



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA TENTANG FUNGSI
PENGAWASAN KEPALA RUANG DAN PELAKSANAAN SERAH
TERIMA PASIEN DI RSUD GUNUNG JATI CIREBON**



TESIS

**WINANI
NPM. 1006748993**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA TENTANG
FUNGSI PENGAWASAN KEPALA RUANG DAN
PELAKSANAAN SERAH TERIMA PASIEN
DI RSUD GUNUNG JATI CIREBON**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

**WINANI
NPM. 1006748993**

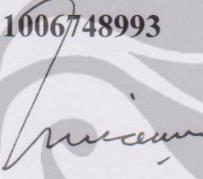
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Winani

NPM : 1006748993

Tanda Tangan : 

Tanggal : 9 Juli 2012

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Apabila di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya

Depok, 9 Juli 2012



Winani

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, telah diperiksa, disetujui, dan diperkenankan oleh pembimbing untuk dipertahankan pada sidang tesis di hadapan tim penguji.

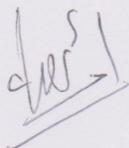
Depok, 9 Juli 2012

Pembimbing I



Dra. Setyowati, S.Kp., M. App. Sc, Ph. D

Pembimbing II



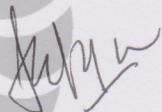
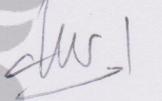
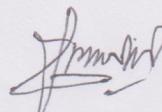
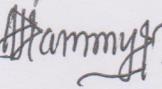
Efy Afifah, S. Kp., M. Kes

HALAMAN PENGESAHAN

Proposal Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Winani
NPM : 1006748993
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
Judul Tesis : Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Setyowati, S.Kp., M. App. Sc, Ph. D ()
Pembimbing : Efy Afifah, S.Kp., M. Kes ()
Penguji : Rr. Tutik Sri Haryati, S. Kp., MARS ()
Penguji : Hanny Handiyani, S. Kp., M. Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 9 Juli 2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Winani
NPM : 1006748993
Program studi : Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Peminatan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

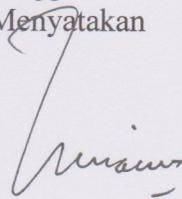
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon.

Beserta perangkat yang ada. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penuli dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 9 Juli 2012
Yang Menyatakan



Winani

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT. Atas limpahan Rahmat, Hidayah serta Ridho-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul “Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon”

Perkenankanlah dengan rasa hormat, peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan tesis ini. Ucapan terima kasih ini terutama disampaikan kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
3. Ibu Dra. Setyowati, M.App. Sc., Ph.D selaku pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran untuk memberikan pengarahan dalam penyusunan tesis ini;
4. Ibu Efy Afifah S.Kp., M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan memberikan banyak masukan dalam penyusunan tesis ini;
5. Bapak Drg. H. Heru Purwanto, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon, yang memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian;
6. Direktur RSUD Indramayu beserta jajarannya yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan uji kuesioner kepada perawat pelaksana;
7. Kepala Bidang Diklat RSUD Gunung Jati Cirebon beserta jajarannya yang telah memfasilitasi dalam proses penyusunan tesis ini;
8. Kepala Bidang Perencanaan dan Rekam Medik RSUD Gunung Jati Cirebon yang telah memberikan data berkaitan dengan tesis ini;
9. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Gunung Jati Cirebon beserta staf yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan tesis ini;

10. Ketua Komite RSUD Gunung Jati Cirebon yang telah banyak memberikan masukan berkaitan dengan penelitian ini;
11. Kepala Instalasi, Kepala Ruang dan seluruh perawat pelaksana yang telah turut serta ikut andil dalam penelitian ini;
12. Suami tercinta H. Muhaemin dan ketiga buah hatiku Ilan Aliansi Zahra, Fahmi Rizqy Pribadi dan Muhammad Farid Hakim yang merupakan inspirator dan terus memberikan dukungan selama proses tugas belajar;
13. Ayahanda dan Ibunda beserta keluarga tercinta, dorongan dan jasanya tidak akan pernah terlupakan.
14. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan tesis ini;

Peneliti menyadari keterbatasan yang dimiliki sehingga tesis ini jauh dari sempurna. Akhir kata peneliti berharap semoga hasil penelitian ini bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit dan untuk pengembangan profesi keperawatan.

Depok, 9 Juli 2012

peneliti

Winani

Pengaruh Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon

Winani

xv + 74 hal + 8 tabel + 4 skema + 8 lampiran

Abstrak

Kegiatan serah terima pasien pada setiap pergantian tugas jaga perawat merupakan unsur manajemen dalam pelayanan keperawatan. Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon. Metode *survei analitik* dengan pendekatan *cross sectional* dilakukan pada 138 orang perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap. Hasil menunjukkan bahwa persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan pelaksanaan serah terima pasien kurang baik. Evaluasi terhadap fungsi pengawasan kepala ruang pada pelaksanaan serah terima yang dilakukan perawat disarankan. Penelitian tentang pelaksanaan serah terima pasien berdasarkan observasi dengan menggunakan *interrater reliabiliti* direkomendasikan.

Kata kunci : Persepsi perawat pelaksana, fungsi pengawasan kepala ruang, pelaksanaan serah terima pasien.

Daftar Pustaka: 63 (1994 – 2011)

The influence of nurses' perception to the supervisory function of executive head nurse and patients handover implementation at Gunung Jati Hospital Cirebon

Winani

xv + 74 pages + 8 tables + 4 schemes + 8 appendixes

Abstract

The activities of patients handover is an essential element in the management of nursing services. The objective is to identify influence of nurses' perception to the supervisory function of executive head nurse and implementation of patients' handover at Gunung Jati hospital Cirebon. An analytical survey method applied on 138 nurses at inpatient installation. It showed supervisory function of executive head nurse was poor as well as implementation of patients' handover. Evaluation to executive head nurse function and implementation of handover were suggested. Research on the implementation of the patients' handover that based on observations using inter rater reliability was recommended.

Key words : Nurses' perceptions, executive head nurse, supervisory function, patients' handover.

Bibliography: 63 (1994 – 2011)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan.....	9
1.4.2 Bagi pengembangan ilmu keperawatan	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Manajemen Keperawatan	10
2.1.1 Pengertian	10
2.1.2 Fungsi Manajemen	10
2.1.3 Fungsi Pengawasan	12
2.2 Serah Terima Pasien	20
2.2.1 Pengertian Serah Terima Pasien	20
2.2.2 Persepsi Perawat terhadap Serah Terima Pasien	20
2.2.3 Tujuan Serah Terima Pasien	21
2.2.4 Manfaat Serah Terima Pasien	21
2.2.5 Hambatan Serah Terima Pasien	22
2.2.6 Jenis Serah Terima Pasien	22
2.2.7 Pelaksanaan Serah Terima Pasien	23
2.2.8 Pedoman Serah Terima Pasien	25
2.3 Tanggung Jawab Kepala Ruangan dalam Pengawasan Serah Terima Pasien	
2.4 Sistem Penugasan Keperawatan	26
2.5 Komunikasi Efektif	27
2.6 Karakteristik Perawat Pelaksana	28
	31

2.7 Kerangka teoritis.....	33
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN	35
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	35
3.2 Hipotesis Penelitian	36
3.3 Definisi Operasional	37
4. METODE PENELITIAN	40
4.1 Desain Penelitian	40
4.2 Populasi dan Sampel	40
4.3 Tempat Penelitian	43
4.4 Waktu Penelitian	43
4.5 Etika Penelitian	43
4.6 Alat Pengumpulan Data	46
4.7 Uji Coba Kuesioner	47
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	48
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	49
5. HASIL PENELITIAN	52
5.1 Karakteristik Perawat Pelaksana	52
5.2 Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien	53
5.3 Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien	54
5.4 Hubungan Umur dan Masa Kerja dengan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan serah terima pasien	54
5.5 Hubungan Pendidikan dan Jenis Kelamin Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien	55
6. PEMBAHASAN	57
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	57
6.2 Keterbatasan Penelitian	65
6.3 Implikasi Penelitian terhadap Pelayanan Keperawatan	66
7. SIMPULAN DAN SARAN.....	68
7.1 Simpulan	68
7.2 Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	70

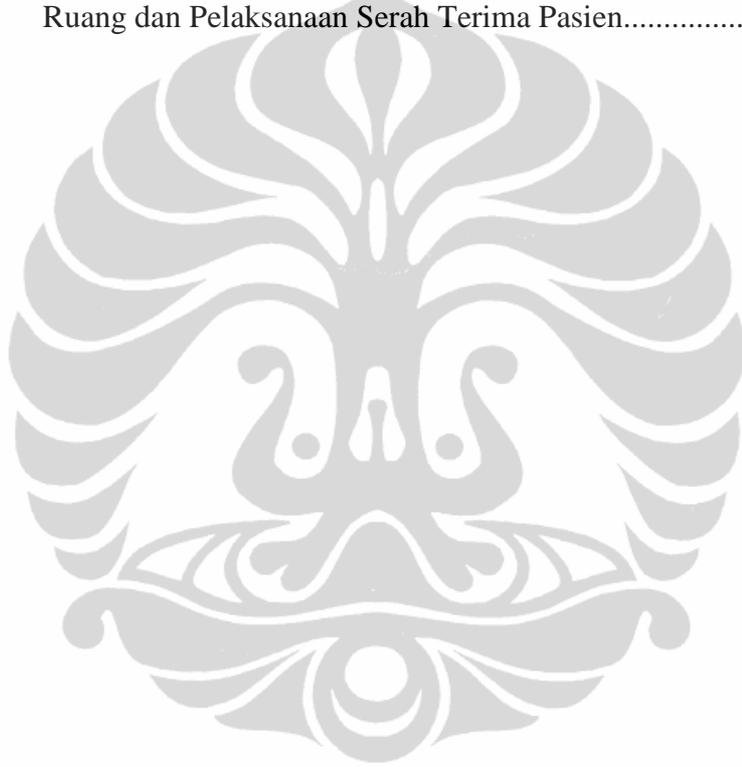
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Penelitian	38
Tabel 4.1	Jumlah Populasi dan Sampel Penelitian di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon	42
Tabel 5.1	Karakteristik Perawat Pelaksana berdasarkan Umur dan Masa Kerja di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012	52
Tabel 5.2	Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012	52
Tabel 5.3	Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012.....	53
Tabel 5.4	Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012	54
Tabel 5.5	Hubungan Umur dan Masa Kerja Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat Pelaksana Terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012	55
Tabel 5.5	Hubungan Pendidikan dan Jenis Kelamin Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012	56

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Proses Pengawasan	14
Skema 2.2	<i>Management by Exception</i>	16
Skema 2.3	Kerangka Teori	34
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien.....	36



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Izin Penelitian
- a. Surat permohonan pengambilan data ke RSUD Gunung Jati Cirebon
 - b. Surat balasan dari RSUD Gunung Jati Cirebon tidak keberatan untuk pengambilan data
 - c. Surat permohonan ijin uji instrumen penelitian untuk RSUD Indramayu
 - d. Surat balasan dari RSUD Indramayu untuk uji instrumen
 - e. Surat permohonan ijin penelitian untuk RSUD Gunung Jati Cirebon
 - f. Surat balasan persetujuan penelitian dari RSUD Gunung Jati Cirebon
- Lampiran 2 : Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 3 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 5 : Kisi-Kisi Instrumen
- Lampiran 6 : Kuesioner
- Lampiran 7 : Jadwal Kegiatan Penyusunan Tesis
- Lampiran 8 : Daftar Riwayat Hidup

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan, tidak lepas dari peranan pelayanan keperawatan yang berkesinambungan dengan mempromosikan perawatan yang baik sesuai standar profesional dan hukum (*College of Registered Nurses of British Columbia, 2007*). Salah satu bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien adalah melalui pemberian asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman bagi pasien, keluarga serta masyarakat (Aditama, 2010).

Pemberian asuhan keperawatan yang aman kepada pasien, dapat mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan. Terdapat tujuh standar yang berkaitan dengan keselamatan pasien yaitu: menciptakan kepemimpinan dan budaya terbuka, membangun komitmen tentang keselamatan pasien, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, memastikan staf untuk melaporkan setiap kejadian, mengembangkan komunikasi efektif, mendorong staf untuk melakukan analisis masalah dan menggunakan informasi yang ada tentang kejadian untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan (Depkes, 2006).

Kejadian yang tidak diharapkan telah dipublikasikan di Amerika Serikat pada tahun 2011, bahwa dari tiga pasien yang dirawat terdapat satu pasien yang mengalami Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Hasil studi dari 10 rumah sakit di North Carolina menemukan bahwa dari empat pasien yang dirawat terdapat satu pasien mengalami KTD dan 63% diantaranya dapat dicegah (Utarini, 2011).

Laporan dari *Institute of Medicine* Amerika pada tahun 2000, bahwa di Utah dan Colorado ditemukan kejadian tidak diharapkan sebesar 2,9 % dan 6,6% di antaranya meninggal dunia, padahal 53% dari jumlah KTD tersebut dapat dicegah (*preventable adverse events*). Sedangkan di New York angka KTD sebesar 3,7% dan 13,6% di antaranya meninggal dunia juga sebenarnya dapat dicegah sebesar 58% (Budiharjo, 2008). *World Health Organization* (WHO) (2004)

mengumpulkan angka hasil penelitian di rumah sakit Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia berkaitan dengan KTD dengan rentang 3,2-16,6% (Budiharjo, 2008).

Data statistik menunjukkan bahwa risiko kematian akibat KTD di Amerika Serikat 30.000 kali lebih tinggi dibandingkan dengan risiko kecelakaan pesawat (Utarini, 2011). Sedangkan di Indonesia masih menurut Utarini menyatakan bahwa, dari 15 rumah sakit dengan 4.500 rekam medik menunjukkan angka kejadian tidak diharapkan yaitu 8,0-98,2 untuk *diagnostic error* dan 4,1-91,6% untuk *medication error*. KTD di rumah sakit Gunung Jati Cirebon menurut ketua komite masih ditemukan.

Tingginya angka KTD tersebut, salah satu penyebabnya adalah kesalahan komunikasi baik secara verbal atau tertulis antar multidisiplin dan antar *shift*, selain itu juga diakibatkan karena masalah sumber daya manusia diantaranya adalah tidak mengikuti kebijakan yang telah disepakati berupa *Standar Operating Procedure* (SOP), pengetahuan yang tidak adekuat, identifikasi pasien yang kurang tepat, pengkajian pasien yang tidak lengkap, sumber daya manusia yang tidak memadai serta fungsi pengawasan yang tidak adekuat (*Agency for Healthcare Research & Quality*, 2003).

KTD di rumah sakit terjadi pada pasien rawat inap, sebagaimana dilaporkan oleh *Institute of Medicine* bahwa angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika berjumlah 33,6 juta pertahun berkisar 44.000-98.000 pertahun. Salah satu penyumbang terjadinya KTD adalah pelaksanaan serah terima pasien di ruangan yang kurang optimal (Cohen & Hilligoss, 2009). Kondisi ini akan mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan yang tidak berkesinambungan.

Pemberian asuhan keperawatan merupakan kebutuhan dasar yang diperlukan oleh setiap pasien rawat inap. Salah satunya adalah prosedur serah terima yang merupakan kegiatan sehari-hari dan harus dilakukan oleh perawat. Pelaksanaan serah terima pasien merupakan tindakan keperawatan yang secara langsung akan berdampak pada perawatan pasien, selain itu juga serah terima pasien dibangun

sebagai sarana untuk menyampaikan tanggung jawab serta penyerahan legalitas yang berkaitan dengan pelayanan keperawatan pada pasien (Wallis, 2010).

Masalah yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien merupakan keprihatinan internasional, sebagaimana dilaporkan Cohen & Hilligoss (2009) dalam suatu studinya yaitu dari 889 kejadian malpraktek ditemukan 32% akibat kesalahan komunikasi dalam serah terima pasien yang dapat menimbulkan kesalahan dalam pemberian obat, kesalahpahaman tentang rencana keperawatan, kehilangan informasi serta kesalahan pada tes penunjang. Dilaporkan juga oleh WHO (2007) bahwa terdapat 11% dari 25.000-30.000 kasus pada tahun 1995-2006 terdapat kesalahan akibat komunikasi pada saat serah terima pasien.

Pelaksanaan serah terima pasien diperlukan komunikasi yang efektif, sebagaimana pada Permenkes 1691/MENKES/PER/VIII/2011 dikatakan bahwa sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut: Ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh. Kesenjangan yang terjadi pada saat serah terima pasien sering diakibatkan karena komunikasi yang tidak lengkap sehingga dapat menyebabkan gangguan dalam kontinuitas keperawatan yang berpotensi membahayakan pasien.

Pelaksanaan serah terima pasien sebagian besar tergantung dari kemampuan berkomunikasi antar perawat serta tingkat pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki. Secara konseptual, pelaksanaan serah terima pasien harus memberikan informasi penting tentang pasien, mencakup metode komunikasi antara pengirim dan penerima pesan berkaitan dengan tanggung jawab yang harus dilakukan berkaitan dengan keselamatan pasien. Kegagalan komunikasi dalam pelaksanaan serah terima pasien, merupakan faktor penyebab terjadinya kecelakaan/cidera.

Rumah sakit Wellington Selandia Baru, melaporkan bahwa seorang pria berusia 50 tahun meninggal dunia, disoroti akibat kegagalan komunikasi pada saat pelaksanaan serah terima pasien (Wallis, 2010). Sebanyak 67% terjadi kesalahan pemberian asuhan keperawatan, di antaranya salah informasi tentang pemberian obat yang mengakibatkan alergi, studi lain mengatakan adanya KNC yang melibatkan perawat pemula dan diindikasikan akibat pelaksanaan serah terima pasien yang kurang optimal (Friesen, 2009). Dengan demikian komunikasi yang kurang efektif dalam pelaksanaan serah terima pasien dapat mengakibatkan KTD dan KNC.

Pelaksanaan serah terima pasien pada dasarnya mentransfer perawatan dan tanggung jawab dari satu perawat ke perawat lain sehingga dapat memberikan perawatan yang aman dan berkualitas (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care /ACSQHC, 2009*). Sedangkan menurut *Suffolk Mental Health Partnership NHS Trust (SMHPT) 2010*, pelaksanaan serah terima adalah suatu tindakan keperawatan dalam rangka memberikan informasi penting kepada tim keperawatan untuk mencegah terjadinya kesalahan dan memastikan pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

Pelaksanaan serah terima pasien dilakukan berawal dari kantor perawat kemudian dilanjutkan keruangan pasien dengan seluruh staf keperawatan (Wallis, 2010). Pelaksanaan serah terima pasien juga dilakukan pada saat pertukaran *shift* yaitu *shift* pagi, siang dan malam, informasi yang diberikan mencakup nama pasien, usia, diagnosa serta asuhan keperawatan dengan menggunakan model ISOBAR (*Identification of patient, Situation and status, Observations, Background and history, Assessment and action, Responsibility and risk management*) (ACSQHC, 2009).

Pengalaman dari beberapa penelitian yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien diantaranya adalah proses serah terima pasien yang terlalu lama, informasi yang diberikan lebih banyak berkaitan dengan medis, dan hanya sedikit informasi yang diberikan berhubungan dengan keperawatan. Selain itu juga

terdapat suatu keprihatinan terhadap pelaksanaan serah terima pasien yang dalam penelitian ditemukan 70% kesesuaian antara laporan dengan kondisi sebenarnya terdapat kelalaian 12% yang berkaitan dengan serah terima pasien dalam pemberian asuhan keperawatan (Friesen, et al, 2009), pendapat lain juga mengatakan bahwa pelaksanaan serah terima pasien hanya merupakan rutinitas biasa dan berdasarkan kebiasaan sebelumnya (Evans, et al, 2008).

