

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 tinjauan Pustaka ini beberapa konsep akan dibahas lebih detail, diantaranya; 1) konsep *Handover*, 2) konsep teori *bedside handover*, 3) konsep teori komunikasi SBAR, 4) konsep kepuasan pasien, 5) konsep kepuasan perawat, 6) konsep teori perilaku *Imogene King*, 7) keaslian penelitian, 8) kerangka teori.

2.1 Pengertian *Handover*

2.1.1 Definisi *Handover*

Istilah timbang terima berbeda. Beberapa istilah tersebut adalah *handover*, *handoffs*, *shift repot*, *signover*, dan *cross coverage*. Perawat mengkomunikasikan informasi tentang pasien secara lisan saat berganti shift jaga. Menurut Friesen (2020), definisi *Handover* mengacu pada transfer informasi (termasuk tanggung jawab dan tanggung gugat) selama perpindahan perawat yang berkelanjutan. Ini termasuk pertanyaan, klarifikasi, dan konfirmasi tentang pasien. *Handover* juga mencakup mekanisme transfer informasi, tanggung jawab utama dan kewenangan perawat dari perawat sebelumnya ke perawat yang akan melanjutkan perawatan.

Timbang terima, menurut Nursalam (2017), adalah cara untuk menyampaikan laporan tentang situasi klien. Proses transfer pasien dari satu perawat ke perawat lain dikenal sebagai *handover*. *Handover* dilakukan untuk memberikan waktu dan informasi yang akurat tentang rencana perawatan pasien, terapi, kondisi terbaru, dan kemungkinan perubahan.

2.1.2 Tujuan *Handover*

Salah satu tujuan *handover* adalah untuk menyampaikan masalah, situasi, dan keadaan klien (fokus data). memberi tahu klien tentang apa yang telah atau belum dilakukan dalam asuhan keperawatan. Menyatakan hal-hal penting yang harus segera diselesaikan oleh dinas berikutnya. Bersiaplah untuk dinas berikutnya. Timbang terima, juga dikenal sebagai *handover*, dimaksudkan untuk membuat komunikasi tentang perpindahan informasi yang relevan lebih mudah dan lebih aman. Ini dilakukan untuk memastikan bahwa operasi terus berlangsung dengan aman dan efektif.

Handover memiliki dua tujuan utama, pertama memungkinkan perawat untuk berbagi pendapat dan kedua mengungkapkan perasaan mereka. Selain itu, dapat juga berfungsi sebagai sumber informasi yang akan digunakan untuk membuat keputusan dan tindakan keperawatan.

2.1.3 Langkah- langkah dalam *Handover*

Langkah-langkah *handover* dimulai dengan persiapan tim *shift* perawat sebelumnya dan yang akan bertugas. Bagi perawat *shift* yang akan selesai tugas jaga mempersiapkan laporan pasien terlebih dahulu. Laporan antar *shift* dilakukan oleh salah satu perawat primer yang ditunjuk untuk mewakili. Laporan yang disampaikan mencakup keseluruhan kondisi dari pasien kelolaan selama satu *shift*. Laporan disampaikan langsung terkhususkan kepada perawat penanggung jawab jaga *shift* berikutnya untuk mencermati data yang dilaporkan. Perawat penanggung jawab yang akan melakukan tugas jaga, membagi tugas perawatan sesuai data yang telah dioperkan secara merata kepada tim jaga. Keseluruhan proses *handover*

dilakukan dengan cermat, efisien, dan tidak boleh terburu-buru sehingga ada informasi yang tidak lengkap atau terselip dalam penyampaian laporan. Proses *handover* dengan metode *walking round* juga diikuti dengan proses kedua tim jaga melihat pasien secara langsung (*visit*).

2.1.4 Model-Model *Handover*

1. *Handover* dengan model tradisional

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kassesan dan Jagoo (2015), operan jaga (*handover*) yang masih tradisional terdiri dari: 1) dilakukan hanya di meja perawat; 2) komunikasi dilakukan dalam satu arah, sehingga tidak ada pertanyaan atau diskusi; dan 3) pengecekan pasien hanya memastikan kondisi umum, 4) tidak ada umpan balik pasien sehingga pasien status kesehatannya tidak mutakhir setiap waktu.

2. *Handover* dengan model *Bedside*

Rush (2012) menyatakan bahwa operan jaga yang semakin populer saat ini menggunakan model *handover bedside*—*handover* yang dilakukan di samping tempat tidur pasien dan melibatkan keluarga pasien atau pasien secara langsung untuk mendapatkan umpan balik. Prosedur dalam *Handover*

Prosedur dalam melakukan *handover* di masing-masing rumah sakit memiliki protokol yang bervariasi menyesuaikan dengan adaptasi model kebutuhan layanan keperawatan. Namun demikian, secara umum prosedur *handover* dapat ditampilkan sebagaimana dalam tabel berikut.

Tabel 2.1 Prosedur *handover* dengan pendekatan metode SBAR

Tahapan	Impementasi
<i>Pre-Handover</i>	<p>1. <i>Handover</i> dilakukan disaat pergantian <i>shift</i> jaga perawat.</p> <p>2. Pasien dengan kasus yang memerlukan observasi terutama kasus yang belum teratasi lebih diutamakan untuk dilaporkan saat <i>handover</i>.</p> <p>3. Perawat primet menyampaikan <i>handover</i> kepada Perawat Penanggungjawab <i>shift</i> berikutnya. Adapun hal-hal penting yang harus disampaikan antara lain:</p> <p>S : Identitas nama, usia, tanggal mulai MRS, dan hari perawatan, dokter penanggung jawab yang merawat (DPJP). Pastikan juga menyebutkan dengan jelas diagnosis medis dan masalah keperawatan dari keluhan utama yang belum ataupun juga yang sudah teratasi.</p> <p>B : Perawat bisa menjelaskan implementasi / intervensi yang telah dilakukan disertai dengan imbal balik pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Jika ada bisa ditambahkan adanya riwayat kesehatan pasien (alergi, pembedahan, implant alat medis, obat yang telah digunakan). Jika diperlukan bisa juga dijelaskan tentang tingkat pemahaman pasien terhadap penyakitnya.</p> <p>A : Perawat menjelaskan secara detail hasil pengukuran observatif tentang tanda-tanda vital, pengukuran nyeri,</p>

	<p><i>Glasgow coma scale (GCS)</i>, risiko jatuh, status nutrisi, dan sebagainya.</p> <p>R : Perawat memberikan rekomendasi intervensi yang mungkin perlu untuk dilanjutkan hasil dari intervensi sebelumnya, termasuk juga jika ada edukasi (KIE) ataupun rencana <i>discharge planning</i> kepada keluarga pasien.</p>
Pelaksanaan	<p><i>Nurse Station</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kedua kelompok dinas sudah siap untuk <i>handover</i> 2. Kelompok yang akan mengoperkan telah menyiapkan bahan laporan / catatan 3. Kepala ruang membuka proses timbang terima / <i>handover</i> 4. Penyampaian <i>handover</i> dilakukan secara singkat, padat, dan jelas. 5. Perawat jaga selanjutnya dapat melakukan klarifikasi, diskusi, ataupun tanya jawab guna melakukan validasi terhadap hal-hal yang kurang jelas. Penyampaian pada saat timbang terima secara singkat dan jelas
Post Handover	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi jika ada yang perlu disampaikan 2. Pelaporan langsung dituliskan pada form timbang terima dengan ditandatangani Perawat Penanggungjawab <i>shift</i> diketahui oleh Kepala Ruang 3. Dilakukan penutupan oleh Kepala Ruang

2.2 Metode *Bedside Handover*

2.2.1 Pengertian *Bedside Handover*

Menurut *Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare* (2007), *bedside handover* adalah metode timbang terima selama perpindahan perawatan pergantian antar shift yang dilakukan disamping tempat tidur pasien. Melalui pendekatan *bedside handover* maka perawat dapat memastikan kondisi keselamatan pasien yang mencakup lingkungan pasien dan alat-alat medis disamping pasien berfungsi dengan baik dan memastikan terapi medikasi yang diberikan sesuai program.

