

## STUDI KUALITATIF: PERAN HANDOVER DALAM MENINGKATKAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

**Cecep Triwibowo, Zainuddin Harahap, Soep**  
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan  
Korespondensi : cecep\_triwibowo@yahoo.com

### ABSTRACT

**Background.** The primary cause of adverse event and the incidence of injury almost (near miss) in the hospital is inaccurate information. To prevent it is necessary to accurate information about the state of the patient at every shift change by nurses (handover). **The aimed** of this study was to determine the relationship of the handover implementation and patient safety. **Method.** This study used qualitative studies. The participants in this study amounted to 7 nurses in Wards of Pirngadi Hospital Medan. Collecting data used in-depth interviews. Data analysis used interactive of analysis model. **The results** showed that majority of nurses not yet implemented handover very well although patient safety become a priority in nursing care. **The conclusion** of this study is handover can improve patient safety in hospitals.

**Keywords:** Handover, Patient Safety, Nurse

### PENDAHULUAN

Komunikasi terhadap berbagai informasi mengenai perkembangan pasien antar profesi kesehatan di rumah sakit merupakan komponen yang fundamental dalam perawatan pasien (Riesenberg, 2010). Penyebab terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) 65 % dari 2.840 kejadian tidak di inginkan dan 74 % dari peristiwa tidak di inginkan mengakibatkan kematian pasien (JCAHO, 2007). Alvarado (2006) mengungkapkan bahwa ketidakakuratan informasi dapat menimbulkan dampak yang serius pada pasien, hampir 70% kejadian *sentinel*

yaitu kejadian yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius di rumah sakit disebabkan karena buruknya komunikasi.

Angood (2007) dalam Dewi (2012) mengungkapkan bahwa berdasarkan hasil kajian data penyebab utama dari kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*), dan kejadian nyaris cedera (*near miss*) di rumah sakit, adalah komunikasi. Transfer informasi pada saat pergantian *shift* disebut dengan *handover*. Informasi terkait dengan keadaan klinis pasien, kebutuhan pasien, keadaan personal pasien, sampai pada faktor

sosial pasien. *Handover* ini bertujuan untuk menyampaikan informasi dari setiap pergantian *shift* serta memastikan efektifitas dan keamanan dalam perawatan pasien (McCLoughen, *et al* 2008 dalam Scovell, 2010).

Di Indonesia insiden Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yaitu 53.33%, sedangkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 46,67%. Pada tahun 2010, di temukan bahwa provinsi jawa barat menempati urutan tertinggi yaitu 33.33%, diantara provinsi lainnya (Banten 20.0%, Jawa Tengah 20.0%, DKI Jakarta 16.67%, Bali 6.67%, dan Jawa Timur 3.33%) (KKP-RS, 2010). Ballard (2003) dalam Mustikawati (2011) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan keperawatan yang berkualitas. Hal ini menjadi penting karena keselamatan pasien merupakan suatu langkah untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan (Cahyono, 2008). Informasi terkait dengan keadaan klinis pasien, kebutuhan pasien, keadaan personal pasien, sampai pada faktor sosial pasien. Perawat harus datang minimal 15 menit lebih awal untuk mengikuti *handover* sehingga proses *handover*

dapat berjalan lancar. *Handover* ini bertujuan untuk menyampaikan informasi dari setiap pergantian *shift* serta memastikan efektifitas dan keamanan dalam perawatan pasien (McCLoughen, *et al* 2008 dalam Scovell, 2010). Tujuan penelitian ini adalah untuk menggali peran *handover* dalam meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian studi kualitatif. Design penelitian pada studi kualitatif menggunakan pendekatan fenomenologi. Partisipan pada penelitian ini berjumlah 7 perawat yang diambil berdasarkan titik jenuh (saturasi data) yaitu apabila dalam wawancara belum ditemukan persamaan informasi atau masih ada informasi baru yang diperlukan oleh peneliti, maka sampel belum sampai pada titik jenuh dan akan terus bertambah. Penelitian ini dilaksanakan di Bangsal Inap Rumah Sakit Pirngadi Medan tahun 2015. Pengumpulan data untuk studi kualitatif dilakukan dengan metode wawancara mendalam (*in depth interview*). Analisis data pada penelitian ini yaitu

menggunakan *interactive of analysis model*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian diakui oleh 2 orang partisipan bahwa pelaksanaan handover masih menemui kendala dan tidak berjalan lancar, seperti yang diutarakan oleh partisipan 1 dan partisipan 6 berikut ini:

“..... (pelaksanaan handover) masih tersendat-sendat” Partisipan 1

“Kami selalu meningkatkan operan walaupun masih tersendat-sendat...” Partisipan 6.

