

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Handover*

1. Pengertian *Handover*

Handover adalah proses transfer atau perpindahan Informasi penting untuk asuhan keperawatan pasien secara holistic dan aman yang bertujuan agar pelayanan yang di berikan oleh setiap perawat saling berkesinambungan (Agustin,Wijaya dalam Usnul Afifah Fauziah, 2017). *Handover* merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu(laporan)yang berkaitan dengan keadaan pasien. *Handover* pasien harus di lakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dan yang belum di lakukan serta perkembangan pasien saat itu. Informasi yang di sampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna (Nursalam dalam Usnul Afifah Fauziah, 2017). *Handover* merupakan pemberian informasi terkini, hasil dari asuhan shift kepada shift berikutnya yang menjadi acuan perawat untuk melanjutkan proses keperawatan selanjutnya. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *handover*, yaitu: hambatan komunikasi, masalah yang berhubungan dengan standar, Ketersediaan sumber daya, Faktor lingkungan, Efektifitas waktu, Kesulitan yang berhubungan dengan kompleksitas keadaan pasien, Pendidikan dan pelatihan yang kurang serta faktor individu.

2. Tujuan *handover*

Tujuan di laksanakan *handover* adalah (Nursalam dalam Usnul Afifah Fauziah, 2017):

- a. mengkomunikasikan keadaan pasien, menyampaikan informasi penting tentang kondisi terkini pasien.
- b. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien (data focus)
- c. Menyampaikan hal yang sudah/belum di lakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien.

- d. Menyampaikan hal yang penting yang harus di tindak lanjuti oleh perawat dinas berikutnya.
- e. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya

3. Bentuk atau tipe *Handover*

- a. *On call responsibility* yang merupakan timbang terima dalam bentuk pertanggung jawaban atas informasi melalui telepon/informasi lisan
- b. *Critical report* yaitu bentuk catatan atas Informasi hasil pemeriksaan penunjang, seperti catatan laboratorium
- c. *Hospital to community handover* yaitu bentuk timbang terima dari fasilitas pelayanan rumah sakit ke rumah fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat. Perpindahan pasien pada tingkat keperawatan, merupakan suatu bentuk timbang terima yang di tunjukan pada perpindahan pasien dari perawatan kritikal ke keperawatan medikal.
- d. *Nursing shift* merupakan bentuk timbang terima yang berhubungan dengan perantian shift dalam pelayanan keperawatan seperti pergantian dari dinas pagi ke dinas sore.

Other transition in care yang merupakan perpindahan dalam kegiatan pelayanan yang bersifat sementara seperti ke pemeriksaan radiologi, fisiotherapy atau ruang operasi di kutip dari penelitian. (Hidayatturahman dalam Usnul Afifah Fauziah, 2017).

4. Hal-hal yang perlu di perhatikan dalam melakukan *handover*

- a. Dilaksanakan tepat waktu pergantian *shift*.
- b. Dipimpin oleh kepala ruangan atau pergantian tanggung jawab pasien
- c. Diikuti oleh semua perawat yang telah dan akan dinas
- d. Informasi yang di sampaikan harus akurat, singkat, sistematis, dan menggambarkan kondisi pasien saat ini serta menjaga kerhasian pasien.
- e. *Handover* harus berorientasi pada permasalahan pasien.
- f. Pada saat operan di kamar pasien, menggunakan volume suara yang cukup, sehingga pasien di sebelah nya tidak mendengar sesuatu yang rahasia bagi pasien. Sesuatu yang di anggap rahasia sebaik nya tidak di

bicarakan secara langsung di dekat pasien.

- g. Sesuatu yang mungkin membuat pasien terkejut dan syok sebaiknya di bicarakan di *Nurse Station*. (Nursalam, 2012)

5. Overan yang efektif

Overan yang efektif adalah proses transfer informasi penting untuk asuhan keperawatan pasien secara holistic dan aman agar asuhan keperawatan berkesinambungan. Informasi yang diberikan berisi kondisi terkini pasien, proses asuhan yang dilewati pasien, masalah diagnosa keperawatan, hasil dari intervensi dan rencana tindak lanjut di shift berikutnya. Overan yang efektif harusnya sama dengan tulisan yang ada di dokumentasi, overan sebaiknya dilakukan setiap hari pada pergantian shift pagi dan sore. Overan dilakukan yaitu meliputi hasil asuhan keperawatan, dalam melakukan overan sebaiknya menyebutkan masalah keperawatan yang belum teratasi dan menjelaskan perkembangan asuhna keperawatan mulai dari pasien masuk sampai dengan perencanaan pulang. Semua data yang dipaparkan dalam overan harus tertulis di dalam dokumentasi keperawatan.

