

Supervisi Meningkatkan Pelaksanaan Serah Terima di Rumah Sakit X di Jakarta: *Fishbone Analysis*

Deny Gunawan

Mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan, Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia; denygunawan09@gmail.com (koresponden)

Rr Tutik Sri Hariyati

Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

Desnita Fitri

Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Sebroto, Jakarta

ABSTRACT

Hospitals are the health care facilities which are required to provide the safe, effective and efficient services that provide the effective communication as one of the patient's safety goals. The handover between nursing shifts is part of the effective communication. If it is not properly implemented, the patient's safety is threatened. The supervision is needed in order to make the handover becomes effective and efficient. The purpose of this study was to identify the problem of applying the handover between the nursing shifts and developing the problem-solving solutions. The method used was a pilot study. The implementation process starts from identifying the problem, analyzing the problem, determining the priority of the problem, developing an action plan, implementation, and evaluation. The root problem analysis was carried out by using fishbone. The sample was 1 emergency department (ED) which involves the 32 staff nurses and 2 head nurses. The result indicates that there are some problems in the application of handover between nursing shifts that was not optimal in nursing supervision. The implementation and evaluation were carried out on 5 shifts of nurse shifts which involves the 32 staff nurses. The evaluation results also showed that there were the increasing number of the handover method among the nursing shifts, the pre-conference and post-conference, the head nurses supervision and team leader, the patient involvement, the supervision format, the documentation of head nurses and team leader, the bedside handover, and the documentation of nursing care. The conclusion in this study showed that the important of graded supervision in order to optimize the application of handover between nursing shifts in accordance with the objectives that must be achieved.

Keywords: emergency department; handover; head nurse; supervision; team leader

ABSTRAK

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang wajib memberikan pelayanan yang aman, efektif, dan efisien yang melingkupi komunikasi efektif sebagai salah satu dari sasaran keselamatan pasien. Serah terima antar shift keperawatan merupakan bagian dari komunikasi efektif tersebut. Apabila tidak dijalankan dengan benar, maka keselamatan pasien terancam. Supervisi diperlukan agar serah terima berjalan dengan efektif dan efisien. Tujuan studi ini adalah mengidentifikasi masalah dalam penerapan serah terima antar shift keperawatan serta mengembangkan solusi pemecahan masalah. Metode yang digunakan adalah pilot study. Proses pelaksanaan dimulai dari identifikasi masalah, analisis masalah, penetapan prioritas masalah, penyusunan plan of action, implementasi, serta evaluasi. Analisis akar masalah dilakukan dengan menggunakan metode fishbone. Sampel dalam studi ini adalah 1 instalasi gawat darurat (IGD) yang meliputi 32 perawat pelaksana dan 2 kepala ruangan. Hasil identifikasi menunjukkan ada adanya masalah dalam penerapan serah terima antar shift keperawatan yakni dalam supervisi keperawatan yang belum optimal. Implementasi dan evaluasi dilakukan pada 5 pergantian shift perawat yang melibatkan 32 perawat pelaksana. Hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan angka penerapan metode serah terima antar shift keperawatan, peningkatan pre conference dan post conference, peningkatan supervisi kepala ruangan dan ketua tim, peningkatan pelibatan pasien, peningkatan format supervisi, peningkatan pendokumentasian kepala ruangan dan ketua tim, peningkatan bedside handover, dan peningkatan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kesimpulan dalam studi ini mengungkapkan pentingnya supervisi secara berjenjang untuk mengoptimalkan penerapan serah terima antar shift keperawatan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Kata kunci: gawat darurat; kepala ruangan; ketua tim; serah terima; supervisi

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang diwajibkan memberikan pelayanan yang *safety*, prima, dan efisien ^(1,2). Untuk mewujudkan pelayanan itu, komisi akreditasi rumah sakit (KARS) menetapkan standar secara nasional mengenai akreditasi rumah sakit, yang didalamnya terdapat sasaran keselamatan pasien ⁽¹⁾. Komunikasi yang efektif merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien yang harus

diterapkan oleh semua petugas kesehatan seperti komunikasi terbuka sesama petugas pelayanan kesehatan pada saat serah terima⁽³⁾. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2017), menetapkan standar Sasaran keselamatan Pasien (SKP) 2.2 bahwa proses komunikasi saat serah terima harus ditetapkan dan dilaksanakan oleh rumah sakit berupa komunikasi lisan, melalui media, atau melalui tulisan. Metode komunikasi yang digunakan dalam serah terima supaya efektif dan efisien tersebut berupa metode SBAR (*Situation, background, assessment, dan recommendation*)⁽⁴⁾.

Pelaksanaan serah terima di Indonesia telah banyak diteliti. Penelitian Riskah (2017), di RS Islam Ibnu Sina menyampaikan bahwa pelaksanaan serah terima masih bernilai 34,4% dan dalam kategori kurang baik. Penelitian Isnaovari (2015), menyatakan bahwa pelaksanaan metode komunikasi serah terima di RS Pendidikan Universitas Tanjungpura di Pontianak bernilai 46,6%. Hal ini menyatakan bahwa pelaksanaan serah terima di Indonesia masih perlu diperbaiki atau ditingkatkan kualitasnya. Sedangkan penelitian di luar negeri terhadap penerapan serah terima ini juga masih dinilai kurang efektif, dibuktikan dengan pernyataan bahwa pelaksanaan serah terima di Rumah Sakit di Australia salah satu yang menyebabkan kesalahan medis dikarenakan tidak beraturan dalam pelaksanaannya⁽⁷⁾. Secara duniapun serah terima ini telah menjadi permasalahan dikarenakan pelaksanaannya sering kurang baik⁽⁸⁾. Apabila pelaksanaan serah terima ini tidak segera diperbaiki maka akan berakibat fatal termasuk akan mengancam keselamatan pasien⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Permasalahan serah terima ini bisa diperbaiki salah satunya melalui supervisi. Supervisi model *academic* (*educative, supportive, dan manajerial*) baik secara langsung maupun tidak langsung merupakan salah satu supervisi di dalam keperawatan klinik yang bertujuan berbagi pengalaman perawat untuk pengembangan profesi keperawatan⁽¹¹⁾. Supervisi keperawatan merupakan bagian dari fungsi pengarahan yang bertujuan mengawasi penyimpangan, memberikan motivasi, meningkatkan pengontrolan emosi, membangun kemandirian dalam proses pemberian asuhan keperawatan sehingga dapat berjalan lancar dan terkendali^(11,12). Hasil penelitian Mua, Hariyati, & Afifah (2011), menyatakan bahwa supervisi klinik mempengaruhi kinerja perawat. Penelitian Nindyanto, Sukes, & Purnomo (2015) menyatakan bahwa supervisi yang baik dan terjadwal dari kepala ruangan akan 3 kali lebih baik meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Rumah sakit x di Jakarta adalah rumah sakit pemerintah rujukan paling atas di kemiliteran yang memberikan pelayanan, pendidikan, dan pengembangan penelitian di ruang lingkup kesehatan⁽¹⁴⁾. Perawat di IGD (IGD) di rumah sakit x di Jakarta ini berjumlah 42 perawat yang memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari 4 orang perawat militer, 33 orang perawat sipil, dan 5 orang perawat sukarela⁽¹⁵⁾.