Menurut AHHA (2009), pelaksanaan handover yang tidak berjalan lancar, akan berimbas pada penyediaan informasi yang tidak akurat dan hal ini dapat membahayakan kondisi pasien. Lebih lanjut AHHA (2009), juga menegaskan bahwa informasi yang harus disampaikan dalam handover harus berkesinambungan agar asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Hal ini berarti apabila pelaksanaan handover tidak baik dapat menyebabkan terputusnya arus informasi dan dapat berakibat pada gagalnya pemberian asuhan keperawatan selanjutnya.

Ketidaklancaran pelaksanaan handover mayoritas disebabkan oleh faktor internal perawat seperti sifat malas dan kesibukan perawat, berikut petikan wawancara dengan partisipan:

“Kendalanya dari setiap individu, kerjasama dan tanggungjawab yang kurang dalam melakukan operan tersebut” Partisipan 4.

“Dari perawatnya ada yang malas, mempunyai kesibukan masing-masing dan tidak adanya tanggungjawab untuk melakukannya” Partisipan 5.

“..... kesibukan perawat antara satu sama lain” Partisipan 6.

Hughes (2008) dalam Kamil (2011) mengungkapkan bahwa faktor eksternal dan internal individu atau kelompok dapat mempengaruhi dalam pelaksanaan handover, meliputi komunikasi, gangguan, interupsi, kebisingan, kelelahan, memori, pengetahuan atau pengalaman. Lebih lanjut menurut penelitian yang dilakukan Elisabet (2008), faktor yang mempengaruhi pelaksanaan handover meliputi tanggung jawab, kerjasama, motivasi, komunikasi, budaya, organisasi, dan dokumentasi. Keterbatasan ruang juga menjadi kendala dalam pelaksanaan handover.

Dari hasil wawancara diketahui bahwa handover dilaksanakan baru sebatas di ruang perawat, meskipun

sesekali handover terjadi dengan melibatkan pasien dan keluarga. Berikut petikan wawancaranya:

*“Operan dilakukan diruangan melalui omongan atau tulisan.....”*  
Partisipan 3.

*“Kami selalu berusaha melakukan operan di ruangan setiap pergantian shift dan kadang-kadang kami menemui pasiennya langsung dalam operan jadi mengikutsertakan pasien dan keluarga”* Partisipan 5.

*“..... operan diruangan ini (nurse stationare), dan dibiasakan semuanya kumpul dulu diruangan perawat dan diskusi”* Partisipan 7.

Dari petikan wawancara tersebut diketahui bahwa handover dilaksanakan melalui tulisan yang disebut dengan *written handover*. Menurut hardey (2000) dalam scovell (2010), handover tertulis diperkirakan memiliki potensi akan kurangnya kesempatan untuk mengklarifikasi pertanyaan tertentu. Handover tertulis sangat bergantung pada kemampuan membaca dengan tulisan tangan yang berbeda. Pada dasarnya jenis *bedside handover* (melibatkan pasien dan keluarga) adalah jenis handover yang paling tepat. Namun, melihat pernyataan dari partisipan, jenis handover ini tidak selalu dilakukan pada saat pergantian shift. Menurut McKenna (1997) dalam Scovell (2010), Metode bedside

handover dilakukan lebih cepat, lebih awal, dan melaporkan hal-hal yang rahasia dari pasien. Bedside handover memiliki banyak keunggulan seperti adanya kesempatan bagi perawat untuk mengklarifikasi hal-hal yang tidak mengerti atau terdapat proses tanya jawab. Lebih lanjut AHHA (2009) juga menjelaskan bahwa dengan bedside handover pasien dapat menyampaikan masalah secara langsung apabila ada yang belum terungkap.