Bila hal-hal di atas di laksanakan maka perawat dapat meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat, pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan, perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna dan pasien dapat menyelesaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap. (Nursalam dalam Dewi 2016).

6. Metode dalam *Handover*

Handover dengan metode tradisional bahwa operan jaga (*handover*) yang masih tradisional yaitu, dilakukan hanya di meja perawat, menggunakan satu arah komunikasi sehingga tidak memungkinkan munculnya pertanyaan atau diskusi, jika ada pengecekan ke pasien hanya sekedar memastikan kondisi secara umum, tidak ada kontribusi atau *feedback* dari pasien dan keluarga, sehingga proses informasi dibutuhkan oleh pasien terkait status kesehatannya tidak *up to date*. Timbang terima dengan metode bedside, *handover* yang dilakukan sekarang sudah

menggunakan model bedside *handover* yaitu *handover* yang dilakukan di samping tempat tidur pasien dengan melibatkan pasien atau keluarga pasien secara langsung untuk mendapatkan *feedback*. Secara umum materi yang disampaikan dalam proses operan jaga baik secara tradisional maupun bedside *handover* tidak jauh berbeda, hanya pada *handover* memiliki beberapa kelebihan diantaranya:

- a. Meningkatkan keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan terkait kondisi penyakitnya secara *up to date*.
- b. Meningkatkan hubungan caring dan komunikasi antara pasien dengan perawat.
- c. Mengurangi waktu untuk melakukan klarifikasi ulang pada kondisi pasien secara khusus.
- d. *Bedside handover* juga tetap memperhatikan aspek tentang kerahasiaan pasien persepsi medis yang lain

7. Langkah melaksanakan *handover*

- a. Kedua kelompok dinas sudah siap.
- b. Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan
- c. Kepala ruangan membuka acara overan
- d. Perawat yang melakukan acara overan dapat melakukan klarifikasi
- e. Diskuis dan tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah dioperkan dan berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas
- f. Kepala ruangan atau perawat pelaksana menanyakan kebutuhan dasar pasien yang sudah ada belum dilaksanakan
- g. Penyampaian yang jelas, singkat dan padat
- h. Perawat yang melaksanakan overan mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan dan rindakan yang telah atau belum dilaksanakan serta hal-hal lainnya selama masa perawatan.
- i. Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada perawat yang bertugas selanjutnya
- j. Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan

yang ditanda tangani oleh perawat pelaksana yang jaga saat itu dan perawat pelaksana yang jaga berikutnya diketahui kepala ruangan.

k. Ditutup oleh karu.

B. Konsep Dokumentasi

1. Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional, perawat professional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan (Nursalam 2012). Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan, mengajarkan dan menggunakan proses keperawatan bahwa “observasi penting dalam pengkajian salah satu isi dokumentasi keperawatan, bukan untuk membantu mengumpulkan berbagai informasi atau fakta, tetapi untuk membantu keamanan hidup dan meningkatkan kesehatan dan kenyamanan. Isi dokumentasi keperawatan yaitu identitas pasien yang sesuai dengan dokumentasi di dalam rekam medik, hasil pengkajian, rencana keperawatan, catatan implementasi dan catatan perkembangan. Catatan implementasi berisi intervensi yang sudah dilakukan perawat sepanjang *shift*. Catatan perkembangan yaitu hasil intervensi yang terdiri dari data subyektif dan obyektif, masalah keperawatan yang belum teratasi dan rencana keperawatan untuk shift berikutnya. Catatan implementasi dan catatan perkembangan dibutuhkan untuk tindakan keperawatan di shift berikutnya dan menjadi dasar melakukan *handover*. Penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, intervensi/implementasi keperawatan.