Kualitas pelaksanaan serah terima pasien secara langsung dapat mempengaruhi pemberian asuhan keperawatan selanjutnya (Smith et al, 2009; Thurgood, 1995). Pelaksanaan serah terima pasien juga sangat berkaitan dengan penentuan model pemberian asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan ruangan (Marquis & Huston, 2010). Penentuan model pemberian asuhan keperawatan harus berdasarkan kajian dan kesepakatan dengan seluruh perawat. Keikutsertaan seluruh perawat dalam menentukan model asuhan keperawatan, diharapkan masing-masing perawat dapat mengetahui peran dan fungsinya secara jelas dalam menjalankan tugas sesuai dengan apa yang telah disepakati.

Keberhasilan pelaksanaan serah terima pasien sangat berkaitan dengan salah satu fungsi manajemen keperawatan yang harus dilaksanakan yaitu fungsi pengawasan. Fungsi pengawasan adalah suatu proses untuk mengetahui apakah pelaksanaan kegiatan/pekerjaan sesuai rencana, pedoman, ketentuan, kebijakan, tujuan dan sasaran yang sudah ditentukan sebelumnya (Suarli & Bahtiar, 2009). Didalam suatu pengawasan terdapat suatu usaha menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan perencanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumber daya dipergunakan dengan cara paling efektif dan efisien dalam pencapaian tujuan (Handoko, 2003).

Pengawasan di ruang rawat inap dilaksanakan oleh kepala ruang yang bertugas mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, mengevaluasi upaya

pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, serta memperbaiki kelemahan-kelemahan yang ditemukan pada saat itu (Suarli & Bahtiar, 2009). Pengawasan juga berguna untuk mencegah terjadinya penyelewengan, penyalahgunaan wewenang, pemborosan dan kerugian dalam organisasi. Selain itu juga pengawasan dapat meningkatkan rasa tanggung jawab, serta mendidik setiap orang agar bekerja sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku.

Penelitian yang dilakukan Elisabet (2008) di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto, pencapaian kinerja pelaksanaan serah terima pasien rata-rata kurang dari 73%, sedangkan hasil penelitian Yudianto (2005) yang dilakukan di rumah sakit dr. Hasan Sadikin Bandung adalah mencapai 56,6%. Apabila serah terima pasien tidak dilaksanakan dengan baik maka akan terjadi keterlambatan dalam penentuan diagnosa dan pemberian pengobatan, pemeriksaan yang berlebihan, kepuasan pasien rendah, biaya tinggi, dan hari rawat lebih lama (Patterson & Wears, 2010).

Pelaksanaan serah terima pasien dapat berjalan dengan baik apabila pengawasan dari kepala ruang dilaksanakan secara terus menerus, dan berdasarkan SOP yang telah disepakati yang merupakan pedoman dalam melaksanakan suatu pekerjaan (Elisabet, 2008). Hasil penelitian mendeskripsikan bahwa 82% perawat menyatakan perlu adanya SOP serah terima pasien (Dewi, 2011).

Rumah sakit umum daerah Gunung Jati Cirebon adalah rumah sakit tipe B yang telah mendapatkan akreditasi penuh tingkat lengkap dari Departemen Kesehatan pada 2011. Pemberian akreditasi untuk 16 unit pelayanan ini merupakan pengakuan dari pemerintah karena telah memenuhi standar pelayanan yang ditentukan. Walaupun demikian, rumah sakit yang berkapasitas 305 tempat tidur dengan rata-rata *Bed Occupancy Rate* (BOR) 68,42%, selalu berusaha meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (Bidang Perencanaan & Rekam Medik, 2011).

Hasil pengamatan peneliti yang ditemukan pada saat residensi periode 3 Oktober 2011 sampai 30 Nopember 2011 berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien adalah seluruh perawat yang bertugas pada saat itu belum semuanya mengikuti pelaksanaan serah terima pasien sesuai dengan standar, formulir pelaksanaan serah terima pasien belum ada serta pelaksanaan serah terima pasien banyak menginformasikan tentang pesanan medis.

Pelaksanaan serah terima pasien di ruangan belum melibatkan pasien untuk merencanakan tindakan asuhan keperawatan, dan pelaksanaan serah terima pasien belum dilakukan oleh seluruh perawat yang bertugas pada saat itu. Melihat fenomena tersebut, kecenderungan untuk terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan akibat pelaksanaan serah terima pasien yang kurang optimal adalah cukup tinggi.

Hasil wawancara dengan beberapa kepala ruang, ketua komite keperawatan dan kepala bidang keperawatan RSUD Gunung Jati Cirebon pada Desember 2011, bahwa SOP yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien belum ada, juga belum adanya formulir khusus untuk pelaksanaan serah terima pasien di instalasi rawat inap. Ketua komite keperawatan juga mengatakan, bahwa KTD dan kejadian nyaris cidera (KNC) masih ditemukan di ruangan-ruangan dan kasus tersebut langsung dilaporkan dalam *morning report* yang dilakukan setiap pagi oleh kepala instalasi tetapi tidak didokumentasikan secara resmi, sehingga angka KTD dan KNC di rumah sakit tersebut tidak dapat diketahui.

Beberapa kasus yang pernah terjadi di RSUD Gunung Jati Cirebon berkaitan dengan kurang optimalnya pelaksanaan serah terima pasien antara lain adalah kesalahan dalam pemberian transfusi darah, kesalahan pengiriman pasien ke ruang operasi, kesalahan memasukan cairan infus, kesalahan pengiriman sampel darah, kesalahan pengiriman pasien ke radiologi, serta keterlambatan pemberian nutrisi pada pasien.

1.2 Perumusan Masalah

Pelaksanaan serah terima pasien dan fungsi kepala ruang dapat mempengaruhi pemberian asuhan keperawatan selanjutnya. Kesalahan dalam pelaksanaan serah terima pasien dapat mengakibatkan kegagalan dalam pemberian asuhan keperawatan. Beberapa kasus yang terjadi akibat kesalahan serah terima pasien adalah kesalahan dalam pemberian obat, kesalahpahaman tentang rencana keperawatan, kehilangan informasi serta kesalahan dalam pemeriksaan penunjang.

Akibat dari pelaksanaan serah terima pasien yang kurang optimal menyebabkan panjangnya hari rawat dan tingginya biaya perawatan, bahkan sampai terjadi kematian. Kurang optimalnya asuhan keperawatan tersebut diakibatkan karena perawat pelaksana belum melakukan serah terima pasien secara keseluruhan serta pelaksanaan fungsi pengawasan kepala ruang kurang baik.

Berdasarkan uraian tersebut, maka masalahnya adalah fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien belum terlaksana dengan baik. Untuk itu, dari fenomena yang ada, peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimanakah hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah diidentifikasinya hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah agar dapat diidentifikasinya:

- 1.3.2.1 Karakteristik perawat pelaksana yang meliputi umur, masa kerja, jenis kelamin dan pendidikan di RSUD Gunung Jati Cirebon

- 1.3.2.2 Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang di RSUD Gunung Jati Cirebon.
- 1.3.2.3 Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon
- 1.3.2.4 Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dengan pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon
- 1.3.2.5 Hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan pertimbangan terhadap penentuan kebijakan dalam rangka meningkatkan pengetahuan bagi perawat pelaksana untuk meningkatkan persepsi perawat pelaksana yang baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien sehingga bermanfaat dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan di RSUD Gunung Jati Cirebon.

1.4.2 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan penelitian lebih lanjut khususnya bidang manajemen keperawatan sehingga dapat meningkatkan ilmu pengetahuan serta kemampuan tenaga keperawatan dalam menjalankan serah terima pasien di rumah sakit untuk tercapainya mutu asuhan keperawatan yang berkualitas dan berkesinambungan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Manajemen Keperawatan

2.1.1 Pengertian

Manajemen adalah suatu proses melakukan kegiatan/usaha untuk mencapai tujuan organisasi melalui kerja sama dengan orang lain (Suarli dan Bahtiar 2009). Dengan demikian berkaitan dengan manajemen keperawatan adalah suatu proses kegiatan keperawatan yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, kepemimpinan dan pengendalian aktivitas keperawatan untuk mencapai tujuan suatu organisasi dengan melibatkan kerja sama orang lain. Manajemen keperawatan dilaksanakan oleh perawat klinis, perawat kepala, pengawas dan direktur atau tingkat-tingkat eksekutif (Swansburg, 2000).

2.1.2 Fungsi Manajemen

Beberapa para ahli mengemukakan tentang fungsi manajemen antara lain: merencanakan, mengorganisasi, memimpin dan mengendalikan. Dengan demikian fungsi manajemen dalam keperawatan juga mencakup perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengendalian.

2.1.2.1 Fungsi Perencanaan

Fungsi perencanaan merupakan proses penentuan tujuan dan pedoman pelaksanaan, dengan memilih yang terbaik dari alternatif yang ada (Hasibuan, 2006), sedangkan menurut Handoko (2003) perencanaan adalah penentuan tujuan organisasi dan penentuan strategi, kebijaksanaan, proyek, program, prosedur, metoda, sistem, anggaran serta standar yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan. Dengan demikian suatu perencanaan dibuat untuk mengurangi ketidakpastian dimasa datang, dapat memusatkan perhatian pada setiap unit, membuat kegiatan lebih ekonomis, serta memungkinkan dilakukannya pengawasan.

Perencanaan dalam serah terima pasien adalah untuk menciptakan lingkungan dimana perawat akan memberikan asuhan keperawatan yang diharapkan dan dibutuhkan oleh pasien (Chaboyer et al, 2008). Dalam hal ini peran kepala ruang

adalah membuat rencana untuk memberikan pengarahan kepada perawat dalam memberikan pelayanan. Perencanaan serah terima pasien di ruang rawat inap meliputi sensus rata-rata pasien, kapasitas tempat tidur, jumlah kelahiran, jumlah operasi, ketergantungan pasien, prosedur diagnostik, prosedur terapeutik, serta asuhan keperawatan (Chaboyer et al, 2010)

2.1.2.2 Fungsi Pengorganisasian

Kepala ruang bertanggung jawab dalam menyusun pekerjaan demi tercapainya suatu organisasi. Pada fase pengorganisasian ini, meliputi pembentukan struktur untuk pelaksanaan rencana, menentukan jenis pemberian asuhan keperawatan yang paling tepat, serta mengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan. Fase pengorganisasian juga menentukan tugas apa yang harus dikerjakan, siapa yang harus mengerjakan, bagaimana tugas tersebut dikelompokan, siapa melapor kepada siapa dan pada tingkatan mana keputusan harus diambil (Robbins & Coulter, 2005).

Pada proses pengorganisasian terdapat beberapa prinsip yaitu mempunyai tujuan yang jelas, terdapat skala hirarki, satu kesatuan perintah, pelimpahan wewenang, pertanggungjawaban, pembagian kerja, rentang kendali, fungsionalisasi, pemisahan tugas, fleksibilitas serta kepemimpinan (Suarli & Bahtiar, 2009). Kepala ruang dalam menjalankan tugasnya pada fase pengorganisasian adalah membagi tugas asuhan keperawatan berdasarkan kesepakatan bersama antar perawat pelaksana untuk tercapainya asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

2.1.2.3 Fungsi Pengarahan

Fungsi manajemen selanjutnya adalah fungsi pengarahan, dimana fungsi pengarahan ini sangatlah penting keberadaannya dalam proses manajemen. Pengarahan adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh pemimpin untuk membimbing, menggerakkan, dan mengatur segala kegiatan (Hasibuan, 2006).

Pada pelaksanaan serah terima pasien, pengarahan kepala ruangan terhadap perawat pelaksana harus dipersiapkan dan dikerjakan dengan baik oleh perawat

yang ditugasi pada saat itu. Fungsi manajemen selanjutnya adalah fungsi pengawasan, yang akan diuraikan secara rinci.

2.1.3 Fungsi Pengawasan

Pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang adalah mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim dan perawat pelaksana mengenai asuhan keperawatan (Suarli & Bahtiar, 2009). Pengawasan secara langsung dilakukan oleh kepala ruang dengan cara mengamati sendiri atau melalui laporan langsung dari perawat pelaksana. Sedangkan pada pengawasan yang tidak langsung, kepala ruang dapat melihat dari hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang telah ada.

Fungsi pengawasan sebagaimana diungkapkan oleh Handoko (2003) adalah usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan perencanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan untuk menjamin bahwa sumber daya dipergunakan secara efektif dan efisien untuk menjamin tujuan. Fungsi pengawasan disebut juga fungsi pengendalian/*controlling* yang merupakan suatu proses untuk menjamin bahwa tujuan organisasi dapat tercapai sesuai dengan perencanaan (Handoko, 2003).

2.1.3.1 Tipe Pengawasan

Tipe pengawasan menurut Handoko (2003) yaitu:

a. Pengawasan pendahuluan

Pengawasan pendahuluan dilakukan untuk mengantisipasi beberapa masalah atau penyimpangan dari standar yang telah ditentukan dan memungkinkan koreksi dibuat sebelum kegiatan diselesaikan. Pendekatan pengawasan ini lebih aktif dan agresif karena mendeteksi masalah dan mengambil tindakan yang diperlukan sebelum masalah terjadi.

Fungsi pengawasan kepala ruang pada pengawasan pendahuluan, kepala ruang harus mendapatkan informasi akurat dan tepat waktu tentang perubahan yang terjadi pada pasien sesuai dengan tujuan yang diinginkan.

b. Pengawasan pelaksanaan

Pengawasan tipe ini dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan kegiatan dimana prosedurnya harus disetujui terlebih dahulu sebelum kegiatan dilaksanakan. Pengawasan tipe ini menjamin ketepatan pelaksanaan suatu kegiatan.

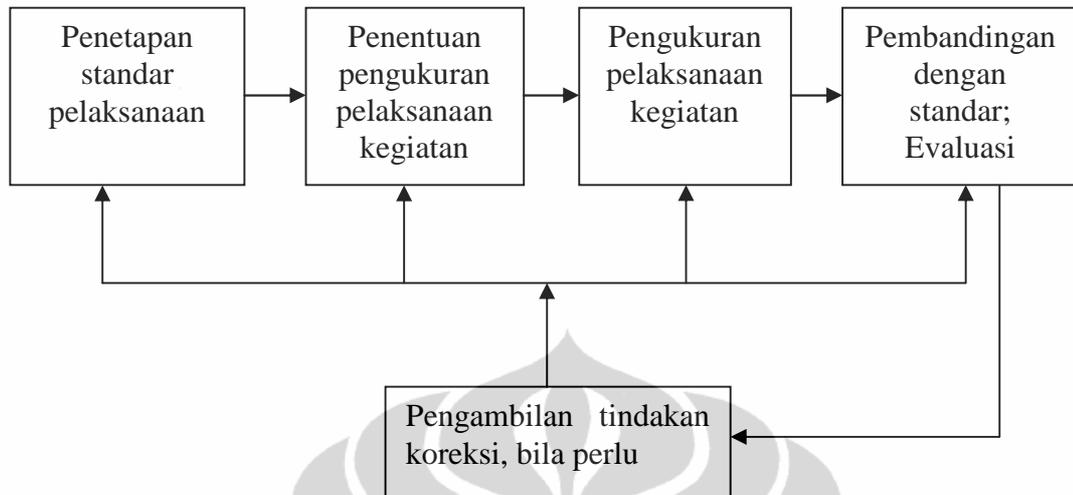
Aplikasi yang dilakukan pada pelaksanaan serah terima pasien dengan tipe ini, rumah sakit harus mempunyai prosedur tentang pelaksanaan serah terima pasien yang telah disepakati. Fungsi kepala ruang pada pengawasan ini adalah mengawasi pelaksanaan serah terima pasien membandingkan dengan prosedur pelaksanaan serah terima pasien yang telah disepakati dan disosialisasikan keseluruh perawat.

c. Pengawasan umpan balik

Pengawasan tipe ini mengukur hasil dari suatu kegiatan yang telah dilaksanakan dan disebut juga pengawasan historis. Ketiga tipe pengawasan tersebut sangat berguna dalam manajemen, tetapi harus juga dipertimbangkan apabila pengawasan dilakukan secara berlebihan akan menjadikan produktivitas berkurang. Pada proses pengawasan terhadap pelaksanaan serah terima pasien, sistem pengawasannya harus disesuaikan dengan situasi ruangan masing-masing.

Tahapan dalam melaksanakan proses pengawasan menurut Handoko (2003), seperti terlihat dalam skema 2.1.

Skema 2.1 Proses Pengawasan



Sumber: Handoko (2003)

penilaian hasil. Standar harus ditetapkan secara akurat dan diterima oleh pelaksana, yang mencakup tujuan, sasaran serta target pelaksanaan.

Pelaksanaan serah terima pasien harus berdasarkan standar yang telah disetujui oleh penentu kebijakan. Standar yang telah dibuat terlebih dahulu disosialisasikan kepada seluruh perawat pelaksana.

Tahap kedua adalah penentuan pengukuran pelaksanaan kegiatan secara tepat. Dalam hal ini adalah berapa kali pengawasan pelaksanaan serah terima pasien dilakukan, kemudian dalam bentuk apa pengukuran dilakukan. Untuk pengukuran ini sebaiknya mudah dilaksanakan dan tidak mahal serta dapat diterangkan kepada perawat pelaksana di lapangan.

Tahap ketiga adalah pengukuran pelaksanaan kegiatan. Cara untuk melakukan pengukuran pelaksanaan kegiatan yaitu dengan pengamatan (observasi), laporan secara lisan dan tertulis, serta ujian. Tahap keempat adalah membandingkan

pelaksanaan dengan standar yang telah ditetapkan. Penyimpangan yang terjadi harus dianalisa untuk menentukan mengapa standar yang telah ditetapkan tidak dapat dicapai. Tahap selanjutnya adalah pengambilan tindakan koreksi. Apabila hasil analisa menunjukkan perlu adanya koreksi, tindakan ini harus segera diambil dalam berbagai bentuk misalnya perbaikan standar atau perbaikan pelaksanaan.

2.1.3.2 Pentingnya Pengawasan

Beberapa faktor pentingnya pengawasan (Handoko, 2003):

a. Perubahan lingkungan organisasi

Perubahan lingkungan organisasi dapat terjadi terus menerus seiring adanya berbagai inovasi produk dan pesaing, adanya peraturan pemerintah yang baru dan lain sebagainya. Melalui fungsi pengawasan ini, peran kepala ruangan harus dapat mendeteksi perubahan yang dapat berpengaruh pada asuhan keperawatan, sehingga mampu menghadapi tantangan atau memanfaatkan kesempatan

b. Peningkatan kompleksitas organisasi

Semakin besar organisasi semakin memerlukan pengawasan yang lebih formal dan hati-hati. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien harus tetap berkualitas dan berkesinambungan, dengan adanya pengawasan yang rutin, diharapkan dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

c. Kesalahan-kesalahan

Kesalahan yang dilakukan oleh pelaksana sering kali dibuat, apabila pelaksana tidak pernah membuat kesalahan, maka manajer dapat secara sederhana melakukan fungsi pengawasan. Sistem pengawasan dilakukan untuk menghindari terjadinya kesalahan yang dapat meningkat menjadi kritis.

d. Kebutuhan manajer untuk mendelegasikan wewenang.