Berdasarkan penggalan data lebih mendalam melalui metode wawancara mendalam, diperoleh hasil kelalaian pernah dilakukan oleh perawat. Berikut petikan wawancaranya:

*“Pernah ada, tapi dulu..... Waktu itu ada pasien jatuh diruangan lain tapi tidak tahu jelas itu dikarenakan apa”* Partisipan 5 dan 6.

*“Paling telat dalam pemberian pelayanan misalnya infusan habis karena semuanya sibuk jadi lebih lama dan tidak cepat karena pasiennya juga banyak”* Partisipan 7.

*“Selama ini belum pernah dengar misalnya kelalaian pemberian obat dan suntik, tapi kalau pasiennya jatuh waktu ada”* Partisipan 2.

Petikan wawancara tersebut menunjukkan bahwa keselamatan pasien belum terlindungi sepenuhnya

dikarenakan adanya kejadian tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC) yang merugikan pasien yaitu pasien jatuh. Menurut Dewi (2012), pencegahan pasien jatuh adalah salah satu dari enam standar keselamatan pasien yang harus dilindungi dan penerapannya harus diutamakan. Keenam standar keselamatan pasien yaitu menghindari kesalahan pemberian obat, meniadakan kesalahan prosedur tindakan, mencegah infeksi nosokomial, pengidentifikasi pasien, komunikasi efektif pada saat operan, dan pencegahan pasien jatuh. Meskipun begitu, rumah sakit telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien, berikut paparan dari partisipan:

*“Sekarang sudah mulai sarana dan prasarana ditingkatkan dari bad pasien, kamar mandi, jadi membantu sekali dalam melindungi pasien” Partisipan 2,5, 6, dan 7*

*“Untuk upaya keselamatan pasien, seperti dari sarana fisik, bed side rel, di setiap kamar mandi sudah ada pegangan dan dikloset dan bak mandi sudah dipasang semua, supaya dapat meminimalisir KTD” Partisipan 1.*

Segala upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit merupakan bentuk komitmen rumah sakit untuk terus memperbaiki diri. Upaya tersebut

dilakukan agar tidak terjadi kejadian yang tidak diinginkan dan terbebas dari kesalahan sehingga tidak berdampak bagi pasien. Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) salah satu langkah menuju keselamatan pasien yaitu membangun komitmen yang kuat tentang keselamatan pasien dengan memasukan keselamatan pasien sebagai agenda kerja. Komitmen rumah sakit tentang peningkatan keselamatan pasien merupakan kunci penting terwujudnya keselamatan bagi pasien dan terhindar baik dari KTD maupun KNC.

Partisipan menyatakan bahwa handover berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Berikut petikan wawancaranya:

*“Sangat berpengaruh, karena jika susunan informasi sudah baik dan jelas maka pelayanan yang diberikan juga maksimal sehingga tidak ada kelalaian dalam pelayanan” Partisipan 5.*

*“Sangat berpengaruh, kalau salah informasi bisa fatal akibatnya dan berdampak kerugian terhadap pasien” Partisipan 3.*

*“Sangat mempengaruhi, kalau handovernya bagus maka akan sangat mempengaruhi keselamatan pasien dan penyembuhannya juga” Partisipan 2.*

Selain itu, partisipan juga mengungkapkan bahwa handover sangat menentukan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya dan tentunya berkaitan dengan keselamatan pasien.

Berikut petikan wawancaranya:

*“ya, karena dengan handover kita akan mendapatkan informasi yang menentukan apa yang akan dikerjakan selanjutnya, kalau tidak ada informasi akan bingung dengan tindakan apa yang akan dilakukan dan berujung dengan keselamatan pasien yang tidak terjamin”*  
Partisipan 7.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2012) bahwa keselamatan pasien meningkat dengan adanya handover yang baik. Baik buruknya pelaksanaan *handover* dapat mempengaruhi *patient safety*. Menurut Teori Angood (2007) dalam Dewi (2012) bahwa penyebab utama *adverse event*, *near miss*, dan *sentinel event* dirumah sakit adalah faktor komunikasi.

