

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Timbang terima (*handover*) merupakan salah satu bentuk penerapan komunikasi efektif yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit. *Handover* rutin dilakukan sebagai pengalihan tanggung jawab dan wewenang klinis perawat sebelum pergantian shift. Tujuannya untuk memastikan kelancaran perawatan melalui koordinasi yang efektif dan transfer informasi yang akurat (Hidajah & Harnida, 2018; A. M. L. Saragih & Novieastari, 2022). Informasi yang dimaksud seperti kondisi pasien, perubahan terbaru, pengobatan yang telah diberikan dan potensi komplikasi, sehingga kesinambungan serta kualitas perawatan pasien dapat tetap terjaga (Rachel Sri Mulyati, 2017).

Handover yang berkualitas dapat dinilai melalui 4 dimensi utama. Pertama, kualitas informasi yang mencakup informasi yang diberikan secara komprehensif, *up-to-date*, dan mudah dipahami oleh penerima informasi. Kedua, adanya interaksi dan dukungan antara rekan kerja, yang memungkinkan diskusi dan pertukaran pendapat yang konstruktif. Ketiga, efisiensi, yaitu penyampaian informasi yang cepat dan tepat tanpa mengurangi keakuratan data. Keempat, relevansi informasi yang disampaikan harus sesuai dengan kondisi pasien, sehingga informasi yang diberikan benar-benar berguna untuk pengambilan keputusan klinis (Losfeld *et al.*, 2021).

Penerapan *bedside handover* menjadi salah satu langkah penting dalam prosedur bertahap yang ditetapkan oleh Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) untuk memastikan kualitas *handover* yang optimal. Dalam fase ini, perawat menyampaikan informasi langsung kepada perawat penerima *handover*, memastikan pasien tetap terlibat dalam komunikasi. Pendekatan ini meningkatkan akurasi dan mendukung keselamatan (SNARS, 2018). Sebaliknya, jika *bedside handover* tidak dilakukan, perawat berisiko kehilangan informasi penting yang dapat mengakibatkan kesalahan identifikasi pasien atau pemberian obat, sehingga berpotensi membahayakan keselamatan pasien. Kesalahan tersebut dapat berupa tindakan yang tidak tepat, pemberian antibiotik ganda tanpa komunikasi yang jelas, atau protes pasien terkait perawatan (Nursapriani *et al.*, 2023).

Penerapan *handover* yang berkualitas memiliki dampak signifikan dalam meningkatkan kepercayaan diri perawat dan mendukung keselamatan pasien. Keberhasilan *handover* berkontribusi terhadap kepuasan pasien, mengurangi lama rawat inap, serta menurunkan risiko insiden yang dapat membahayakan pasien. Selain itu, *handover* yang efektif juga berperan dalam menjaga kesinambungan perawatan dan mencegah terjadinya kesalahan atau kejadian yang tidak diharapkan (Din *et al.*, 2012; Munawar, 2021; I. Wahyuni, 2014).

Fenomena yang sering dijumpai meliputi kurangnya informasi yang disampaikan selama *handover*, terjadinya salah persepsi, dan komunikasi yang tidak fokus pada kondisi pasien. Fenomena ini menyebabkan perawat harus menanyakan ulang kepada perawat yang bertugas sebelumnya, sehingga pelayanan menjadi terlambat dan berpotensi membahayakan keselamatan pasien (Suprpta, 2012 dalam Oxyandi *et al.*, 2020).

Saefulloh *et al* (2020) dalam studi pendahulunya menemukan bahwa *handover* yang tidak optimal berisiko terhadap keselamatan pasien. Di Rumah

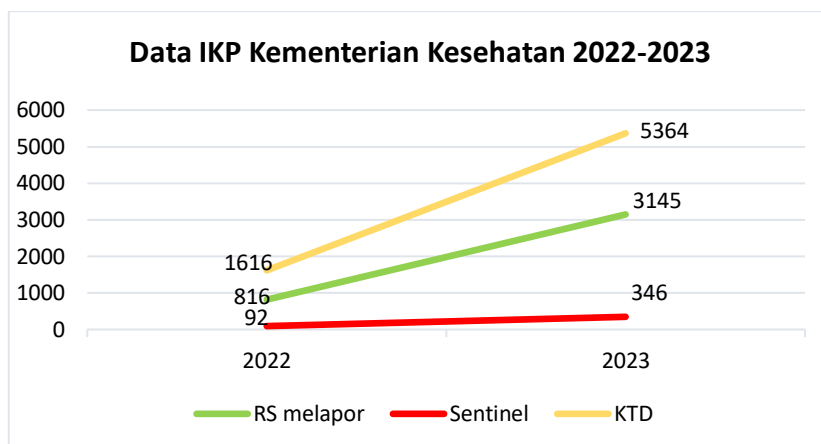
Sakit Daerah Gunung Jati Cirebon, banyak perawat hanya menyampaikan nama pasien dan tindakan yang telah dilakukan tanpa menjelaskan keluhan serta rencana perawatan selanjutnya. Selain itu, beberapa perawat mengaku tidak memahami pentingnya penyampaian informasi secara akurat selama *handover*, yang berpotensi menyebabkan kesalahan dalam perawatan. Salah satunya terjadi ketika instruksi pemeriksaan kadar gula darah sewaktu (GDS) tidak diteruskan, sehingga pasien mengalami hipoglikemia akibat keterlambatan tindakan. Kasus lain menunjukkan kegagalan dalam menyampaikan instruksi dokter, di mana pasien yang seharusnya menerima infus D10 tetap diberikan NS karena informasi yang tidak tersampaikan dengan benar.