Hasil wawancara penulis dengan Bagian keperawatan (Bagwat) dan kepala ruangan di IGD di rumah sakit x di Jakarta menyatakan bahwa serah terima antar shift keperawatan belum berjalan optimal dikarenakan hanya dilaksanakan ketika pergantian shift dari shift malam ke shift pagi saja dan pelaksanaan supervisi belum berjalan optimal juga. Selama tahun 2018 ini, pelaksanaan supervisi terkait serah terima antar shift keperawatan baru dilaksanakan dan didokumentasikan 1 kali oleh Bagwat yaitu periode Juni-Juli tahun 2018. Kepala ruangan baru 50% melakukan supervisi terkait serah terima antar shift keperawatan ini dan belum pernah didokumentasikan dikarenakan kepala ruangan belum mempunyai format baku supervisi serah terima antar shift keperawatan ini.

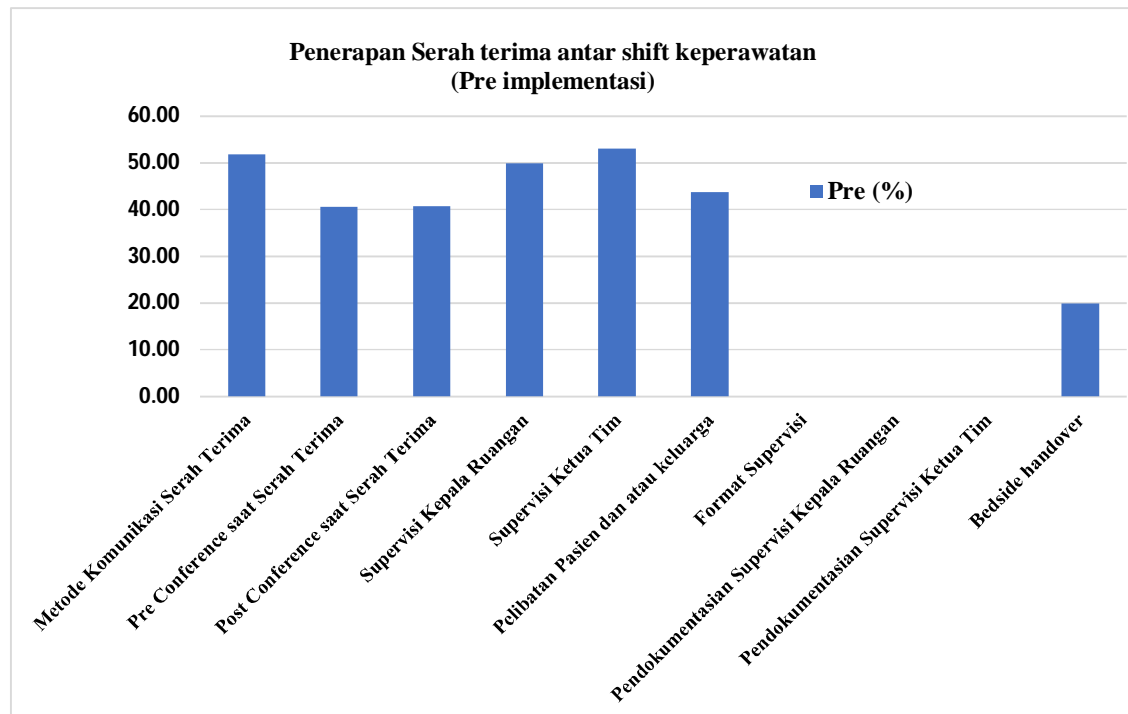
Hal-hal tersebut yang membuat penulis tertarik melakukan penelitian terkait pelaksanaan serah terima antar shift keperawatan di Rumah Sakit x di Jakarta ini yang memerlukan optimalisasi.

METODE

Tulisan ini menggunakan pendekatan *pilot study* yang sudah mendapatkan izin No. B/3846/IX/2018 untuk melakukan pengumpulan data di bulan November 2018 dan publikasi dari Rumah Sakit x di Jakarta dan No. 6110/UN2.F12.D/PDP.04.00/2018 tentang perizinan publikasi dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Metode ini dimulai dari identifikasi masalah, analisis masalah, penetapan prioritas masalah, penyusunan *plan of action* (POA), implementasi, serta evaluasi. Pengambilan data dilakukan melalui wawancara, observasi, kuesioner, dan studi dokumen. Hasil analisis data digunakan dalam penetapan masalah yang diidentifikasi. Untuk menentukan akar permasalahannya penulis menggunakan diagram *fishbone*. Hasil identifikasi masalah menjadi dasar menentukan alternatif tindakan penyelesaian yang menggunakan *Plan Do Study Action* (PDSA) *tools* dari mulai penetapan POA yang merupakan hasil *brainstorming* antara penulis dan pihak rumah sakit terkait, implementasi menggunakan fungsi POSAC (*Planning, organizing, staffing, actuating, dan controlling*), evaluasi, dan tindak lanjut. Evaluasi menggunakan kuesioner dan observasi langsung yang dilakukan bersamaan dengan pendampingan dan simulasi analisis masalah.

HASIL

Hasil dari identifikasi masalah, analisis masalah, penetapan prioritas masalah, penyusunan *plan of action*, implementasi, serta evaluasi sebagai berikut:



Gambar 1. Penerapan serah terima antar shift keperawatan (Pre Implementasi) (n=32)