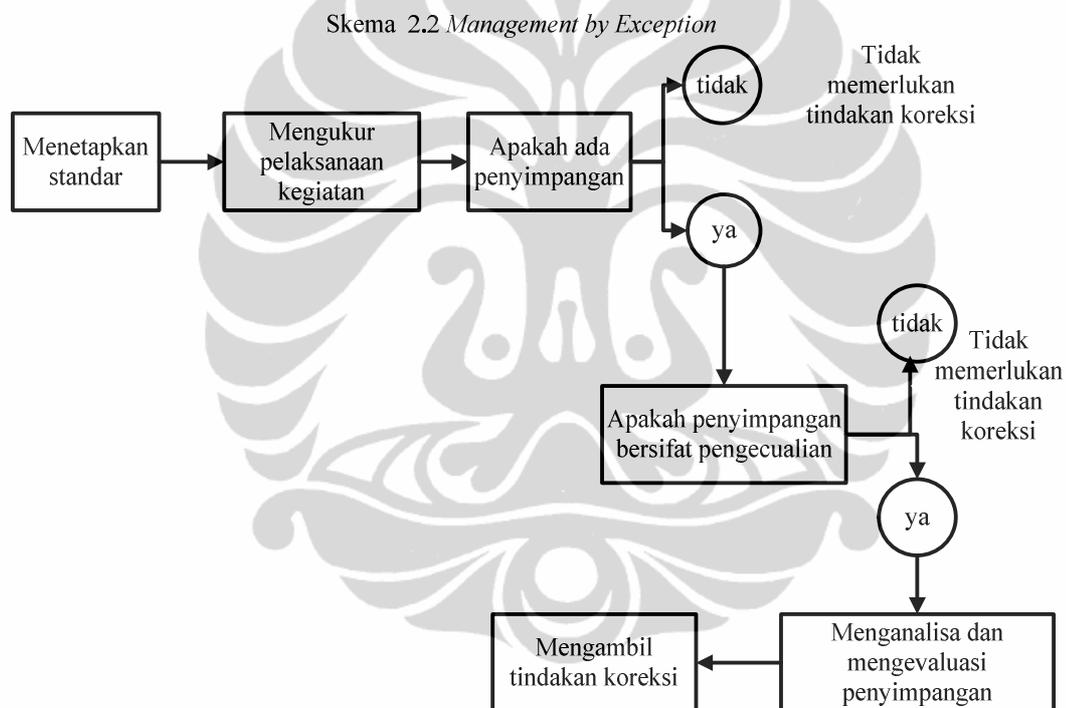
Pada saat manajer mendelegasikan wewenang kepada bawahan, maka manajer selanjutnya melihat apakah tugas yang telah dilimpahkan kepadanya dapat berjalan atau tidak. Maka selanjutnya fungsi pengawasan dapat diterapkan dalam pendelegasian wewenang.

2.1.3.3 Alat Bantu Pengawasan Manajerial

Alat bantu manajer dalam melakukan pengawasan agar menjadi efektif menurut Handoko (2003) adalah:

a. *Management by exception*

Management by exception atau manajemen dengan prinsip pengecualian adalah manajemen yang mengarahkan perhatiannya pada bidang pengawasan yang paling kritis dimana tingkatan manajemen rendahlah yang mempergunakan prinsip ini dalam pengawasan rutin. Untuk lebih jelasnya digambarkan pada skema 2.2.



Sumber: Handoko (2003)

Skema 2.2 menggambarkan manajemen pengawasan yang dimulai dari penetapan standar, kemudian pengukur pelaksanaan kegiatan, apabila tidak terjadi penyimpangan dengan standar maka tidak perlu adanya tindakan koreksi, sedangkan apabila terjadi penyimpangan yang sifatnya pengecualian, maka lakukan analisa dan evaluasi penyimpangan tersebut untuk mengambil tindakan koreksi.

b. *Management information systems*

Management information systems dapat didefinisikan sebagai suatu metoda formal pengadaan dan penyediaan bagi manajemen, informasi yang diperlukan dengan akurat dan tepat waktu untuk membantu proses pembuatan keputusan dan memungkinkan fungsi-fungsi perencanaan, pengawasan operasional organisasi dilaksanakan secara efektif. Dengan demikian Sistem informasi manajemen mempunyai peranan yang penting dalam perencanaan dan pengawasan yang efektif.

Seiring dengan perkembangan jaman, rumah sakit juga sudah banyak yang menggunakan komputer. Sistem ini disebut SIMRS yang menyediakan informasi waktu yang lalu, sekarang dan yang akan datang, sehingga konsep ini sangat erat dengan teknologi komputer.

2.1.3.4 Karakteristik Pengawasan yang Efektif

Kriteria pengawasan yang efektif menurut Handoko (2003) adalah:

a. Akurat.

Informasi tentang pelaksanaan kegiatan harus akurat, apabila tidak akurat maka akan terjadi tindakan koreksi yang salah sehingga dapat menciptakan masalah baru yang seharusnya tidak ada.

b. Tepat waktu.

Informasi harus dikumpulkan, disampaikan dan dievaluasi secepatnya.

c. Objektif dan menyeluruh

Informasi harus mudah dipahami dan bersifat objektif serta lengkap.

d. Terpusat pada titik-titik pengawasan strategik.

Sistem pengawasan harus memusatkan perhatian pada penyimpangan yang sering terjadi, yang dapat mengakibatkan kerusakan fatal.

e. Realistis secara ekonomis.

Biaya pelaksanaan sistem pengawasan harus lebih rendah atau paling tidak sama dengan kegunaan yang diperoleh dari sistem tersebut.

f. Realistis secara organisasional

Sistem pengawasan harus cocok atau harmonis dengan kenyataan organisasi. Berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien di rumah sakit, pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang adalah berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan.

g. Terkoordinasi

Setiap tahap dari proses pekerjaan dapat mempengaruhi suksesnya pekerjaan, dan informasi pengawasan harus sampai pada seluruh karyawan.

h. Fleksibel.

Dimana pengawasan harus mempunyai fleksibilitas untuk memberikan tanggapan atau reaksi.

i. Bersifat sebagai petunjuk dan operasional.

Sistem pengawasan yang efektif harus menunjukkan tindakan koreksi apa yang seharusnya diambil.

j. Diterima para anggota organisasi.

Sistem pengawasan harus mampu mengarahkan pelaksanaan kerja para anggotanya dengan mendorong perasaan otonomi, tanggung jawab dan berprestasi.

2.1.3.5 Metode Pengawasan

Metode pengawasan yang dilakukan oleh seorang manajer dalam hal ini adalah kepala ruang dapat dilakukan dengan berbagai cara (Hasibuan 2006), yaitu:

a. Pengawasan langsung.

Pada pengawasan langsung, pengawasan ini dilakukan sendiri secara langsung oleh manajer. Kepala ruang yang merupakan manager lini memeriksa pekerjaan yang sedang dilakukan untuk mengetahui apakah dikerjakan dengan benar dan hasilnya sesuai dengan yang dikehendaki.

Kebaikan dari metode ini adalah apabila terdapat kesalahan dapat diketahui sedini mungkin, sehingga akan dilakukan perbaikan secepatnya, terjadi kontak langsung antara atasan dan bawahan, yang dapat mendekatkan hubungan antara atasan dan bawahan, memberikan kepuasan kepada bawahan karena merasa diperhatikan, dan menghindari timbulnya laporan yang baik-baik saja.

Kekurangan dari metode ini adalah, banyak menyita waktu serta mengurangi inisiatif bawahan karena merasa bahwa atasannya selalu mengamatinya. Pengawasan langsung ini dapat dilakukan dengan inspeksi langsung, observasi di tempat dan laporan di tempat.

b. Pengawasan tidak langsung.

Pengawasan tidak langsung adalah pengawasan yang dilakukan pada jarak jauh melalui laporan yang diberikan oleh bawahan secara lisan dan tulisan tentang hasil pelaksanaan pekerjaan.

Kebaikan dari metode pengawasan tidak langsung adalah memberikan kesempatan pada manajer untuk melakukan pekerjaan lain, biaya pengawasan relatif kecil dan memberikan kesempatan inisiatif bawahan untuk berkembang. Sedangkan kekurangan dari metode ini adalah laporan yang diberikan kurang objektif, apabila ada kesalahan terlambat untuk diketahui sehingga perbaikannya pun terlambat dan kurang menciptakan hubungan antara atasan dan bawahan.

c. Pengawasan berdasarkan kekecualian.

Pengawasan berdasarkan kekecualian adalah pengawasan yang dikhususkan untuk kesalahan yang luar biasa dari standar yang diharapkan, sehingga pengawasannya dilakukan secara kombinasi antara pengawasan langsung dan pengawasan tidak langsung.

2.2 Serah Terima Pasien

2.2.1 Pengertian Serah Terima Pasien

Serah terima pasien adalah mentransfer perawatan dan tanggung jawab dari satu perawat ke perawat lain sehingga dapat memberikan perawatan yang aman dan berkualitas (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care/ACSQHC*, 2009). Sedangkan menurut *Suffolk Mental Health Partnership NHS Trust* (SMHPT) 2010, serah terima adalah suatu tindakan keperawatan dalam rangka memberikan informasi penting kepada tim keperawatan untuk mencegah terjadinya kesalahan dan memastikan pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

Serah terima pasien juga dapat diartikan pertukaran informasi pasien di antara anggota tim perawatan. Perawat mengomunikasikan informasi tentang pasien sehingga semua anggota tim dapat membuat keputusan terbaik tentang pasien dan perawatannya (Potter & Perry, 2005).

2.2.2 Persepsi Perawat terhadap Serah Terima Pasien

Persepsi adalah proses seseorang memahami lingkungan, meliputi pengorganisasian dan penafsiran rangsang dalam suatu pengalaman psikologis (Hidayat, 2009). Persepsi juga dapat diartikan menerima, memilih, mengatur, menyimpan dan menginterpretasi rangsang menjadi gambaran dunia yang utuh dan berarti. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi persepsi antara lain pengorganisasian, stereotip (mempersepsi dari sudut diri sendiri), selektif yaitu memilih informasi yang menguntungkan dan mengabaikan yang merugikan, karakteristik pribadi, dimana menggunakan diri sebagai pembanding untuk

memandang orang lain, situasional, perasaan emosi dan kebutuhan tertentu (Hidayat, 2009).

Persepsi yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien di rumah sakit dapat dipengaruhi oleh karakteristik dari perawat itu sendiri yang mencakup tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang, situasi dimana persepsi itu dilakukan, motivasi serta kepentingan yang ditimbulkan dari suatu persepsi tersebut. Kesalahan dalam mempersepsikan suatu keadaan juga karena salah menafsirkan suatu sensasi oleh reseptor (Hidayat, 2009).

2.2.3 Tujuan Serah Terima Pasien

Tujuan dari serah terima pasien adalah memberikan informasi tentang pasien untuk kesinambungan perawatan serta memberikan kesempatan kepada seluruh perawat dan pasien untuk belajar (Davies & Priestly, 2006), sedangkan menurut Potter & Perry (2005) tujuan serah terima pasien adalah untuk memberikan kontinuitas perawatan yang lebih baik di antara perawat yang merawat pasien. Dengan demikian, serah terima pasien sangat mempengaruhi kualitas pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan serta memberikan kesempatan pada pasien untuk terlibat dalam keperawatan.

Keterlibatan pasien dalam keperawatan sangat diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan. Misalnya pasien menemukan suatu tindakan pereda nyeri yang lebih efektif bagi pasien, maka informasi tersebut harus disebarkan kepada perawat berikutnya yang merawat pasien sehingga intervensi kontrol nyeri dapat dioptimalkan.

2.2.4 Manfaat Serah Terima Pasien

Serah terima pasien bermanfaat untuk mengurangi terjadinya kesalahpahaman dalam berkomunikasi, penghematan biaya perawatan, meningkatkan kepuasan perawat dan pasien serta memberikan kesempatan bagi perawat baru dan siswa perawat untuk belajar (Dean, 2009).

Kesalahpahaman berkomunikasi dalam serah terima pasien dapat menimbulkan resiko efek samping yang sangat besar, terputusnya pelayanan keperawatan, terjadi duplikasi layanan sehingga mengakibatkan ketidakpuasan pasien (Murray, 2009). Kesalahpahaman dalam berkomunikasi juga terjadi bukan saja pada perawat tetapi juga dengan praktisi medis dan juga tim kesehatan lain.

2.2.5 Hambatan Serah Terima Pasien

Serah terima yang baik tidak akan terjadi secara kebetulan, tetapi memerlukan suatu aturan yang telah disetujui oleh pihak rumah sakit. Menurut Turner et al (2009) ada beberapa hambatan dalam pelaksanaan serah terima pasien yaitu kurangnya pemahaman tentang serah terima pasien dan tidak adanya SOP (*Standar Operating Procedur*) yang telah disetujui oleh rumah sakit.

2.2.6 Jenis Serah Terima Pasien

Beberapa bentuk serah terima pasien (Wilson, 2007; Chaboyer et al (2008); Wallis, 2010) antara lain:

2.2.6.1 Serah Terima Pasien Secara Lisan

Serah terima pasien secara lisan dilakukan diruang konferensi atau ruang perawat jaga. Serah terima pasien secara lisan harus dihadiri oleh anggota staf dari kedua kelompok. Perawat yang akan menyerahkan, menyiapkan status pasien dan melaporkan kepada perawat yang akan bertugas saat itu, kemudian dilaporkan tentang masalah keperawatan yang belum teratasi, serta tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan, selanjutnya perawat yang akan bertugas pada saat itu wajib mengklarifikasi laporan yang telah disampaikan.

Kelemahan serah terima pasien secara lisan menurut Pothier et al (2005) dalam Murray et al (2010) adalah kemungkinan adanya data yang hilang sehingga akan memberikan informasi yang tidak akurat.

2.2.6.2 Serah Terima Pasien Dengan Perekaman

Serah terima pasien dengan audiotape diberikan oleh perawat yang telah menyelesaikan perawatan pada pasien dan ditinggal untuk perawat pada giliran tugas berikutnya untuk ditinjau ulang (Potter & Perry 2005). Jenis pelaporan dengan audiotape cenderung berisi informasi yang lebih objektif serta dapat meningkatkan efisiensi dengan memungkinkan staf untuk melaporkan ketika ada waktu, tetapi pada pelaporan ini tidak memungkinkan staf untuk mengajukan pertanyaan atau meminta klarifikasi.

2.2.6.3 Serah Terima Pasien Di Samping Tempat Tidur Pasien.

Serah terima pasien yang dilakukan di samping tempat tidur pasien dapat diberikan langsung kepada orang yang dimaksud atau dilakukan selama serah terima. Perawat mengunjungi setiap pasien dan pasien diberitahu tentang perkembangan kondisi saat ini. Pelaksanaan serah terima pasien disini, diharapkan pasien dan keluarga pasien mempunyai kesempatan untuk ikut serta dalam segala diskusi mengenai perawatan pasien yang dimaksud. Cara ini akan lebih efektif dari pada harus menghabiskan waktu untuk membaca dan dapat meningkatkan keselamatan pasien serta memungkinkan kepuasan pasien dan perawat.

Sebagaimana diungkapkan dalam penelitian yang dilakukan di 6 bangsal rumah sakit Australia Barat tahun 2007-2008, dilaporkan bahwa lebih dari 500 serah terima pasien dilakukan di samping tempat tidur, pengakuan dari perawat bahwa serah terima pasien disamping tempat tidur dapat memfasilitasi pertukaran informasi lebih akurat, perawat bermitra dengan pasien dan waktu yang dibutuhkan untuk serah terima pasien rata-rata menghabiskan waktu 1,5 menit (Chaboyer et al, 2008).

2.2.7 Pelaksanaan Serah Terima Pasien

Pelaksanaan serah terima pasien melalui beberapa tahapan (Chaboyer et al, 2008; Nursalam, 2011 & Wallis, 2010) sebagai berikut:

2.2.7.1 Tahap Persiapan

Kegiatan yang dilakukan pada tahap persiapan ini dimulai dengan alokasi pasien dengan menggunakan metode tim yang terdiri dari minimal 2-3 tim perawatan dalam satu ruangan, dimana metode tim perawatan ini menyediakan perawatan terhadap kelompok pasien tertentu yang telah ditentukan oleh kepala ruangan. Selanjutnya mempersiapkan lembar serah terima pasien yang akurat berisi tentang identitas pasien, catatan perkembangan pasien, keluhan pasien, rencana perawatan, catatan obat, keseimbangan cairan, penilaian resiko jatuh atau ulkus, hasil penunjang medis, perencanaan keuangan, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan, juga informasi yang sensitif misalnya tentang HIV. Papan nama pasien yang ditempatkan tergantung di kaki tempat tidur pasien juga harus diperiksa kelengkapannya.

Menjelang pelaksanaan serah terima pasien, anggota tim memberitahu pasien, bahwa serah terima pasien akan dimulai, ini memberikan kesempatan kepada pasien untuk mempersiapkan diri ikut berkontribusi pada perawatan. Atas seizin pasien, keluarga/pengunjung diminta meninggalkan pasien untuk sementara waktu.

2.2.7.2 Tahap Pelaksanaan

Kepala ruangan mendatangi pasien bersama ketua tim dan anggota tim. Selanjutnya dengan menggunakan lembar serah terima sebagai panduan, maka proses serah terima pasien dapat dimulai. Perawat yang akan menyerahkan harus memberikan informasi tentang pasien secara akurat, singkat dan profesional menyangkut rencana asuhan keperawatan, respon pasien, serta rekomendasi perawatan selanjutnya.

Keterlibatan pasien dalam proses serah terima sangat diharapkan, pasien diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan atau mengkonfirmasi informasi yang berkaitan dengan perawatan. Kerahasiaan pasien berkaitan dengan informasi yang sensitif berkaitan dengan pasien tidak diungkapkan langsung dalam serah terima pasien di samping tempat tidur, tetapi dicatat dalam lembar serah terima pasien. Contoh yang menyangkut kerahasiaan pasien adalah: hasil tes darah yang bersifat

diagnostik (misalnya HIV positif), penyakit menular, masalah psikiatri, perintah untuk tidak melakukan resusitasi serta berkaitan dengan masalah keluarga.

Keselamatan pasien selama pelaksanaan serah terima, harus diperhatikan. Misalnya berkaitan dengan bel pasien harus dalam jangkauan, suction, oksigen dan peralatan lain harus mudah diakses dan siap pakai, pemasangan infus yang aman dan benar, posisi drain, serta penggunaan tempat tidur untuk mobilisasi.

Perawat yang melakukan serah terima dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah diserahkan serta berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas. Perawat mengkaji secara penuh terhadap tindakan yang sudah dan belum dilakukan.

2.2.7.3 Tahap Setelah Pelaksanaan Serah Terima

Menjelang berakhirnya serah terima pasien, kepala ruang memeriksa grafik, mengidentifikasi masalah baru, dan melakukan diskusi. Pelaporan untuk serah terima pasien ditulis pada format khusus untuk serah terima kemudian ditandatangani oleh ketua tim yang jaga saat itu dan ketua tim yang jaga berikutnya diketahui oleh kepala ruangan. Selanjutnya perawat yang menyerahkan dapat meninggalkan ruangan setelah semua informasi diberikan kepada perawat berikutnya. Pelaksanaan serah terima pasien ditutup oleh kepala ruang.