2.2.2 Tujuan *Bedside Handover*

Pelaksanaan *bedside handover* yang berkualitas akan mampu menggali data tentang pasien. Tujuan dari *bedside handover* adalah :

- (1) Meningkatkan keterlibatan pasien dalam membuat keputusan terbaru tentang kondisi penyakitnya.
- (2) Meningkatkan hubungan dan komunikasi antara pasien dan perawat.
- (3) Mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk memberikan klarifikasi ulang tentang kondisi khusus pasien. *Bedside handover* juga memperhatikan kerahasiaan pasien jika ada informasi yang harus ditunda tentang persepsi medis atau komplikasi penyakit.
- (4) Terlaksananya asuhan keperawatan terhadap klien yang berkesinambungan sehingga keselamatan pasien dan kepuasan pasien meningkat.

2.2.3 Prosedur *Bedside Handover*

Prosedur pelaksanaan *bedside handover* adalah :

- (1) Kepala ruang menyampaikan salam pembukaan serta melakukan komunikasi efektif tentang kebutuhan dasar pasien
- (2) Perawat jaga selanjutnya mengkaji secara penuh tentang masalah keperawatan, kebutuhan dan intervensi yang telah/belum dilaksanakan serta hal penting lain selama masa perawatan
- (3) Pencatatan direkomendasikan untuk memberikan perincian sehingga memudahkan untuk diserahkan kepada tugas shift selanjutnya.

2.3 Konsep Teori Komunikasi SBAR

2.3.1 Pengertian Komunikasi SBAR

Komunikasi SBAR membantu anggota tim kesehatan berkomunikasi tentang kondisi pasien. SBAR adalah mekanisme komunikasi yang kuat dan mudah diingat yang berguna untuk membentuk percakapan apa pun, terutama yang memerlukan tindakan klinis dan tindakan segera. Ini memberikan cara yang sederhana dan terfokus untuk menetapkan harapan tentang apa yang harus dikomunikasikan dan bagaimana anggota tim berkomunikasi satu sama lain, yang penting untuk meningkatkan kerja sama tim dan meningkatkan budaya keselamatan pasien (Permanente, 2013).

Narayan (2015) menyatakan bahwa komunikasi SBAR adalah cara terstruktur untuk menyampaikan informasi penting yang membutuhkan perhatian segera dan tindakan untuk meningkatkan serah terima antara karyawan di shift yang sama atau berbeda atau antar divisi klinis. Semua anggota tim kesehatan harus berpartisipasi dalam memberikan komentar dan saran kepada pasien. SBAR memberi orang kesempatan untuk berbicara antara dokter dan staf medis lainnya.

Dr. Michael Leonard, pelopor dalam bidang keselamatan pasien, bekerja dengan rekannya Doug Bonacum dan Suzanne Graham di Kaiser Permanente Colorado di Evergreen, Colorado, AS, untuk mengembangkan teknik SBAR yang telah digunakan secara luas dalam sistem perawatan kesehatan. Teknik komunikasi SBAR pertama kali dikembangkan oleh Angkatan Laut Amerika Serikat untuk digunakan pada kapal selam nuklir. Pada akhir 1990-an, Aman Healthcare memperkenalkan SBAR sebagai bagian dari program pelatihan Manajemen Sumber Daya Kru. Sejak saat itu, SBAR telah digunakan oleh rumah sakit dan fasilitas kesehatan di seluruh dunia sebagai sarana komunikasi yang sederhana namun bermanfaat untuk menyatukan pasien.

Informasi tentang *situation, background, assesment, dan recommendation* pasien dapat ditemukan dalam struktur komunikasi SBAR. Komunikasi SBAR adalah metode sederhana yang efektif untuk berkomunikasi di lingkungan lain dan juga digunakan dalam bidang layanan kesehatan (Ohio's Medicare, 2021).

2.3.2 Kerangka Komunikasi SBAR

SBAR adalah kerangka komunikasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mengomunikasikan kondisi pasien yang kompleks atau membutuhkan perhatian segera (Premanente, 2011) SBAR adalah mekanisme yang mudah diingat yang digunakan untuk mengomunikasikan kondisi pasien kritis atau membutuhkan perhatian segera. SBAR memungkinkan staf medis (klinis) untuk berbagi informasi tentang status dan rekomendasi pasien. Fase peninjauan dan rekomendasi memberikan kesempatan bagi anggota tim layanan kesehatan untuk berbicara satu sama lain. Pada awalnya, baik penyedia maupun penerima informasi mungkin menganggap metode ini agak sulit (Leonard, 2014).

Tabel 2.2 Kerangka Komunikasi SBAR

<i>Situation</i>	Situasi yang menunjukkan keadaan pasien yang harus dilaporkan
<i>Background</i>	Gambaran riwayat medis pasien dan hal-hal yang terkait dengan masalah pasien saat ini.
<i>Assessment</i>	Hasil analisis gambaran situasi
<i>Recomendation</i>	Rekomendasi tindakan alternatif yang harus dilakukan, kapan dan di mana

Menurut HIPGABI Jawa Timur 2021, teknik menggunakan komunikasi SBAR adalah

1. *Situation* ; (a). Sebutkan nama anda dan departemen (b). Sebutkan identitas pasien, umur/tanggal lahir, diagnosa medis, dan tanggal masuk (c). Jelaskan secara singkat masalah pasien atau keluhan utama termasuk pain score.
2. *Background* ; (a). Sebutkan riwayat alergi, obat-obatan dan cairan infus yang digunakan (b). Jelaskan pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium (c). Jelaskan informasi klinik yang mendukung (tindakan keperawatan dan medis yang sudah dilakukan) (d). Tanda vital pasien
3. *Assessment* : (a). Jelaskan secara lengkap hasil pengkajian pasien yang terkini (b). Nyatakan kemungkinan masalah, seperti gangguan pernafasan dan sebagainya.
4. *Recommendation* : (a). Mengusulkan dokter untuk melihat pasien (b). Sampaikan/tanyakan arahan dokter (c). Sampaikan rencana tindakan selanjutnya.

2.3.3 Tujuan Format SBAR

Salah satu tujuan penggunaan format SBAR adalah untuk memastikan bahwa informasi tentang keadaan pasien selalu ada di setiap shift. Format SBAR juga memungkinkan untuk menyampaikan kondisi pasien atau keadaan secara keseluruhan. Menyampaikan hal-hal penting yang harus diperhatikan pada shift berikutnya. Selanjutnya, format ini juga memungkinkan untuk membuat rencana kerja untuk shift berikutnya.