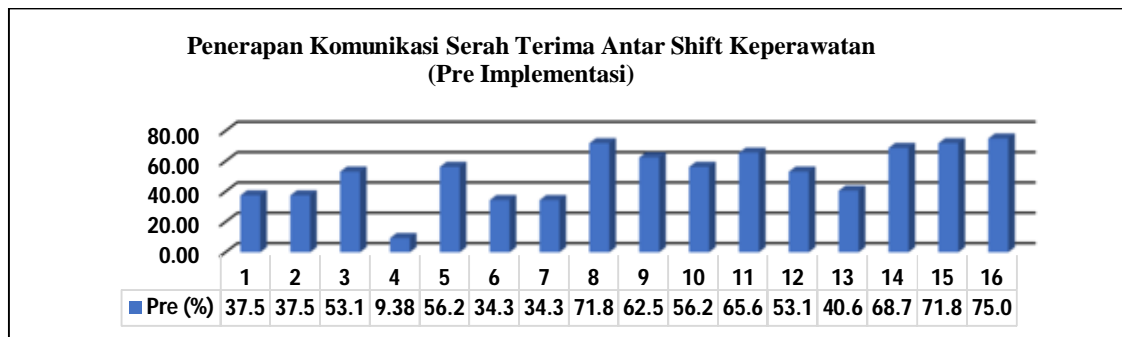
Gambar 1 menunjukkan penerapan serah terima antar shift keperawatan di IGD seperti metode komunikasi *Identify, Situation, Background, Assessment, dan Recommendation* (ISBAR) yang digunakan saat serah terima antar shift keperawatan bernilai 51.72%, tahapan *pre conference* 40,63% dan *post conference* 40,73%, supervisi kepala ruangan 50% dan ketua tim 53,12%, pelibatan pasien 43.75%, sedangkan format supervisi kepala ruangan dan ketua tim 0% (belum punya format supervisi) sehingga pendokumentasian pelaksanaan supervisi baik oleh kepala ruangan maupun oleh ketua tim belum dilakukan (0%), pelaksanaan *bedside handover* juga baru dilaksanakan 20%, dikarenakan *bedside handover* hanya dilakukan saat pergantian shift malam kepada shift pagi saja. Dari data-data tersebut bisa dinyatakan semua hal tersebut mempunyai potensi yang besar untuk diperbaiki dan ditingkatkan.

Gambar 1 menunjukkan penerapan *pre conference* bernilai 40,63%, persentase ini lebih kecil dibandingkan dengan penerapan *post conference* yakni bernilai 40,73%. Hal ini dikarenakan pada standar prosedur operasional (SPO) di rumah sakit x di Jakarta menyatakan bahwa *pre* dan *post conference* bisa dilaksanakan bersamaan baik setelah *bedside handover* maupun sebelum *bedside handover* sehingga terkadang perawat IGD setelah melakukan *bedside handover*, langsung bersiap melakukan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya masing-masing dan tidak berkumpul (*conference*) kembali. Pelaksanaan *bedside handover* di IGD bernilai 20%. Hal ini disebabkan karena *bedside handover* hanya dilakukan saat pergantian shift malam kepada shift pagi saja, sedangkan pada pergantian shift pagi kepada shift sore dan pergantian shift sore kepada shift malampun tidak dilaksanakan, hanya melakukan serah terima di *nurse station* saja.

Gambar 1 menunjukkan penerapan supervisi kepala ruangan bernilai 50%, persentase ini lebih kecil dibandingkan dengan penerapan supervisi ketua tim kepada perawat pelaksana di IGD sebesar 53,12%. Hal ini dikarenakan belum adanya format supervisi yang baku sebagai panduan dalam melakukan supervisi (0%) sehingga pendokumentasian penerapan supervisi baik oleh kepala ruangan maupun ketua tim belum terlaksana (0%).

Gambar 2 menunjukkan hasil observasi penulis terhadap 32 perawat di IGD bahwa dalam penerapan komunikasi *Identify* perawat lebih dominan menanyakan nama pasien (53,13%), pada *situation* perawat menyebutkan diagnosa medis pasien (56,25%), pada *background* perawat menyebutkan keluhan utama pasien (71,88%), pada *assessment* perawat menjelaskan keadaan klinis lain dari pasien yang mendukung kondisi pasien (68,75%), dan pada *recommendation* perawat memberikan rekomendasi intervensi keperawatan (71,88%), serta perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sebelum pulang bekerja (dinasnya) (75%). Hal ini disebabkan karena perawat IGD lebih mengutamakan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien

Hasil pengkajian metode komunikasi yang perawat IGD gunakan, dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Penerapan metode komunikasi antar shift keperawatan (pre implementasi) (n=32)

Berikut ini adalah keterangan masing-masing nomor dalam Gambar 2:

Metode komunikasi *identify*: Perawat:

1. Memperkenalkan diri
2. Memperkenalkan perawat shift selanjutnya
3. Menanyakan nama pasien
4. Menanyakan tanggal lahir/No RM

Metode komunikasi *situation*: Perawat menyebutkan:

5. Diagnosa medis pasien
6. Masalah keperawatan pasien
7. Lama (hari/jam) perawatan pasien

Metode komunikasi *background*: Perawat menyebutkan:

8. Keluhan utama pasien
9. Intervensi yang telah dilakukan
10. Alat (invasif) yang terpasang (bila ada alat yang terpasang pada pasien)

Metode komunikasi *assessment*: Perawat menjelaskan:

11. Hasil pengkajian terkini
12. Tanda vital pasien (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, dan nyeri)
13. Tingkat kesadaran pasien
14. Keadaan klinis lain dari pasien yang mendukung (hasil laboratorium/radiologi dan lain-lain)

Metode komunikasi *recommendation*: Perawat:

15. Memberikan rekomendasi intervensi keperawatan (yang belum atau sudah diatasi dan tindakan yang harus dihentikan/dilanjutkan/dimodifikasi)
16. Mendokumentasikan asuhan keperawatan

Hasil pengkajian lain yang dapat penulis sampaikan dapat pada tabel 1.

Tabel 1. Hasil pengkajian terkait serah terima antar shift keperawatan

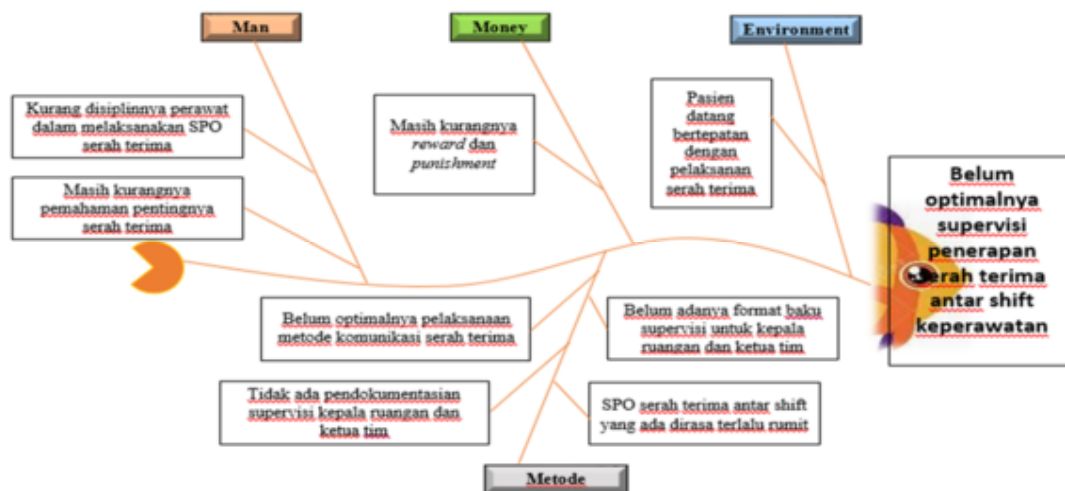
No	Hasil Pengkajian
1	96,9% perawat menyatakan SPO serah terima antar shift keperawatan sudah ada di ruangan
2	100% SPO serah terima antar shift keperawatan sudah disosialisasikan
3	100% perawat sudah mendapatkan pelatihan terkait serah terima antar shift keperawatan
4	Tumpukan beberapa rekam medis pasien yang belum lengkap diisi oleh petugas kesehatan di IGD termasuk didalamnya belum lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan
5	Bagwat menyatakan jadwal pelaksanaan supervisi sudah ada yaitu jaga 24 jam
6	Panduan serah terima antar shift keperawatan ditetapkan bulan Juni 2018
7	Perawat tidak hadir tepat waktu (telat) saat pergantian shift
8	Pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD tidak menulis SOAP pada catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) hanya hal yang kritikal saja yang dituliskan
9	Ada lembar <i>handover</i> antar shift sebagai media serah terima perawat antar shift