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Tujuan dokumentasi keperawatan antara lain (Nursalam, 2017):

- a. Mendokumentasikan asuhan keperawatan.
 - 1) Mendokumentasikan pengkajian keperawatan.
 - 2) Mendokumentasikan diagnosis keperawatan.

- 3) Mendokumentasikan pelaksanaan keperawatan.
 - 4) Mendokumentasikan evaluasi keperawatan.
 - 5) Mendokumentasikan perencanaan keperawatan.
- b. Mendokumentasikan logistic dan obat.
 - c. Mendokumentasikan HE (*Health education*) melalui kegiatan perencanaan pulang.
 - d. Mendokumentasikan timbang terima (pergantian *shift/jaga*).

Faktor-faktor pendokumentasian yaitu: Pengetahuan, persepsi, motivasi, beban kerja, kondisi kerja, pedoman dokumentasi, format dokumentasi, supervise, reward dan punishment.

3. Metode keperawatan Tim

Metode tim merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan kelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Douglas, 1984 dalam Sitorus, 2011). Metode ini digunakan bila perawat pelaksana terdiri dari berbagai latar belakang pendidikan dan kemampuannya. Tujuan metode penugasan keperawatan tim untuk memberikan keperawatan yang berpusat pada pasien. Metode ini menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2–3 tim/group yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu. Kelebihan: memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh, mendukung pelaksanaan proses keperawatan, memungkinkan komunikasi antar tim, sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan pada anggota tim. Kelemahan: komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu, yang sulit dilaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

4. Metode keperawatan primer

Metode primer adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana perawat profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan pasien selama 24 jam. Menurut Nursalam (2014), metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Tanggung jawab meliputi pengkajian pasien, perencanaan, implementasi, dan evaluasi aspek dari sejak pasien masuk rumah sakit hingga pasien dinyatakan pulang ini merupakan tugas utama perawat primer yang dibantu oleh perawat asosiet. Perawat yang menggunakan metode keperawatan primer dalam pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (*primary nurse*).

Pada metode keperawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan dan bersifat komprehensif serta dapat dipertanggung jawabkan. Setiap perawat primer biasanya mempunyai 4–6 pasien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama pasien dirawat di rumah sakit. Perawat primer bertanggung jawab untuk mengadakan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan dan juga akan membuat rencana pulang pasien jika diperlukan. Jika perawat primer sedang tidak bertugas, kelanjutan asuhan akan didelegasikan kepada perawat lain .

5. Langkah-langkah pendokumentasian

- a. Akurat, singkat , lengkap, dapat dibaca
- b. Objektif dari klien, berupa yang kita lihat, dengar, bau, dan rasakan
- c. Mencatat waktu kejadian, kejadian dibuat secara kronologi dan mencantumkan nama jelas seta tanda tangan yang membuatnya
- d. Menggunakan istilah medis yang baku dimnegrti semua perawat.

Hal-hal yang didokumentasikan dalam asuhan keperawatan yaitu: mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, perawat kemudian mengobservasi dan mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang diberikan dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada tenaga kesehatan lainnya.

6. Hubungan *Handover* dengan Dokumentasi Keperawatan

Pendokumentasian merupakan bukti legal pelaksanaan pelayanan dirumah sakit. Kualitas pelayanan dirumah sakit salah satunya dapat dilihat dari pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Dokumentasi yang tidak lengkap dan tidak jelas menyebabkan terjadinya kesalahan komunikasi saat melakukan proses *handover* antar perawat, Overan yang di lakukan tidak sesuai akan mengakibatkan asuhan keperawatan yang tidak berkesinambungan. Kurangnya komunikasi akan menimbulkan ancaman terhadap keselamatan pasien dan kualitas perawatan. *Handover* merupakan bentuk komunikasi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien dan memberikan informasi yang relevan antar perawat setiap pergantian *shift*. *Handover* yang dilaksanakan dengan baik dapat meningkatkan keselamatan pasien, tapi kenyataannya banyak perawat yang tidak menerapkan overan sesuai dengan prosedur. Hal ini akan berefek pada kesalahan dalam pendokumentasian..