Selain itu, studi pendahuluan tersebut juga mengungkap bahwa pola kerja *long shift* (sore-malam) berdampak terhadap kualitas *handover*. Ketergantungan pada perawat yang menjalani *long shift* mengakibatkan informasi pasien tidak terdokumentasi dengan baik, terutama saat perawat mengalami kelelahan. Akibatnya, komunikasi SBAR tidak diterapkan sesuai prosedur, yang semakin meningkatkan risiko kesalahan medis. Temuan ini memperjelas bahwa *handover* yang buruk, khususnya akibat informasi yang tidak akurat dan ketidakpatuhan terhadap prosedur SBAR, dapat mengancam keselamatan pasien.

Temuan dari Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tahun 2009 menguatkan fenomena ini, di mana hampir setengah dari 176.811 staf rumah sakit (49%) melaporkan bahwa informasi penting tentang perawatan pasien sering hilang saat pergantian *shift* (Sexton *et al.*, 2004). Selain itu, Joint Commission International (JCI) juga menemukan bahwa kegagalan komunikasi selama *handover* menjadi penyebab utama cedera pasien, dan merupakan akar dari 65% kejadian sentinel yang terjadi di rumah sakit.

Fenomena kegagalan *handover* ini juga ditemukan di tingkat lokal. Penelitian oleh Mairosaa *et al.* (2019) di RSUD Padang Pariaman menunjukkan bahwa sarana dan prasarana yang tidak memadai dalam pelaksanaan *handover* berkontribusi pada insiden keselamatan pasien. Hal ini mencerminkan kenyataan yang lebih luas di Indonesia, di mana data insiden keselamatan pasien pada tahun 2019 menunjukkan 7.465 kasus, dengan 38% di antaranya adalah kejadian nyaris cedera (KNC), 31% kejadian tidak cedera (KTC), dan 31% kejadian tidak diharapkan (KTD) (Toyo *et al.*, 2022).

Peningkatan jumlah insiden keselamatan pasien (IKP) di Indonesia juga tercatat dalam laporan kementerian kesehatan untuk tahun 2022–2023. Data ini menggambarkan bahwa masalah *handover* yang buruk seperti kekurangan informasi dan komunikasi yang tidak efektif berkontribusi pada meningkatnya insiden keselamatan pasien, sebagaimana yang ditampilkan pada grafik berikut:



Gambar 1. 1 Data Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Indonesia (2022–2023)

Secara regional, data pelaporan insiden keselamatan pasien di Sulawesi menunjukkan bahwa Sulawesi Selatan mencatatkan angka tertinggi dengan 9%, diikuti oleh Gorontalo (7%), Sulawesi Tenggara (5%), dan Sulawesi Tengah (3%). Data ini diperoleh dari laporan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) (Natsir, 2023).

Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar, sebagai rumah sakit tipe B, telah memulai inisiatif keselamatan pasien sejak 2017 dengan pembentukan komite keselamatan pasien. Namun, implementasi tersebut belum efektif menurunkan angka IKP. Data terbaru dari laporan IKP Komite Mutu RSUD Daya Kota Makassar pada tahun 2022–2024 menunjukkan masih tingginya angka IKP yang menunjukkan masih adanya angka IKP yang signifikan, yang mencerminkan adanya masalah yang belum terselesaikan dalam sistem pelaksanaan asuhan keperawatan dalam keselamatan pasien.

Tabel 1. 1. Data Insiden Keselamatan Pasien RSUD Daya Kota Makassar Tahun 2022-2024

Jenis Insiden	Tahun			Jumlah	Standar Kemenkes No. 129 Tahun 2008
	2022	2023	2024		
Sentinel	0	1	0	1	0
KTD	1	5	7	14	
KTC	13	16	9	38	
KNC	4	314	9	327	
KPC	3	8	7	18	

Sumber: Komite Mutu RSUD Daya Kota Makassar tahun 2024

Tabel 1.1 menunjukkan data IKP di RSUD Daya Kota Makassar pada tahun 2022–2024, yang mencakup jenis insiden sentinel, KTD, KTC, KNC, dan KPC. Data tersebut menunjukkan bahwa RSUD Daya Kota Makassar belum memenuhi standar Kementerian Kesehatan No. 129 Tahun 2008, yang menetapkan nol kasus untuk semua jenis insiden. Selama tiga tahun terakhir, insiden dengan kategori KNC (314 kasus pada 2023) menjadi yang paling dominan. Hal ini menunjukkan bahwa sasaran keselamatan pasien belum

tercapai secara optimal, salah satunya yaitu SKP ke-2 mengenai peningkatan komunikasi efektif dalam proses *handover* (Kemenkes, 2008).

Pendekatan yang memudahkan sistematika transfer informasi dalam proses *handover* dengan memperbaiki pola serah terima pasien, termasuk penggunaan metode yang tepat dalam mengkomunikasikan informasi (Kemenkes, 2010). JCI dan World Health Organization (WHO) menyarankan penerapan pendekatan standar dalam serah terima. keduanya merekomendasikan penggunaan komunikasi terstruktur dengan teknik SBAR sebagai metode yang efektif untuk memastikan informasi yang disampaikan akurat dan terorganisir dengan baik (Joint Commission International, 2020).

Metode SBAR terdiri dari empat komponen: *situation*, *background*, *assessment*, dan *recommendation*. *Situation* menggambarkan kondisi yang sedang dialami oleh pasien saat ini, termasuk keluhan utama yang disampaikan. *Background* mencakup informasi mengenai latar belakang kondisi pasien, seperti tanda-tanda vital, riwayat penyakit, serta faktor-faktor yang memengaruhi kondisi pasien. *Assessment* adalah hasil evaluasi kondisi pasien serta potensi masalah yang mungkin timbul. *Recommendation* berisi rekomendasi tindakan yang perlu diambil berdasarkan kondisi pasien saat ini. Dalam pelayanan kesehatan, metode SBAR memfasilitasi perawat dalam menyusun pemikiran, mengelola informasi, menyampaikan pesan, serta berdiskusi dengan kolega dan dokter secara lebih efektif (Christina & Susilo, 2021).