Tabel 1 menunjukkan SPO serah terima antar shift keperawatan sudah ada di ruangan (96,9%), perawat IGD sudah mendapatkan sosialisasi dan pelatihan serah terima antar shift keperawatan (100%), terdapat tumpukan beberapa rekam medis pasien yang belum lengkap diisi oleh petugas kesehatan di IGD termasuk

didalamnya belum lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga memperlambat pengiriman rekam medis tersebut ke instalasi rekam medis. Hasil wawancara dengan Bagwat diperoleh data bahwa jadwal pelaksanaan supervisi sudah ada yaitu jaga 24 jam yang berfokus pada seluruh elemen pelayanan yang tidak hanya pada serah terima antar shift keperawatan. Panduan serah terima antar shift keperawatan baru ditetapkan Bulan Juni 2018. Perawat tidak hadir tepat waktu (telat) saat pergantian shift berlangsung sehingga menyebabkan serah terima antar shift keperawatan juga berjalan tidak tepat waktu yang mengakibatkan perawat shift sebelumnya pulang lebih lama dari jam yang seharusnya. Pendokumentasian evaluasi asuhan keperawatan di IGD tidak menulis *subjectif objectif assessment* dan *planning* (SOAP) pada CPPT, hanya hal-hal kritikal saja yang dituliskan begitu juga pada lembar *handover* yang merupakan media serah terima perawat antar shift di rumah sakit x di Jakarta.

Berdasarkan data-data tersebut, penulis bersama unit terkait di rumah sakit x di Jakarta mengidentifikasi dan memprioritas masalah terkait pengelolaan pelayanan keperawatan di IGD. Masalah yang menjadi prioritas untuk ditindaklanjuti adalah belum optimalnya supervisi terhadap penerapan serah terima antarshift keperawatan. Setelah mendapatkan masalah terkait pengelolaan pelayanan keperawatan tersebut, kemudian melakukan analisis permasalahan dengan menggunakan *fishbone analysis*.

Hasil analisis *fishbone*:



Gambar 3. Analisis masalah belum optimalnya supervisi penerapan serah terima antar shift keperawatan

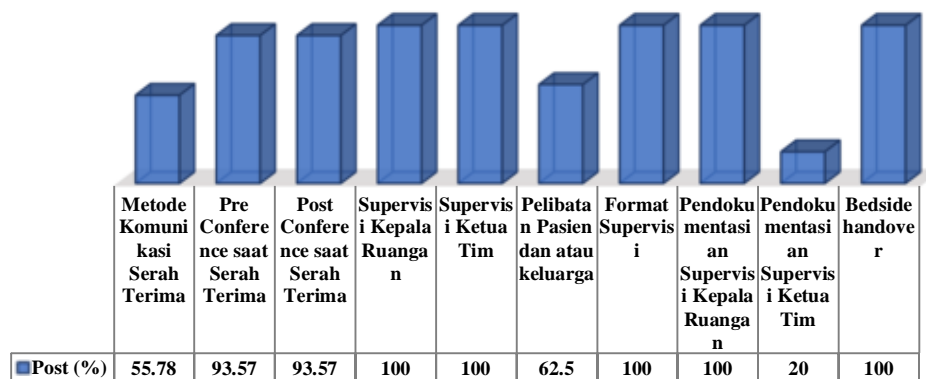
Gambar 3. menunjukkan bahwa belum optimalnya supervisi penerapan serah terima antar shift keperawatan di IGD didominasi oleh **metode** yaitu belum optimalnya pelaksanaan metode komunikasi serah terima antar shift keperawatan, SPO serah terima antar shift keperawatan yang ada dirasa terlalu rumit, belum adanya format baku supervisi untuk kepala ruangan dan ketua tim, sehingga menyebabkan pendokumentasian supervisi serah terima antar shift keperawatan oleh kepala ruangan dan ketua tim belum terlaksana. Pada **Man**, perawat kurang disiplin melaksanakan SPO serah terima seperti perawat tidak hadir (telat) saat pergantian shift sehingga menyebabkan serah terima tidak tepat waktu dan perawat masih kurang memahami pentingnya serah terima. Pada **Money**, masih kurangnya *reward* dan *punishment* terhadap penerapan serah terima sehingga perawat merasa tidak ada perbedaan kompensasi antara yang melakukan serah terima yang baik dengan yang tidak. Pada **Environment**, pasien datang bertepatan dengan serah terima sehingga supervispun tertunda dikarenakan memprioritaskan asuhan keperawatan terhadap pasien yang datang tersebut.

