

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kajian Pustaka

Penelitian yang dilakukan oleh (Sulistyawati et al., 2020) dengan judul “Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas *Handover* Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit” yang bertujuan untuk meneliti faktor- faktor yang berhubungan dengan kualitas *handover*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas *handover* diantaranya adalah tingkat pendidikan, lama kerja, berpikir kritis dan supervisi kepala ruangan dengan kekuatan hubungan yang kuat antara kualitas *handover* dan supervisi kepala ruangan.

Penelitian yang dilakukan (Parlar Kilic et al., 2017) dengan judul “*The Approaches and Attitudes of Nurses on Clinical Handover*” yang bertujuan untuk menentukan pendekatan dan sikap perawat mengenai serah terima klinis di Turki. Ditemukan bahwa para perawat mengindikasikan bahwa serah terima klinis memiliki keuntungan seperti perolehan informasi tentang pasien dan penyakit serta tindak lanjut informasi pasien, namun juga memiliki kekurangan seperti memakan banyak waktu dan meningkatkan beban kerja.

Penelitian yang dilakukan (Dewi et al., 2021) yang berjudul “*The Relation Of Critical Thinking And Clinical Decision Making With Handover Quality In Fatmawati Hospital Jakarta*” yang bertujuan untuk mengetahui hubungan berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis dengan kualitas *handover*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan antara berpikir kritis dan pengambilan keputusan klinis dengan kualitas *handover*. Gambaran kualitas *handover* di RSUD Fatmawati baik dengan nilai maksimum 70%. Hasil penelitian ini pun menunjukkan bahwa peningkatan kualitas *handover* dapat dipengaruhi besar oleh pendidikan sebanyak 3 kali lipat.

2.2 *Handover* Keperawatan

2.2.1 Pengertian *Handover*

Handover adalah sebuah proses pengalihan tanggung jawab profesional perawat kepada perawat berikutnya yang mengambil alih tugas yang akan dilaksanakan pada periode waktu tertentu. Dalam proses *handover* dilakukan sebuah validasi keadaan terkait kondisi pasien dan ini dilakukan diantara perawat yang merawat pasien kelolaannya (Parlar Kilic et al., 2017).

Handover adalah proses pengalihan tanggung jawab secara professional dan akuntabilitas terhadap semua aspek perawatan yang terjadi pada pasien atau sekelompok pasien kepada orang lain atau kelompok professional yang bersifat sementara atau permanen sehingga pasien aman dan mendapatkan kepuasan atas asuhan keperawatan yang diberikan berupa pemberian informasi secara spesifik antar perawat, dari tim medis dan perawat, dari perawat kepada pasien dan keluarga dan antar unit dengan tujuan agar perawatan pasien berkelanjutan dan aman (Spooner et al., 2018).

2.2.2 Tujuan *Handover*

Tujuan *handover* antar shift adalah untuk memberikan informasi klinis dan asuhan yang telah diberikan kepada pasien agar diperoleh informasi yang akurat dan terbaru sehingga mutu pelayanan keperawatan meningkat dan berfokus pada keselamatan pasien. Ada beberapa kejadian yang timbul karena *handover* yang tidak efektif yaitu meningkatkan resiko “*medication error*” dan kejadian yang membahayakan, memperpanjang proses perawatan, menurunkan kepuasan pasien, serta memperpanjang hari rawat pasien di rumah sakit (Wulan Oktopia et al., 2021)

Menurut (Nursalam, 2017) tujuan dilaksanakannya *handover* adalah:

- a. Mengkomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan informasi yang penting.
- b. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien (data fokus).
- c. Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien.

- d. Menyampaikan hal penting yang harus ditindak lanjuti oleh perawat dinas berikutnya.
- e. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.
- f. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat.
- g. Menjalin hubungan kerjasama dan bertanggung jawab antar perawat.
- h. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan.
- i. Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna.
- j. Klien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap.

2.2.3 Komponen *Handover*

Komponen *handover* terdiri dari enam komponen, diantaranya (Nursalam, 2015) :

- a. Lokasi *handover*

Lokasi kegiatan *handover* beragam tergantung kebutuhan dan dampak pada informasi yang akan ditransfer. Pada ruang rawat inap, *handover* lebih baik dilakukan di samping pasien, namun di ruang jiwa atau ruang gawat darurat proses *handover* sebaiknya di dalam ruangan untuk meminimalkan interupsi. Tahapan dalam proses *handover* ada dua macam yaitu *handover* dilakukan di ruang tertutup, kemudian yang kedua di samping pasien atau dikoridor bersama tim.