Metode SBAR dapat meningkatkan kualitas proses *handover* dalam perawatan pasien, sebagaimana diungkapkan oleh Dayton dan Henriksen. Komunikasi menggunakan metode SBAR dalam *handover* dapat memperjelas empat tema komunikasi formal, yaitu: peningkatan komunikasi, peningkatan transfer informasi, peningkatan kepercayaan diri, dan peningkatan keselamatan pasien (A. M. L. Saragih & Novieastari, 2022). Dengan menggunakan metod SBAR, informasi penting dapat ditransfer secara singkat, ringkas, dan dengan cara yang dapat diprediksi secara ilmiah serta profesional (Masyfahani *et al.*, 2023).

Pernyataan tersebut didukung oleh berbagai penelitian terkait penggunaan metode SBAR dalam meningkatkan kualitas *handover*. Penelitian Oxyandi dan Endayni (2020) menunjukkan adanya pengaruh komunikasi efektif menggunakan metode SBAR terhadap proses *handover* di ruang Ahmad Dahlan RS Muhammadiyah Palembang. Hasil uji statistik menunjukkan skor $p\text{-value} = 0,000 \leq \alpha (0,05)$, yang mengindikasikan adanya hubungan signifikan antara penerapan metode SBAR dan peningkatan kualitas *handover*.

Selanjutnya, Talibo (2021) dalam penelitiannya di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tingkat II Robert Wolter Mongisidi, Manado, menemukan hubungan signifikan antara penggunaan metode SBAR dan kualitas pelaksanaan *handover*. Uji statistik *Chi-square* menghasilkan nilai $p = 0,000 \leq \alpha (0,05)$, yang menegaskan korelasi yang kuat. Peneliti menyimpulkan bahwasemakin optimal penerapan metode SBAR, semakin baik kualitas *handover* yang dilakukan oleh perawat.

Penelitian terbaru oleh Handoyo *et al.* (2022) memperkuat temuan sebelumnya, dengan menunjukkan hubungan signifikan antara metode SBAR dan kualitas *handover*. Hasil analisis menunjukkan skor $p\text{-value} = 0,000 \leq \alpha (0,05)$, dengan *correlation coefficient* sebesar 0,979, yang mencerminkan korelasi yang sangat kuat antara kedua variabel tersebut.

Wawancara awal pada 7 Oktober 2024 dengan salah satu kepala ruangan di Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar yakni perawat VIP, didapatkan informasi bahwa metode SBAR telah diterapkan dalam proses *handover* antar *shift* perawat. tetapi, implementasinya belum sepenuhnya optimal karena terkadang *handover* tidak dilakukan di tempat tidur pasien akibat keterbatasan waktu, artinya tidak sesuai standar prosedur *handover*. Observasi di lapangan juga menunjukkan bahwa pelaksanaan *handover* pada dimensi tertentu masih belum terpenuhi, seperti pada dimensi efisiensi, pelaksanaan *handover* sering tidak sesuai jadwal. Begitu juga dengan dimensi kualitas informasi, informasi yang diberikan dari perawat satu ke perawat penerima kurang menyeluruh dan tidak terstruktur mencakup indikator SBAR. Perawat yang memberikan informasi hanya menyebutkan beberapa indikator penting saja dan tidak terstruktur. *Handover* di *bed* pasien dilakukan namun berlangsung secara singkat tanpa ada kesempatan untuk perawat penerima berdiskusi.

Berdasarkan uraian permasalahan insiden keselamatan pasien dan kekurangan yang ditemukan dalam implementasi *handover* di RSUD Daya Kota Makassar, muncul kekhawatiran terhadap potensi kegagalan komunikasi dalam *handover* yang dapat berdampak negatif pada kualitas perawatan pasien. Hal ini juga berpotensi meningkatkan risiko terjadinya insiden keselamatan pasien. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan penerapan metode SBAR dengan kualitas pelaksanaan *handover* perawat di Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar tahun 2025”.

1.2 Teori

1.2.1 Kualitas *Handover*

Kualitas *handover* merupakan kegiatan serah terima yang dilakukan secara rutin saat pergantian *shift* oleh perawat yang sudah bertugas ke perawat selanjutnya yang akan bertugas sesuai dengan standar prosedur yang berlaku, guna menginformasikan kondisi terbaru pasien tanpa ada kesalahan. Kualitas *handover* yang dimaksud merujuk pada *handover* yang dilakukan secara rutin setiap hari. Dengan pelaksanaan *handover* yang berulang, perawat akan semakin mahir dalam melaksanakan proses tersebut (Sulistyawati *et al.*, 2020).

Losfeld *et al.* (2021) menjelaskan bahwa ada empat dimensi yang merupakan kerangka utama yang digunakan untuk mengevaluasi serah terima (*handover*) pasien, yaitu:

1. Kualitas informasi

Dimensi ini berfokus pada sejauh mana informasi yang diberikan selama serah terima adalah *up to date*, komprehensif, dan mudah dipahami. Elemen kunci meliputi kelengkapan informasi yang mencakup semua aspek penting.

2. Interaksi dan dukungan

Dimensi ini menyoroti aspek sosial dan emosional dari serah terima. Elemen pentingnya termasuk kesempatan untuk bertukar pikiran, berdiskusi tentang masalah klinis yang sulit, dan memberikan dukungan emosional antara rekan kerja.

3. Efisiensi

Dimensi ini mencakup kecepatan dan ketepatan waktu dalam penyampaian informasi selama serah terima. Hal ini melibatkan penghindaran pemborosan waktu serta fokus pada penyediaan informasi yang relevan dalam waktu yang terbatas.

4. Relevansi informasi

Dimensi ini berfokus pada penyampaian informasi penting yang relevan, menghindari informasi yang tidak signifikan, sehingga memastikan efisiensi komunikasi dan mencegah kesalahan klinis yang disebabkan oleh distraksi atau informasi yang berlebihan.