2.3.4 Kelebihan Format SBAR

Kelebihan Format SBAR yakni (1). Menawarkan cara yang efektif dan efisien untuk menyampaikan informasi dalam timbang terima pasien; (2). Menawarkan cara yang mudah untuk berkomunikasi dengan elemen komunikasi SBAR; (3). Mencegah kesalahan dalam proses timbang terima pasien; dan (4). Menciptakan prosedur timbang terima yang sama untuk semua pasien.

2.3.5 Manfaat Format SBAR

Perawat dan tenaga kesehatan lainnya dapat menggunakan format SBAR untuk mengkomunikasikan tindakan yang telah dan akan dilakukan kepada pasien. Format ini juga membantu dalam pendataan pasien yang akurat karena berbagai informasi tentang pasien telah dicatat.

2.3.6 Pengukuran SBAR

Pengukuran SBAR didasarkan pada tingkat kepatuhan implementasi SOP timbang terima.

EALUASI TIMBANG TERIMA ANTAR SHIFT RSUD DR. SOETOMO SURABAYA			
Ruangan			
Tanggal			
PPA yang dievaluasi			
No	Aspek yang dievaluasi	Ya	Tidak
1	PPA memperkenalkan diri		
2	Dilakukan dengan metode SBAR S (<i>situationl</i>): Menyatakan keluhan pasien		
3	B (<i>background</i>): Menuliskan data obyektif, data pendukung yang relevan pasien saat ini		
4	A (<i>assessment</i>): Masalah keperawatan dan masalah medis		
5	R (<i>recommendation</i>): Menuliskan catatan penting yang perlu ditindaklanjuti		
6	Hal-hal yang kritikal dioperkan		
7	Melibatkan pasien / keluarga saat <i>bed side</i>		
8	Tindakan yang sudah diberikan disampaikan		
9	Rencana tindakan selanjutnya disampaikan		
10	Tanda tangan oleh kedua pihak		
NILAI			

Masing-masing poin penilaian jika *checklist* 'Ya' mendapatkan skor 1

Jika *checklist* 'Tidak' mendapatkan skor 0

Kategori *handover* SBAR :

Patuh = 100%

Tidak patuh < 100%

2.4 Konsep Kepuasan Pasien

2.4.1 Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah salah satu tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan karena kepuasan pasien adalah keluaran dari "outcome" layanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah tingkat perasaan pasien yang meningkat sebagai hasil dari kinerja layanan kesehatan yang diterima pasien setelah membandingkannya dengan perkiraan mereka (Pohan, 2018).

Kepuasan pelanggan didefinisikan sebagai tingkat yang mereka rasakan setelah membandingkan kinerja (hasil) yang mereka rasakan terhadap harapan mereka (Abdullah, 2017). Ketika kinerja produk sesuai dengan harapan pembeli, kita berbicara tentang kepuasan. Jika kinerja produk tidak sesuai dengan harapan maka pembeli akan kecewa, jika kinerja produk sesuai dengan harapan maka pembeli akan puas, dan jika kinerja produk melebihi harapan maka pembeli akan sangat puas Kotler dalam Intani, 2019). Memahami kebutuhan dan keinginan pasien adalah penting dalam mempengaruhi kepuasan mereka. Pasien yang puas sangat berharga karena mereka akan terus menggunakan layanan yang mereka pilih. Sebaliknya, pasien yang tidak bahagia memberikan pengalaman yang sangat buruk kepada orang lain.

2.4.2 Dimensi Kepuasan Pasien

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien sangat beragam, menurut Jatmiko (2014). Dimensi kepuasan ini biasanya dibagi menjadi dua kategori: kepuasan yang berkaitan dengan pelaksanaan standar dan kode etik pelayanan profesi; dan kepuasan yang berkaitan dengan pelaksanaan semua persyaratan kesehatan. Dua-duanya dapat dijelaskan dengan cara berikut:

1. Kepuasan mengacu pada penerapan kode etik dan standar pelayanan profesional. Pengukuran kepuasan pengguna layanan kesehatan terbatas pada penerapan kode etik dan standar profesi. Suatu pelayanan dianggap sebagai pelayanan medik yang berkualitas apabila penerapan kode etik dan standar pelayanan profesi dapat memuaskan pasien dengan penilaian hubungan dokter-pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan memilih, pengetahuan dan ketrampilan, efisiensi layanan, keamanan tindakan keseluruhan.

2. Kepuasan mengacu pada pemenuhan semua permintaan untuk layanan medis. Suatu pelayanan medis dianggap sebagai pelayanan medis yang bermutu apabila terpenuhinya semua persyaratan pelayanan medis tersebut dapat memuaskan pasien. Ukuran mutu pelayanan kesehatan meliputi penilaian ketersediaan pelayanan kesehatan (*availability*), keadilan pelayanan kesehatan (*appropriate*), kesinambungan pelayanan kesehatan (*continued*), penerimaan pelayanan kesehatan (*accessible*), catatan pelayanan kesehatan (*affordability*), efektifitas pelayanan kesehatan (*effectiveness*), ekonomi kualitas pelayanan kesehatan.

Dimensi kepuasan kualitas berdasarkan teori Parasuraman dalam buku (Hafizurrahman, 2014), dimensi kepuasan kualitas dibagi dalam lima dimensi antara lain sebagai berikut :

1. *Tangibles*, atau bukti fisik. Dimensi bukti fisik (*tangibles*) merupakan kemampuan suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya pada pihak eksternal. Bukti fisik meliputi fasilitas fisik (gedung, ruangan, dan lainnya), teknologi (peralatan dan perlengkapan yang dipergunakan).
2. *Reliability*, atau kehandalan. Dimensi kehandalan (*reliability*) merupakan kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Harus sesuai dengan harapan pelanggan berarti kinerja yang tepat waktu, pelayanan tanpa kesalahan, sikap simpatik dan dengan akurasi tinggi.
3. *Responsiveness*, atau ketanggapan. Dimensi ketanggapan (*responsiveness*) merupakan suatu kemampuan perusahaan untuk membantu dan memberikan

pelayanan yang cepat (*resposive*) dan tepat kepada pelanggan, dan dengan penyampaian informasi yang jelas.

4. *Assurance*, atau jaminan dan kepastian. Pengetahuan, kesopan santunan, dan kemampuan karyawan perusahaan untuk menumbuhkan kepercayaan pelanggan adalah bagian dari jaminan dan kepastian. Komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan sopan santun adalah komponennya.
5. *Empathy*, atau empati. Dimensi empati ditunjukkan dalam bentuk perhatian yang tulus dan individual atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dalam upaya untuk memahami keinginan pelanggan.