- b. Partisipasi;

Partisipan *handover* adalah seluruh perawat yang berdinis baik yang berdinis dan akan berdinis. Dalam *bedside handover* dipimpin oleh perawat penanggung jawab sebelumnya ke perawat primer bersama timnya yang akan berdinis. Kepala ruangan bertugas sebagai supervisor yang menjadi mediator dan koordinator dalam *handover* khususnya pada pasien dengan kasus kompleks.

- c. Struktur

Terdapat empat tipe dari *handover* terkait dengan fungsinya yaitu

handover sebagai fungsi informasi, sosial, organisasi, dan edukasi. Memiliki tiga fase yaitu pre *handover*, fase pertemuan antar perawat shift, dan *handover*. Isi (*content*) *Handover* dapat disampaikan baik melalui komunikasi verbal dan non verbal meliputi identifikasi pasien, riwayat penyakit, status klinis, rencana keperawatan dan tujuan perawatan maupun discharge planning.

d. Waktu *handover*

Lama *handover* sangat bervariasi tergantung kondisi pasien, jenis ruangan, dan kondisi ruangan. *Handover* antar perawat shift dilakukan setiap pergantian dinas, yaitu shift pagi, sore, dan shift malam.

e. Dokumentasi

Handover dapat didokumentasikan dalam catatan pribadi perawat, catatan terintegrasi pada rekam medik, maupun catatan pengobatan. Rencana keperawatan terdiri dari perubahan kondisi, riwayat klinis, status klinik, observasi tanda-tanda vital, kebutuhan cairan, dan prosedur yang akan dilakukan (Nursalam, 2015).

2.2.4 Tahapan *Handover*

Menurut (Nursalam, 2017) tahapan *Handover* dibagi menjadi 3 yaitu persiapan, pelaksanaan dan post *handover* :

a. Tahap Persiapan

- 1) *Handover* dilaksanakan setiap pergantian *shift*.
- 2) Pada semua pasien baru masuk dan pasien yang dilakukan *handover* khususnya pasien yang memiliki permasalahan yang belum/dapat teratasi serta yang membutuhkan observasi lebih lanjut.
- 3) Perawat penanggung jawab menyampaikan operan pada perawat pelaksana, berikutnya mengenai hal yang perlu disampaikan dalam operan antara lain : Jumlah pasien, identitas pasien dan diagnosa medis, data (keluhan/subjektif dan objektif), masalah keperawatan yang masih muncul. Intervensi

keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum), intervensi kolaborasi dan independen, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dan lain-lain).

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Perawat yang akan bergantian shift sudah siap.
- 2) Perawat yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.
- 3) Kepala ruangan membuka kegiatan handover.
- 4) Perawat yang melakukan *handover* dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah di operkan.
- 5) Kepala ruangan atau PP menanyakan kebutuhan dasar pasien.
- 6) Penyampaian dilakukan jelas, singkat dan padat.
- 7) Perawat yang melaksanakan *handover* mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan dan tindakan yang telah/belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan.
- 8) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya.
- 9) Selama kegiatan handover kepala ruangan memantau keberlangsungan kegiatan dan memastikan kelengkapan informasi dan dokumentasi.
- 10) Saat dilakukan *bedside handover*, pada setiap pasien tidak lebih dari lima menit kecuali pada kondisi khusus.

c. Post *Handover*

- 1) Dilakukan diskusi mengenai kondisi pasien.
- 2) Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan yang ditanda tangani oleh perawat penanggung jawab yang jaga saat itu dan perawat penanggung jawab yang berjaga berikutnya berdasarkan perintah kepala ruangan.

- 3) *Handover* ditutup oleh kepala ruangan atau perawat penanggung jawab.