Keempat dimensi ini diadaptasi oleh Losfeld *et al.* (2021) dengan menggabungkan model yang dikembangkan oleh O'Connell *et al.* (2013) untuk dimensi kualitas informasi, interaksi dan dukungan, serta efisiensi, dan model Bergs *et al.* (2017) untuk dimensi relevansi informasi.

1.2.2 Manfaat Kualitas *Handover* terhadap Penurunan IKP

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Permenkes No. 11 Tahun 2017 menetapkan komunikasi efektif sebagai salah satu sasaran keselamatan pasien, dengan elemen krusial berupa penerapan *handover* yang berkualitas. Dukungan terhadap komunikasi yang sistematis dalam penerapan *handover* diyakini mampu mengurangi risiko kesalahan klinis dan berkontribusi pada upaya menurunkan angka insiden keselamatan pasien (IKP) secara signifikan. Oleh karena itu, peningkatan kualitas *handover* sejalan dengan penerapan sistem keselamatan pasien yang komprehensif di rumah sakit (Permenkes, 2017).

Menurut Australian Health Ministers' Advisory Council (AHHA, 2009), *handover* yang tidak dilakukan secara efektif dapat mengakibatkan informasi yang disampaikan menjadi tidak akurat. Hal ini berisiko menimbulkan kesalahan dalam pengambilan keputusan klinis dan berdampak pada keselamatan pasien. Informasi yang disampaikan secara tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak berkelanjutan selama proses *handover* berpotensi menimbulkan gangguan dalam kesinambungan asuhan keperawatan. Oleh sebab itu, pelaksanaan *handover* yang berkualitas sangat diperlukan untuk menjamin informasi antar perawat tersampaikan dengan tepat (AHHA, 2009).

1.2.3 Metode SBAR

Metode komunikasi SBAR merupakan salah satu metode dalam komunikasi efektif dan ditetapkan sebagai standar komunikasi antara tenaga kesehatan yang berfokus terhadap pasien (SNARS, 2018). Michael Leonard merupakan orang yang pertama kali mengadopsi SBAR dari alat komunikasi keselamatan Angkatan Laut Nuklir AS dan mengembangkannya untuk digunakan dalam pengaturan layanan kesehatan (Nagammal *et al.*, 2016).

SBAR merupakan metode yang digunakan untuk menentukan empat komponen utama komunikasi: *situation*, *background*, *assessment*, & *recommendation*. SBAR digunakan oleh tim pelayanan kesehatan salah satunya perawat untuk mempermudah penyampaian informasi kritis pasien yang membutuhkan perhatian segera, sehingga memastikan bahwa pesan penting tersampaikan dengan jelas dan tepat waktu (Leonard *et al.*, 2004).

Menurut Leonard & Lyndon (2014), adapun prinsip-prinsip bagaimana menggunakan SBAR dan apa saja yang harus dikomunikasi adalah sebagai berikut:

S (*situation*) mengandung informasi tentang identitas pasien, masalah yang terjadi saat ini dan diagnosa medis.

1. B (*background*) menggambarkan riwayat/data sebelumnya yang mendukung situasi saat ini seperti:
 - a. Riwayat penyakit/kondisi sebelumnya
 - b. Riwayat pengobatan
 - c. Riwayat tindakan medis atau keperawatan yang sudah dilakukan
 - d. Riwayat alergi
 - e. Pemeriksaan penunjang yang mendukung vital *sign* terakhir
2. A (*assessment*) adalah kesimpulan dari masalah yang terjadi saat ini, apakah kondisi membaik atau memburuk.
3. R (*recommendation*) mengandung informasi tentang:
 - a. Tindakan apa yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang terjadi
 - b. Solusi apa yang bisa ditawarkan ke dokter
 - c. Solusi/tindakan apa yang direkomendasi oleh dokter.
 - d. Kapan dan dimana dilakukan.

Metode SBAR dilakukan pada saat serah terima pasien, yakni proses pengalihan informasi dan tanggung jawab perawatan pasien dari satu petugas kesehatan ke petugas kesehatan lainnya, yang dapat terjadi pada kegiatan.

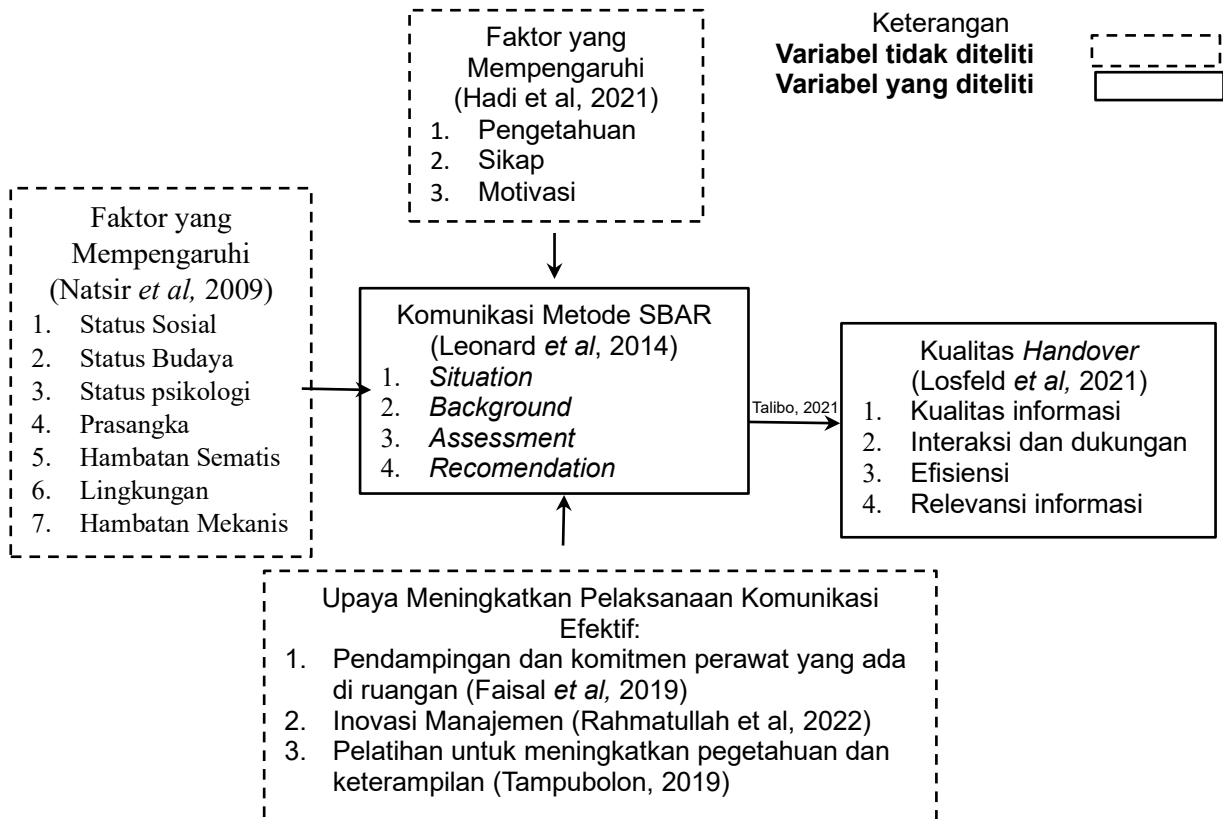
1.2.4 Hubungan Metode SBAR dengan Kualitas *Handover*