2.4.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien

Beberapa faktor dapat memengaruhi kepuasan pasien

(Nursalam, 2020a), termasuk:

- a. Karakteristik produk

Produk ini merupakan kepemilikan rumah sakit yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk rumah sakit meliputi penampilan bangunan rumah sakit, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.
- b. Harga

Untuk mencapai kepuasan pelanggan, biaya merupakan faktor yang paling penting dalam penentuan kualitas.
- c. Layanan

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Rumahsakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih, dan memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang

berkunjung dirumah sakit, kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan.

d. Lokasi

Meliputi letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakit tersebut.

e. Sarana Prasarana

Penilaian kepuasan pasien dipengaruhi oleh kelengkapan fasilitas rumah sakit.

f. Komunikasi

Tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

g. Layanan

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Rumahsakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih, dan memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung dirumah sakit, kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan.

h. Lokasi

Meliputi letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakittersebut.

i. Sarana Prasarana

Penilaian kepuasan pasien dipengaruhi oleh kelengkapan fasilitas rumah sakit.

j. Komunikasi

Tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

2.4.4 Tingkat Kepuasan

Untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dikalsifikasikan dalam beberapa tingkatan,(Nursalam, 2020a), yaitu :

1. Sangat puas

Sangat puas merupakan ukuran subyektif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (sarana), sangat ramah (hubungan dengan dokter atau perawat), sangat cepat (Proses administrasi, dan lainnya), yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang paling tinggi.

2. Cukup puas

Cukup puas merupakan ukuran subyektif hasil penilaian pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan yang tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (sarana), agak kurang cepat (Proses administrasi), agak kurang ramah (hubungan dengan dokter atau perawat), dan lainnya, yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.

3. Tidak puas

Hasil penilaian pasien yang rendah menunjukkan ketidakpuasan, yang menunjukkan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai kebutuhan atau keinginan, tidak bersih (sarana), lambat (proses administrasi), tidak ramah (hubungan dengan dokter atau perawat), dan lainnya. Secara keseluruhan, ini menunjukkan kualitas pelayanan kesehatan yang paling rendah.

2.4.5 Pengukuran Tingkat Kepuasan

Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan Likert yang dikenal dengan skala Likert, kepuasan pasien dikategorikan menjadi sangat puas, puas, tidak puas dan sangat tidak puas. Tingkat kepuasan dapat dilakukan dengan membuat kuisioner yang terdiri dari aspek-aspek yang dianggap penting oleh pasien. Tingkat kepuasan tersebut diukur dengan menggunakan skala likert penilaian kepuasan dengan diberi bobot penilaian sebagai berikut :

- a) Sangat puas diberi bobot 4
- b) Puas diberi bobot 3
- c) Tidak puas diberi bobot 2
- d) Sangat tidak puas diberi bobot 1

Penilaian nilai akhir (%) kepuasan menurut Parasuraman, et al (1994) dapat dikategorikan kedalam kriteria interpretasi angka sebagai berikut :

- a) Angka $<56\%$ = kurang puas
- b) Angka $56\% - 75\%$ = cukup puas
- c) Angka $>75\%$ = puas

2.5 Konsep Kepuasan Kerja Perawat

2.5.1 Definisi Kepuasan Kerja

Sikap positif terhadap pekerjaan seseorang dikenal sebagai kepuasan kerja. Pada dasarnya, kepuasan kerja bergantung pada individu. Tingkat kepuasan yang dimiliki setiap orang akan berbeda-beda tergantung pada sistem nilai yang dipegangnya. Apabila pekerjaan dianggap memenuhi harapan dan sesuai dengan tujuannya, orang biasanya akan merasa puas. Kepuasan kerja juga terkait dengan teori keadilan, perjanjian psikologis, dan motivasi. Ini karena kepuasan kerja menunjukkan kesesuaian antara harapan seseorang yang timbul dan kompensasi yang diterima dari pekerjaan (Robbins, et al, 2018)

Kepuasan kerja tidak hanya sebagai perasaan seseorang tentang pekerjaan, tetapi juga sifat pekerjaan dan harapan individu tentang apa yang harus disediakan selama menjalani pekerjaan (Halcomb *et al.*, 2018). Kepuasan kerja merupakan keadaan emosional perawat yang menggambarkan keadaan pandangannya terhadap pekerjaan (Mubyil and Dwinanda, 2020). Kepuasan kerja perawat adalah model kesenjangan antara harapan standar kinerja yang seharusnya dengan kinerja actual yang diterima pelanggan (Nursalam, 2020).

2.5.2 Teori Kepuasan Kerja

Menurut (Nursalam, 2020) terdapat tiga macam teori tentang kepuasan kerja, yaitu antara lain:

1. Teori Ketidaksesuaian (*Discrepancy theory*)

Menurut teori ini, menetapkan tingkat kepuasan kerja seseorang dengan menghitung seberapa jauh perbedaan antara apa yang terjadi dengan kenyataan yang dirasakan. kepuasan kerja tergantung pada seberapa jauh perbedaan antara apa yang diharapkan dengan apa yang dicapai. Kesimpulan dari teori ketidaksesuaian ini ialah memberikan selisih antara kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual (kenyataan), jika ada selisih jauh antara keinginan dan kenyataan yang ingin dicapai maka akan menimbulkan perasaan tidak puas.

2. Teori Keadilan (*Equity Theory*)

Menurut teori keadilan ini, seseorang merasa puas atau tidak puas dalam suatu situasi tergantung pada keadilan (*Equity*), terutama dalam konteks pekerjaan. Input, hasil, dan keadilan atau ketidakadilan adalah komponen utama teori keadilan. Pendidikan, pengalaman, kecakapan, jumlah tugas, dan peralatan atau perlengkapan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas merupakan suatu input. Hasilnya adalah sesuatu yang dianggap berharga oleh karyawan dari pekerjaannya, seperti gaji, insentif, penghargaan, dan kesempatan untuk berhasil atau aktualisasi diri.

3. Teori Dua Faktor (*Two Factor Theory*)

Karakteristik pekerjaan dibagi menjadi dua kelompok: puas atau motivator dan tidak puas. Faktor-faktor atau kondisi yang diperlukan untuk menjadi puas di tempat kerja termasuk pekerjaan yang menarik dan menantang, kesempatan

untuk berprestasi, dan peluang untuk maju. Terpenuhinya faktor-faktor tersebut akan menyebabkan kepuasan, tetapi tidak terpenuhinya tidak selalu menyebabkan ketidakpuasan. Faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpuasan termasuk hubungan antar pribadi, status, gaji, dan pengawasan. Seseorang akan menjadi tidak puas jika hal tersebut tidak terpenuhi.

2.5.3 Dimensi Kepuasan Kerja Perawat

Lima indikator kepuasan kerja, menurut (Robbins, et al, 2018), sebagai berikut :

1. Kepuasan terhadap Pekerjaan (*Achievement*)

Kepuasan dicapai ketika pekerjaan seorang pegawai sesuai dengan minat dan kemampuan.

2. Kepuasan terhadap Imbalan (*Compensation*)

Karyawan percaya bahwa kompensasi yang mereka terima sesuai dengan pekerjaannya dan sebanding dengan karyawan perusahaan lain.

3. Kepuasan terhadap Supervisi Atasan (*Supervision-technical*)

Pegawai percaya bahwa mereka memiliki atasan yang mampu membantu, mendampingi dan memberi dukungan penuh.

4. Kepuasan terhadap Rekan Kerja (*Co-workers*)

Pegawai saling berinteraksi dengan baik, merasa puas terhadap satu sama lain, dan saling memberi dukungan moral, bantuan teknis, dan dorongan sosial.

