100%). Hal ini dikarenakan semua tim sesuai dengan standar waktu dalam pra *handover* dengan rata-rata waktu 2,81 menit, tim sesuai dengan waktu pelaksanaan *handover* dan semua tim sesuai dalam waktu *post handover* dengan rata-rata waktu 1,24 menit.

Menurut Nursalam (2017), menjelaskan dalam mengatur waktu harus wajib dimufakati durasi dan frekuensi bagi pelaksanaan *handover* pasien. Hal tersebut sangat dianjurkan dalam menyusun program yang menghasilkan kekuatan dalam ketepatan waktu pelaksanaan *handover*. *Handover* pasien tidak hanya dilihat dari peralihan jadwal *shift*, tetapi dilihat dari adanya perubahan tanggung jawab misalnya

ketika pasien diantar dari ruang perawatan ke ruang pemeriksaan yang lebih intensif. Ketepatan waktu *handover* diperlukan untuk menentukan metode/prosedur perawatan yang lanjut, aman, teliti & efektif. Waktu yang ditetapkan pada saat pra *handover* selama 10 menit, pelaksanaan 20 menit & *post handover* 5 menit (3).

Namun, konsep yang disampaikan Nursalam (2017) belum proporsional untuk pelaksanaan *shift* pagi hari karena konsep tersebut tidak memperhatikan jumlah pasien serta banyaknya hal yang harus disampaikan dari setiap pasien. Adapun rerata pasien di ruang perawatan mencapai 8-10 pasien pada tiap tim. Pada *shift* sore dan malam efisiensi waktu sesuai karena alur *handover* tidak dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang dilakukan yang dimulai dari ruang perawat/nurse station, kemudian ke ruang/kamar pasien dan kembali ke ruang perawat semula (2).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan *Handover*.

Pelaksanaan <i>Handover</i>	Shift		
	Pagi n (%)	Sore n (%)	Malam n (%)
Baik	11 (36,7)	0 (0)	0 (0)
Cukup	19 (63,3)	28 (93,3)	19 (63,3)
Kurang	0 (0)	2 (6,7)	11 (36,7)
Total	30 (100)	30 (100)	30 (100)

Tabel 4. Pelaksanaan *handover* keseluruhan pada *shift* pagi di RSUD Z yang cukup sebanyak 19 tim (63,3%). Hal ini dikarenakan tim telah melakukan observasi lebih lanjut kepada semua pasien, tim telah menyiapkan buku catatan sebelum melakukan *handover*, tim sudah siap dinas (*shift* jaga), tim telah melakukan doa bersama sebelum melakukan *handover*, tim jelas, singkat dan padat dalam penyampaian timbangan terima, tim dapat melakukan klarifikasi tanya jawab dan melakukan

validasi terhadap hal-hal yang telah ditimbang terimakan dan menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas dan tim telah melakukan *handover* tiap pasien dengan waktu yang tidak lebih dari 5 menit, *kecuali* terhadap keadaan yang khusus dan memerlukan penjelasan yang begitu teliti. Pelaksanaan *handover* yang cukup pada *shift* pagi dikarenakan adanya keikutsertaan dari kepala ruangan dan ketua tim sehingga membuat sebagian besar anggota tim melaksanakan *handover* sesuai dengan SPO rumah sakit.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Dewi (2016) menyebutkan bahwa hasil indikator persiapan dalam keefektifan pelaksanaan timbang terima sebanyak 51,8%. Pada indikator pelaksanaan didapatkan hasil bahwa perawat melakukan timbang terima secara efektif sebanyak 53,5%. Hasil penelitian yang dilakukan, perawat yang melaksanakan *shift* sekarang, melakukan *handover* bersama katim *shift* selanjutnya. Ketua tim yang bertugas selanjutnya melakukan klarifikasi tentang data yang dilaporkan, sedapatnya mengusahakan pelaporan dengan jelas, singkat dan padat (13).

Pada indikator *post* timbang terima didapatkan hasil bahwa perawat melakukan timbang terima secara efektif sebesar 67,8%. Pada *post* timbang terima dilakukan saat perawat kembali ke *nurse station* dari mengunjungi masing-masing *bed* klien. Kemudian perawat berkumpul untuk mendiskusikan mengenai hasil validasi. Setelah proses timbang terima selesai dilakukan, maka perawat pelaksana dan ketua tim menandatangani laporan timbang terima yang diketahui oleh kepala ruang (13).