2.2.5 Efektivitas *Handover*

Beberapa hal yang harus diperhatikan agar proses *handover* dapat efektif diantaranya (Thomson et al., 2018):

- a. Proses *handover* dilakukan secara langsung dengan bertatap muka atau komunikasi langsung untuk memastikan komunikasi dua arah selama proses serah terima, membiarkan waktu sebanyak yang diperlukan untuk *handover* kemudian menggunakan komunikasi verbal dan tertulis saat *handover*.
- b. Pada saat melakukan *bedside handover*, bila memungkinkan libatkan pasien dan keluarga dalam proses *handover* serta memasukkan teknik komunikasi dalam proses dan memerlukan verifikasi, memastikan informasi yang disampaikan diterima dengan baik dan dipahami.
- c. Jika di rumah sakit telah terintegrasi dengan teknologi seperti sistem informasi rumah sakit (SIMRS) maka dapat digunakan teknologi yang tersedia (misalnya, rekam medis elektronik) untuk mempercepat pertukaran yang tepat waktu dan informasi yang akurat.

2.2.6 Manfaat *Handover*

Manfaat dari *handover* adalah dapat mengurangi peningkatan insiden kesalahan yang terjadi dirumah sakit, dengan dilakukannya *handover* yang efektif pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien maka intervensi yang diberikan pada pasien akan lebih terjamin keamanannya, asuhan yang diberikan akan lebih komprehensif dan berkesinambungan (Rixon et al., 2017). Hal tersebut didukung dalam penelitian yang menyatakan bahwa dengan *handover* yang efektif akan memberikan manfaat pada anggota staf perawat berupa kepuasan kerja yang akan berakibat pada kinerja perawat yang meningkat, kepuasan pasien meningkat sehingga bermanfaat pada bagi instansi pelayanan (Spooner et al., 2018). Sedangkan

menurut (Mardis et al., 2017), *handover* yang baik dapat meningkatkan *outcomes* pada kondisi pasien, termasuk menurunkan *fall rates*, lama tinggal di rumah sakit, dan panggilan darurat medis.

2.2.7 Kualitas *Handover*

Kriteria kualitas *handover* yang baik adalah *handover* yang terstruktur dan terstandarisasi dimulai dengan pelaporan kondisi pasien, validasi ke ruangan pasien dan evaluasi di *nurse station* (Nursalam, 2015). Dalam pelaksanaan *handover* setiap perawat harus mampu melakukan diskusi kritis dan pengambilan keputusan klinis yang tepat mengenai kondisi pasien. Kualitas *handover* yang baik dapat meningkatkan *outcomes* pada kondisi pasien, termasuk menurunkan *fall rates*, lama tinggal di rumah sakit, dan panggilan darurat medis (Mardis et al., 2017). *Handover* yang dilakukan dengan baik akan membuat interpretasi keperawatan lebih terarah sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan (Dewi et al., 2021).

Kualitas *handover* yang buruk didasari oleh beberapa hal diantaranya: kegiatan *handover* yang tidak terstandarisasi, kurangnya kemampuan berpikir kritis perawat, ketidakefektifan komunikasi antar perawat, pertukaran informasi yang tidak akurat dan konsisten, pencatatan yang tidak lengkap dan spesifik serta kurangnya supervisi manajer keperawatan/kepala ruangan (Ahn et al., 2021).

Dampak dari kualitas *handover* yang buruk dapat menyebabkan resiko KTD, bertambahnya keluhan pasien dan keluarga, keterlambatan perawatan dan pengobatan, tindakan perawatan dan pengobatan yang tidak tepat, memperpanjang masa rawat pasien, meningkatkan biaya perawatan dan membahayakan keselamatan pasien (Wulan Oktopia et al., 2021). Institute of Medicine (IOM) melaporkan bahwa *handover* pasien yang tidak memadai adalah penyebab utama kegagalan dalam keselamatan pasien (Spooner et al., 2018). Di Indonesia sendiri *handover* telah dilaksanakan namun kualitasnya belum dioptimalkan sehingga berdampak pada terlambatnya tindakan medis ataupun pada asuhan perawatan yang diberikan (Dewi et al., 2021).