5. Kesempatan Promosi (*Promotional Opportunities*)

Memberikan ruang waktu pada karyawan dalam menggunakan seluruh kemampuan yang dimilikinya dalam bekerja dan untuk meningkatkan posisi jabatan pada struktur organisasi.

2.5.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Kerja Perawat

Nursalam, (2020a) mengemukakan empat faktor yang mempengaruhi kepuasan perawat sebagai berikut:

1. Faktor psikologi

Faktor psikologis merupakan faktor yang berhubungan dengan kejiwaan perawat yang diantaranya adalah minat, ketentraman dalam bekerja dan skil.

2. Faktor sosial

Faktor sosial merupakan faktor yang berhubungan dengan interaksi sosial baik meliputi interaksi sosial dengan atasan dan interaksi sosial dengan sesama perawat

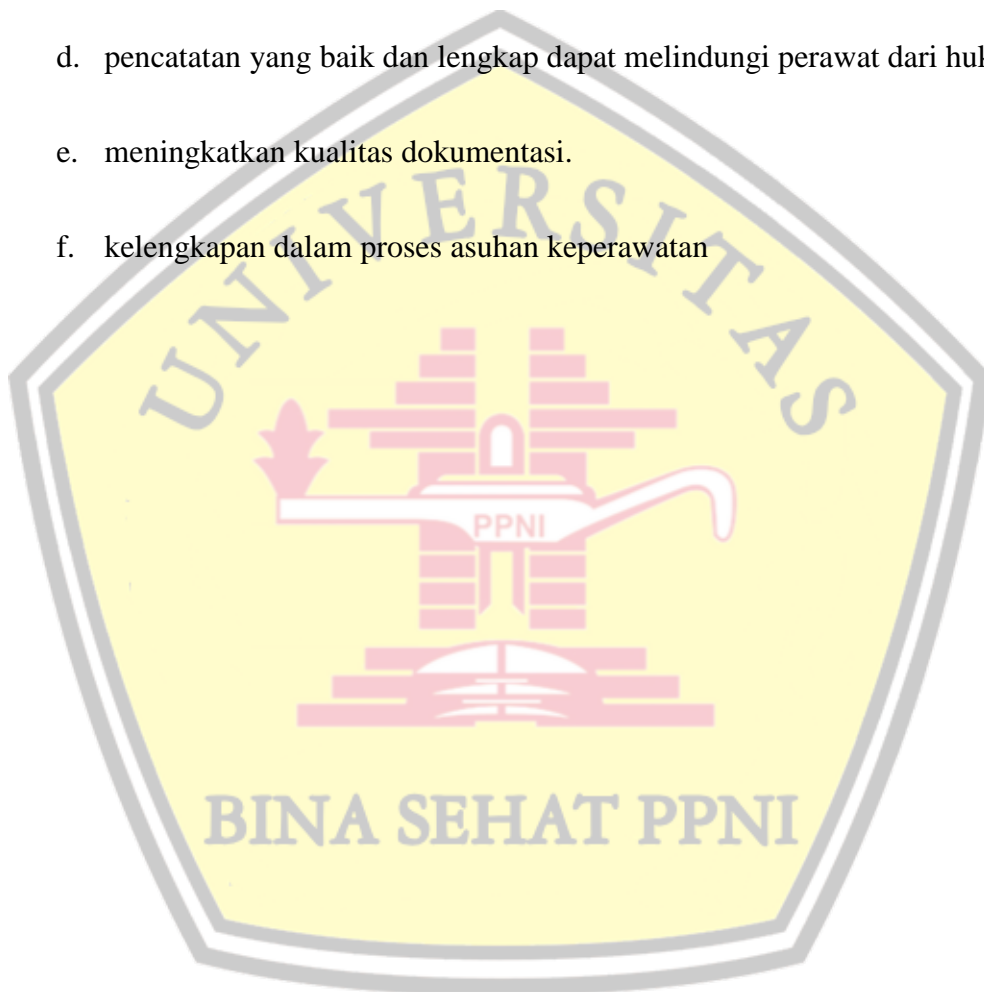
3. Faktor fisik

Merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisik lingkungan kerja. Perlengkapan sarana dan prasarana dalam bekerja merupakan salah satu sub infrastruktur yang mempengaruhi kepuasan kerja seorang perawat. Sarana dan prasarana yang merupakan sub infrastruktur yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat adalah fasilitas ruang perawat, instrumen perawatan dan sarana penggunaan teknologi informasi dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan.

4. Faktor finansial

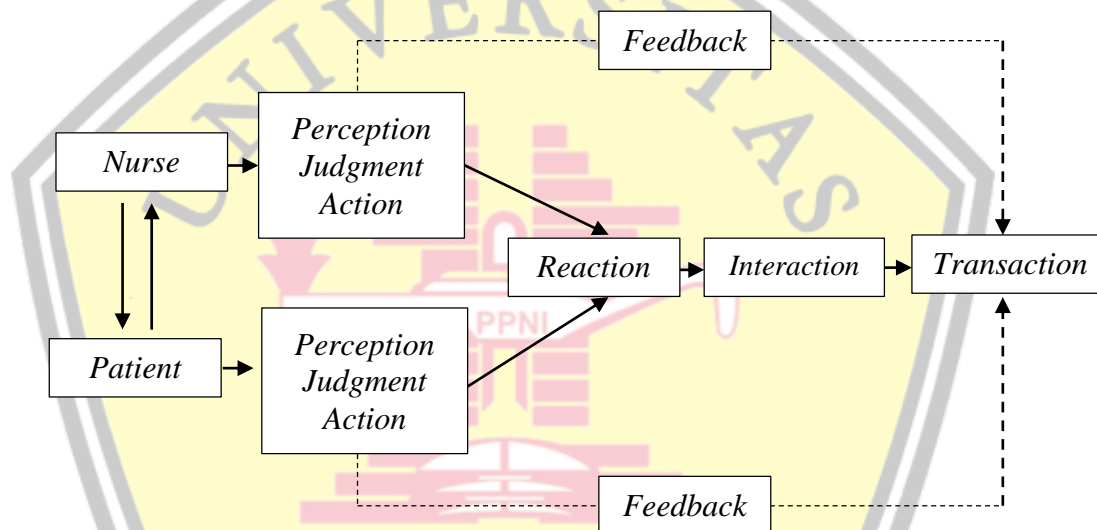
Faktor finansial merupakan faktor yang berhubungan dengan jaminan, serta kesejahteraan karyawan yang meliputi gaji/insentif, jaminan kesehatan, dan tunjangan. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kepuasan perawat dalam menggunakan sistem informasi menurut (Agarta and Febriani, 2019) antara lain:

- a. keakuratan data lebih terjamin karena kemungkinan tertukarnya data antara pasien sangat kecil jika saat memasukkan data ke dalam sistem sudah akurat.
- b. kemudahan dalam mendapatkan dan membaca informasi yang dibutuhkan.
- c. meningkatkan produktivitas bekerja.
- d. pencatatan yang baik dan lengkap dapat melindungi perawat dari hukum.
- e. meningkatkan kualitas dokumentasi.
- f. kelengkapan dalam proses asuhan keperawatan



2.6 Teori Model Keperawatan Imogene King

Imogene King mulai membuat teori realisasi tujuan pada tahun 1964. Hal ini diikuti dengan serangkaian publikasi pada beberapa tahun berikutnya (King 1971, 1981, dan 1986). Pada pengembangan model berikutnya King memperinci bahwa interaksi antara perawat dan pasien merupakan salah satu unsur intinya. Dalam teori King, terdapat tiga sistem interaktif yang penting bagi keperawatan. Sistem-sistem tersebut adalah sistem personal, interpersonal, dan sosial. Berikut ini ditampilkan bentuk model teori keperawatan King



Gambar 2.1 Kerangka konseptual proses interaksi manusia yang mengarah pada *transaction* : Model *transaction* oleh King (Alligood, 2018).