2.2.8 Pedoman Serah Terima Pasien

Pedoman serah terima pasien menurut Iedema & Merrick (2008):

- a. Komunikasi dalam serah terima pasien harus jelas, singkat dan akurat.
- b. Verifikasi hasil serah terima pasien yang telah didokumentasikan sesegera mungkin.
- c. Serah terima pasien menggunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh kedua belah pihak.
- d. Kesempatan untuk saling tanya jawab berkaitan dengan perkembangan pasien.
- e. Menyediakan waktu yang cukup untuk serah terima pasien dan dilakukan dalam ruangan yang memadai.

- f. Pada saat pelaksanaan serah terima pasien, diharapkan tidak ada pihak lain yang mengganggu.
- g. Menunjuk seorang pemimpin, dalam hal ini kepala ruangan atau ketua tim.
- h. Semua laporan pasien disimpan pada masing-masing tim yang bersangkutan

2.3 Tanggung Jawab Kepala Ruang dalam Pengawasan Serah Terima Pasien

Kepala ruang dalam menjalankan tugas sebagai manajer dapat membantu dalam perbaikan kualitas keperawatan pasien, sejalan dengan itu pula kepala ruang menjalankan fungsi pengawasan yang bertujuan untuk mencegah atau memperbaiki kesalahan, penyimpangan dan ketidaksesuaian yang dapat mengakibatkan tujuan organisasi tidak tercapai dengan baik karena pelaksanaan kegiatan tidak efisien dan tidak efektif (Suarli & Bahtiar 2009). Selain itu juga, pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruangan terhadap karyawan harus dilakukan secara terus menerus sehingga dapat meningkatkan rasa tanggung jawab serta mendidik setiap karyawan agar bekerja sesuai dengan prosedur dan peraturan yang berlaku.

Melalui komunikasi, kepala ruang mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Ketua tim yang sukses dapat menciptakan atmosfir kerja yang mendorong anggota tim untuk melakukan analisis masalah, mencari solusi dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan (Ilyas, 2003). Di rumah sakit memiliki tim yang terdiri dari perawat pelaksana, perawat primer dan pemberi perawatan lain untuk memberikan perawatan yang berkualitas.

Komunikasi juga harus dilakukan secara jelas, sederhana dan tepat, selain itu juga kepala ruang meminta umpan balik apakah komunikasi dapat diterima secara akurat atau tidak. Komunikasi yang dilakukan pada saat serah terima pasien sangat diperlukan berkaitan dengan kebutuhan pasien terhadap apa yang sudah dilakukan tindakan atau belum serta respon pasien yang terjadi.

Melalui supervisi, kepala ruang mengadakan pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung secara lisan dan memperbaiki/mengawasi kelemahan-kelemahan yang ada pada saat itu. Pengawasan secara tidak langsung, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan, mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas (Nursalam, 2002)

2.4 Sistem Penugasan Keperawatan

Sistem penugasan keperawatan menurut Swansburg (2000) meliputi keperawatan fungsional, keperawatan tim, keperawatan primer, metode kasus, praktik bersama dan manajemen kasus. Kepala ruang dalam menentukan metode praktik keperawatan sebaiknya melibatkan perawat klinis agar dapat memberikan masukan, bila pilihannya sesuai dengan keinginan mereka, maka mereka akan mengerjakannya dengan baik.

2.4.1 Metode Perawatan Fungsional

Metode perawatan fungsional, adalah sistem penugasan dimana perawat melaksanakan tugas tertentu/tindakan berdasarkan jadwal kegiatan yang ada. Metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan diakibatkan terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat sehingga perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan kepada semua pasien di ruangan (Swansburg, 2000). Kerugian dari metode ini, pasien menerima perawatan dari beberapa kategori personel keperawatan dan kemungkinan aspek perawatan tidak dapat diukur.

2.4.2 Metode Perawatan Tim

Pelayanan perawatan tim adalah pemberian asuhan keperawatan yang individualisasi kepada pasien oleh tim keperawatan yang dipimpin oleh perawat profesional. Keperawatan tim dibutuhkan apabila tugas yang diemban sangat kompleks, dibutuhkan kreatifitas, jalan yang harus ditempuh belum jelas, penggunaa sumber daya lebih efisien, memerlukan komitmen yang tinggi serta

membutuhkan kerja sama dengan orang lain dalam pelaksanaan rencana. Pemberian asuhan keperawatan dengan metode tim diberikan terhadap sekelompok pasien, dimana kepala ruangan akan membagi menjadi beberapa tim disesuaikan dengan kasus yang ada. Sebagai penanggung jawab adalah ketua tim, didalamnya terdapat tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu (Blais, K.T et al, 2006).

2.4.3 Metode Perawatan Primer

Asuhan keperawatan menggunakan metode primer, dimana perawat bertanggung jawab terhadap semua aspek asuhan keperawatan, dari hasil pengkajian kondisi pasien untuk mengkoordinir asuhan keperawatan. Satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit, disini adanya kemandirian perawat serta ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan keperawatan dan pelaksana (Blais, K.T et al, 2006).

2.4.4 Metode Alokasi Kasus

Penggunaan metode alokasi kasus dalam pemberian asuhan keperawatan, dimana setiap pasien ditugaskan kepada semua perawat yang melayani seluruh kebutuhannya pada saat ia bertugas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap *shift* dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Sebagai penanggung jawab dalam metode ini adalah kepala ruang (Marquis & Huston, 2010).

Menurut Koziol, et al (2002), metode alokasi kasus keperawatan ini disebut juga metode perawatan total. Metode ini digunakan oleh perawat yang bertugas pribadi memberikan perawatan total untuk pasien. Dalam metode ini pasien memiliki kontak konsisten dengan satu perawat selama satu *shift*.

2.5 Komunikasi Efektif

Kunci dari perawatan berkualitas ditentukan oleh komunikasi efektif antar kalangan profesional kesehatan.

2.5.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi adalah penyampaian dan pemahaman suatu maksud yang berarti apabila tidak ada informasi atau ide yang disampaikan, maka komunikasi tidak akan terjadi (Robbins & Coulter, 2005), sedangkan menurut Kozier (2002) komunikasi adalah suatu proses dua arah yang meliputi pengiriman dan penerimaan pesan, dengan demikian komunikasi adalah suatu proses penyampaian maksud yang terjadi antara dua individu atau lebih. Komunikasi yang terjadi pada proses serah terima pasien sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi kerugian yang dibebankan kepada pasien, selain itu juga komunikasi yang efektif dapat mencegah terjadinya kesalahpahaman dalam berkomunikasi yang dapat menyebabkan kerugian (Wallis, 2010).

2.5.2 Komunikasi dalam Serah Terima Pasien.

Pelaksanaan serah terima pasien diperlukan suatu komunikasi yang jelas tentang kebutuhan pasien, tindakan yang telah dan belum dilakukan serta tentang respon yang terjadi pada pasien (Nursalam 2011). Serah terima pasien dapat ditingkatkan dengan menyampaikan informasi yang benar secara profesional dari perawat ke perawat (Wallis, 2010). Miskinnya informasi dalam serah terima pasien dapat merugikan pada perawatan pasien

Serah terima pasien dilakukan dari perawat ke perawat, dimana perawat menyampaikan pesan secara tertulis atau hanya diucapkan dengan memilih kata-kata yang dapat dimengerti oleh perawat penerima pesan atau pesan dapat juga direkam. Perawat penerima pesan menginterpretasikan dan mengambil keputusan mengenai bagaimana berespons berdasarkan pengalaman, pengetahuan dan karakteristik pribadinya. Apabila penerima menginterpretasikan pesan sesuai dengan pengirim, maka sudah terjadi komunikasi yang efektif.

Pelaksanaan komunikasi dalam serah terima pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya yaitu perkembangan, persepsi, nilai, latar belakang budaya, emosi, pengetahuan, peran, jender dan tatanan interaksi (Potter & Perry, 2005).

Perkembangan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berkomunikasi. Perawat menggunakan tehnik khusus ketika berkomunikasi pada pasien sesuai dengan berbagai tahap perkembangannya. Dengan demikian agar perawat dapat berkomunikasi secara efektif dengan pasien, perawat harus mengetahui perkembangan yang terjadi pada saat pasien dirawat di rumah sakit.

Faktor persepsi juga dapat mempengaruhi pelaksanaan komunikasi, dimana persepsi di bentuk oleh harapan dan pengalaman sehingga seseorang dapat menginterpretasikan dan memahami kejadian secara berbeda. Perbedaan persepsi perawat terhadap pelaksanaan serah terima pasien dapat menjadi kendala dalam berkomunikasi (Potter & Perry, 2005).

Komunikasi dalam keperawatan dipengaruhi oleh nilai, dimana nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Berusaha mengetahui dan mengklarifikasi nilai adalah penting dalam membuat keputusan dan interaksi. Jangan sampai perawat dipengaruhi oleh nilai personalnya dalam pelaksanaan serah terima pasien.

Kemampuan komunikasi perawat dengan pasien dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya. Sering kali ketika memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, perawat menggunakan bahasa dan gaya komunikasi yang berbeda, sedangkan gaya komunikasi sangat dipengaruhi oleh faktor budaya yang dapat membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Pada saat pelaksanaan serah terima pasien, dimana kondisi pasien sangat peka, perawat harus dapat mengekspresikan perasaan dan emosinya pada tempat dan waktu yang tepat.

Emosi adalah perasaan subyektif tentang suatu peristiwa. Cara seseorang berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain dipengaruhi oleh keadaan emosinya. Emosi mempengaruhi kemampuan salah tafsir atau tidak mendengarkan pesan yang disampaikan. Pada pelaksanaan serah terima pasien yang dilakukan perawat secara rutin, perawat dapat mengkaji emosi pasien

dengan mengobservasi pasien berinteraksi dengan keluarga, dokter atau perawat lain.

Komunikasi dalam pelaksanaan serah terima pasien sangat dipengaruhi oleh pengetahuan. Komunikasi akan sulit dilakukan jika orang yang berkomunikasi memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Pada pelaksanaan serah terima pasien, perawat mengkaji tingkat pengetahuan pasien dengan memperhatikan respon pasien terhadap pertanyaan yang diajukan dengan menggunakan istilah dan kalimat yang dimengerti oleh pasien sehingga dapat menarik perhatian dan minatnya.

Cara perawat berkomunikasi harus disesuaikan dengan peran dan hubungan orang yang diajak berkomunikasi. Perawat berkomunikasi dengan pasien akan berbeda caranya apabila berbicara dengan perawat lain. Begitu juga cara perawat berkomunikasi dengan jenis kelamin yang berbeda, antara perempuan dan laki-laki memiliki gaya komunikasi yang berbeda dan satu sama lain saling mempengaruhi proses komunikasi secara unik. Seorang perempuan menggunakan bahasa untuk mencari konfirmasi, meminimalkan perbedaan dan menetapkan atau menguatkan keintiman, sebaliknya seorang laki-laki menggunakan bahasa untuk menetapkan kebebasan dan melakukan aktivitas untuk berinteraksi.

Komunikasi interpersonal akan lebih efektif jika dilakukan dalam suatu lingkungan yang menunjang, karena bising, kurang keleluasaan pribadi, dan ruang yang sempit dapat menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Pelaksanaan serah terima pasien dapat menjadi kurang komunikatif apabila kondisi tersebut terjadi, sehingga akan mempengaruhi proses asuhan keperawatan yang berkesinambungan.

2.6 Karakteristik Perawat Pelaksana

Perawat pelaksana pada dasarnya adalah manusia sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan sekitarnya dan berkembang secara dinamis (Nursalam,

2011). Manusia mempunyai karakteristik yang sangat kompleks dari segi pendidikan, umur, jenis kelamin dan lama seseorang bekerja.

2.6.1 Pendidikan

Setiap pekerjaan atau tugas memerlukan ketrampilan dan pengetahuan yang didukung oleh pendidikan dan pelatihan (Notoatmodjo, 2010). Pemberian asuhan keperawatan kepada pasien harus mempunyai dasar pendidikan dan keahlian yang memadai, dengan mempunyai pendidikan yang tinggi merupakan indikator jaminan kualitas layanan kepada pasien dan dapat menghindarkan dari kesalahan-kesalahan (Nursalam, 2011). Masih dalam Nursalam, pendidikan juga dapat mempengaruhi seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi diri.

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi komunikasi, dimana seseorang yang mempunyai pendidikan lebih tinggi mempunyai kosakata yang luas dan kemampuan untuk membaca serta menulis dibandingkan dengan seseorang yang pendidikannya lebih rendah sehingga tingkat pendidikan sangat dibutuhkan dalam penentuan metode asuhan keperawatan (Nursalam, 2011). Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga banyak pula pengetahuan yang dimiliki, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Kuncoroningrat, 1997 dalam Nursalam & Pariani, 2001).

Pendidikan juga berperan dalam pembagian tugas perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien (Marquis & Huston, 2010). Beberapa pendapat tersebut, apabila dikaitkan dengan pelaksanaan serah terima pasien maka, perawat yang mempunyai pendidikan tinggi akan dapat melaksanakan serah terima pasien dengan baik dan sebaliknya, apabila pendidikan perawatnya masih rendah, maka kemungkinan pelaksanaan serah terima pasien kurang optimal.

2.6.2 Umur

Umur perawat pelaksana mempunyai efek tidak langsung terhadap pelaksanaan serah terima pasien. Pada masa remaja fisik dan emosinya semakin matang, sedangkan pada dewasa muda kondisinya semakin seimbang dan bertambah sehat, stres berkurang, masa pertengahan hidup daya tahan fisik mulai menurun serta aktivitas mulai berkurang yang dapat mengganggu produktifitas bekerja (Nursalam, 2011).

Secara alamiah manusia semakin tua semakin berkurang kemampuannya dalam bekerja (Wijono, 2000), saat perawat mencapai usia 50 tahunan, perawat mulai mengurangi jam kerjanya hingga mencapai dua ratus jam pertahun (Marquis & Huston, 2010), tetapi dikatakan dalam Nursalam & Pariani (2001), semakin cukup umur, maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

2.6.3 Masa Kerja

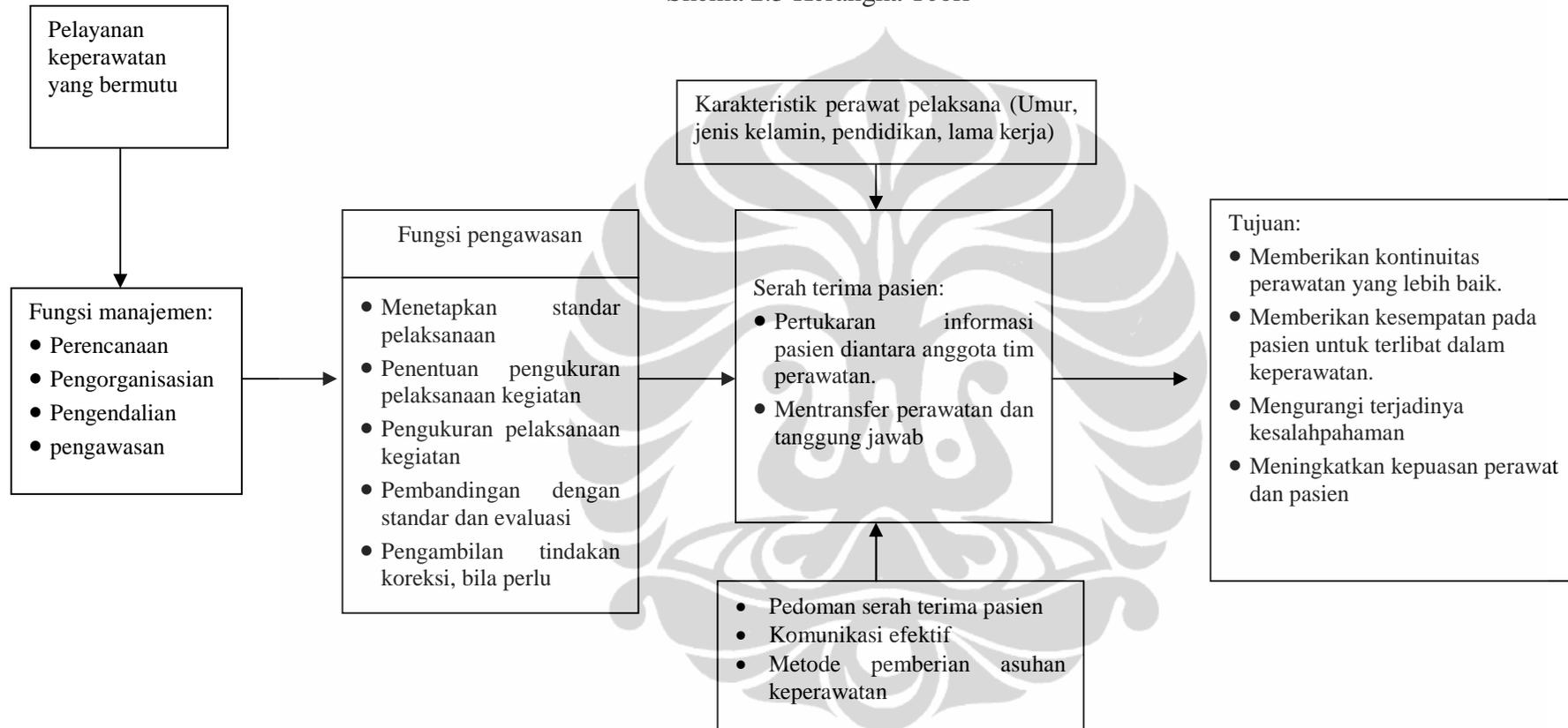
Masa kerja adalah lamanya bekerja perawat pelaksana terhitung sejak pertama kali bekerja. Pada sebagian besar perawat yang baru lulus dan bekerja, mereka merasa tidak siap dengan tanggung jawab posisi pertamanya, walaupun ada kegiatan orientasi (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan , 2010).

Berkaitan dengan masa kerja, terdapat perkembangan individu yang ditentukan oleh faktor pengalaman sehari-hari yang dapat menimbulkan kepekaan akan masalah (Notoatmodjo, 2010). Pengalaman-pengalaman yang diperoleh langsung dari lapangan berkaitan dengan lamanya seseorang bekerja dapat menambah keyakinan sehingga dapat meningkatkan kepekaan terhadap masalah yang bersangkutan dengan bidangnya (Notoatmodjo, 2010).

2.7 Kerangka Teoritis

Kerangka teori pada penelitian ini dapat digambarkan dalam skema 2.3.

Skema 2.3 Kerangka Teori



Sumber: ACSQHC, 2009; Blais, K.K et al, 2007; Chaboyer et al, 2010; Handoko, 2003; Potter & Perry, 2005; Suarli & Bahtiar, 2009.



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN

Bab 3 menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis serta definisi operasional.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010), sedangkan yang dimaksud konsep masih menurut Notoatmodjo (2010), adalah suatu abstraksi yang dibentuk dengan menggeneralisasikan suatu pengertian. Agar konsep tersebut dapat diamati dan diukur, maka harus dijabarkan kedalam variabel-variabel.