Kemudian membuat POA dilanjutkan dengan implementasi. Bentuk implementasi yang dilakukan pada tanggal 13 dan 14 Desember 2018 selama 5 pergantian shift di ruang rapat Bagwat dan di IGD. Pada **planning**, merevisi SPO dan format supervisi, membuat video *role play* serah terima antar shift keperawatan yang telah diserahkan kepada Bagwat dan kepala ruangan IGD secara langsung. Pada **organizing**, melakukan re-sosialisasi buku pedoman tentang peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang menjelaskan prinsip supervisi pelayanan keperawatan berupa pelaksanaan yang secara berjenjang dan waktu pelaksanaan supervisi yang bisa dilakukan secara berkala, setiap bulan atau sewaktu-waktu jika dianggap perlu (*incidental*) serta langkah-langkah supervisi. Pada **staffing**, melakukan sosialisasi draft revisi SPO, draft supervisi kepala ruangan dan ketua tim, dan video *role play* serah terima antar shift keperawatan yang tujuannya adalah agar Bagwat, Kepala Ruangan,

Ketua Tim, dan Perawat Pelaksana tersosialisasi SPO, format supervisi, dan video role play serah terima antar shift keperawatan dan melakukan supervisi secara berjenjang dan didokumentasikan, serta meningkatkan pengetahuan dan menanamkan rasa pentingnya serah terima dilakukan. Pada **actuating**, melakukan sosialisasi draft revisi SPO, draft supervisi, dan video role play serah terima antar shift keperawatan, dihadiri oleh Bagwat, pembimbing lapangan, 8 Kepala ruangan dan 6 Ketua tim, yang merupakan perwakilan dari IGD, ruangan IKA lantai 1, Lantai 3 Paviliun Darmawan, Stroke, Lantai 4 bedah, lantai 2 paru, dan rawat jalan poliklinik penyakit dalam. Peserta yang hadir diberikan pengarahan mengenai serah terima antar shift keperawatan yang difokuskan pada prosedur serah terima dan supervisi antar shift keperawatan. Peserta juga diberikan materi mengenai serah terima dan supervisi serah terima. Implementasi juga langsung diberikan kepada 32 Perawat pelaksana di IGD, langsung dilakukan simulasi serah terima dan supervisi pelaksanaan serah terima antar shift keperawatan. Pada **controlling**, draft revisi SPO dan draft supervisi terkait serah terima antar shift keperawatan digunakan untuk memudahkan, mengendalikan, dan mengevaluasi pelaksanaan serah terima antar shift keperawatan berjalan dengan lancar, aman, dan terdokumentasikan. Optimalisasi pelaksanaan supervisi dilakukan secara berjenjang dan dengan penuh komitmen dari seluruh lapisan secara internal. Pembuatan/revisi SPO dilakukan melalui diskusi yang intensif kepada pembimbing lapangan. Hingga saat ini SPO dan draft supervisi kepala ruangan dan ketua tim yang sudah diujicoba belum disahkan oleh pihak Rumah Sakit.

Selanjutnya adalah tahap evaluasi. Evaluasi dilakukan pasca sosialisasi melalui observasi pelaksanaan serah terima pada setiap pergantian shift selama 2 hari pelaksanaan (5 kali pergantian shift) dengan total observasi terhadap 32 perawat pada saat *pre* dan *post* implementasi.

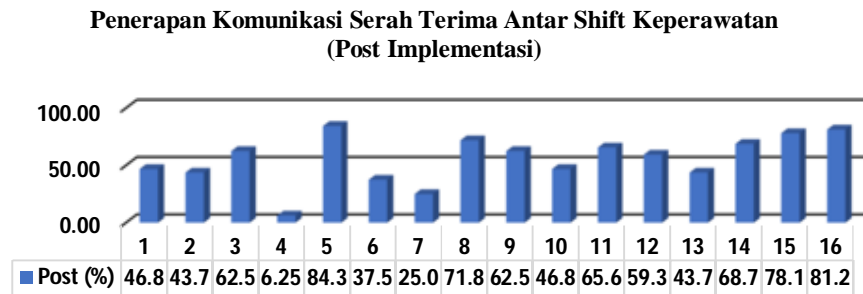
Penerapan Serah Terima Antar Shift Keperawatan (Post implementasi)



Gambar 4. Penerapan serah terima antar shift keperawatan (Post Implementasi) (n=32)

Gambar 4 menunjukkan penerapan serah terima antar shift keperawatan di IGD mengalami perbaikan dan peningkatan seperti metode komunikasi menjadi 55,78%, tahapan *pre conference* menjadi 93,57% dan *post conference* 93,57%, supervisi kepala ruangan 100% dan ketua tim 100%, pelibatan pasien 62,5%, sedangkan format supervisi kepala ruangan dan ketua tim 100%, pendokumentasian pelaksanaan supervisi kepala ruangan 100% sedangkan pendokumentasian supervisi ketua tim bernilai 20% dikarenakan pada saat implementasi dan evaluasi, para ketua tim mayoritas melakukan asuhan keperawatan kepada pasien sehingga belum terlaksana pendokumentasian dengan baik, pelaksanaan *bedside handover* sudah menjadi 100% yakni dilaksanakan pada setiap serah terima antar shift keperawatan (shift malam kepada shift pagi, shift pagi kepada shift sore, dan shift sore kepada shift malam).

Gambar 5 menunjukkan hasil observasi penulis terhadap 32 perawat di IGD setelah dilakukan implementasi yakni pada *identify*, perawat lebih dominan menanyakan nama pasien (62,5%), pada *situation* pada perawat menyebutkan diagnosa medis pasien (84,3%), pada *background* perawat menyebutkan keluhan utama pasien (71,88%), pada *assessment* perawat menjelaskan keadaan klinis lain dari pasien yang mendukung (68,75%) dan pada *recommendation* perawat memberikan rekomendasi intervensi keperawatan yang perlu dilanjutkan, baik intervensi yang sudah diatasi atau belum teratasi serta tindakan yang harus dihentikan/dilanjutkan/dimodifikasi (78,13%), serta perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sebelum pulang bekerja (dinasnya) sebesar 81,2%. Hal ini menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan perawat IGD meningkat dari sebelumnya.



Gambar 5. Penerapan metode komunikasi antar shift keperawatan (post implementasi) (n=32)

Tabel 2. Evaluasi serah terima antar shift keperawatan

No	Pernyataan
1	Metode komunikasi meningkat 4,06% (dari 51,72% menjadi 55,78%)
2	Penerapan <i>pre conference</i> IGD meningkat 52,94% (dari 40,63% menjadi 93,57%)
3	Penerapan <i>post conference</i> IGD meningkat 52,84% (dari 40,73% menjadi 93,57%)
4	Pelaksanaan supervisi kepala ruangan IGD meningkat 50% (dari 50% menjadi 100%)
5	Pelaksanaan supervisi ketua tim IGD meningkat 46,88% (dari 53,12% menjadi 100%)
6	Pelibatan pasien dan atau keluarga keperawatan meningkat 18,75% (dari 43,75% menjadi 62,5%)
7	Format Supervisi baik untuk kepala ruangan maupun ketua tim sudah ada (menjadi 100%)
8	Pendokumentasian supervisi kepala ruangan meningkat menjadi 100% (dari 50% menjadi 100%)
9	Pendokumentasian supervisi ketua tim meningkat menjadi 20% (dari 0% menjadi 20%)
10	Pelaksanaan <i>bedside handover</i> perawat meningkat menjadi 80% (dari 20% menjadi 100%)

Tabel 2. menunjukkan ada hal-hal yang sudah terlaksana sesuai dengan SPO serah terima seperti pelaksanaan supervisi baik oleh kepala ruangan maupun oleh ketua tim 100%, format supervisi terhadap penerapan serah terima kepala ruangan dan ketua tim 100%, pendokumentasian supervisi oleh kepala ruangan juga 100%, pelaksanaan *bedside handover* oleh perawat IGD juga 100%, namun ada juga hal-hal yang belum mencapai 100% namun sudah termasuk dalam kategori baik yaitu penerapan *pre* dan *post conference* (93,57%), dan hal-hal yang masih memerlukan perbaikan dan peningkatan seperti pendokumentasian supervisi oleh ketua tim (20% dari 0%), pelibatan pasien dan atau keluarga 62,5% (meningkat 18,75%), dan penerapan metode komunikasi ISBAR menjadi 55,78% (meningkat 4,06%).