Pelaksanaan *handover* keseluruhan pada *shift* sore di RSUD Z yang cukup sebanyak 28 tim (93,3%). Hal ini dikarenakan tim telah menyiapkan buku catatan sebelum melakukan *handover* dan tim sudah siap dinas (*shift* jaga).

Pelaksanaan *handover* yang cukup pada *shift* sore dikarenakan beberapa tim ada yang melaksanakan *handover* sesuai SPO dan ada yang tidak sesuai dengan SPO rumah sakit dan beberapa tim juga tidak dihadiri kepala ruangan dan ketua tim dalam pelaksanaan *handover*.

Hal ini sejalan dengan penelitian Elmiyasna dan Mayasari (2011) yang menunjukkan bahwa pelaksanaan *handover* yang dilakukan, pada tiap peralihan *shift* pagi ke sore ditunjukkan hasil sebesar 65,4% dikarenakan pada pelaksanaan *handover* sebagian tindakan dalam jalannya *handover* tidak dilaksanakan dan dilaksanakan kurang sempurna, *handover* wajib dilakukan sebaik mungkin dan pelaporan yang singkat, jelas, dan lengkap tentang kemandirian perawat dalam melakukan tindakan kepada pasien, tindakan kolaboratif yang telah dilakukan/belum dan perubahan yang terjadi pada pasien (14).

Pelaksanaan *handover* keseluruhan pada *shift* malam di RSUD Z yang cukup sebanyak 19 tim (63,3%). Hal ini dikarenakan tim telah menyiapkan buku catatan sebelum melakukan *handover*, tim sudah siap dinas (*shift* jaga), tim jelas, singkat dan padat dalam penyampaian timbang terima. Pelaksanaan *handover* yang cukup *shift* malam disebabkan oleh sebagian tim masih menjalankan timbang terima sesuai prosedur rumah sakit seperti menyebutkan identitas pasien, komunikasi yang masih baik antar tim.

Penelitian ini sejalan dengan Dewi (2016) menyebutkan bahwa indikator persiapan ini dilakukan dengan mengawali kedua tim kelompok dinas sudah dalam keadaan siap, menyiapkan buku catatan timbang terima (13). Penelitian Prayitno (2017) menunjukkan bahwa pelaksanaan timbang terima yang terbesar adalah menyebutkan identitas pasien yaitu 98,1% (15). Penelitian Umaternate, dkk (2015) didapatkan hasil 64,5% melakukan identifikasi pasien

secara benar, hal tersebut dipengaruhi oleh salah satu faktor yaitu pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien. Apabila pengetahuan keselamatan pasien diketahui perawat dengan baik maka kesalahan dalam melakukan tindakan kepada pasien akan terhindar (16).

Handover wajib dilakukan sebaik mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap mengenai kemandirian perawat dalam melakukan tindakan, tindakan kolaboratif yang telah dilakukan maupun belum dan perubahan/perkembangan pasien saat itu. Informasi yang dilaporkan wajib akurat dan tidak ada kesalahan sehingga kelangsungan asuhan keperawatan dapat berjalan sempurna (2). Mekanisme *handover*, telah dilakukan pada setiap peralihan *shift* jaga, tetapi pelaporan isi *handover* belum terkuak secara relevan, seperti isi *handover* (diagnosis medis lebih fokus daripada masalah keperawatan pasien), dilakukan secara lisan tanpa adanya pencatatan/pendokumentasian, sehingga konsep tindakan yang belum dan telah dilaksanakan dan hal-hal relevan masih ada yang tidak dilaporkan untuk disampaikan pada *shift* selanjutnya. Selain itu prosedur *handover* belum sesuai dengan standar lazim (2).