Variabel yang diukur dalam penelitian ini terdiri dari beberapa variabel yaitu:

a. *Independen variable* (variabel bebas)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien

b. *Dependen variable* (variabel terikat)

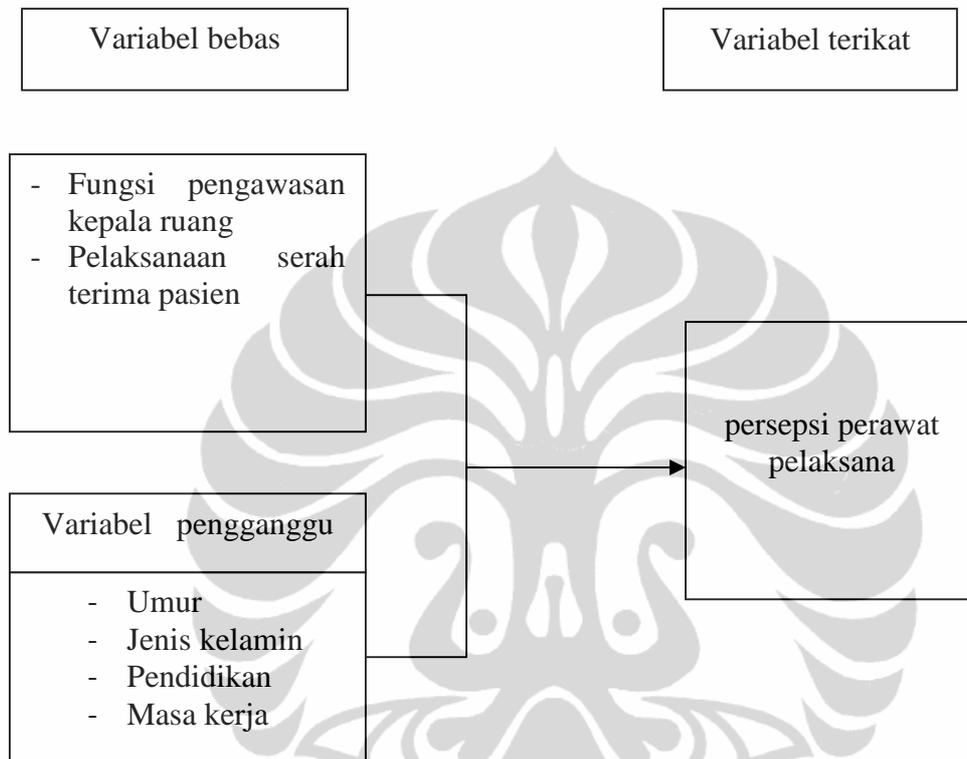
Variabel terikat dalam penelitian ini adalah persepsi perawat pelaksana.

c. *Confounding variables* (variabel pengganggu).

Variabel pengganggu adalah umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja.

Hubungan antar variabel dapat digambarkan pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian
Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien



Skema 3.1 menunjukkan fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien berhubungan dengan persepsi perawat pelaksana. Persepsi perawat pelaksana juga berhubungan dengan umur, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah suatu pernyataan yang merupakan jawaban sementara peneliti terhadap pertanyaan penelitian (Dahlan, 2010) sedangkan menurut Sugiono (2010), hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pernyataan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan

didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Hipotesis dirumuskan dalam bentuk hubungan antara dua variabel yang berfungsi untuk menentukan ke arah pembuktian (Notoatmodjo, 2010).

Hipotesis penelitiannya adalah:

- 3.2.1 Ada persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang di RSUD Gunung Jati Cirebon.
- 3.2.2 Ada persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon.
- 3.2.3 Ada hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon.
- 3.2.4 Ada hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan persepsi perawat terhadap pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional menggambarkan batasan variabel-variabel yang diamati/diteliti dan bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2010). Komponen yang terdapat dalam definisi operasional pada penelitian ini adalah variabel, definisi operasional, alat ukur cara pengukuran, hasil ukur dan skala ukur. Untuk lebih jelasnya, terlihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1
Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien	Merupakan penafsiran realitas dari perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien	Kuesioner	Mengisi kuesioner tentang pelaksanaan serah terima pasien dengan menggunakan skala Likert dimana pertanyaan <i>favorable</i> adalah <ul style="list-style-type: none"> - 1= sangat tidak setuju (STS) - 2= kurang setuju (KS) - 3= ragu-ragu (R) atau netral - 4= setuju (S) - 5= sangat setuju (SS) Sedangkan untuk pertanyaan <i>unfavorable</i> adalah <ul style="list-style-type: none"> - 1= sangat setuju (SS) - 2= Setuju - 3= ragu-ragu (R) atau netral - 4= surang setuju - 5= sangat tidak setuju 	Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien disebut baik apabila nilainya \geq median (90) sedangkan tidak baik apabila nilainya $<$ median (90)	Ordinal
Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruangan.	Penafsiran realitas dari perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruangan.	Kuesioner	Mengisi kuesioner tentang fungsi pengawasan kepala ruangan dengan menggunakan skala Likert, dimana skala Likert dimana pertanyaan <i>favorable</i> adalah <ul style="list-style-type: none"> - 1= sangat tidak setuju (STS) - 2= kurang setuju (KS) - 3= ragu-ragu (R) atau netral - 4= setuju (S) - 5= sangat setuju (SS) Sedangkan untuk pertanyaan	Fungsi pengawasan dikatakan baik apabila nilainya \geq median (99,0) sedangkan tidak baik apabila nilainya $<$ median (99,0)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur	
				<p><i>unfavorable</i> adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1= sangat setuju (SS) - 2= Setuju - 3= ragu-ragu (R) atau netral - 4= surang setuju - 5= sangat tidak setuju 		
Umur	Masa kehidupan perawat pelaksana/lama waktu hidup sejak dilahirkan sampai ulang tahun terakhir saat dilakukan pengambilan data	Kuesioner	Mengisi pertanyaan responden	kuesioner umur	Urutan umur dengan tahun	Interval
Jenis kelamin	Sifat jasmani membedakan dua makhluk perempuan laki-laki.	Kuesioner	Mengisi pertanyaan responden dengan ketentuan:	kuesioner jenis responden	1= perempuan 2= laki-laki	Nominal
Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir di bidang keperawatan dan diakui oleh pemerintah serta organisasi profesi yang telah diikuti oleh responden	Kuesioner	Mengisi pertanyaan pendidikan perawat pelaksana di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon dengan ketentuan:	kuesioner	- SPK - Akper/DIII Kep - S1 Keperawatan	Ordinal
Masa kerja	Lamanya bekerja perawat pelaksana sejak pertama kali bekerja di RSUD Gunung Jati Cirebon.	Kuesioner	Mengisi pertanyaan responden di rumah sakit.	kuesioner lama kerja	Urutan angka dengan tahun	Interval



BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode survei analitik. Sebagaimana dikatakan Notoatmodjo (2010) berkaitan dengan survei analitik adalah suatu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena tersebut terjadi. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan *cross sectional*, dimana pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian *cross sectional* ini peneliti mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan melakukan pengukuran sesaat, jadi pada desain *cross sectional* ini tidak ada prosedur tindak lanjut atau *follow up* (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Dalam penentuan populasi, harus dilakukan pembatasan-pembatasan agar kesimpulan yang ditarik dari hasil penelitian menggambarkan atau mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010), dengan demikian apabila tanpa pembatasan yang jelas anggota populasi, maka kita tidak memperoleh sampel yang representatif.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon berjumlah 182 orang (Sumber: Bidang Keperawatan RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012)

4.2.2 Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Besar kecilnya suatu sampel bukanlah ukuran untuk menentukan apakah sampel tersebut representatif atau tidak, tergantung dari karakteristik populasinya (Notoatmodjo 2010).

Sampel dalam penelitian ini perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon, dengan menggunakan rumus Slovin, di mana penentuan ukuran sampel minimum diketahui apabila jumlah populasi sudah diketahui (Umar, 2010). Rumus Slovin adalah sebagai berikut:

$$n \geq \frac{N}{1 + N e^2}$$

Dimana:

- N = Ukuran sampel
 N = Ukuran populasi
 E = Kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang mau ditolerir, yaitu 5%.

Jumlah sampel menggunakan rumus Slovin hasilnya adalah sebagai berikut:

$$n \geq \frac{182}{1 + 182 \cdot 0,05^2}$$

$$n \geq 125 \text{ orang}$$

Hasil dari perhitungan dengan menggunakan rumus Slovin didapatkan jumlah sampel minimal 125 orang, untuk mengantisipasi adanya *drop out*, peneliti menambahkan 10% untuk memperbesar sampel (Sastroasmoro & Ismael, 2010), sehingga sampel yang digunakan dalam penelitian berjumlah 138 perawat. Penentuan sampel pada perawat pelaksana menggunakan teknik *probability sampling*/pengambilan sampel secara acak, dimana teknik ini memberikan peluang sama kepada anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel (Sugiono, 2010). Teknik ini digunakan apabila setiap unit bersifat homogen atau diasumsikan homogen yang memenuhi kriteria inklusi (Notoatmodjo, 2010).

Kriteria inklusi untuk perawat pelaksana di instalasi rawat inap adalah:

- Perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap
- Bersedia menjadi responden yang dibuktikan dengan surat kesediaan menjadi responden
- Sehat jasmani dan rohani

- d. Tidak sedang cuti pada saat dilakukan penelitian (cuti sakit, cuti melahirkan atau cuti tahunan)
- e. Mempunyai masa kerja lebih dari satu tahun

Sampel perawat pelaksana yang berjumlah 138, diambil dari tiap-tiap ruang rawat inap dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n_1 = \frac{N_1}{N} \cdot n$$

Keterangan :

- n_1 = Jumlah sampel tiap ruang
- n = Jumlah sampel seluruhnya
- N_1 = Jumlah populasi tiap ruang
- N = Jumlah populasi seluruhnya

Sehingga besar sampel untuk tiap ruang dapat dilihat dalam tabel 4.1

Tabel 4.1
Jumlah Populasi dan Sampel Penelitian di Ruang Rawat Inap
RSUD Gunung Jati Cirebon tahun 2012

No.	Ruangan	Jumlah Populasi	Jumlah Sampel
1.	P. Cakrabuana 1	13	10
2.	P. Cakrabuana 2	17	13
3.	Kembang sepatu (R 1)	16	12
4.	Anyelir (R 6)	13	10
5.	Dahlia (R 7)	14	10
6.	Mawar (R 8)	13	10
7.	Soka (R 10)	16	12
8.	Kemuning (R 11)	13	10
9.	Melati (R 4)	12	9
10.	Teratai	14	11
11.	<i>Intensive Care Unit (ICU)</i>	17	13
12.	<i>Intensive Cardiovascular Care Uni (ICVCU)</i>	12	9
13.	<i>Neonatal Intensive Care Uni (NICU)</i>	12	9
	Jumlah	182	138

Penyebaran kuesioner kepada responden caranya dengan undian, peneliti membuat nomor-nomor sejumlah populasi dimasing-masing ruangan kemudian secara acak dipilih sesuai dengan banyaknya sampel yang dibutuhkan (Umar, 2010)

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon, dengan pertimbangan RSUD Gunung Jati Cirebon merupakan rumah sakit rujukan sewilayah tiga yang selalu berusaha untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Adapun ruangan yang dipergunakan untuk penelitian adalah ruangan yang terdapat di instalasi rawat inap yaitu sebanyak 13 ruangan.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari tahap penyusunan proposal yaitu pada minggu pertama bulan Januari 2012 sampai minggu keempat bulan Maret 2012. Uji proposal dilaksanakan pada minggu pertama bulan April 2012. Uji coba instrumen dilakukan pada minggu keempat bulan April serta pengambilan data dilakukan peneliti pada minggu pertama bulan Mei sampai minggu pertama bulan Juni 2012. Rincian kegiatan penelitian mulai dari penyusunan proposal sampai penyusunan laporan tercantum dalam lampiran 7.

4.5 Etika Penelitian

Kegiatan penelitian ini yang menjadi subjek penelitian adalah manusia sehingga ada hubungan timbal balik antara peneliti dengan yang diteliti dalam hal ini adalah perawat pelaksana yang bertugas di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon sehingga peneliti sangat memperhatikan kode etik penelitian. Sebagaimana dijelaskan dalam Notoatmodjo (2010), kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti dan pihak yang diteliti serta masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut.

Prinsip dari etika penelitian yang harus dipegang teguh oleh peneliti, sebagaimana dalam bukunya Notoatmodjo (2010), dijelaskan sebagai berikut:

4.5.1 Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect for Human Dignity*)

Peneliti mempertimbangkan hak responden untuk mendapatkan informasi berkaitan dengan penelitian dan memberikan kebebasan kepada responden untuk berpartisipasi dalam penelitian atau tidak. Sebagai ungkapan untuk menghormati harkat dan martabat responden, peneliti mempersiapkan dan menjelaskan tentang *informed consent* kepada perawat pelaksana sebagai responden baik secara berkelompok maupun secara individu yang ditemui pada saat itu tentang tujuan dari penelitian yaitu untuk mengidentifikasi pengaruh persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien.

Responden diberikan penjelasan tentang resiko dan ketidaknyamanan dalam pengisian kuesioner ini karena menyangkut kepala ruangan yang bersangkutan. Responden juga diberikan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti berkaitan dengan penelitian ini, peneliti menjelaskan kembali secara jujur dan jelas apa yang akan dilakukan serta akibat yang mungkin terjadi. Dijelaskan juga bahwa peran responden dalam penelitian adalah salah satu upaya untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan di masa yang akan datang.

Responden menyatakan mengerti dan setuju dengan penelitian ini, selanjutnya peneliti meminta kepada responden untuk menandatangani surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian. Setelah itu peneliti memberikan kuesioner dan memberikan kesempatan kepada responden untuk mengisi kuesioner tersebut dengan tidak mengganggu tugas rutinitas responden sebagai perawat pelaksana.

4.5.2 Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek Penelitian (*Respect for Privacy and Confidentiality*).

Jawaban kuesioner yang telah diberikan oleh responden merupakan data yang sangat berharga bagi peneliti. Untuk menjaga privasi responden, peneliti tidak mencantumkan identitas responden, melainkan dengan menggunakan kode responden. Data yang telah diperoleh tersebut digunakan peneliti untuk kepentingan penelitian dan tidak disebarluaskan kepada siapapun yang kemungkinan dapat mempengaruhi karir dari responden yang bersangkutan. Peneliti akan menjaga dan menyimpan data tersebut dengan baik dalam komputer dan menyimpan dalam *flash disk* dengan menggunakan kode yang hanya dapat diketahui oleh peneliti, untuk menghindari penyalahgunaan data.

4.5.3 Keadilan dan Inklusivitas/Keterbukaan (*Respect for Justice An Inclusiveness*)

Peneliti dengan sikap terbuka, adil dan jujur menjelaskan kepada responden tentang prosedur penelitian, peneliti selalu menjaga hubungan baik dengan responden agar tidak ada yang merasa tersinggung dan merasa keberatan terhadap penelitian ini. Peneliti juga memperlakukan responden sama, tidak membedakan jender, agama, etnis dan sebagainya.

4.5.4 Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan (*Balancing Harms and Benefits*)

Peneliti selalu memperhatikan kenyamanan dari responden, baik secara fisik, psikologis maupun sosial. Rasa tidak nyaman yang timbul saat responden mengisi kuesioner tentang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang, ada semacam rasa ketakutan terhadap karir bagi dirinya. Peneliti dalam hal ini menjelaskan kembali tentang tujuan penelitian, kemudian peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk melanjutkan atau tidak dalam penelitian ini. Peneliti juga menjamin, bahwa jawaban yang diberikan oleh responden tersimpan rapih dan tidak disebar luaskan kepada siapapun.

Pelaksanaan penelitian di rumah sakit Gunung Jati Cirebon berjalan dengan lancar, selama penelitian berlangsung, peneliti tidak mendapatkan konflik yang diakibatkan penelitian ini, peneliti berharap hasil dari penelitian ini bermanfaat bagi masyarakat secara umum dan kepada perawat pada khususnya.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat atau instrumen untuk mengumpulkan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner yang dipergunakan peneliti dalam pengumpulan data merupakan modifikasi dari instrumen yang sudah ada yaitu mengadap dari Yudianto (2005) & Nursalam (2011) serta sebagian lagi berdasarkan pengembangan dari variabel yang diteliti sesuai dengan kebutuhan penelitian.

Kuesioner yang dibagikan kepada perawat pelaksana berupa pertanyaan terstruktur. Kuesioner tersebut terdiri dari kuesioner A yang berisi tentang karakteristik perawat pelaksana meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja sebagai perawat pelaksana, kuesioner B persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang yang berjumlah 30 pertanyaan menggunakan Skala *Likert*, dengan memberikan jawaban sangat tidak setuju (STS), kurang setuju (KS), ragu-ragu (R) atau netral, setuju (S) dan sangat setuju (SS), sedangkan pada kuesioner C, persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien berjumlah 30 pertanyaan.

Kuesioner tersebut terdiri dari pernyataan *favorable* yang mengandung makna positif dengan rentang nilai 1 = sangat tidak setuju (STS), 2 = kurang setuju (KS), 3 = ragu-ragu (R) atau netral, 4 = setuju (S) dan 5 = sangat setuju (SS), sedangkan pada pernyataan *unfavorable* yang mengandung makna negatif dengan rentang nilai 5 = sangat tidak setuju (STS), 4 = kurang setuju (KS), 3 = ragu-ragu (R) atau netral, 2 = setuju (S) dan 1 = sangat setuju (SS), untuk kisi-kisi pernyataan kuesioner terdapat pada lampiran 5.

4.7 Uji Coba Kuesioner

Kuesioner yang sudah disusun telah dilakukan uji coba terlebih dahulu untuk mengetahui apakah kuesioner tersebut valid atau tidak. Peneliti telah menguji cobakan kuesioner pada 30 perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap RSUD Indramayu. RSUD Indramayu mempunyai karakteristik hampir sama dengan RSUD Gunung Jati Cirebon.

4.7.1 Uji Validitas

Instrumen penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah menggunakan kuesioner. Agar instrumen itu *valid* dan *reliable*, maka peneliti telah melakukan uji coba terlebih dahulu (Notoatmodjo, 2010). Instrumen tersebut dikatakan *valid* apabila instrumen sebagai alat ukur benar-benar mengukur apa yang diukur. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang validitas yang dimaksud.

Uji validitas kuesioner telah dilakukan pada tanggal 26 – 28 April 2012 di RSUD Indramayu. Hasil uji validitas kuesioner pada tingkat kemaknaan 5% dengan jumlah responden 30 nilai *r product moment* adalah 0,361, apabila pada tingkat kemaknaan 5% didapatkan nilai *r* hitung > *r* tabel, maka pertanyaan tersebut dikatakan valid (Hastono, 2007).

Hasil uji validitas untuk pertanyaan bagian B (persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang), nilai terendah adalah 0,377 dan nilai tertinggi 0,501, sehingga pernyataan tersebut valid. Uji validitas kuesioner bagian C (persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien) yang berjumlah 30 item, nilai terendah adalah 0,378 dan nilai tertinggi adalah 0,555. Hasil dari uji validitas pada kuesioner B dan C adalah valid.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan apakah alat ukur tersebut dapat dipercaya atau dapat diandalkan, dimana hasil pengukuran itu tetap konsisten walaupun dilakukan pengukuran berkali-kali dengan menggunakan alat ukur yang

sama (Notoatmodjo, 2010). Uji reliabilitas dilakukan setelah pertanyaan dinyatakan valid semua, caranya adalah dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel dimana r hasil dalam uji reliabilitas adalah nilai *Cronbach's Alpha*. (Hastono, 2007). Bila r alpha $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel, sedangkan menurut Dahlan (2010) dinyatakan reliabel apabila *Cronbach's Alpha* minimal sebesar 0,8.