Handover pasien yang tidak efektif dapat berkontribusi terhadap kesalahan dan pelanggaran dalam keselamatan perawatan pasien (Kerr et al., 2016). Sehingga dibutuhkan suatu taktik yang benar dalam melakukan *handover* dimana peran dan fungsi manajerial dari kepala ruangan dan penanggung jawab pasien sangat diperlukan dalam hal ini, mulai dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, serta pengawasan (Mohamed Basiony, 2018), sehingga kesalahan pada saat *handover* tidak terjadi lagi yang berakibat pada rendahnya kualitas asuhan keperawatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas *handover*.

2.2.8 Indikator Kualitas *Handover*

Menurut (Dewi & Yetti, 2019), indikator kualitas *handover* dibagi menjadi 4 yaitu:

a. Waktu *handover*

Ketepatan waktu serah terima sangat penting untuk memastikan proses perawatan yang berkelanjutan, aman dan efektif (Araujo et al., 2022). Lama *handover* sangat bervariasi tergantung kondisi pasien, jenis ruangan, dan kondisi ruangan. *Handover* antar perawat shift dilakukan setiap pergantian dinas, yaitu shift pagi, sore, dan shift malam (Sulistyawati et al., 2018).

b. *Leadership*

Kepemimpinan kepala ruang saat *handover* adalah suatu interaksi sosial dimana kepala ruang memiliki suatu kemampuan yang lebih besar untuk mempengaruhi perilaku perawat pelaksana selama proses *handover* itu berjalan mulai dari persiapan, pelaksanaan hingga evaluasi (Istiningtyas & Wulandari, 2018).

Tanggung jawab dengan pelaksanaan *handover* hal ini dikarenakan perawat yang baik pada saat operan dapat memberikan harapan pada perawat untuk memberikan pelayanan terbaik dan bertanggung jawab kepada klien yang dirawatnya dengan melakukan *handover* sesuai standar yang ditetapkan di rumah sakit (Fatrida & Nuriman, 2019).

c. SBAR

Komunikasi efektif menggunakan pendekatan SBAR merupakan pilihan komunikasi yang tersedia bagi perawat selama serah terima pasien. Komunikasi yang efektif dengan pendekatan SBAR selama penimbangan memiliki korelasi yang kuat dengan kontinuitas, kualitas, dan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan atau dengan pasien (Araujo et al., 2022). Komunikasi yang efektif antar perawat pelaksanaan dapat menjadikan proses pertukaran informasi yang baik serta dapat mewujudkannya rasa saling memahami dan saling percaya demi terciptanya hubungan komunikasi yang baik pada saat handover (Fatrída & Nuriman, 2019).

d. Dokumentasi

Dokumentasi yang baik membantu perawat untuk mendapatkan informasi dengan cepat dan meminimalkan informasi yang berlebihan dan memakan waktu selama serah terima (Araujo et al., 2022).

(Fatrída & Nuriman, 2019) Rendahnya pelaksanaan dokumentasi antara lain disebabkan karena sistem dokumentasi keperawatan mempunyai trend dan perubahan yang berdampak pada dokumentasi, misalnya bentuk praktek keperawatan yang digunakan, biaya yang dibutuhkan, akreditasi, kualitas asuransi dan audit keperawatan.

2.2.9 Faktor- Faktor Mempengaruhi Kualitas *Handover*

(Sulistiyawati et al., 2020) menyebutkan beberapa faktor yang berhubungan dengan kualitas *handover*, diantaranya :

a. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat kemampuannya, kemampuan yang dimiliki oleh seseorang ada bermacam-macam yaitu kemampuan intelektual, kemampuan fisik dan kemampuan spiritual. Kemampuan yang dapat ditingkatkan dengan tingkat pendidikan yaitu kemampuan intelektual. Pendidikan dapat meningkatkan kemampuan intelektual seseorang, sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat dalam bertindak. Semakin tinggi

tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah untuk menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi . Tingkat pendidikan yang tinggi menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab (Sulistyawati et al., 2020). Semakin tinggi pendidikan seorang perawat maka akan semakin baik kualitas *handover* yang dilakukannya. Seseorang yang berpendidikan tinggi memiliki wawasan yang lebih luas, lebih kreatif dan mempunyai inisiatif dalam bertindak menyelesaikan masalah dengan mempertimbangkan aspek keilmuan yang dimilikinya (Dewi et al., 2021).