Pendokumentasian proses keperawatan merupakan kegiatan yang sangat penting, karena dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan perawatan telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi klien selaku penerima jasa pelayanan dan perawat selaku pemberi jasa pelayanan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah pencatatan dan pelaporan hasil asuhan keperawatan yang di pakai untuk menjadi acuan overan.

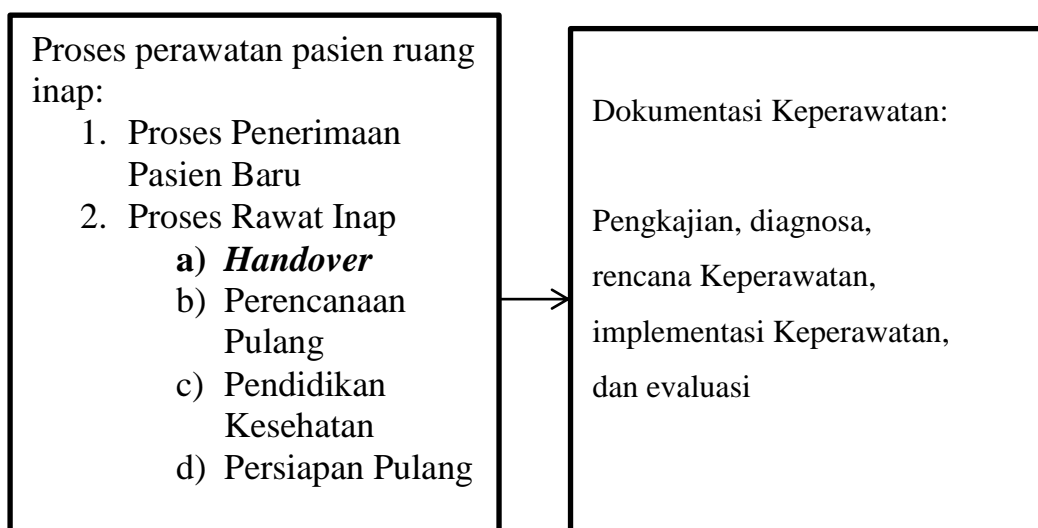
7. Penelitian terkait

Penelitian yang di lakukan Hajjul Kamil(2011) yang berjudul ”*Handover* dalam pelayanan keperawatan”. Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan,di dapatkan bahwa serah terima pasien (overan) yang efektif mendukung informasi penting dan kontinuitas dari perawatan, pengobatan, dan berdampak terhadap keselamatan pasien. Serah terima pasien(overan) yang efektif harus menjadi budaya bagi individu, kelompok dan organisasi pada institusi pelayanan keperawatan/kesehatan saat ini.

Berdasarkan penelitian yang di lakukan oleh Usnul Afifah Fauziah

(2017) yang berjudul hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP, di dapatkan bahwa pelaksanaan timbang terima pasien sangat penting dalam mensejahterakan kesehatan pada pasien, karena dengan adanya pelaksanaan timbang terima pasien dan juga dokumentasi keperawatan metode SOAP yang baik dapat memberikan perbaikan status kesehatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

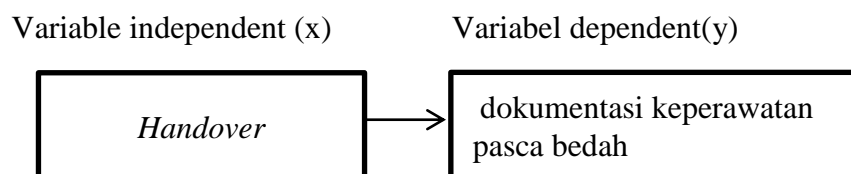
C. Kerangka Teori



(Gambar 2.3 kerangkaTeori)

(Potter dan Perry, 2016).

D. Kerangka Konsep



(Gambar 2.4 Kerangka Konsep)

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu kesimpulan sementara atau jawaban sementara dari suatu penelitian. Hipotesis berfungsi untuk menentukan ke arah pembuktian, artinya hipotesis ini merupakan pernyataan yang harus dibuktikan (Notoatmodjo, 2018). Hipotesis penelitian ini adalah :

Ha : ada hubungan *handover* dengan dokumentasi keperawatan di ruang rawat bedah di rumah sakit umum daerah abdoel moloek Provinsi Lampung.