Hasil analisis instrumen persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang, mendapatkan hasil uji reliabilitas *Cronbach's Alpha* sebesar 0,878, sedangkan pada instrumen persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien hasil uji reliabilitas *Cronbach's Alpha* sebesar 0,888, apabila dibandingkan dengan dengan nilai r product moment (0,361), maka hasil uji reliabilitas tersebut adalah lebih besar, maka pertanyaan dalam instrumen B dan C adalah reliabel dan layak digunakan sebagai instrumen pengumpulan data pada penelitian ini.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Kegiatan pengumpulan data dalam penelitian ini telah dilakukan di RSUD Gunung Jati Cirebon pada 1 Mei – 2 Juni 2012. Adapun prosedur yang telah ditempuh oleh peneliti adalah:

4.8.1 Prosedur Administratif

Prosedur administrasi yang ditempuh peneliti adalah mengajukan kaji etik penelitian pada komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia setelah ujian proposal pada tanggal 4 April 2012, selanjutnya mengajukan surat permohonan ijin untuk uji coba instrumen dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur RSUD Indramayu, kemudian mengajukan surat permohonan ijin melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada Direktur RSUD Gunung Jati Cirebon.

4.8.2 Prosedur Teknis

4.8.2.1 Di RSUD Gunung Jati Cirebon

Berdasarkan izin yang telah diberikan oleh Direktur RSUD Gunung Jati Cirebon, peneliti melakukan koordinasi dengan Bidang Keperawatan, Bidang Diklat, Komite Keperawatan, Kepala Instalasi dan Kepala Ruang untuk menjelaskan tentang penelitian yang dilakukan di RSUD Gunung Jati Cirebon, selanjutnya peneliti melakukan penyebaran kuesioner kepada perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap.

Penyebaran kuesioner telah dilakukan oleh peneliti sendiri dan diberikan langsung kepada perawat pelaksana setelah diberi penjelasan dan menandatangani lembar *informed consent*. Pengambilan kuesioner yang telah diisi, juga telah dilakukan oleh peneliti sendiri, dengan pertimbangan apabila kuesioner tersebut belum terisi semua, maka peneliti dapat meminta kembali kepada perawat tersebut untuk melengkapi dan mengisinya.

4.8.2.2 Di RSUD Indramayu

Berdasarkan surat izin dari Direktur RSUD Indramayu, peneliti mengadakan koordinasi dengan Bidang Keperawatan dan Bidang Diklat RSUD Indramayu untuk melaksanakan uji coba kuesioner, dan telah dilakukan pada tanggal 26 – 28 April 2012 pada 30 perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Pada pengolahan data telah melalui beberapa tahapan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010);

4.9.1.1 Editing

Editing adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian kuesioner (Notoatmodjo, 2010). Pada proses editing, kuesioner yang telah diperoleh dari responden, langsung diperiksa oleh peneliti kelengkapan jawabannya. Hasil dari 138 kuesioner yang disebarkan semua pertanyaan dijawab secara lengkap oleh responden, kemudian dilanjutkan pada proses pengkodean.

4.9.1.2 Coding

Data yang telah diperoleh diberi kode untuk masing-masing responden dan pertanyaan. Kode responden menggunakan angka 1 sampai dengan angka 138, pada karakteristik perawat pelaksana untuk jenis kelamin, peneliti memberikan kode 1 untuk perempuan dan kode 2 untuk laki-laki, sedangkan pada pendidikan, kode 1 untuk SPK, kode 2 untuk Akper/D III Keperawatan, dan kode 3 untuk S1 Keperawatan.

Pemberian kode pada kuesioner bagian B dengan menggunakan kode PB1, PB2.... PB30 untuk pertanyaan nomor 1 sampai dengan nomor 30, begitu juga pada kuesioner bagian C, menggunakan kode PC1, PC2, ... PC30 untuk pertanyaan nomor 1 sampai nomor 30.

4.9.1.3 Memasukan Data (*Data Entry*) atau *Processing*

Hasil penelitian berupa jawaban dari responden yang sudah lengkap dan diberi kode sesuai dengan yang telah ditentukan kemudian dimasukkan kedalam program komputer.

4.9.1.4 Pembersihan Data (*Cleaning*)

Proses pembersihan data dilakukan dengan mengetahui *missing* data, variasi data dan konsistensi data. Semua data yang diperoleh telah dicek dan tidak ada kesalahan, selanjutnya data siap dianalisis.

4.9.2 Analisis Data

Analisis data merupakan lanjutan dari pengolahan data, melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

4.9.2.1 Analisis Univariat (Analisis Deskriptif)

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini yang dilakukan *Analisis univariat* adalah karakteristik responden, persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang dan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien.

Karakteristik perawat pelaksana yang merupakan data numerik adalah umur dan masa kerja, menggunakan *central tendency* meliputi *mean*, *median*, simpangan baku, dan nilai minimal-maksimal, sedangkan untuk data berjenis kategorik seperti jenis kelamin dan tingkat pendidikan, menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi. Untuk fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien dilakukan *cut off point*, skor yang didapat dari variabel B adalah minimal 78, maksimal 118 dengan rata-rata 99,04 dan nilai median 99, sedangkan pada variabel C nilai minimal 69 maksimal 124, rata-rata 91,59 dan nilai mediannya 90.

4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan setelah *analisis univariat*. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan uji *t independen*, dimana uji *t independen* ini menghubungkan variabel numerik dengan variabel katagorik, yaitu variabel umur dengan pelaksanaan serah terima pasien, serta variabel masa kerja dengan pelaksanaan serah terima pasien. Selain menggunakan uji *t independen*, peneliti juga menggunakan uji *chi square* dimana pada uji ini peneliti melakukan analisis hubungan variabel katagorik dengan variabel katagorik, yaitu variabel jenis kelamin dengan pelaksanaan serah terima pasien, variabel pendidikan dengan pelaksanaan serah terima pasien dan persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien dengan pelaksanaan serah terima pasien menurut persepsi perawat pelaksana.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Karakteristik Perawat Pelaksana

Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan umur dan masa kerja dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Umur dan Masa Kerja
di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012 (n=138)

Variabel	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal
Umur	35,00	34,00	5,796	24-51
Masa Kerja	11,18	10,00	6,062	2-26

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon mempunyai rata-rata umur 35 tahun dengan umur minimal 24 tahun dan umur maksimal 51 tahun, standar deviasinya 5,796, sedangkan untuk masa kerja perawat pelaksana di rumah sakit tersebut adalah rata-rata 11,18 tahun dengan minimal 2 tahun dan maksimal 26 tahun. Karakteristik jenis kelamin dan pendidikan perawat pelaksana dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Karakteristik Perawat Pelaksana Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan
di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012 (n=138)

No.	Karakteristik Perawat Pelaksana	Frekuensi	Persentase
1.	Jenis kelamin:		
	Perempuan	99	71,7
	Laki-laki	39	28,3
2.	Pendidikan:		
	SPK	12	8,7
	Akper/D III Keperawatan	70	50,7
	S 1 Keperawatan	56	40,6

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon paling banyak adalah perempuan sebesar 99 (71,7%) dan sisanya adalah laki-laki sebesar 39 (28,3%). Pendidikan perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD Gunung Jati Cirebon paling banyak adalah perawat yang berpendidikan Akper/D III Keperawatan yaitu 70 (50,7%) sedangkan sisanya adalah perawat yang berpendidikan S1 Keperawatan 56 responden (40,6%) dan SPK 12 perawat pelaksana (8,7%).

5.2 Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien

Gambaran persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien terlihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon Tahun 2012
n=138

	Persepsi Perawat Pelaksana			
	Fungsi Pengawasan Kepala Ruang		Pelaksanaan Serah Terima Pasien	
	Frekuensi	Persentase	Frekuensi	Persentase
Kurang Baik	77	55,8	81	58,7
Baik	61	44,2	57	41,3
Total	138	100,0	138	100,0

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang kurang baik sebanyak 77 (55,8%) sedangkan persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien kurang baik sebanyak 81 (58,7%).

5.3 Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien

Hasil analisis hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4

Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon Tahun 2012 (n=138)

Fungsi Pengawasan	Persepsi Perawat				Total		p
	Kurang Baik		Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Kurang Baik	49	63,6	28	36,4	77	100	0,250
Baik	32	52,5	29	47,5	61	100	
Jumlah	81	58,7	57	41,3	138	100	

Tabel 5.4 menunjukkan persepsi perawat tentang fungsi pengawasan kurang baik juga mempunyai persepsi kurang baik tentang pelaksanaan serah terima pasien sebesar 63,6%. Hasil uji statistik pada *alpha* 5% tidak ada hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan dan pelaksanaan serah terima pasien ($p=0,250$).

5.4 Hubungan Umur dan Masa Kerja dengan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien

Hasil analisis hubungan umur perawat pelaksana dan masa kerja dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon terlihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
 Hubungan Umur dan Masa Kerja Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat
 Pelaksana Terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien Di RSUD Gunung Jati
 Cirebon, 2012 (n=138)

Pelaksanaan Serah Terima Pasien	Persepsi Perawat Pelaksana							
	Umur				Masa Kerja			
	<i>Mean</i>	SD	SE	p	<i>Mean</i>	SD	SE	p
Kurang Baik	35,7	6,33	0,70	0,089	11,54	6,393	0,71	0,405
Baik	34,00	4,81	0,637		10,67	5,572	0,738	

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat pelaksana yang mempunyai persepsi kurang baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien adalah berumur 35,7 tahun dengan standar deviasi 6,33. Rata-rata umur perawat pelaksana yang mempunyai persepsi baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien adalah berumur 34 tahun dengan standar deviasi 4,811. Hasil uji statistik pada *alpha* 5% tidak ada hubungan antara umur perawat pelaksana dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien ($p=0,089$).

Persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien kurang baik rata-rata pada perawat yang mempunyai masa kerja 11,54 tahun, Hasil uji statistik pada *alpha* 5% tidak ada hubungan antara masa kerja perawat pelaksana dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien ($p=0,405$).

5.5 Hubungan Pendidikan dan Jenis Kelamin Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien

Hasil analisis Hubungan Pendidikan dan Jenis Kelamin Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien terlihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5
 Hubungan Pendidikan dan Jenis Kelamin Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, 2012 (n=138)

	Persepsi Perawat				Total		p
	Kurang Baik		Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Pendidikan:							
SPK	10	83,3	2	16,7	12	100	0,19
Akper/DIII Kep	39	55,7	31	44,3	70	100	
SI Keperawatan	32	57,1	24	42,9	56	100	
Jumlah	81	58,7	57	41,3	138	100	
Jenis Kelamin:							
Perempuan	60	60,0	39	39,4	99	100	0,593
Laki-laki	21	53,8	18	46,2	39	100	
Jumlah	81	58,7	57	41,3	138	100	

Tabel 5.5 menunjukkan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien kurang baik sebanyak 39 perawat (55,7%) pada perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan Akper/D III Keperawatan, sedangkan pada perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan S1 Keperawatan mempersepsikan bahwa pelaksanaan serah terima pasien kurang baik sebanyak 32 perawat (57,1%). Hasil uji statistik pada *alpha* 5% tidak ada hubungan antara pendidikan perawat pelaksana dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien ($p=0,19$).

Persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien kurang baik sebanyak 60 perawat (60%) pada perawat perempuan sedangkan perawat laki-laki yang mempunyai persepsi kurang baik berjumlah 21 perawat (53,8%). Hasil uji statistik pada *alpha* 5% tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien ($p=0,593$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang interpretasi yang disertai diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1 Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi perawat tentang fungsi pengawasan kurang baik juga mempunyai persepsi kurang baik tentang pelaksanaan serah terima pasien lebih tinggi dibandingkan dengan lainnya. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2007) bahwa persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruang hasilnya seimbang antara yang kompeten dengan yang tidak kompeten (51,5%).

Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien dipengaruhi oleh karakteristik pribadi perawat itu sendiri, dimana perawat yang menerima secara positif tentang pelaksanaan serah terima pasien maka cenderung untuk mempunyai persepsi positif juga terhadap fungsi pengawasan kepala ruang (Hidayat, 2009). Sejalan dengan pendapat tersebut, hasil penelitian Yudianto (2005) didapatkan bahwa mayoritas perawat yang mempunyai sikap positif, maka pelaksanaan serah terima pasiennya baik (70,6%).

Penelitian yang dilakukan oleh Warsito (2006), bahwa persepsi perawat pelaksana yang baik tentang fungsi pengarahannya kepala ruang dapat memberikan motivasi dalam meningkatkan asuhan keperawatan. Sejalan dengan teori X dari Mc Gregor bahwa pada dasarnya manusia itu senang diarahkan, karena rata-rata pembawaan manusia malas atau tidak menyukai pekerjaan serta akan menghindarinya bila mungkin, karena karakteristik tersebut, maka orang harus

dipaksa, diawasi, diarahkan atau diancam dengan hukuman agar mereka menjalankan tugas untuk mencapai tujuan organisasi.

Seorang kepala ruang dalam menjalankan fungsinya sebagai pengawas harus selalu kreatif, inovatif, cakap dan berani mengambil keputusan terhadap aktivitas ruangan yang dipimpinnya (Hasibuan, 2006). Sedangkan kepala ruang yang terlalu dominan dalam menjalankan fungsinya juga dapat menyebabkan perawat tidak termotivasi dan cenderung pasif (Nursalam, 2011). Memperhatikan pendapat tersebut, peneliti berkesimpulan bahwa seorang kepala ruang dalam menjalankan fungsi pengawasan harus kreatif, inovatif, cakap, mempunyai keberanian dalam pengambilan keputusan tetapi tidak terlalu dominan dalam lingkungannya.

Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien tergantung pada model pemberian asuhan keperawatan yang telah disepakati di ruangan tersebut. Model asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana di rumah sakit tersebut, menurut pengamatan peneliti masih menggunakan model fungsional walaupun dalam struktur organisasi sudah ada pembagian tugas untuk masing-masing perawat pelaksana dengan ketua tim dari masing-masing kelompok.

Kelemahan menggunakan model fungsional dalam pemberian asuhan keperawatan ini, pasien menerima perawatan dari beberapa kategori perawat pelaksana dan kemungkinan adanya aspek perawatan yang tidak dapat diukur. Model pemberian asuhan keperawatan ini membuat persepsi perawat menjadi kurang baik.

Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang dimana menggunakan diri sebagai pembanding untuk memandang orang lain (Hidayat, 2009). Hasil penelitian dari Yudianto (2005) bahwa perawat pelaksana yang mempunyai pengetahuan baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien maka hasil dari pelaksanaan serah terima pasiennya juga baik (69,4%).

Kepala ruang dalam menjalankan fungsi pengawasan terhadap pelaksanaan serah terima pasien mempunyai wewenang formal atas satuan organisasinya serta menentukan statusnya. Wewenang dan status formal seorang kepala ruang juga dipengaruhi oleh karakteristik dan ketrampilan pribadi yang dimiliki oleh seorang kepala ruang yang didukung dengan latar belakang pendidikan yang luas dan pengalaman (Hasibuan, 2006).

Pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang terhadap pelaksanaan serah terima pasien berarti bahwa kepala ruang berupaya untuk menjamin bahwa organisasi bergerak ke arah tujuan yang telah disepakati yaitu untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Seorang kepala ruang dalam menjalankan fungsinya sebagai manajer lini harus dapat mempengaruhi bawahannya dalam hal ini adalah perawat pelaksana sehingga terjadi perubahan perilaku atau sikap yang diakibatkan secara langsung dari tindakan atau keteladanan kepala ruang.

Kegiatan yang dilakukan kepala ruang untuk memotivasi bawahan adalah dengan mengadakan supervisi dan berkomunikasi dengan perawat pelaksana serta mengarahkan perawat untuk mencapai hasil yang efektif. Robin (2001) mengatakan bahwa kepala ruang sebagai manajer terdepan harus mempunyai beberapa keahlian yaitu keahlian teknis, mencakup pengetahuan dan keahlian dalam bidang khusus tertentu, kemampuan untuk bekerja sama dengan baik secara perorangan ataupun kelompok serta keahlian konseptual, dimana keahlian ini harus dimiliki manajer untuk berfikir dan berkonsep tentang situasi yang abstrak dan rumit.

Tugas kepala ruang selanjutnya berkaitan dengan fungsi pengawasan adalah merancang program pengawasan, menetapkan standar penunjuk hasil, menetapkan jaringan informasi dan umpan balik berupa komunikasi. Komunikasi pengawasan sering didasarkan pada prinsip "*management by exception*" yaitu kepala ruang hanya diberi informasi bila terjadi penyimpangan besar dari standar atau rencana.

Sistem pengawasan menurut Newman dalam Handoko (2003) yang harus dirumuskan oleh kepala ruang adalah merumuskan hasil yang akan dicapai secepat mungkin dan hasil yang diinginkan dihubungkan dengan individu yang bertanggung jawab atas pencapaiannya, menetapkan penunjuk hasil, dimana tujuan pengawasan sebelum dan selama kegiatan dilaksanakan adalah agar kepala ruang dapat mengatasi dan memperbaiki penyimpangan tersebut sebelum kegiatan diselesaikan.

6.1.2 Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien

Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang di RSUD Gunung Jati Cirebon, banyak yang mempersepsikan kurang baik. Tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Warsito (2006) bahwa persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang antara yang mempersepsikan baik dan kurang baik adalah seimbang.

Persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang sangat dipengaruhi oleh nilai yang terdapat pada diri seorang perawat pelaksana dimana peran seorang kepala ruang dalam menjalankan fungsi pengawasan dapat dinilai dari kemampuannya dalam memotivasi dan meningkatkan kepuasan staf (Nursalam20110), untuk itu kepala ruang harus bersikap terbuka dan mampu memberikan kesempatan kepada staf untuk melaksanakan tugas dengan sebaik-baiknya. Pelaksanaan fungsi pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang secara berlebihan akan menimbulkan birokrasi serta mematikan kreatifitas yang akhirnya dapat merugikan organisasi (Handoko, 2003). Persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan kepala ruang juga dapat dipengaruhi oleh perasaan subyektif terhadap fungsi pengawasan kepala ruang itu sendiri.

Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon juga banyak yang mempersepsikan kurang baik, ini kemungkinan dipengaruhi oleh kondisi lingkungan yang menekan dimana perbandingan antara jumlah perawat dengan beban kerja yang harus dilakukan

oleh perawat pelaksana tidak seimbang. Persepsi perawat pelaksana juga dipengaruhi oleh emosi yang positif dan negatif dari perawat pelaksana tersebut dimana apabila seorang perawat tidak senang terhadap kebijakan maka akan memandang negatif pada setiap kebijakan yang diambil oleh kepala ruang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien.

Pelaksanaan serah terima pasien yang dilakukan oleh perawat bukan saja hanya dilakukan dikantor tetapi dilanjutkan dengan mengunjungi pasien ke ruangan, kondisi ini membuat persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien banyak menyita waktu. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh O'Connel & Penney (2001) bahwa pelaksanaan serah terima pasien yang dilanjutkan disamping tempat tidur pasien banyak menyita waktu, pendapat ini juga di dukung oleh Bosek & Fugate 1994; Taylor 1993.

Pelaksanaan serah terima pasien disamping tempat tidur memungkinkan pasien untuk terlibat dalam pembahasan perawatan menyangkut dirinya, perawat dapat menilai pasien pada saat itu dan dapat memeriksa hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang sudah dilakukan O'Connel & Penney (2001). Sejalan dengan itu Hardey dan Coleman (2000) mengemukakan pelaksanaan serah terima pasien harus dilakukan dengan tidak terburu-buru dan memberikan penjelasan perawatan yang komprehensif tentang pasien.