King menurunkan tujuh hipotesis teori pencapaian tujuan :

1. *Perceptual accuracy* antara interaksi perawat-pasien meningkatkan *mutual goal setting*.
2. Komunikasi meningkatkan *mutual goal setting* antara perawat dan pasien membawa pada kepuasan.
3. Kepuasan perawat dan pasien karena meningkatnya pencapaian tujuan.

4. Pencapaian tujuan meningkatkan belajar pasien dan kemampuan meniru situasi keperawatan.
5. Pencapaian tujuan meningkatkan belajar pasien dan kemampuan meniru situasi keperawatan
6. Konflik peran dialami oleh pasien, perawat, atau keduanya, menurunkan transaksi interaksi perawat pasien
7. Kesamaan kepuasan peran dan performa peran meningkatkan transaksi dalam interaksi perawat pasien.

Filosofi personal King tentang manusia (*Human Being*) dan kehidupan memengaruhi asumsinya termasuk dalam hal yang berkaitan dengan lingkungan, kesehatan, keperawatan, dan interaksi perawat-pasien. Kerangka kerja sistem interaksi dan pencapaian tujuan berlandaskan pada asumsi bahwa fokus keperawatan adalah interaksi manusia dan lingkungan yang menentukan pada tingkat kesehatan individu, yaitu kemampuan dalam peran social (Alligood, 2018).

2.7 Keaslian Penelitian Dengan *Theoretical Mapping*

Theoretical mapping merupakan pencarian literature dalam penelitian ini menggunakan empat database dengan kriteria kualitas tinggi dan sedang, yaitu *Pubmed Medline, Cinahl, Proquest dan Science Direct*.

2.7.1 Kata Kunci dan PICOS

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan keyword dan *boolean operator* (AND, OR NOT or AND NOT) yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci pada pencarian artikel ini disesuaikan dengan

Medical Subject Heading (MeSH) dan penulisan keaslian penelitian diawali dengan penetapan kata kunci yaitu: *implementation, handover method bedside SBAR, nurse satisfaction, patient satisfaction*, dan kriteria inklusi dan eksklusi sesuai dengan format PICOS sebagai berikut:

Tabel 2.3 PICOS Pencarian Literature

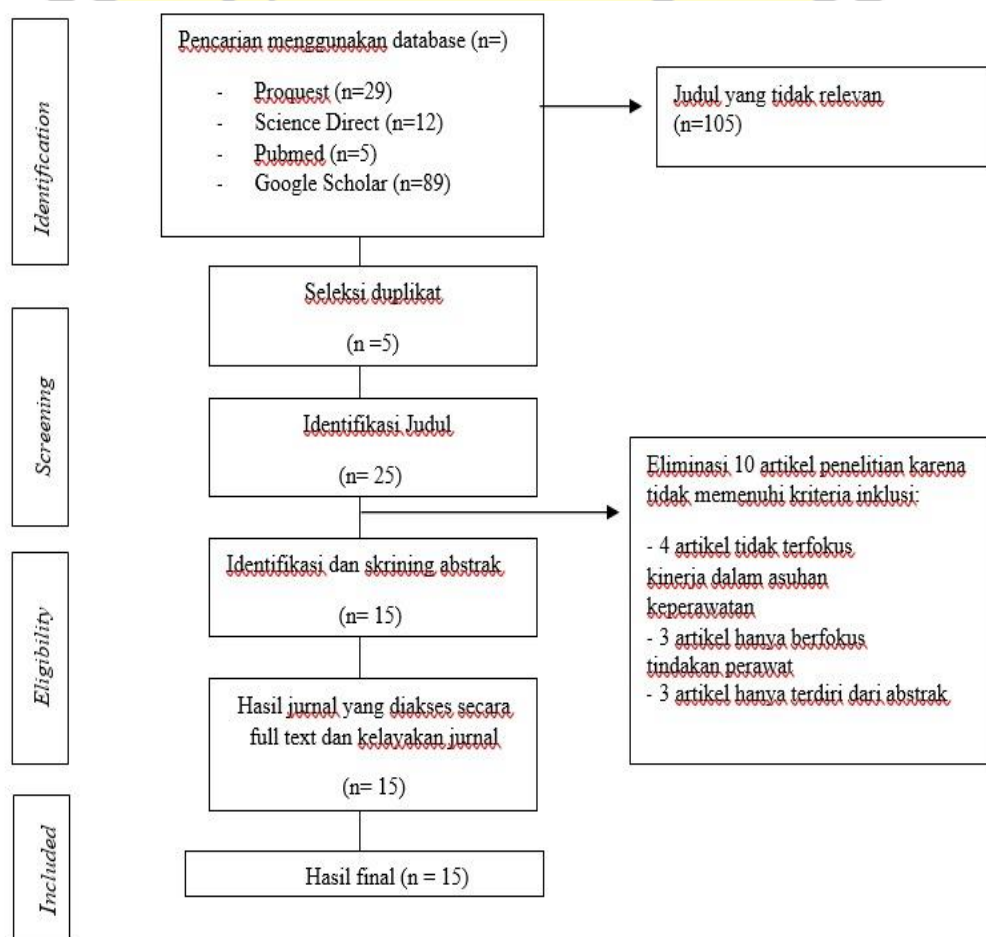
PICOS Framework	Kriteria inklusi	Kriteria eksklusi
Population	Studi berfokus pada kepuasan pasien dankepuasan perawat	Selain, kepuasan pelayanan
Intervention	Implementasi <i>handover</i> metode <i>bedside</i> SBAR	Membahas implementasi <i>handover</i> metode <i>bedside</i> SBAR
Comparators	Berbasis digital	Tidak ada pembandingan
Outcomes	Memahami analisis implementasi <i>handover</i> metode <i>bedside</i> SBAR	Luaran penelitian tidak berfokus pada implementasi <i>handover</i> metode <i>bedside</i> SBAR
Study design	<i>Quasy experiment, cross-sectional study, casereport, system review</i>	<i>Study case</i>
Publication years	2018-2022	Sebelum tahun 2018

2.7.2 Hasil Pencarian

Identification meliputi identifikasi apa yang dicari berdasarkan kata kunci yang diinginkan dengan menggunakan “OR” dan/atau “AND” Kata kunci tersebut digunakan untuk mencari paper atau jurnal yang memiliki relevansi pada database online. Selanjutnya adalah *screening* Semua kertas yang dipilih menjalani putaran kedua penyaringan pada saat ini; jika duplikat ditemukan di seluruh basis data, satu akan dibuang. Selain itu, prosedur penyaringan melibatkan penghapusan artikel

berdasarkan isi judul, abstrak, dan kata kunci. Setelah dokumen dibaca secara keseluruhan, kelayakan tulisan yang telah berhasil disaring berdasarkan kriteria yang telah disebutkan sebelumnya dapat diperiksa kembali kelayakannya. Tahap akhir dari dokumen yang diambil setelah disaring kembali melalui referensi dari sisa bahan yang akan diproses berdasarkan kriteria tersebut di atas.