b. Lama Kerja

Lama kerja dapat mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang dalam menunjukkan kinerjanya, masa kerja yang lebih lama menunjukkan pengalaman yang lebih pada seseorang dibandingkan dengan rekan kerja yang lain, semakin lama seseorang bekerja akan semakin terampil dan akan lebih berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya (Sulistyawati et al., 2020). Perawat dengan masa kerja lebih lama memiliki kemampuan komunikasi lebih baik daripada perawat dengan masa kerja lebih pendek pada saat *handover*, hal ini tentu berpengaruh pada kualitas *handover*. Hal tersebut selaras dengan (Kerr et al., 2016) menyatakan bahwa masa kerja berpengaruh terhadap kemampuan perawat dalam memberikan informasi pada pasien kelolaan, (Mardis et al., 2017) menyatakan bahwa perawat dengan masa kerja lebih lama memiliki persepsi positif terhadap keselamatan pasien.

c. Berpikir Kritis

Berpikir kritis adalah proses disiplin secara intelektual dimana seseorang secara aktif dan terampil memahami, mengaplikasikan, menganalisa, mensintesa dan atau mengevaluasi berbagai informasi yang dia kumpulkan atau yang dia ambil dari pengamatan (observasi) dari refleksi yang dilakukannya, dari penalaran, atau dari komunikasi yang dilakukan. Berpikir kritis tidak hanya mencakup pengetahuan keperawatan, tetapi mencakup pengetahuan yang kompleks, masalah

yang banyak, mengantisipasi kebutuhan, mengenali komplikasi potensial dan aktual dan ahli berkomunikasi dengan tim. Kemampuan berpikir kritis profesional perawat dapat berdampak langsung terhadap keselamatan pasien (Sulistyawati et al., 2020), hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Dewi et al., 2021) yang menyatakan bahwa kemampuan berpikir kritis adalah faktor penting yang harus dimiliki perawat karena berkontribusi dalam meningkatkan *handover* dan juga berdampak pada peningkatan keselamatan pasien.

d. Motivasi

Motivasi merupakan akumulasi dari berbagai proses yang mempengaruhi dan mengarahkan perilaku kita untuk mencapai beberapa tujuan tertentu. Motivasi kerja merupakan faktor yang sangat relevan yang mempengaruhi kualitas kinerja khususnya di bidang kesehatan. Ketika seorang perawat memiliki motivasi yang tinggi maka mereka akan muncul perspektif dari dalam diri mereka bahwa melaksanakan *handover* merupakan tanggung jawab perawat, dimana dalam melaksanakan *handover* perawat diberikan wewenang sehingga mereka lebih memperhatikan hasil kerjanya (Sulistyawati et al., 2020).