Menurut penelitian yang dilakukan O'Connell *et al.*, (2008) dalam AMA (2006) mengungkapkan bahwa di Australia komunikasi yang buruk sebagai faktor penyebab dalam sekitar 20-25% dari kejadian *sentinel*. Sedangkan menurut Alvarado *et al.* (2006) bahwa komunikasi yang

diberikan perawat dalam pertukaran *shift* (operan) sangat membantu dalam perawatan pasien dan buruknya komunikasi dapat mengakibatkan kematian atau cedera yang serius di rumah sakit. Serah terima yang tidak berjalan dengan baik dapat mempengaruhi perawatan yaitu menimbulkan efek samping dan menyebabkan klaim hukum malpraktek sebesar 15,4% kasus, akibat tidak ada informasi pada saat serah terima, sehingga menimbulkan masalah dalam pelayanan kesehatan (Wong *et al.*, 2008 dalam AHHA, 2009). AHHA (2009), menegaskan bahwa 18% kesalahan medis adalah akibat dari minimnya ketersediaan informasi pasien.

Menurut Alvarado *et al.* (2006) adanya standar komunikasi efektif yang terintegrasi dengan keselamatan pasien dalam timbangan serah terima pasien dan disosialisasikan secara menyeluruh pada perawat pelaksana akan meningkatkan efektifitas dan koordinasi dalam mengkomunikasikan informasi penting sehingga meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam mendukung keselamatan pasien.

Dewi (2012) mengatakan bahwa keselamatan pasien terlindungi

melalui standar keselamatan pasien dan peningkatan penerapan keselamatan pasien oleh perawat melalui enam penerapan keselamatan salah satunya yaitu komunikasi efektif pada saat timbang terima. Sejalan dengan penelitian Johnson (2006) dalam Dewi (2012) bahwa adanya prosedur timbang terima efektif dalam meningkatkan kesinambungan, kualitas serta keselamatan dalam memberikan pelayanan pada pasien.

Untuk itu agar pelaksanaan *handover* dapat berjalan dengan baik serta keselamatan pasien terlindungi diperlukan adanya pelatihan tentang *handover*, supervisi tiap ruangan, adanya tanggung jawab, kerjasama, motivasi, dan komunikasi antar perawat serta sitem pelaporan yang adekuat, kejujuran dan keterbukaan serta mengubah budaya dari *blaming cultur* menjadi *safety cultur*.

## KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini yaitu pelaksanaan *handover* yang baik dapat meningkatkan keselamatan pasien dirumah sakit

## DAFTAR PUSTAKA

- AHHA (Australian Healthcare & Hospitals Association). 2009. *Clinical Handover: System Cange, Leadership and Principles*.
- AMA (Australian Medical Association). 2006. *Safe Handover : Safe Patient*.
- Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E., Fram, *et al.* 2006. *Transfer of acountability : Transforming Shift Handover to Enhance Patient Safety. Health Care Quarterly. Special Issue (9), 75 – 79.*
- Atisah. 2012. *Hubungan Antara Pelayanan Keperawatan Profesional Dengan Penerapan Patient Safety di Instalasi Intensif Rumah Sakit Gunung Jati Cirebon.* Skripsi. Cirebon : Sikes Mahardika.
- Ballard, K.A. 2003. *Patient safety: a Shared Responsibility. Online Journal of Issue in Nursing.* Volume 8 - 2003 No 3: Sept 03.
- Cahyono, J.B. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran.* Yogyakarta. : Kanisius.
- Dewi. M. 2012. *Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Raden.* Jurnal Health Sport Vol 5 Nomor 3 : Agustus.

- Elisabet. 2008. *Optimalisasi Pelaksanaan Handover Berdasarkan Standar National Patient Safety*. J. Adm. Kebijakan Kesehatan, Vol 6 (166-171).
- Ilyas, Y. 2003. *Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja*. Jakarta :PT. Gramedia Pustaka Utama.
- JCAHO. 2007. *Patient Safety Matters Information And Communication*. Spesial Issue (1). Vol 2.
- Kamil, Hajjul. 2011. *Handover Dalam Pelayanan Keperawatan*. Volume 4 No. 11 (102-116).
- KKP-RS. 2008. *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta: Depkes RI.
- Mustikawati. 2011. *Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak di Harapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta*. Skripsi. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Riesenberg, A, L., Leitzsch, J., & Cunningham, M. (2010). Nursing handoffs : A systemic review of the literature : surprisingly little is known about what constitutes best practice. *American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34.
- Scovell, S. 2010. *Role of The Nurse To Nurse Handover In Patient Care*. *Nursing Standard*. 24, 30. 35- 39.