Menggunakan kata kunci yang disesuaikan dengan MeSH, para peneliti dapat menemukan 15 makalah yang relevan dengan topik mereka setelah mencari melalui publikasi di empat database. Diagram flow menggambarkan hasil dari artikel penelitiannya yang dipilih sebagai berikut :



Gambar 2.4 Diagram Flow Pencarian *Literatur*.

Tabel 2.4 Keaslian Penelitian

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
1	<i>Improving Patient-Centred Care Through a Tailored Intervention Addressing Nursing Clinical Handover Communication in Its Organizational and Cultural Context</i> (L. Chien, D. Slade, M. Dahm et al., 2022)	<i>Qualitative linguistic ethnographic design</i>	Sampel: 16 partisipan	Peningkatan keperawatan yang berfokus pada pasien dan pemberian intervensi komunikasi serah terima keperawatan dalam konteks organisasi dan budayanya	Wawancara	Perubahan penting setelah intervensi termasuk pergeseran untuk melibatkan pasien dalam serah terima di samping tempat tidur, peningkatan komunikasi dan budaya tingkat bangsal, dan penurunan terkait dalam komplikasi yang didapat di rumah sakit yang dilaporkan.
2	<i>Tracing interpersonal discursive features in Australian nursing bedside handovers: Approachability features, patient engagement and insights for ESP training and working with</i>	One group pre test post test	Sampel : 4 studi kasus	Menelusuri fitur diskursif interpersonal dalam serah terima di samping tempat tidur perawat Australia: fitur yang dapat didekati, keterlibatan pasien, dan wawasan untuk	Wawancara dan observasi	Kami menemukan bahwa perawat masuk dan keluar menggunakan strategi diskursif yang berbeda selama serah terima. Perawat keluar melakukan lebih sedikit upaya untuk dapat didekati oleh pasien dan keluarga / pengasuh, menghambat keterlibatan pasien. Sedangkan strategi reflektif dimana perawat yang masuk lebih mudah didekati, mengundang partisipasi pasien dan membangun hubungan antarpribadi. Pasien dan pengasuh lebih terlibat dalam serah terima meskipun perilaku komunikasi perawat keluar tidak menarik. Temuan dapat menginformasikan

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	<i>internationally trained nurses</i> (M. Dahm, D. Slade, B. Brady et al, 2022)			pelatihan ESP dan bekerja dengan perawat yang terlatih secara internasional		praktik reflektif dan pelatihan keterampilan komunikasi di antara perawat praktik dan peserta pelatihan.
3	<i>Standardizing Operating Room to Post Anesthesia Care Unit Patient Handover with SBAR: A Quality Improvement Project Mary-Belle</i> (Marry-BelleM , 2021)	<i>One group pre test post test</i>	Sampel : 20 responden	Standarisasi Ruang Operasi untuk Serah Terima Pasien Unit Perawatan Pasca Anestesi dan SBAR untuk Peningkatan Kualitas	SOP serah terima pasien unit perawatan pasca anestesi Kuesioner	Alat SBAR ditemukan efisien dan komprehensif oleh perawat unit perawatan pasca-anestesi dan penyedia anestesi. Unit perawatan pasca-anestesi mendaftarkan perawat yang menilai serah terima pasien menggunakan proses serah terima pasien standar melaporkan bahwa alat SBAR memungkinkan aspek komunikasi kritis untuk ditangani. Standarisasi serah terima pasien anestesi dari ruang operasi ke unit perawatan pasca anestesi memiliki potensi untuk memberikan proses serah terima pasien yang lebih menyeluruh yang dapat mengarah pada peningkatan keselamatan pasien.
4	<i>The Relationship Between Patient Safety Culture with Patient Satisfaction and Hospital Performance in</i>	Studi deskriptif-analitik, cross-sectional	Sampel : 240 pasien, 240 staf dan 20 manajer	Kepuasan pasien dan budaya keselamatan pasien dan kinerja rumah sakit	Kuesioner	Variabel “kepuasan pasien” dan komponennya memiliki rata-rata tinggi, dengan komponen “dokter yang merawat” memiliki rata-rata tertinggi. Variabel “budaya keselamatan pasien dan kinerja rumah sakit” memiliki rata-rata sedang. Ada hubungan positif yang signifikan antara budaya keselamatan pasien-kinerja rumah

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	<i>Shafa Hospital of Kerman in 2020</i> (P. Afshar, B. Karbasi, M. Moghadam, 2021)					sakit, budaya keselamatan pasien-kepuasan pasien, dan kepuasan pasien-kinerja rumah sakit.
5	<i>Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction</i> (S. Ghosh, L. Ramamoorthy, B. Pottakat, 2021)	Cross sectional		Kepuasan pasien dan komponennya dan budaya keselamatan pasien dan kinerja rumah sakit	Kuesioner	Variabel “kepuasan pasien” dan komponennya memiliki rata-rata tinggi, dengan komponen “dokter yang merawat” memiliki rata-rata tertinggi. Variabel “budaya keselamatan pasien dan kinerja rumah sakit” memiliki rata-rata sedang. Ada hubungan positif yang signifikan antara budaya keselamatan pasien-kinerja rumah sakit, budaya keselamatan pasien-kepuasan pasien, dan kepuasan pasien-kinerja rumah sakit
6	<i>Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study</i>	Obsevational Multi metode	Sampel : 10 perawat ICU dan bangsal direkrut, dengan 10 pengamatan serah terima dan 20 wawancara	Praktik serah terima perawat yang memindahkan pasien trauma dari unit perawatan intensif ke bangsal	Wawancara	Studi ini mengidentifikasi defisit dan perbedaan yang signifikan secara klinis dalam informasi yang dikomunikasikan kepada perawat bangsal. Perawat mengidentifikasi bahwa interupsi, waktu, dan tekanan beban kerja menghadirkan hambatan untuk serah terima yang efektif. Kerja sama tim di mana persiapan dan acara serah terima diprioritaskan daripada kegiatan lain diperlukan. Sebuah set data minimum untuk serah terima

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	(M.powell,d.Brown, C. Davis et al, 2020)					dalam hubungannya dengan pasien dan anggota keluarga dianjurkan.
7	<i>An Evidence-Based, Nursing Handover Standard for a Multisite Public Hospital in Switzerland: Web-Based, Modified Delphi Study</i> (N. Tacchini-Jacquier, H. Hertzog, et al, 2020)	Obsevational Descriptive analytic	Sampel : 264 perawat ahli	Standar Penyerahan Keperawatan Berbasis Bukti untuk Rumah Sakit Umum Multisite di Swiss	Standar serah terima keperawatan berbasis bukti untuk pasien rawat inap untuk digunakan pada pergantian shift atau transfer internal antar bangsal rumah sakit	Studi menyajikan item yang dipilih melalui konsensus untuk standar serah terima keperawatan berbasis bukti untuk pasien rawat inap untuk digunakan pada pergantian shift atau transfer internal. Ini juga menyajikan alasan mengapa item survei dimasukkan atau tidak disertakan.
8	<i>Developing an evidence-based nursing handover standard for a multi-site public hospital in Switzerland: Protocol for a web-</i>	Survei	Sampel : 300 perawat ahli	Mengembangkan standar serah terima keperawatan berbasis bukti untuk rumah sakit	Standar serah terima keperawatan	Standar serah terima keperawatan berbasis bukti yang dibangun secara konsensus untuk pasien rawat inap selama pergantian shift atau transfer internal antara bangsal rumah sakit umum multi-lokasi di Swiss.