Pelaksanaan serah terima pasien yang dilakukan oleh perawat secara baik dapat mengurangi terjadinya kesalahan, dan pelaksanaan ini harus diikuti oleh semua perawat yang bertugas pada saat itu serta dilakukan setiap pergantian shift dimulai dari kantor perawat sampai ke tempat tidur pasien. Pendapat ini sangat didukung oleh Wallis (2010), bahwa pelaksanaan serah terima pasien dilakukan dimulai dari kantor perawat kemudian dilanjutkan ke ruangan pasien yang dikuti oleh seluruh staf keperawatan yang bertugas saat itu. Perawat melakukan serah terima pasien bersama dengan perawat lain dengan cara berkeliling ke setiap pasien dan menyampaikan kondisi pasien secara akurat dekat pasien, dan cara ini lebih

efektif dibandingkan dengan membaca dokumentasi yang telah dibuat (Nursalam, 2011).

Kelemahan dari pelaksanaan serah terima pasien disamping tempat tidur adalah tidak dapat memberikan informasi yang sensitif berkaitan dengan perkembangan perawatan karena keluarga dan pengunjung dapat mendengarkan informasi tersebut (O'Connel & Penney, 2001). Pelaksanaan serah terima pasien adalah memberikan informasi tentang keadaan pasien yang dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dan belum dilakukan serta perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna dan kesalahan dapat dihindari.

6.1.3 Hubungan Karakteristik Perawat Pelaksana dengan Persepsi Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien

6.1.3.1 Karakteristik Umur

Rata-rata umur perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap RSUD Gunung Jati adalah berumur 35 tahun. Hasil penelitian hubungan umur perawat pelaksana dengan persepsi perawat terhadap pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, bahwa tidak ada hubungan antara umur perawat pelaksana dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yudianto (2005) dan Dewi (2011) bahwa tidak ada hubungan antara umur perawat pelaksana dengan pelaksanaan serah terima pasien.

Umur perawat pelaksana pada masa ini tergolong pada kelompok masa dewasa dini, dimana masa dewasa dini merupakan periode penyesuaian diri terhadap pola-pola kehidupan baru dan harapan sosial baru. Pada masa ini juga menentukan kematapan pilihan seseorang bekerja tanggung jawab yang harus dipikulnya sebelum ia mulai berkarya (Friedman & Schustack, 2008).

Masa dewasa dini menurut Friedman & Schustack (2008) adalah merupakan masa pengaturan, masa usia produktif, masa bermasalah, masa ketegangan emosional, masa keterasingan sosial, masa komitmen, masa ketergantungan, masa perubahan nilai dan masa kreatif. Pada masa ini, kebanyakan orang telah mampu memecahkan masalah-masalah yang terjadi dalam keluarga maupun dalam pekerjaan, sehingga menjadi stabil dan tenang secara emosional. Masa ini juga disertai dengan semangat bersaing dan hasrat kuat untuk maju dalam karir serta mempunyai komitmen yang kuat untuk belajar kembali menyelesaikan pendidikan dan mengikuti berbagai kursus.

Setiap orang cenderung untuk mengubah nilai pekerjaannya sebagai hasil pengalaman yang diperoleh dalam bekerja, semakin dewasa seseorang, biasanya ia makin menambah nilai yang mendukung kemantapannya terhadap suatu pekerjaan dan mandiri dengan pekerjaan tersebut (Hurlock, 2008).

6.1.3.2 Karakteristik Masa Kerja

Hasil penelitian hubungan masa kerja terhadap pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon, bahwa tidak ada hubungan masa kerja perawat pelaksana dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yudianto (2005) dan Dewi (2011) bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja perawat pelaksana dengan pelaksanaan serah terima pasien.

Keberhasilan pelaksanaan serah terima pasien tergantung dari ketrampilan berkomunikasi antar perawat serta pengetahuan dan pengalaman yang dipunyai oleh perawat (Friesen et al, 2009). Peneliti berpendapat apabila perawat pelaksana mempunyai masa kerja lebih dari lima tahun, maka perawat tersebut sudah mempunyai pengalaman yang baik berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien.

6.1.3.3 Karakteristik Pendidikan

Pendidikan perawat pelaksana dalam penelitian ini yang paling banyak adalah perawat pelaksana yang mempunyai latar belakang pendidikan Akper/D III keperawatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yudianto (2005), bahwa perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap didominasi oleh perawat pelaksana yang mempunyai latar belakang pendidikan Akper/ DIII Keperawatan yaitu sebesar 82,4 %.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang mempunyai latar belakang pendidikan Akper/DIII Keperawatan mempunyai persepsi kurang baik lebih tinggi dibandingkan dengan perawat pelaksana yang mempunyai latar belakang pendidikan SPK dan S1 Keperawatan terhadap pelaksanaan serah terima pasien. Hasil penelitian yang dilakukan Yudianto (2005) bahwa rata-rata pengetahuan perawat pelaksana dalam pelaksanaan serah terima pasien hasilnya cukup baik (53%). Apabila dihubungkan dengan hasil penelitian ini, perawat pelaksana yang mempunyai pengetahuan cukup baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien belum tentu mempunyai persepsi yang baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien.

Peningkatan pendidikan perawat dapat merubah persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien, untuk itu peningkatan pendidikan perawat harus dilakukan secara berjenjang. Sebagaimana dikatakan Potter & Perry (2005) dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dituntut untuk selalu meningkatkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi agar selalu dapat berfikir secara kritis terhadap situasi yang dihadapi.

6.1.3.4 Karakteristik Jenis Kelamin

Perawat pelaksana yang bertugas di instalasi rawat inap RSUD gunung Jati Cirebon lebih banyak berjenis kelamin perempuan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Warsito (2006) di RSJD Dr. Aminoto Gondohutomo Semarang, bahwa perawat yang bertugas di instalasi rawat inap

juga masih mendominasi kaum perempuan. Penelitian yang dilakukan Rustina (1999) menyatakan bahwa profesi keperawatan sangat identik dengan perempuan karena mayoritas tenaga keperawatan adalah perempuan dengan dibuktikan dari banyaknya lulusan perawat perempuan lebih tinggi yaitu 78%, sedangkan lulusan perawat laki-laki sebesar 21,5%.

Hasil penelitian hubungan jenis kelamin dengan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien, didapatkan hasil bahwa perawat perempuan mempunyai persepsi kurang baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien lebih tinggi dibandingkan dengan perawat laki-laki. Walaupun demikian bukan berarti bahwa perempuan tidak dapat merubah persepsinya, sebagaimana dikatakan Friedman & Schustack (2008), bahwa terdapat *inkonsistensi* pada setiap perilaku individu.

Scultz (1999) dalam Marquis & Huston (2010) melaporkan bahwa otak wanita kurang terlateralisasi sehingga dapat mengakses kedua sisi otak dengan lebih baik, sehingga wanita tidak memandang sesuatu sebagai rutinitas yang sesuai rencana seperti yang dilakukan pria. Dengan demikian, pada pelaksanaan serah terima pasien, perawat perempuan memandang pelaksanaan serah terima pasien adalah suatu keharusan, bukan rutinitas yang diturunkan secara turun temurun sehingga perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan mempunyai persepsi terhadap pelaksanaan serah terima pasien itu kurang baik.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna karena keterbatasan pengetahuan, tenaga dan waktu. Faktor bias dalam penelitian ini masih belum dapat dilepaskan karena tempat penelitian ini adalah rumah sakit yang pernah menjadi tempat tugas peneliti.

Keterbatasan peneliti dalam penelitian ini adalah hanya mengidentifikasi hubungan persepsi perawat tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien. Peneliti tidak melakukan observasi tentang

pelaksanaan serah terima pasien, hasil penelitian ini belum menunjukkan manfaat yang besar terhadap *evidence based practice*. Peneliti berharap ada yang melanjutkan penelitian ini dengan observasi menggunakan desain penelitian yang lain.

Penelitian ini juga mempunyai keterbatasan dalam penyebaran kuesioner, dimana dalam penyebaran kuesioner dilakukan oleh peneliti sendiri, sehingga dapat menyebabkan bias dalam pengisian jawaban oleh perawat pelaksana yang terdapat dalam kuesioner tersebut. Sebelum dilakukan penelitian ini, peneliti juga pernah menyebarkan kuesioner belum lama ini, sehingga ada perasaan jemu dari perawat pelaksana untuk mengisi kuesioner, permasalahan ini dapat menyebabkan biasanya hasil penelitian.

Pengisian kuesioner oleh perawat pelaksana disela-sela kesibukan sebagai perawat dan tidak seimbang antara beban kerja dengan jumlah perawat yang bertugas pada saat itu, dapat menyebabkan biasanya dalam memberikan jawaban. Pengisian kuesioner juga dilakukan oleh perawat pelaksana tidak langsung pada saat itu setelah peneliti memberikan penjelasan tentang pengisian kuesioner. Kondisi ini dapat menyebabkan biasanya hasil penelitian.

6.1 Implikasi Penelitian Terhadap Pelayanan Keperawatan

Hasil dari penelitian ini menggambarkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien, dimana persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kurang baik juga mempunyai persepsi kurang baik tentang pelaksanaan serah terima pasien. Persepsi perawat pelaksana disini tidak menjadi landasan untuk mengambil keputusan.

Dampak dari persepsi perawat yang kurang baik dari perawat pelaksana dapat mengakibatkan pelaksanaan serah terima pasien kurang berjalan secara optimal yang dapat mengakibatkan kerugian bagi pasien seperti hari rawat yang semakin panjang sehingga biaya perawatannya akan semakin banyak. Kerugian bagi

rumah sakit adalah hari rawat semakin panjang, serta risiko infeksi nosokomial tinggi yang dapat menurunkan citra rumah sakit.

Perawat pelaksana mempunyai persepsi kurang baik terhadap pelaksanaan serah terima pasien disebabkan belum adanya standar tetap berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk mendapatkan dukungan dari pemimpin rumah sakit dalam membuat standar yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien.

Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien banyak kurang baik pada perawat pelaksana yang mempunyai latar belakang pendidikan Akper/DIII Keperawatan. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk membuat program peningkatan pengetahuan dan pendidikan bagi perawat pelaksana.

RSUD Gunung Jati adalah rumah sakit pendidikan tipe B , dimana rumah sakit ini menjadi lahan praktek bagi mahasiswa keperawatan, kedokteran serta dari disiplin ilmu lainnya. Penelitian yang dilakukan dirumah sakit ini dapat memberikan masukan kepada peserta didik tentang persepsi perawat tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien yang harus dilakukan setiap pergantian shift. Peserta didik dapat belajar tentang bagaimana pelaksanaan serah terima pasien di ruangan tersebut.

Persepsi perawat pelaksana yang baik tentang pelaksanaan serah terima pasien, maka akan memberikan pelayanan yang baik sesuai dengan kompetensinya pada pasien. Pelanggan dalam hal ini pasien, cenderung ingin dilayani oleh perawat yang mempunyai kompetensi baik, sehingga akan meningkatkan kunjungan pasien ke rumah sakit.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Penelitian tentang pengaruh persepsi perawat pelaksana terhadap fungsi pengawasan dan pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon menghasilkan simpulan sebagai berikut:

- Gambaran karakteristik perawat pelaksana mempunyai rata-rata umur 35 tahun, masa kerja 11 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan dan latar belakang pendidikan terbanyak Akper/DIII Keperawatan.
- Persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang kurang baik.
- Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien kurang baik.
- Hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien kurang baik
- Persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien kurang baik pada perawat pelaksana yang berlatar belakang pendidikan Akper/DIII Keperawatan, S1 Keperawatan dan SPK.
- Persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien kurang baik pada perawat yang berjenis kelamin perempuan.

7.2 Saran

7.2.1 Saran Untuk Bidang Perawatan

- Melakukan evaluasi terhadap fungsi pengawasan kepala ruang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien
- Melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan serah terima pasien yang dilakukan oleh perawat.
- Membuat program untuk perawat pelaksana dalam rangka meningkatkan pendidikan keperawatan ke jenjang yang lebih tinggi
- Menentukan kepala ruang sesuai dengan kriteria dan standar yang berlaku di rumah sakit.

7.2.2 Saran Untuk Kepala Ruang

- Meningkatkan pengetahuan dibidang keperawatan melalui peningkatan pendidikan dan pelatihan-pelatihan berkaitan dengan fungsi manajemen kepala ruang.
- Mampu memberikan motivasi kepada perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien.
- Mampu menyelesaikan masalah berkaitan dengan kasus yang diakibatkan karena kesalahan dalam serah terima pasien.
- Mampu memberikan pujian kepada perawat pelaksana apabila pelaksanaan serah terima pasien dilakukan dengan baik.
- Mampu melakukan teguran kepada perawat pelaksana apabila terjadi kesalahan dalam pelaksanaan serah terima pasien.
- Mampu membangun kerja sama dan percaya antar tim yang telah disusun bersama perawat pelaksana.

7.2.3 Saran Untuk Perawat Pelaksana

- Meningkatkan pengetahuan melalui peningkatan pendidikan dan pelatihan-pelatihan berkaitan dengan dengan pelaksanaan serah terima pasien.
- Mendukung dan melaksanakan kebijakan yang telah dibuat oleh bidang keperawatan dan kepala ruang, berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien di ruangan

7.2.4 Saran Untuk Penelitian Selanjutnya

- Penelitian ini menggambarkan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien, disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk meneliti tentang sikap perawat pelaksana terhadap pelaksanaan serah terima pasien dengan sampel yang lebih besar menggunakan metode penelitian yang berbeda.
- Peneliti selanjutnya meneliti tentang pelaksanaan serah terima pasien berdasarkan observasi dengan menggunakan *interrater reliabiliti*.
- Peneliti menggunakan metode kualitatif untuk penelitian yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2010). *Manajemen administrasi rumah sakit*. Edisi II. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *AHRQ's patient safety initiative. Chapter 2: Efforts to reduce medical errors: ahrq's response to senate committee on appropriations questions*. Diunduh 10 april 2012 dari <http://www.ahrq.gov/qual/pscongrpt/psini2.htm>
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik*. Edisi revisi vi. Jakarta: PT. Rineka cipta.
- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (ACSQHC). (2009). *Guide to clinical handover improvement*. Australia: Australian commission on safety and quality in healthcare.
- Bidang Perencanaan & Rekam Medik. (2010). *Kinerja RSUD Gunung Jati Kota Cirebon*. Cirebon: RSUD Gunung Jati (Tidak dipublikasikan)
- Blais, K.T et al (2006) *Praktik keperawatan profesional: Konsep & perspektif* (Y. Yuningsih & NB. Subekti, Penerjemah). Jakarta: EGC. (Buku asli 2002)
- Bosek, M.S & Fugate K. (1994) Intershift report: A quality improvement projec. *Medsurg Nursing* 3(2): 128–132.
- Budiharjo, A. (2008). Pentingnya safety culture di rumah sakit: Upaya meminimalkan adverse events. *Jurnal manajemen bisnis vol. 1 No.1*. Jakarta: Prasetya Mulya Business School.
- Cahill. J.O. (1998). Patient's perceptions of bedside handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 7: 351–359. Diunduh 20 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- Chaboyer, W., Murray, A., & Wallis, M. (2010). Bedside nursing handover: A case study. *International journal of nursing practice*. Diunduh 20 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- Chaboyer, W., Murray, A., & Wallis, M. (2008) *Standard operating protocol for implementing bedside handover in nursing*. Australia: Published by the Research Centre for Clinical and Community Practice Innovation (RCCCPI). Diunduh 28 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- Cohen, M.D., & Hilligoss, P. Brian. (2009). *Handoffs in hospitals: A review of the literature on information exchange while transferring patient responsibility or control*. School of Information University of Michigan 1085 South University Ave. Diunduh tanggal 15 Pebruari dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>

- College of Registered Nurses of British Columbia. (2007) *Nursing documentation*. Vancouver: CRNBC. Diunduh 3 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- Dahlan, M.S. (2010). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Seri Evidence Based Medicine (Seri 3 Edisi 2). Jakarta: Sagung Seto.
- Davies, S., & Priestly, M.J. (2006). *A reflective evaluation of patient handover practices*. Diunduh 20 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- Dean, P.J. (2009). Nurse-to-nurse caring begins with shift-to-shift report. Vol 12, No. 2. *International Journal for Human Caring*. Rochester: School of Nursing.
- Departemen Kesehatan R.I. (2006). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta: Bhakti Husada
- Dewi, M. (2011). *Pengaruh pelatihan timbang terima pasien terhadap pelaksanaan timbang terima dan penerapan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di rumah sakit husada jakarta*. Tesis tidak dipublikasikan. Depok: Universitas Indonesia
- Djarmiko, B., & Jumaedi, H. (2011). *Sistem manajemen mutu ISO 9001*. Bandung: STEMBI Bandung Business School.
- Elisabet, E. (2008). *Optimalisasi pelaksanaan handover berdasarkan standar nasional patient safety (Riset Operasional di Badan Pelayanan Kesehatan RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto)*. Diunduh 31 Januari 2012 dari isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/6308166171.pdf
- Friedman, H.S., & Schustack, M.W. (2008). *Kepribadian teori klasik dan riset modern, edisi ketiga* (FD. Ikarini, M. Hany, dan AP. Prima, Penerjemah). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Friesen, M.A., White, S.V., & Byers, J.F. (2009). Handoffs: Implications for nurses. *America: Floridanurse. Org*. Diunduh 7 Maret 2012 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2649/>
- Handoko, T.H. (2003). *Manajemen*. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta.
- Hasibuan, M.S.P. (2006). *Manajemen: Dasar, pengertian dan masalah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: Universitas Indonesia
- Hastono, S.P., & Sabri, L. (2010). *Statistik kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada

- Health and Disability Commissioner. (2007). *Work in progress: Responses of DHBs to HDC Capital & Coast DHB Inquiry Report*. Diunduh 7 maret 2010 dari <http://www.hdc.org.nz/publications/other-publications-from-hdc/mediareleases/>
- Hidayat, D.R. (2009) *Ilmu perilaku manusia pengantar psikologi untuk tenaga kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Hurlock, E.B. (2008) *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan* (Istiwidayanti dan Soejarwo, alih bahasa). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Iedema R., & Merrick, ET. (2008) *Handover-enabling learning in communication for safety*. Sydney: Centre for health communication, University of Technology. Diunduh 23 Pebruari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- Marquis, Bessie L., & Huston, C.J. (2003). *Leadership roles and management function in nursing: Theory and application, Fifth Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Marquis, Bessie L., & Huston, C.J. (2010). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: Teori & Aplikasi edisi 4* (Widyawati, WE. Handayani dan Ns. F. Ariani, Penerjemah). Jakarta: EGC
- Maryam, D., Nurrachmah, E., & Hastono, S.P. (2009) *Hubungan penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Diunduh 28 Januari 2012 dari isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/11409170173_1411-9498.pdf
- Murray et al. (2010). Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2580–2589 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03033.x.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan-Ed Rev*. Jakarta: Rineke Cipta
- Nursalam. (2002). *Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2011). *Manajemen keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam., & Pariani, S. (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- O'Connell, B & Penney, W (2001) *Challenging the handover ritual: Recommendations for research and practice, Collegian* 8(3): 14–18.