Komunikasi dengan metode SBAR memiliki hubungan yang erat dengan kualitas *handover*. Penerapan metode SBAR yang efektif dapat meningkatkan kualitas pelaksanaan *handover* oleh perawat, karena komunikasi yang terstruktur dan sistematis sangat penting untuk memastikan informasi pasien tersampaikan dengan baik selama proses *handover*. Semakin tinggi tingkat pendidikan perawat, semakin baik pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan kualitas *handover* (Talibo, 2021).

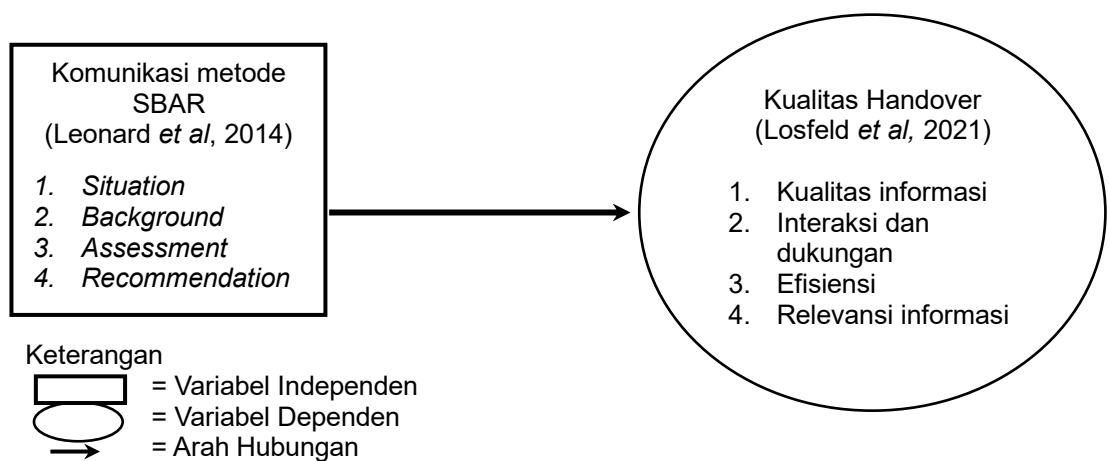
1.2.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 11 tahun 2017 menyatakan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit wajib menyelenggarakan keselamatan pasien melalui penerapan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien yang dimaksud mencakup tercapainya beberapa tujuan utama, yaitu:

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar
2. Meningkatkan komunikasi efektif
3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan Kesehatan; dan
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.



Gambar 1. 1 Kerangka Teori Penelitian



Gambar 1. 3 Kerangka Konsep

1.3 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1. 2 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala Pengukuran
Variabel Independen							
1.	Metode SBAR	Metode SBAR merupakan metode untuk menentukan empat komponen utama komunikasi (<i>situation, background, assessment, dan recommendation</i>) yang digunakan oleh tim pelayanan kesehatan untuk mempermudah penyampaian informasi kritis pasien yang membutuhkan perhatian segera	Metode SBAR adalah metode komunikasi yang digunakan oleh perawat dalam menyampaikan informasi pasien secara sistematis dan terstruktur selama proses <i>handover</i> , dengan tujuan agar informasi penting terkait pasien tersampaikan dan risiko kesalahan dalam perawatan pada shift berikutnya dapat dikurangi. Setiap dimensi menggambarkan aspek penting dalam penyampaian informasi, yaitu:	Kuesioner menggunakan skala likert, dan terdapat 9 item pertanyaan dengan nilai (<i>Favorable</i>) 4 = Selalu 3 = Sering 2 = Jarang 1 = Tidak pernah Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	Skor tertinggi : $4 \times 9 = 36$ Skor terendah: $1 \times 9 = 9$ Skor range: $36-9=27$ Interval: $27 \div 2 = 13,5$ (Kartika, 2019)	Skor tertinggi – interval= 22,5 a. Baik jika skor $\geq 22,5$ b. Kurang baik jika skor $<22,5$	Ordinal
			1. <i>Situation</i> Penyampaian identitas pasien, kondisi terkini, dan keluhan pasien oleh perawat pelaksana saat serah terima 2. <i>Background</i> Penyampaian informasi penting yang melatarbelakangi kondisi pasien, seperti tanda-tanda vital, pemeriksaan penunjang dan riwayat	Kuesioner menggunakan skala likert, dan terdapat 3 item pertanyaan	Hasil pengukuran Skor tertinggi : $4 \times 4 = 16$ Skor terendah: $1 \times 4 = 4$	Skor tertinggi – interval= 10 a. Baik jika skor ≥ 10	Ordinal