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	<i>based, modified delphi study</i> (N. Tacchini, E. De Waele, P. Urben et al, 2020)			umum multi-lokasi di Swiss		
9	<i>Bedside shift handover implementation quantitative evidence: Findings from a scoping review</i> (Bressan, V. Cadorin et al, 2019)	Systematic review	Sampel : 22 analisis inklusi	Bukti kuantitatif penerapan serah terima shift samping tempat tidur	Penerapan serah terima shift	Transisi sukses dari metode penyerahan tradisional ke BSR, dan studi ilmiah yang ditujukan untuk meningkatkan bukti di lapangan, telah dilakukan hingga saat ini, untuk mendokumentasikan proses dan hasil implementasi BSR.
10	<i>Impact of Patient Satisfaction in Therapeutic Communication Aspects After Implementation of Clinic Supervision By Nurse Manager</i>	Quasi eksperimen pre dan post control group	100 responden perawat pelaksana dan pasien yang dibagi menjadi kelompok intervensi 75 responden yang diberikan pelatihan dan	Dampak kepuasan pasien pada aspek komunikasi terapeutik perawat pelaksana dan implementasi supervise klinik oleh kepala ruangan	Kuesioner kepuasan pasien Penilaian pelaksanaan dan implementasi supervise klinik oleh	Penelitian menunjukkan peningkatan kemampuan supervise klinik kepala ruangan meningkat ($p=0,000$) secara signifikan setelah dilakukan pelatihan dan pelaksanaan supervise klinik. Kepuasan pasien terhadap komunikasi terapeutik mengalami peningkatan dengan nilai ($p=0,000$)

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	(G. Merentek, 2019)		implementasi supervisi dan kelompok kontrol sebanyak 25 responden.		kepala ruangan	
11	<i>Nurse perception of nursing handover at the University Clinical Hospital in Zagreb</i> (S. Rezic, 2019)	Survey	Sampel : 295 responden	Persepsi perawat serah terima keperawatan di Rumah Sakit Klinik Universitas di Zagreb	Kuesioner	Dari jumlah tersebut, 40 perawat laki-laki dan 255 perawat perempuan. Mayoritas peserta menyelesaikan pendidikan menengah dan telah bekerja antara 11 dan 20 tahun. Dalam kebanyakan kasus, serah terima keperawatan dicatat dalam bentuk tertulis elektronik dan juga di samping tempat tidur pasien. Lebih dari 90% peserta merasa bahwa serah terima berkontribusi pada peningkatan keselamatan pasien dan kualitas perawatan.
12	<i>Nurse Handover and Its Implication on Nursing Care in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria</i> (Alberta David N*	Desain survei deskriptif	Sampel : 85 responden yang dipilih secara purposive	Serah Terima Perawat dan Implikasinya pada Asuhan Keperawatan	Kuesioner	Temuan dari penelitian mengungkapkan transfer informasi dari satu shift ke yang lain sebagai aspek penting dari serah terima perawat 71(83,5%) antara lain; penulisan laporan dan serah terima lisan di samping tempat tidur sebagai metode serah terima perawat yang sangat sering dilakukan di UCTH, Calabar 85 (100%); Isi laporan, sikap perawat, pengalaman perawat, keterlambatan kerja, beban kerja dan stres, dan konflik interpersonal diidentifikasi sebagai pengaruh pada

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	, Idang Neji O and Jane E, 2018)					serah terima perawat. Studi lebih lanjut mengungkapkan bahwa serah terima perawat meningkatkan hubungan perawat dan pasien / keluarga, meningkatkan komunikasi, kinerja perawat dan hasil klinis. Hubungan positif yang signifikan antara serah terima perawat dan perawatan pasien juga terungkap. Namun, temuan penelitian menyoroti bahwa serah terima verbal di samping tempat tidur membatasi pembagian informasi penting mengenai kondisi pasien.
13	<i>A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover</i> (J. Bergs, F. Lambrechts, I. Mulleneers et al, 2018)	Pre-test kelompok kontrol kuasi-eksperimental non-ekuivalen - desain post-test	130 perawat berpartisipasi 66 sebelum dan 64 setelah intervensi.	Sebuah intervensi disesuaikan untuk meningkatkan kualitas serah terima keperawatan intrahospital	Kualitas serah terima keperawatan	Sebanyak 130 perawat berpartisipasi, 66 sebelum dan 64 setelah intervensi. Struktur awal HES tidak menunjukkan kecocokan dengan data kami; pertanyaan-pertanyaan itu dibentuk kembali menjadi 3 dimensi: Kualitas informasi, Interaksi dan dukungan, dan Relevansi informasi. Setelah intervensi, rata-rata perubahan skor faktor HES berkisar dari -3,99 hingga +15,9. Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam penilaian faktor oleh bangsal dan perawat ICU ditemukan. Namun, perawat departemen gawat darurat merasakan Interaksi dan dukungan untuk ditingkatkan setelah intervensi.
14	<i>Improving the practice of handover for</i>	<i>Plan-do-study-act quality</i>	Perawat rawat inap di 27 unit	Meningkatkan praktik serah terima bagi staf	Penggunaan SBAR sebagai	Penggunaan SBAR dalam praktek meningkat dari 4% pra intervensi menjadi 79% pasca intervensi. Kepuasan terhadap informasi yang diterima

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	<i>psychiatric inpatient nursing staff</i> (F. Abela-Dimech et al, 2018)	<i>improvement design</i>	psikiatri rawat inap	perawat rawat inap psikiatri	kerangka kerja komunikasi ke dalam praktik serah terima	selama serah terima meningkat dari 34% menjadi 41%.
15	<i>The Effectiveness of Coaching Using Sbar (Situation, Background, Assessment, Recommendation) Communication Tool on Nursing Shift Handovers</i> (V. Herawati, D. Nurmalia, T. Hatiti et al, 2018)	<i>Quasi eksperimen dengan rancangan pretest posttest control group design</i>	Sampel : 54 perawat	Efektifitas Coaching Menggunakan Sbar (Situation, Background, Assessment, Recommendation) Alat Komunikasi Pada Serah Terima Shift Keperawatan	Checklist observasi berdasarkan Theory of Lardner untuk mengevaluasi keefektifan pelaksanaan coaching menggunakan SBAR pada serah terima shift keperawatan	Terdapat peningkatan kemampuan coaching kepala ruang dalam penerapan SBAR pada serah terima keperawatan setelah 2 minggu dan 4 minggu coaching. Ada juga peningkatan yang signifikan dari penggunaan SBAR pada serah terima shift keperawatan pada kelompok eksperimen ($p < 0,05$) dibandingkan dengan kelompok kontrol.