e. Supervisi Kepala Ruangan

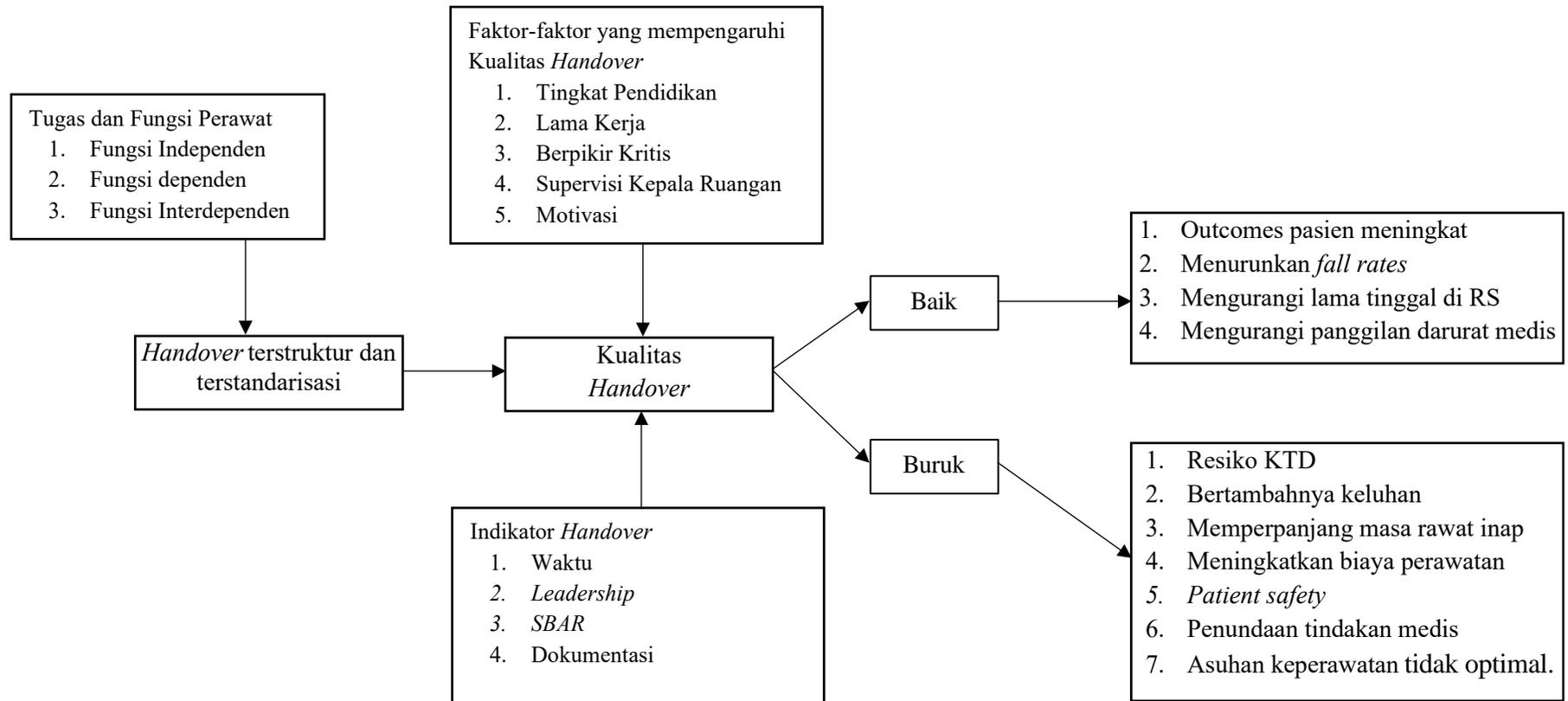
Supervisi menjadi penentu mutu asuhan keperawatan dan *handover* merupakan salah satu bentuk asuhan dan aktivitas mandiri perawat sehingga supervisi tentang *handover* akan mampu memperbaiki kualitas timbangan terima perawat (Sulistyawati et al., 2020). Kemampuan supervisi kepala ruangan sangat berpengaruh terhadap penentuan kualitas *handover*, dimana sebagai supervisor saat *handover* kepala ruangan harus melakukan pengarahan dan pengawasan yang terencana berdasarkan *evidence based practice*, maka dibutuhkan kemampuan manajerial yang baik dalam pengelolaannya (Mohamed Basiony, 2018). Supervisi merupakan salah satu elemen yang harus ada dalam standarisasi *handover* sehingga dapat tercipta sentralisasi otoritas, rutinitas dan formalisasi saat pelaksanaan

handover. Supervisi yang terencana pada standar praktik yang berlaku mampu menjamin kualitas asuhan keperawatan pada pasien. Supervisi yang baik akan meningkatkan motivasi perawat yang berdampak pada peningkatan kinerja perawat. Kualitas *handover* yang baik beriringan dengan Supervisi kepala ruangan yang bukan hanya bersifat pengawasan tetapi juga terdapat upaya mendidik, memotivasi, melatih dan mengarahkan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sulistyawati, W (2020) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang sangat kuat antara supervisi kepala ruangan dengan kualitas *handover*. Didukung oleh penelitian lain yang dilakukan (Sulistyawati et al., 2020) mengenai pengaruh supervisi tentang komunikasi SBAR terhadap kualitas *handover*. didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden sebelum pelaksanaan supervisi memiliki kualitas *handover* kurang. Hampir seluruhnya responden sesudah pelaksanaan supervisi memiliki kualitas *handover* baik maka ada pengaruh supervisi tentang komunikasi SBAR terhadap kualitas *handover*.

2.3 Kerangka Konseptual

Bagan 1 Kerangka Konseptual



Sumber: (Dewi et al., 2021; Nursalam, 2015; Parlar Kilic et al., 2017; Sulistyawati et al., 2020)