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala Pengukuran
			penyakit sebelumnya oleh perawat pelaksana saat serah terima	dengan nilai (<i>Favorable</i>) 4 = Selalu 3 = Sering 2 = Jarang 1 = Tidak pernah Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	Skor range: 16-4= 12 Interval: $12 \div 2 = 6$ (Kartika, 2019)	b. Kurang baik jika skor <10	
			3. <i>Assesement</i> Penyampaian hasil pengkajian dari kondisi terkini pasien dan kemungkinan masalah yang akan dihadapi pasien oleh perawat pelaksana saat serah terima	Kuesioner menggunakan skala likert, dan terdapat 3 item pertanyaan dengan nilai (<i>Favorable</i>) 4 = Selalu 3 = Sering 2 = Jarang 1 = Tidak pernah Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	Skor tertinggi : $4 \times 3 = 12$ Skor terendah: $1 \times 3 = 3$ Skor range: $12-3= 9$ Interval skor: $9 \div 2 = 4,5 = 5$ (Kartika, 2019)	Skor tertinggi – interval=7,5 a. Baik jika skor $\geq 7,5$ a. Kurang baik jika skor <7,5	Ordinal
			4. <i>Recommendation</i> Penyampaian usulan tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah pada kondisi pasien saat ini oleh perawat pelaksana saat serah terima	Kuesioner menggunakan skala likert, dan terdapat 3 item pertanyaan dengan nilai (<i>Favorable</i>)	Skor tertinggi : $4 \times 3 = 12$ Skor terendah: $1 \times 3 = 3$ Skor range: $12-3= 9$ Interval skor:	Skor tertinggi – interval=7,5 b. Baik jika skor $\geq 7,5$ c. Kurang baik jika skor <7,5	Ordinal

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala Pengukuran
				4 = Selalu 3 = Sering 2 = Jarang 1 = Tidak pernah Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	$9 \div 2 = 4,5$ (Kartika, 2019)		
Variabel Dependen							
1.	Kualitas Pelaksanaan <i>Handover</i>	Kualitas <i>handover</i> merupakan kegiatan serah terima yang dilakukan secara rutin saat pergantian <i>shift</i> oleh perawat yang sudah bertugas ke perawat selanjutnya yang akan bertugas sesuai dengan Standar Prosedur yang berlaku, guna menginformasikan kondisi terbaru pasien tanpa ada kesalahan	Kualitas <i>handover</i> dinilai dengan menilai empat dimensi, yaitu kualitas informasi, interaksi dan dukungan, efesiensi, relevansi informasi: 1. Kualitas Informasi Sejauh mana informasi yang diberikan selama serah terima bersifat <i>up to date</i> , komprehensif, dan mudah dipahami. Indikator yang digunakan meliputi kelengkapan data pasien yang disampaikan, keakuratan informasi yang sesuai dengan kondisi klinis, dan cara penyampaian yang mudah dimengerti untuk mendukung pengambilan keputusan klinis	Kuesioner menggunakan skala Likert dan terdapat 6 item pernyataan dengan nilai (<i>favorabel</i>): 1 = sangat setuju 2 = setuju 3 = tidak setuju 4 = sangat tidak setuju Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	Skor tertinggi : $4 \times 6 = 24$ Skor terendah: $1 \times 6 = 6$ Skor range: $24 - 6 = 18$ Interval skor: $18 \div 2 = 9$ (Kartika, 2019)	Skor tertinggi – interval=15 a. Baik jika skor ≥ 15 b. Kurang baik jika skor < 15	Ordinal

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala Pengukuran
			2. Interaksi dan dukungan Sejauh mana aspek sosial dan emosional dari serah terima sesama rekan kerja terjadi. Indikator meliputi kesempatan untuk mengklarifikasi informasi, berdiskusi mengenai beban kerja atau situasi klinis yang sulit, serta adanya rasa dukungan emosional antar perawat untuk memastikan pemahaman bersama mengenai kondisi pasien	Kuesioner menggunakan skala Likert dan terdapat 4 item pernyataan dengan nilai (<i>favorabel</i>): 1 = sangat setuju 2 = setuju 3 = tidak setuju 4 = sangat tidak setuju Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	Hasil pengukuran Skor tertinggi : $4 \times 4 = 16$ Skor terendah: $1 \times 4 = 4$ Skor range: $16 - 4 = 12$ Interval skor: $12 \div 2 = 6$ (Kartika, 2019)	Skor tertinggi – interval= 10 c. Baik jika skor ≥ 10 a. Kurang baik jika skor < 10	Ordinal
			3. Efisiensi Seberapa cepat dan tepat proses serah terima pasien dilakukan tanpa mengurangi kualitas informasi yang diberikan. Indikator meliputi ketepatan waktu dalam menyampaikan informasi dan strukturisasi serah terima yang memastikan tidak adanya pemborosan waktu yang tidak perlu	Kuesioner menggunakan skala Likert dan terdapat 4 item pernyataan dengan nilai (<i>favorabel</i>): 1 = sangat setuju 2 = setuju 3 = tidak setuju 4 = sangat tidak setuju Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	Hasil pengukuran Skor tertinggi : $4 \times 4 = 16$ Skor terendah: $1 \times 4 = 4$ Skor range: $16 - 4 = 12$ Interval skor: $12 \div 2 = 6$ (Kartika, 2019)	Skor tertinggi – interval= 10 d. Baik jika skor ≥ 10 a. Kurang baik jika skor < 10	Ordinal