Jenis pelaksanaan supervisi kepala ruangan dan ketua tim IGD lakukan adalah jenis supervisi *concurrent* dan *manajerial*, yaitu supervisi yang dilaksanakan oleh supervisor saat perawatnya memberikan asuhan keperawatan dan bertujuan untuk meningkatkan prinsip manajemen pelayanan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan, keselamatan pasien, dan mutu layanan itu sendiri seperti mengkaji efektifitas dari standar operasional prosedur (^{16,17}), dalam hal ini serah terima yaitu kepala ruangan memberikan penjelasan dan bimbingan kepada staf perawat mengenai hal-hal yang kurang terlaksana seperti pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan harus diisi setelah melakukan asuhan keperawatan dan sebelum pasien dipindahkan atau keluar dari IGD sehingga tidak terjadi penumpukan, menjelaskan tentang SPO serah terima antar shift yang sedang diujicobakan seperti perawat memperkenalkan diri dan perawat selanjutnya, penyampaian kondisi pasien dengan tehnik ISBAR, melibatkan pasien dalam proses serah terima, dan selalu melakukan *safety scan* seperti pengecekan pagar tempat tidur pasien, oksigen, cairan infus, roda tempat tidur pasien, dan sebagainya yang membuat pasien berisiko mengalami hal-hal yang tidak diharapkan, dan memberikan kesempatan kepada ketua tim dan perawat pelaksana untuk menyampaikan kesulitan yang dihadapi. Selain itu, ketua tim juga melakukan pengklarifikasian hasil dari kepala ruangan disampaikan kepada perawat pelaksana agar apa yang dipahami oleh perawat pelaksana sesuai dengan maksud dari kepala ruangan disampaikan. Ketua tim juga melakukan pendokumentasian hasil supervisi. Kepala ruangan melakukan supervisi langsung terhadap ketua tim dan secara tidak langsung melakukan supervisi kepada perawat pelaksana. Pendokumentasian pelaksanaan supervisi dilakukan oleh kepala ruangan IGD. Namun dalam pelaksanaan pendokumentasian, hanya 1 ketua tim dari 5 ketua tim yang melakukan pendokumentasian tersebut. Hal ini dikarenakan beban kerja dan kesibukan ruangan IGD. Pelaksanaan *bedside handover* oleh perawat IGD meningkat menjadi 80% (dari 20% menjadi 100%). Hal ini terjadi dikarenakan pada setiap serah terima antar shift (shift malam kepada shift pagi, dari shift pagi kepada

shift sore, dan dari shift sore kepada shift malam) perawat IGD menjalankan prosedur *bedside handover* tersebut.

PEMBAHASAN

Serah terima adalah suatu tindakan keperawatan untuk memberikan informasi penting kepada tim keperawatan guna mencegah terjadinya kesalahan dan memastikan pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan⁽¹⁸⁾. Dari hasil identifikasi, implementasi, dan evaluasi selama 5 pergantian shift, diperoleh data bahwa metode komunikasi dalam serah terima antar shift keperawatan di IGD mengalami peningkatan 4,06% (dari 51,72% menjadi 55,78%). Metode komunikasi merupakan hal yang sangat penting dipahami dan dilakukan oleh perawat dengan benar, apabila komunikasi gagal dilakukan dalam proses serah terima, maka akan menyebabkan terjadinya kejadian yang tidak diharapkan atau cedera kepada pasien. Hasil penelitian Wallis (2010) di rumah sakit wellington di selandia baru, seorang pasien (50 tahun) meninggal dunia akibat komunikasi yang salah antar petugas dalam serah terima. Oleh sebab itu, komunikasi ini harus dipastikan dilaksanakan dengan benar oleh pimpinan maupun staf.

Hasil evaluasi penulis terhadap pelaksanaan supervisi kepala ruangan dan ketua tim, yakni supervisi sudah dilaksanakan. Kepala ruangan melakukan supervisi kepada ketua tim secara langsung dan seluruh perawat secara tidak langsung. Sedangkan ketua tim melakukan supervisi kepada perawat pelaksana secara langsung. Supervisi bukan hanya menilai dan mencari kesalahan, tetapi merupakan bagian dari fungsi pengarahan sebagai kegiatan membimbing, memberikan pertolongan, dan pemberian motivasi kepada perawat yang bertujuan meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan⁽¹⁷⁾, serta penentuan situasi atau sumber daya yang dibutuhkan dalam pencapaian tujuan asuhan keperawatan tersebut⁽¹⁶⁾. Bentuk supervisi kepala ruangan dan ketua tim lakukan berupa diskusi bersama untuk pemahaman, perbaikan, dan membangun komitmen perbaikan kinerja sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan, yang bertujuan untuk menumbuhkan tanggung jawab dan peningkatan kinerja perawat pelaksana, serta perubahan sikap dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien⁽¹¹⁾.