PENUTUP

Alur *handover* pada *shift* pagi sesuai sebanyak 20 tim (66,7%), alur *handover* pada *shift* sore tidak sesuai sebanyak 21 tim (70%) dan alur *handover* pada *shift* malam tidak sesuai sebanyak 30 tim (100%). Komunikasi efektif SBAR *handover* pada *shift* pagi cukup sebanyak 18 tim (60%), komunikasi efektif SBAR *handover* pada *shift* sore cukup sebanyak 22 tim (73,3%) dan komunikasi efektif SBAR *handover* pada *shift* malam kurang sebanyak 20 tim (66,7%). Efisiensi waktu *handover* pada *shift* pagi sesuai sebanyak 24 tim (80%),

efisiensi waktu *handover* pada *shift* sore sesuai sebanyak 30 tim (100%) dan efisiensi waktu *handover* pada *shift* malam sesuai sebanyak 30 tim (100%). Pelaksanaan *handover* keseluruhan pada *shift* pagi cukup sebanyak 19 tim (63,3%), pelaksanaan *handover* keseluruhan pada *shift* sore cukup sebanyak 28 tim (93,3%) dan pelaksanaan *handover* keseluruhan pada *shift* malam di RSUD Z cukup sebanyak 19 tim (63,3%).

Saran bagi RSUD Z diharapkan lembar observasi penelitian ini bisa dijadikan sebagai acuan dan pedoman dalam membuat kebijakan dalam bidang manajemen khususnya untuk meningkatkan pelaksanaan timbang terima (*handover*) dan diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai perbaikan dan penambahan SPO rumah sakit tentang pelaksanaan timbang terima sesuai.

KEPUSTAKAAN

1. Heriansyah,H., Pertiwiwati,E., Rizany, I. Hubungan tanggung jawab pelaksana metode tim dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di IRNA RSUD Ratu Zalecha Martapura. NERSPEDIA, 1(2).2018.
2. Nursalam. Manajemen keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan profesional, edisi 5. Jakarta: Salemba Medika. 2017.
3. Hidayah, N. Manajemen Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP) TIM dalam peningkatan kepuasan pasien di Rumah Sakit. Jurnal Kesehatan 2014; 7 (2).
4. KARS. Panduan penyusunan dokumen akreditasi. Jakarta. 2012.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
6. Nursalam. Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktik keperawatan

- profesional, edisi 2. Jakarta: Salemba Medika. 2009.
7. Standar Prosedur Operasional (SPO) Model Asuhan Keperawatan Profesional Nomor Dokumen 01.15/SKP/2015 RSUD Ratu Zalecha Martapura.
 8. Standar Prosedur Operasional Timbang Terima (SPO) Komunikasi Efektif Serah Terima Shift Jaga Nomor Dokumen 04.011/SKP/2016 RSUD Ratu Zalecha Martapura.
 9. Roifah, I & Anggraini, SD. Analisis hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruangan dengan pelaksanaan standar prosedur operasional timbang terima. *Jurnal Kesehatan Bina Sehat* 2015; 11 (1).
 10. Pramudya, A & Sudalhar. 2016. Hubungan pengetahuan dan beban kerja perawat terhadap pelaksanaan proses timbang terima pasien. Available from: URL: <http://e-journal.stikesmuhbojonegoro.ac.id/index.php/JHS/article/download/48/25/> . diakses tanggal 14 Maret 2018.
 11. Manopo, Q., Maramis, FRR. & Sinolungan, JSV. Hubungan antara penerapan timbang terima pasien dengan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RSU GMIM Kalooran Amurang. 2013. Available from: URL: <http://fkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2013/08/QUITERIA-MANOPO-0915110121.pdf>. diakses tanggal 20 Oktober 2018.
 12. Goraph, M., Kundre, R & Hamel, R. Hubungan Timbang Terima (Operan Shift) dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Bangsal RSU GMIM Pancaran Kasih Manado. *e-journal Keperawatan (eKp)* 2018; 6 (1).
 13. Dewi, KM. Hubungan sikap disiplin perawat dengan efektivitas pelaksanaan timbang terima di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember; 2016.
 14. Elmiyasna, K. & Fitri Mayasari. 2011. Gambaran keefektifan timbang terima (operan) di ruang kelas 1 irna non bedah (penyakit dalam) RSUP Dr. M. Djamil Padang. Stikes Mercubaktijaya. Padang. Available from: URL: <http://journal.mercubaktijaya.ac.id/downloadfile.php?file=1.pdf>. diakses tanggal 20 April 2018.
 15. Prayitno, A. Gambaran pelaksanaan timbang terima perawat di ruang rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta; 2017.
 16. Umaternate, T., Kumaat, LT. & Mulyadi. Hubungan pelaksanaan identifikasi pasien secara benar dengan kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUP Dr. R. Kandou Manado. *eJournal Keperawatan (e-Kp)* 2015; 3 (2).