No	Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala Pengukuran
			4. Relevansi informasi Menilai sejauh mana informasi yang diberikan selama serah terima pasien mendukung perawatan klinis. Indikator mencakup pemberian informasi yang signifikan dan menghindari informasi yang tidak relevan atau membingungkan penerima	Kuesioner menggunakan skala Likert dan terdapat 4 item pernyataan dengan nilai (<i>favorabel</i>): 1 = sangat setuju 2 = setuju 3 = tidak setuju 4 = sangat tidak setuju Skor dibalik untuk pernyataan <i>unfavorable</i>	Hasil pengukuran Skor tertinggi : $4 \times 4 = 16$ Skor terendah: $1 \times 4 = 4$ Skor range: $16 - 4 = 12$ Interval skor: $12 \div 2 = 6$ (Kartika, 2019)	Skor tertinggi – interval = 10 e. Baik jika skor ≥ 10 a. Kurang baik jika skor < 10	Ordinal

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apakah ada hubungan penerapan metode SBAR dengan kualitas pelaksanaan *handover* perawat di instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar tahun 2025?”

1.5 Tujuan Penelitian

1. 5. 1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara penerapan metode SBAR dengan kualitas pelaksanaan *handover* perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar tahun 2025

1. 5. 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi penerapan metode SBAR antar perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar tahun 2025.
- b. Mengidentifikasi kualitas pelaksanaan *handover* antar perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar tahun 2025.
- c. Menganalisis hubungan antara penerapan metode SBAR dengan kualitas pelaksanaan *handover* di instalasi rawat inap RSUD Daya Kota Makassar tahun 2025.

1.6 Manfaat Penelitian

1.1.1 Manfaat ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat mendukung ilmu kajian penelitian khususnya terkait manajemen mutu dan *hospital safety* serta perilaku dan budaya organisasi.

1.1.2 Instansi Rumah sakit

Penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi rumah sakit dalam merumuskan kebijakan yang mendukung peningkatan keselamatan pasien, terutama dalam proses *handover* di instalasi rawat inap. Kontribusi penelitian ini terlihat dalam upaya menurunkan angka insiden keselamatan pasien, karena implementasi *handover* yang berkualitas memungkinkan rumah sakit memberikan arahan dan tanggung jawab yang jelas kepada perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan dan pelayanan medis.

1.1.3 Peneliti

Sebagai bahan penelitian lebih lanjut untuk mengevaluasi pelaksanaan *handover* di rumah sakit pada masa yang akan datang.

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analitik kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen (komunikasi efektif metode SBAR) dan variabel dependen (kualitas pelaksanaan *handover* perawat) diidentifikasi secara bersamaan pada waktu yang sama. Penelitian ini menjelaskan ada tidaknya hubungan komunikasi efektif metode SBAR dengan kualitas pelaksanaan *handover* perawat di Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

2.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar.

2.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari – Februari 2025.

2.3 Populasi dan Sampel

2.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2014). Populasi dalam penelitian adalah seluruh perawat yang ada di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar yang berjumlah 125 perawat. Berikut distribusi perawat berdasarkan ruangan perawatan

**Tabel 2. 1. Distribusi Populasi Menurut Ruangan Kerja Perawat
Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar Tahun 2025**

No	Ruangan	Populasi (perawat)
1	ICU	20
2	Picu/Nicu	14
3	Tulip (Perawatan Anak)	14
4	Amarilis (Perawatan interna)	18
5	Gardenia (Perawatan bedah)	18
6	Mawar	9
7	Jasmin (Perawatan Lt 5)	14
8	Perawatan Paru	8
9	ICU Paru	10
Jumlah		125

Sumber: Data Primer Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar 2024

2.3.2. Sampel

Sampel merupakan objek yang akan diteliti dan dianggap dapat mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang jumlah sampel sama dengan jumlah populasi. Alasan memilih *total sampling* untuk mendapatkan data yang lebih komprehensif atau representatif yang optimal untuk seluruh populasi yang diteliti. Selain itu dengan jumlah sampel sebanyak 125, peneliti masih dapat mengelolanya secara logistik dan analisis tanpa memerlukan pengambilan sampel lebih kecil.

2.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner dengan menggunakan pertanyaan-pernyataan terkait dengan penelitian, kuesioner yang digunakan yaitu.

2.4.1. Identitas responden

Kuesioner ini digunakan untuk mendapatkan data karakteristik responden yang terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, jenis ruangan pelayanan, lama bekerja, dan pelatihan komunikasi SBAR.

2.4.2. Penerapan Metode SBAR

Kuesioner ini digunakan untuk mengetahui penerapan metode SBAR saat *handover*. Pertanyaan komunikasi efektif SBAR mencakup *situation* (kondisi terkini yang terjadi pada pasien), *background* (yang melatarbelakangi kondisi pasien), *assessment* (hasil pengkajian dari kondisi pasien), dan *recommendation* (usulan tindakan yang harus dilakukan terkait kondisi pasien).

Kuesioner ini diadaptasi dari penelitian Aswardz (2017) di RSP Unhas dengan judul penelitian 'Hubungan Komunikasi Efektif Perawat Pelaksana dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar'. Terdapat penambahan kuesioner yakni "Pada saat serah terima, saya tidak menyebutkan keluhan yang dirasakan oleh pasien" dan "pada saat *handover*, saya menyampaikan tingkat pemahaman pasien atau keluarga pasien mengenai kondisi pasien" serta mengubah pernyataan positif menjadi negatif (nomor 3, 4, 6, 10, 16, 19) (*lampiran 2*).