Hasil analisis *fishbone*, diperoleh data salah satu penyebab supervisi belum optimal adalah karena SPO yang ada sekarang dirasa terlalu rumit. Oleh sebab itu, draft revisi SPO serah terima antar shift keperawatan yang telah dibuat, dirasakan lebih mampu laksana dengan melibatkan unit terkait. SPO digunakan sebagai acuan petugas dalam mewujudkan profesionalisme, menghindari kejadian tidak diharapkan⁽¹⁸⁾. Pembuatan SPO adalah suatu keharusan dalam suatu kegiatan terutama dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien⁽¹⁾. Pembuatan SPO merupakan bagian dari fungsi perencanaan manajemen. Fungsi perencanaan merupakan hal yang penting dilakukan untuk pengelolaan manusia dalam suatu organisasi⁽¹⁷⁾. Oleh sebab itu, dengan adanya perencanaan yang matang maka tujuan yang diharapkan dalam suatu organisasi akan mudah dicapai. Perencanaan suatu organisasi dapat berupa membuat visi, misi, falsafah, program kerja, kebijakan, pedoman, panduan, SPO, standar asuhan keperawatan, dan sasaran kebijakan^(17,20). Proses pembuatan SPO serah terima antar shift keperawatan yang baik akan menentukan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Hasil evaluasi pelaksanaan, diperoleh data *pre conference* meningkat 52,94% (dari 40,63% menjadi 93,57%) dan *post conference* juga meningkat 52,84% (dari 40,73% menjadi 93,57%). Hal ini terjadi dikarenakan *pre* dan *post conference* telah dilakukan setiap pergantian shift. Pada saat awal identifikasi masalah, *pre conference* hanya dilakukan pada saat pergantian shift malam kepada shift pagi saja dan jarang sekali melakukan *post conference*. Salah satu tujuan dilakukannya *conference* adalah untuk membahas suatu permasalahan atau kasus tertentu terkait aspek klinik⁽¹⁶⁾, membahas catatan pasien, CPPT, kondisi pasien, dan rencana perawatan untuk memastikan keberlangsungan pemberian asuhan keperawatan, serta pembahasan kasus-kasus yang dianggap perlu untuk didiskusikan^(6,21). Oleh sebab itu, tahap *pre* dan *post conference* harus tetap dilakukan oleh perawat untuk menjamin kualitas pelayanan yang diberikan terutama pelayanan keperawatan. Pada saat *conference* ini, supervisi bisa dilakukan. Penelitian Mua (2011), menyatakan bahwa pada saat *pre* dan *post conference*, kepala ruangan dapat melakukan supervisi *supportive*, yaitu supervisi yang bertujuan untuk mencari penyelesaian masalah yang dihadapi perawat saat memberikan asuhan keperawatan, menanamkan rasa kebersamaan dan saling membantu sehingga akan tercipta rasa nyaman diantara perawat.

Hasil evaluasi pelaksanaan, pelibatan pasien dan atau keluarga oleh perawat saat serah terima meningkat 18,75% (dari 43,75% menjadi 62,5%). Hasil penelitian Kamil (2008), menyatakan bahwa beberapa pasien mengatakan setuju dilibatkan dalam kegiatan serah terima. Pernyataan ini didukung oleh penelitian Smith (2016), bahwa dengan melibatkan pasien dalam serah terima, maka akan memudahkan dalam proses pengambilan keputusan tindakan agar sesuai dengan keinginan pasien dan atau keluarga. Oleh sebab itu diperlukan supervisi oleh atasan untuk memastikan pelibatan pasien dan atau keluarga ini dapat terus berlangsung. Format supervisi pada saat identifikasi tidak ditemukan di IGD di rumah sakit x di Jakarta ini. Format supervisi dipergunakan sebagai acuan agar pelaksanaan serah terima dapat terlaksana secara sistematis berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Proses supervisi yang baik, akan menghasilkan kualitas dan kepuasan kerja⁽¹⁶⁾. Oleh sebab itulah format supervisi dibuat untuk membantu kepala ruangan dan ketua tim melakukan

supervisi secara berjenjang. Salah satu prinsip supervisi yang baik adalah mempunyai instrumen penilaian yang diketahui oleh supervisor maupun yang akan disupervisi⁽¹⁷⁾.

Pendokumentasian supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan meningkat menjadi 100% (dari 50% menjadi 100%) dan supervisi ketua tim meningkat menjadi 20% (dari 0% menjadi 20%). Dokumentasi supervisi keperawatan dipergunakan sebagai sarana komunikasi sesama perawat atau antara atasan dan bawahan⁽¹⁶⁾. Salah satu prinsip supervisi yang baik adalah harus ada pendokumentasian kegiatan supervisi, yang bertujuan sebagai POA untuk perbaikan secara terus menerus⁽¹⁷⁾. Supervisi berjenjang dari kepala bidang ke kepala ruangan, dan dari kepala ruangan ke perawat dapat mempertahankan kepuasan kerja dan kinerja perawat agar sesuai dengan visi, misi, dan tujuan pelayanan keperawatan⁽¹⁶⁾.

Hasil evaluasi pelaksanaan, diperoleh data bahwa pelaksanaan *bedside handover* perawat IGD meningkat menjadi 80% (dari 20% menjadi 100%). Hal ini terjadi dikarenakan pada setiap serah terima antar shift (dari shift malam kepada shift pagi, dari shift pagi kepada shift sore, dan dari shift sore kepada shift malam) perawat IGD menjalankan prosedur *bedside handover* tersebut. Banyak penelitian menyatakan *bedside handover* ini mempunyai manfaat seperti meningkatkan kepuasan kerja, efisien waktu serah terima, mengutamakan prioritas, mengurangi kejadian klinis seperti angka kejadian pasien jatuh⁽²⁴⁾. Hasil pengamatan Smith (2016) terhadap pelaksanaan *bedside* di unit rehabilitasi, menunjukkan berkurangnya pasien jatuh dari 19 pasien menjadi 1 pasien dalam kurun waktu 2 bulan pelaksanaan.

Membimbing staf memerlukan media untuk mentransfer pesan yang ingin disampaikan⁽²⁵⁾. Video merupakan media yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap⁽²⁶⁾. Oleh sebab itu, membuat video role play serah terima antar shift keperawatan merupakan pilihan yang tepat. Video tersebut menampilkan tahapan-tahapan serah terima antar shift keperawatan dari berbagai sumber yaitu hasil penelitian terkait^(5,21,27-30). Berdasarkan hasil sosialisasi video role play tersebut, persentase pelaksanaan serah terima antar shift keperawatan di IGD mengalami peningkatan 4,06% (dari 51,72% menjadi 55,78%).

Pada proses implementasi supervisi terhadap pelaksanaan serah terima ini memerlukan dukungan dari pihak rumah sakit baik dari pihak manajemen maupun dari staf. Dukungan dari pihak manajemen yang dapat dilakukan berupa penyediaan media seperti SPO, penjadwalan supervisi, dan penggunaan format supervisi yang baku dan seragam sehingga pelaksanaannya bisa berjalan konsisten dan berkesinambungan. Langkah awal yang bisa dilakukan yakni menetapkan SPO dan format supervisi, kemudian lakukan sosialisasi SPO tersebut, dan sosialisasi penjadwalan supervisi tersebut. Hal ini dilakukan karena supervisi merupakan salah satu elemen kunci keberhasilan suatu pekerjaan⁽³¹⁾. Sedangkan dukungan dari staf, melakukan serah terima antar shift keperawatan secara konsisten dan berkesinambungan sesuai standar yang sudah ditetapkan.