2.4.3. Kualitas *handover*

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan untuk mengukur kualitas pelaksanaan serah terima (*handover*). Instrumen ini mencakup empat dimensi utama, yaitu kualitas informasi, interaksi dan dukungan, efisiensi, serta relevansi informasi. Kuesioner ini diadaptasi dari *Handover Evaluation Scale* (HES) yang dikembangkan oleh Losfeld *et al.* (2021) dalam penelitiannya yang berjudul '*Impact of a Blended Curriculum on Nursing Handover Quality: A Quality Improvement Project*'

Terdapat penambahan 5 item kuesioner yakni "Saya tidak melakukan serah terima di samping tempat tidur pasien, sehingga informasi yang disampaikan mungkin kurang akurat dan tidak melibatkan pasien", "Pelaksanaan serah terima sering kali tidak dimulai tepat waktu dikarenakan rekan kerja *shift* selanjutnya datang terlambat", "Saya merasa serah terima pasien yang terstruktur mempercepat proses tanpa mengurangi kualitas informasi yang diberikan", "Informasi yang disampaikan selama serah terima sudah jelas dan tidak membingungkan, sehingga mendukung perawatan klinis pasien dengan baik". "saya pernah melihat atau mengalami kesalahan perawatan karena informasi yang diberikan tidak relevan dengan kondisi pasien". Selain itu, item "Saya memiliki kesempatan untuk berdiskusi dengan rekan kerja lain ketika saya mengalami kesulitan" dikeluarkan dari kuesioner karena hasil uji validitas tidak valid, dan terdapat beberapa pernyataan yang diubah dari kalimat positif menjadi negatif (pada item nomor 2, 4, dan 10) (*lampiran 2*).

1. Uji Kuesioner Penelitian

a) Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur benar benar mengukur apa yang akan diukur. Apabila nilai r hitung $> r$ tabel atau $p\text{ value} < 0,05$ maka dianggap valid (Notoatmodjo, 2014). Uji validitas pada kuesioner penerapan metode SBAR telah dilakukan uji validitas oleh peneliti di RSUP Dr. Tadjudin Chalid dengan sampel sebanyak 37 perawat, semua item pernyataan valid (Lampiran 3).

Sementara itu, uji validitas pada kuesioner kualitas *handover* yang dilakukan oleh peneliti di RSUP Dr. Tadjudin Chalid dengan jumlah sampel yang sama menunjukkan bahwa terdapat satu item pernyataan yang tidak valid, yaitu pada nomor 7 dengan nilai $p\text{ value}$ 0,093 ($\alpha = 0,05$) (Lampiran 3).

b) Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2014). Pertanyaan yang sudah valid kemudian diuji reliabilitas. Bila nilai Alpha $\geq (0,6)$ maka pernyataan reliabel.

Kuesioner penelitian terkait penerapan metode SBAR telah dilakukan kembali uji reliabilitas di RSUP Dr. Tadjudin Chalid dan didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,765. Dapat disimpulkan pernyataan pada kuesioner reliabel untuk digunakan (Lampiran 3).

Selain itu, kuesioner penelitian terkait kualitas *handover* juga telah dilakukan uji reliabilitas di RSUP Dr. Tadjudin Chalid dan didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,843. Dapat disimpulkan pertanyaan pada kuesioner reliabel untuk digunakan di RS Indonesia (Lampiran 3).

2.5 Pengumpulan Data

2.5.1. Data primer

Data primer diperoleh secara langsung melalui pengisian kuesioner fisik oleh seluruh perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar. Pengumpulan data saat penelitian dilakukan melalui dua metode, yakni menitipkan kuesioner kepada kepala ruangan dan menunggu langsung proses pengisian oleh responden, hal tersebut disesuaikan kondisi masing-masing ruangan.

2.5.2. Data sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Subbagian Kepegawaian dan Komite Mutu RSUD Daya Kota Makassar.

2.6 Pengolahan dan Analisis Data

2.6.1. Pengolahan data

Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program SPSS (*Statistic Package for Social Science*). Adapun pengolahan data yang dilakukan dalam beberapa tahap yaitu: (Arif Sumantri, 2011).

a. *Screening data*

Screening data merupakan tahap pemeriksaan atau pengecekan data yang telah terkumpul untuk melihat banyak data yang tidak terisi atau terlewatkan oleh responden.

b. *Editing data*

Editing data merupakan proses memeriksa jawaban responden untuk memastikan akurasi dan kelengkapan. Jika ada kesalahan atau kekurangan, peneliti segera memperbaiki atau melengkapinya.

c. *Coding data*

Coding data merupakan tahap pemberian kode pada variabel-variabel yang akan diteliti. Tujuannya untuk mempermudah analisis data dan mempercepat proses entri data.

d. *Entering data*

Entering data merupakan tahap penginputan data pada program SPSS sesuai dengan masing-masing variabel.

e. *Cleaning data*

Cleaning data merupakan proses memperbaiki atau membersihkan data untuk menghindari kesalahan yang mungkin terjadi. Nilai yang hilang (*missing value*) dan data yang tidak sesuai atau berada di luar jangkauan penelitian tidak disertakan dalam analisis.

2.6.2. Analisis data

a. Analisis Univariat

Dalam penelitian ini analisis univariat ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dari karakteristik (umur, Pendidikan, lama bekerja, jenis kelamin dan pelatihan komunikasi SBAR dan keselamatan pasien) perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Daya Kota Makassar. Selain itu, analisis univariat juga dilakukan pada masing-masing variabel, yakni independen komunikasi efektif penerapan metode SBAR (*Situation, background, assessment, recommendation*). Dan kualitas pelaksanaan *handover* perawat sebagai variabel dependen.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui hubungan komunikasi efektif penerapan metode SBAR terhadap kualitas pelaksanaan *handover* perawat. Dalam menganalisis data pada penelitian ini menggunakan uji *Rank Spearman* dengan nilai derajat kemaknaan $p \leq 0,05$. Uji *Rank Spearman* adalah teknik statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis deskriptif bila dalam populasi terdiri atas dua kelas atau lebih, data berskala ordinal dan sampelnya besar.

2.7 Penyajian Data

Penyajian data hasil dari analisis data disajikan dalam bentuk tabel dan narasi sehingga mudah untuk dipahami pembaca.