KESIMPULAN

Pilot project ini berhasil dilaksanakan dan menunjukkan adanya peningkatan proses serah terima antar shift keperawatan termasuk dengan adanya pelaksanaan dan dokumentasi supervisi serah terima antar shift keperawatan. Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan dan fungsi pengendalian, oleh sebab itu perlu dukungan dari rumah sakit dalam penerapannya dengan menerapkan fungsi manajemen yang dimulai dari fungsi perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, dan pengendalian. Peran manajemen yang paling penting dalam peningkatan kualitas pengelolaan pelayanan keperawatan adalah adanya komunikasi dan motivasi untuk menciptakan inovasi serta pelibatan aktif seluruh staf dan pimpinan serta pelaksanaan peningkatan yang berkelanjutan seperti pelaksanaan supervisi terhadap serah terima, kedisiplinan dan kepatuhan perawat dalam melakukan serah terima antar shift keperawatan di Rumah Sakit x di Jakarta ini.

Rekomendasi

- 1) Perlu dukungan dan komitmen pihak rumah sakit dalam penerapan serah terima antar shift keperawatan. Salah satu bentuk komitmen tersebut adalah penetapan SPO serah terima antar shift keperawatan dengan mengacu kepada SPO serah terima yang telah disusun.
- 2) Perlu pengarahan dari Bagwat terkait proses supervisi. Supervisi dilakukan secara berjenjang dan konsisten seperti supervisi yang dilakukan Bagwat terhadap kepala ruangan, kepala ruangan melakukan supervisi terhadap ketua tim, dan ketua tim melakukan supervisi terhadap perawat pelaksana secara langsung.
- 3) Perawat pelaksana melakukan serah terima antar shift keperawatan sesuai dengan SPO.
- 4) Karena keterbatasan waktu dan sumber daya yang dimulai dari identifikasi masalah sampai dengan evaluasi, diperlukan waktu untuk penyempurnaan

DAFTAR PUSTAKA

1. Komisi akreditasi rumah sakit. Standar nasional akreditasi rumah sakit. 2017.
2. Kovačić N. Globalization and the Impact of Globalization on the Health Industry. Interdisciplinary Management Research. 2014;10.

3. Alqattan H, Cleland J, Morrison Z. An evaluation of patient safety culture in a secondary care setting in Kuwait. *J Taibah Univ Med Sci*. 2018;13(3):272–80.
4. Donahue KT, Yen J. Joint commission international standar akreditasi rumah sakit. *Jt Comm Int*. 2011;23(1):1–285.
5. Riskah K. Hubungan motivasi kerja perawat terhadap pelaksanaan timbang terima keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Pendidikan Universitas Tanjungpura. 2017.
6. Isnaovari. Hubungan pelaksanaan metode komunikasi: situation, background, assesment, recommendation (SBAR) saat timbang terima tugas keperawatan dengan kepuasan kerja perawat di ruang rawat inap RSUD Solok. 2015;133–41.
7. Thompson JE, Collett LW, Langbart MJ, Purcell NJ, Boyd SM, Yuminaga Y, et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover : a study in an Australian tertiary hospital. 2011.
8. Ning HC, Lin CN, Chiu DTY, Chang YT, Wen CN, Peng SY, et al. Reduction in hospital-wide clinical laboratory specimen identification errors following process interventions: A 10-year retrospective observational study. *PLoS One*. 2016;11(8):1–12.
9. Ms FZ, Crn N, Rui CRN, Cheng S. Exploring relationships between first-line nurse manager's safety attitudes and safety factors in Henan, China. 2018;(12):314–20.
10. Mursidah D. Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien erhadap Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi. 2012;
11. Mua E lian, Hariyati RTS, Afifah E. Peningkatan kepuasan dan kinerja perawat melalui supervisi kepala ruangan. *J Keperawatan Indones*. 2011;14(3):171–8.
12. Widarti D, Suryani M, Meikawati W. Pengaruh supervisi kepala ruang terhadap kepatuhan perawat pada jadwal kegiatan harian perawat di ruang mawar di rsud ungaran. *Karya Ilmiah S1 Ilmu Keperawatan*. 2015;0(0).
13. Nindyanto SIA, Sukei N, Purnomo MAB. Pengaruh supervisi kepala ruang terhadap dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Ungaran. *Karya Ilmiah S1 Ilmu Keperawatan*. 2015;0(0).
14. RSPAD Gatot Subroto. Profil RSPAD Gatot Soebroto. Jakarta; RSPAD Gatot Subroto; 2016.
15. RSPAD Gatot Subroto, Profil instalasi gawat darurat RS Kepresidenan RSPAD Gatot Subroto. Jakarta; RSPAD Gatot Subroto; 2016.
16. Mua E. Pengaruh pelatihan supervisi klinik kepala ruangan terhadap kepuasan kerja dan kinerja perawat pelaksana di rawat inap RS Palu. 2011.
17. Hariyati RTS. Perencanaan, pengembangan dan utilisasi tenaga keperawatan. 1st ed. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada; 2014. 62-68 p.
18. Winani. Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon. 2012.
19. Wallis S. Nursing handover research project. 2010.
20. Hutahaean S, Handiyani H. Pengembangan fungsi dan peran kepala ruangan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit X. *J Akad keperawatan husada karya jaya*. 2018;4:53–64.
21. Chaboyer W, McMurray A, Wallis M, Chang AH. Standard operating protocol for implementing bedside handover in nursing. *Res Cent Clin community Pract Innov*. 2008.
22. Kamil H. Handover dalam pelayanan keperawatan. 2008.
23. Smith LD. Communication process improvement among bedside nursing staff on a skilled nursing rehabilitation unit. 2016; Available from: http://scholarworks.gvsu.edu/kcon_doctoralprojects
24. Ayala WL. Impact of a Standardized Tool on Handoff Quality in Nurse Change-of-Shift Reports. 2017;
25. Pratiwi A, Utami W. Pembinaan dan pendampingan piminanan keperawatan dalam melaksanakan peran dan fungsi manajemen pada kepala ruang di rs pku muhammadiyah surakarta. *Warta*. 2010;13(1):37–47.
26. Lestari Y, Nurhaeni N, Hayati H. Penerapan mobile video efektif meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam menurunkan lama diare. 2018;21(1):34–42.
27. O'Connell B, Ockerby C, Hawkins M. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. *J Clin Nurs*. 2014;23(3–4):560–70.
28. Oberty E. Hubungan pelaksanaan peran dan fungsi manajemen kepala ruangan dengan motivasi kerja perawat pelaksana di RS TNI. Indonesia; 2013.
29. Rachmah. Pengaruh komunikasi sbar dalam timbang terima terhadap peneapan keselamatan pasien yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSU Bunda Jakarta dan RSU Bunda Margonda. Indonesia; 2013.
30. Riesenber LA, Leisch J, Cunningham JM. Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 2010 Apr;110(4):24–34.
31. Robbins S, Judge TA. Organizational behavior. Seventeenth. Wall stephanie, editor. USA: Pearson; 2017.