- Patterson, E., & Wears, R (2010). Patient handoffs: Standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Journal on Quality and Patient Safety* Volume 36 Number 2. United States: Joint Commission of Healthcare Organizations. Diunduh 2 pebruari 2012 dari www.jcrinc.com
- Permatasari, H., Hamid, A.Y.S., & Setyowati. (2008). Pengalaman perempuan bekerja dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga di wilayah Jakarta, Bogor, Tangerang, Bekasi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, volume 12, No.1. 21-28.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005) *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. Edisi 4. (Y. Asih et al, penerjemah). Jakarta: EGC
- Robbins , S.P., & Coulter, M (2005). *Management*, eight edition. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Robbins, S.P. (2001). *Perilaku organisasi*, edisi kedelapan, jilid 1. Jakarta: PT. Prenhallindo.
- Rustina, Y. (1999). Distribusi dan utilisasi lulusan: Suatu survey. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, volume 2, No. 6.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis edisi ke-4* Jakarta: CV Sagung Seto.
- Scovell, S. (2010). *Role of the nurse-to-nurse handover in patient care*. Diunduh 20 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- SMHPT. (2010). *Handover policy*. Suffolk County Council. Diunduh 28 Januari dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?>
- Smith, et al. (2009). *Quality of patient handover on intensive care units in Northwest England*. England: JICS
- Suarli. S., & Bahtiar, Y. (2009). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Suparman, M.A. (2005) *Mengajar di perguruan tinggi. Buku 1.08: Desain Instruksional*. Jakarta: Universitas Terbuka
- Swansburg, R.C. (2000) *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan untuk perawat klinis*. (S. Samba, Penerjemah) Jakarta: EGC
- Turner et al. (2009). *A standard operating protocol (SOP) and minimum data set (MDS) for nursing and medical handover: Considerations for flexible standardization in developing electronic tools*. Tasmania: Steering Committee and IOS Press

- Umar, H. (2010). *Desain penelitian manajemen strategik: Cara mudah meneliti masalah-masalah manajemen strategik untuk skripsi, tesis dan praktek bisnis*. Jakarta: Rajawali Pers
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa universitas indonesia*. Depok: Universitas Indonesia
- Utarini, A. (2011). *Pengembangan sitem regulasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien kunci pelayanan kesehatan yang optimal dan responsif*. Diunduh 29 Maret 2011 dari <http://www.ugm.ac.id/index.php?artikel>.
- Wahyuni, S. (2007) *Analisis kompetensi kepala ruang dalam Pelaksanaan standar manajemen pelayanan keperawatan dan pengaruhnya terhadap kinerja perawat dalam mengimplementasikan model praktik keperawatan profesional di instalasi rawat inap BRSUD Banjarnegara*. Tesis tidak dipublikasikan. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Wallis, S. (2010). Nursing handover research project: How is nursing handover talked about in the literature? *Waikato Institute of technology*. Diunduh 23 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=1d55a81a-b24e->
- Warsito, B.E. (2006). *Pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Tesis tidak dipublikasikan. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Wijono, D. (2000). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan: Teori, strategi dan aplikasi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Wilson, M.J. (2007). A template for safe and concise handovers. Vol. 16/No. 3 Pittsburgh: *Medsurg Nursing*. Diunduh 20 Januari 2012 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=1d55a81a-b24e->
- World Health Organization. (2007). *Communication during patient hand-overs*. Geneva: WHO Press. Diunduh 27 Januari 2012 dari http://www.who.int/patientsafety/information_centre/en/
- Yudianto, K. (2005) *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan operan pasien perawat pelaksana di perjan rumah sakit DR Hasan Sadikin Bandung tahun 2005*. Tesis tidak dipublikasikan. Depok: Universitas Indonesia.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120 , 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 299 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012
Lampiran : - -
Perihal : Permohonan pengambilan data

26 Januari 2012

Yth. Direktur
RSUD Gunung Jati
Kota Cirebon
Jawa Barat

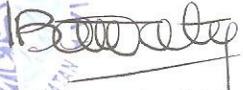
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Winani
NPM 1006748993

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di RSUD Gunung Jati sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis.

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Peringgal



GEMAH RIPAHA LOH JINAWA

PEMERINTAH KOTA CIREBON RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI

Jl. Kesambi No. 56 Telp (0231) 206330 Fax 203336 Kode Pos 45134
CIREBON

Nomor : 070/197- RSUD. GJ Cirebon, 16 Februari 2012.
 Sifat :
 Lampiran :
 Perihal : Permohonan Pengambilan Data.
 Kepada Yth.
 Dekan Program Pendidikan Magister
 Ilmu Keperawatan UI (FIK – UI)
 Kampus UI - Depok
 Di –
 Depok.

Membalas surat saudara Nomor : 299/H2.F12.D/PDP.04.02/2012, tanggal 26 Januari 2012, perihal sebagaimana tersebut diatas, pada prinsipnya kami tidak berkeberatan mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan atas nama :

Nama : WINANI.
NIM : 1006748993.

Untuk melakukan Pengambilan Data di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon, sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis, dengan ketentuan sbb :

1. Tidak mengganggu pelayanan.
2. Melampirkan Kerangka Acuan / Proposal.
3. Mengikuti peraturan yang berlaku di RSUD Gunung Jati Cirebon.
4. Menyelesaikan biaya administrasi.

Demikian agar menjadi maklum.

DIREKTUR

 Drg. H. HERU PURWANTO, MARS.
 PEMBINA TINGKAT I.
 NIP. 19570322 198312 1 001.

Tembusan :

1. Yth. Para Wadir RSUD Gunung Jati Kota Cirebon
2. Yth. Kepala Ruang yang bersangkutan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.
3. Yth. Pembimbing yang bersangkutan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1200 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran : --
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian

20 Maret 2012

Yth. Direktur
RSUD Indramayu
Jawa Barat

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Winani
NPM 1006748993

akan mengadakan Uji Instrumen Penelitian dengan judul : **“Pengaruh Fungsi Pengawasan Kepala Ruang Dalam Pelaksanaan Serah Terima Pasien”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan Uji Instrumen Penelitian di RSUD Indramayu.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Bidang Perawatan RSUD Indramayu
3. Kepala Diklat RSUD Indramayu
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal



PEMERINTAH KABUPATEN INDRAMAYU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Murahnara No.7 Telp. (0234)272655 Fax. (0234)275330 Indramayu 45222



Nomor : 423.6/282 Diklat
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Instrumen Tesis

Indramayu, 02 April 2012

Kepada, Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Depok 16424
Di -
Jakarta.

Berdasarkan surat Saudara, nomor : 1200/H2.F12.D/PDP.04.00/2012, tertanggal : 20 Maret 2012, perihal : Permohonan Ijin uji instrumen dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis, bagi mahasiswa :

Nama : **WINANI**
NIM. : 1006748993
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan.
Judul : **"Pengaruh Fungsi Pengawasan Kepala Ruangan Dalam Pelaksanaan Serah Terima Pasien".**

Pada prinsipnya kami tidak keberatan dengan adanya kegiatan tersebut. Namun sebelum kegiatan tersebut dimulai, bagi mahasiswa yang bersangkutan agar menghubungi Bidang Diklat terlebih dahulu guna mendapatkan informasi lebih lanjut.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terimakasih.

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Indramayu,



dr. H. DEDI ROHENDI, MARS.
NIP. 19600810198911 1 001

Tembusan : HUbungan persepsi..., Winani, FIKUI, 2012
1. Yang bersangkutan,
2. Arsip.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : *1696* /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

13 April 2012

Yth. Direktur
RSUD Gunung Jati
Kota Cirebon
Jawa Barat

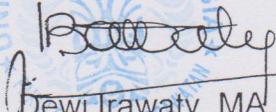
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

Sdr. Winani
NPM 1006748993

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengaruh Pelaksanaan Fungsi Pengawasan Kepala Ruangan yang Dipersepsikan Menurut Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kabid Perawatan RSUD Gunung Jati Kota Cirebon
3. Kabid Diklat RSUD Gunung Jati Kota Cirebon
4. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA CIREBON
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GUNUNG JATI
Jl. Kesambi No. 56 Telp. (0231) 206330 Fax. (0231) 203336 Kode Pos
CIREBON

Nomor : 070/688 - RSUD. GJ
Sifat :
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Cirebon, 8 Mei 2012

Kepada Yth
Dekan Program Pendidikan Magister
Fakultas Ilmu Keperawatan UI (FIK-UI)
Kampus UI Depok
di
DEPOK

Membalas surat Saudara Nomor : 1696/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 13 April 2012, perihal sebagaimana tersebut diatas, pada prinsipnya kami tidak keberatan mahasiswa Program Pendidikan Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sebagai berikut :

N A M A : WINANI
N P M : 1006748993
JUDUL : Pengaruh Pelaksanaan Fungsi Pengawasan Kepala
Ruangan yang Dipersepsikan Menurut Perawat Pelaksana
Terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD
Gunung Jati Kota Cirebon

Untuk melakukan Penelitian di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon, sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak mengganggu pelayanan
2. Melampirkan Kerangka Acuan/ Proposal
3. Menyelesaikan biaya administrasi
4. Mengikuti peraturan yang berlaku di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon

Demikian agar menjadi maklum

DIREKTUR

Drg. H. HERU PURWANTO, MARS
PEMBAINA UTAMA MUDA
NIP. 19570322 198312 1 001

Tembusan :

1. Yth. Para Wadir RSUD Gunung Jati Kota Cirebon
2. Yth. Kepala Ruang yang bersangkutan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.
3. Yth. Pembimbing yang bersangkutan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.

HUbugan persepsi..., Winani, FIKUI, 2012



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Pelaksanaan Fungsi Pengawasan Kepala Ruangan yang Dipersepsikan menurut Perawat Pelaksana terhadap Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD. Gunung Jati Kota Cirebon.

Nama peneliti utama : Winani

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 25 April 2012

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian:

“Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon”

Saya Winani S.Kep., Ners. Mahasiswi Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan dengan NPM. 1006748993, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dan pelaksanaan serah terima pasien.

Adapun faktor yang diidentifikasinya adalah karakteristik perawat pelaksana yang meliputi umur, masa kerja, jenis kelamin dan pendidikan, persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang, persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien, hubungan persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang dengan pelaksanaan serah terima pasien, hubungan karakteristik perawat pelaksana dengan persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon

Prosedur yang harus dijalani bapak/ibu/saudara adalah pengisian kuesioner. Hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di masa yang akan datang. Peneliti sangat menghargai dan menjunjung tinggi hak bapak/ibu/saudara untuk menjaga kerahasiaan identitas serta data yang telah diberikan.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu/saudara untuk berperan dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasinya, peneliti mengucapkan terima kasih.

Cirebon, Mei 2012
Peneliti,

Winani, Skep., Ners

**SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini saya:

Nama : _____
Jabatan : _____
Umur : _____
Alamat : _____

Saya telah membaca surat permohonan dan mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Winani, Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul “Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Fungsi Pengawasan Kepala Ruang dan Pelaksanaan Serah Terima Pasien di RSUD Gunung Jati Cirebon”.

Saya telah mengerti dan memahami tujuan, manfaat serta dampak yang mungkin terjadi dari penelitian yang akan dilakukan. Saya mengerti dan yakin bahwa peneliti akan menghormati hak-hak saya. Untuk itu saya memutuskan untuk bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Adapun bentuk kesediaan saya adalah:

1. Meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan peneliti dalam kuesioner.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui

Peneliti,

Winani

Cirebon, Mei 2012

Yang membuat pernyataan

Nama & tanda tangan

Kisi-Kisi Instrumen

Variabel	Indikator	Nomor Pertanyaan <i>favorable</i>	Nomor Pertanyaan <i>unfavorable</i>
Persepsi Perawat Pelaksana tentang Fungsi pengawasan kepala ruang	Perencanaan	B17	B25
	Pembagian tugas	B29	
	Pelaksanaan serah terima	B1, B7, B10, B23	B15, B16
	Pengawasan pelaksanaan serah terima pasien	B5, B12, B14, B27	B2, B6, B9, B30
	Evaluasi pelaksanaan serah terima pasien	B3, B8, B13, B19, B20, B24, B26	B18
	Komunikasi efektif dalam serah terima pasien	B4	B22, B28
	Dokumentasi serah terima pasien		B11
Persepsi perawat pelaksana tentang pelaksanaan serah terima pasien	Waktu serah terima pasien	C6, C14	C1
	Tempat serah terima pasien		C5, C8
	<i>Standar Operating Procedure</i>	C2, C3, C9	C16
	Persiapan pelaksanaan serah terima pasien	C22	
	Pelaksanaan serah terima pasien	C4, C11, C15, C17, C19, C20, C25, C28	C7, C13, C18, C23, C24, C29, C30
	Dokumentasi serah terima pasien		C10, C21
	Komunikasi		C12, C27
Model asuhan keperawatan		C26	

No. Responden:

Diisi peneliti

Lampiran 6

**KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA TENTANG FUNGSI
PENGAWASAN KEPALA RUANG DAN PELAKSANAAN SERAH
TERIMA PASIEN DI RSUD GUNUNG JATI CIREBON**

Petunjuk: isilah pertanyaan berikut dengan memberikan tanda silang(X) pada kotak didepan jawaban yang bapak/ibu/bapak/ibu/saudara pilih.

A. DATA RESPONDEN	Diisi oleh peneliti
	KODE
1. Umur :	
2. Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/>
3. Pendidikan terakhir : <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> Akper/DIII Keperawatan <input type="checkbox"/> S1 Keperawatan	<input type="checkbox"/>
4. Masa bekerja di RSUD : Gunung Jati	

B. KUESIONER PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA TENTANG FUNGSI PENGAWASAN KEPALA RUANGAN

Petunjuk:

Dalam kuesioner ini terdapat pernyataan tentang persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengawasan kepala ruang. Caranya adalah dengan memberikan tanda (√) pada kotak yang sesuai dengan jawaban bapak/ibu/saudara. Apabila bapak/ibu/saudara berpendapat:

Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 : Berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan sungguh-sungguh benar tidak sesuai dengan apa yang dirasakan.

Kurang Setuju (KS) = 2 : Berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan lebih banyak tidak benarnya daripada benarnya

Ragu-ragu (R) atau netral = 3 : Berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan sama banyak benarnya dan tidak benarnya.

Setuju (S) = 4 : Berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung dalam pertanyaan yang diajukan lebih banyak benarnya daripada tidak benarnya

Sangat Setuju (SS) = 5 : Berarti Bpk/Ibu/Sdr berpendapat bahwa apa yang terkandung didalam pertanyaan yang diajukan sungguh-sungguh benar sesuai apa yang dirasakan.

No.	Pernyataan	STS	KS	R	S	SS
		1	2	3	4	5
1.	Pelaksanaan serah terima pasien dapat berjalan dengan baik apabila pengawasan dari kepala ruang dilaksanakan secara terus menerus.					
2.	Pengawasan kepala ruang terhadap pelaksanaan serah terima pasien dilakukan secara agresif.					
3.	Evaluasi hasil pelaksanaan serah terima pasien dilakukan oleh kepala ruang setelah selesai pelaksanaan serah terima pasien.					

No.	Pernyataan	STS	KS	R	S	SS
		1	2	3	4	5
4.	Komunikasi efektif dilakukan oleh kepala ruang pada saat pelaksanaan serah terima pasien kepada anggota tim perawatan.					
5.	Pengawasan dari kepala ruang berkaitan dengan serah terima pasien dilakukan setiap pergantian jaga.					
6.	Pengawasan kepala ruang pada pelaksanaan serah terima pasien menurunkan motivasi kerja perawat					
7.	Pelaksanaan serah terima pasien pada pagi hari dipimpin oleh kepala ruang.					
8.	Kepala ruang memberikan kesempatan kepada staf untuk melakukan koreksi.					
9.	Kepala ruang dalam menjalankan fungsi pengawasan jangan menjadi pendengar yang baik					
10.	Kepala ruang memimpin pelaksanaan serah terima pasien tepat waktu.					
11.	Pemeriksaan dokumen serah terima pasien oleh kepala ruang dilakukan setiap minggu.					
12.	Pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang dapat menurunkan motivasi kerja perawat pelaksana.					
13.	Kehadiran anggota tim perawatan dalam pelaksanaan serah terima pasien dievaluasi oleh kepala ruang.					
14.	Pengawasan pelaksanaan serah terima pasien yang baik dilakukan secara tidak langsung.					
15.	Sistem pengawasan pelaksanaan serah terima pasien disesuaikan dengan keinginan kepala ruang.					
16.	Sistem pengawasan pada pelaksanaan serah terima pasien dilakukan untuk menghindari terjadinya kesalahan.					
17.	Kepala ruang membuat rencana asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan perawat.					
18.	Kepala ruang bapak/ibu/saudara, tidak pernah terlibat dalam memperbaiki/mengatasi kelemahan asuhan keperawatan pada saat pelaksanaan serah terima pasien					

No.	Pernyataan	STS	KS	R	S	SS
		1	2	3	4	5
19.	Kepala ruang bapak/ibu/saudara, saat melakukan serah terima pasien memperhatikan kemajuan dan kualitas asuhan keperawatan.					
20.	Kepala ruang memberikan pujian apabila pelaksanaan serah terima pasien dilakukan dengan baik.					
21.	Fungsi pengawasan diterapkan untuk menentukan hukuman bagi perawat pelaksana.					
22.	Teguran akan dilakukan oleh kepala ruang kepada perawat pelaksana apabila terjadi kesalahan dalam pelaksanaan serah terima pasien.					
23.	Kepala ruang menekankan kepada bapak/ibu/saudara untuk melaksanakan serah terima pasien.					
24.	Kepala ruang bapak/ibu/saudara, mengevaluasi penampilan kerja perawat pelaksana					
25.	Kepala ruang bapak/ibu/saudara, tidak menggunakan standar untuk melakukan serah terima pasien					
26.	Kepala ruang bapak/ibu/saudara, memberikan kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan ketrampilan perawat dalam asuhan keperawatan					
27.	Kepala ruang bapak/ibu/saudara menegur bapak/ibu/saudara bila terjadi kesalahan yang diakibatkan karena pelaksanaan serah terima pasien.					
28.	Kepala ruang membatasi hubungan dengan perawat pelaksana dalam pelaksanaan serah terima pasien.					
29.	Pembagian tugas perawat sudah sesuai dengan struktur organisasi yang ada					
30.	Pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruang terhadap pelaksanaan serah terima pasien dilakukan secara otoriter					

C. KUESIONER PERSEPSI PERAWAT PELAKSANA TENTANG PELAKSANAAN SERAH TERIMA PASIEN

No.	Pernyataan	STS	KS	R	S	SS
		1	2	3	4	5
1.	Pelaksanaan serah terima pasien di ruangan banyak menyita waktu.					
2.	Pelaksanaan serah terima pasien harus berdasarkan SOP (<i>Standar Operating Procedure</i>)					
3.	SOP (<i>Standar Operating Procedure</i>) tentang serah terima pasien harus dilaksanakan oleh seluruh perawat					
4.	Pelaksanaan serah terima pasien dapat mempermudah pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien					
5.	Serah terima pasien dilakukan di <i>nurse station</i> saja.					
6.	Pelaksanaan serah terima pasien dilaksanakan setiap pergantian <i>shift</i>					
7.	Serah terima pasien dilakukan pada pasien yang gawat saja.					
8.	Pelaksanaan serah terima pasien tidak perlu diadakan disamping tempat tidur pasien					
9.	Serah terima pasien dapat mengurangi terjadinya kesalahpahaman dalam pemberian perawatan.					
10.	Pendokumentasian hasil serah terima pasien menambah beban perawat					
11.	Pelaksanaan serah terima pasien dapat melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan klinis yang berkaitan dengan perawatan.					
12.	Komunikasi dalam serah terima pasien tidak banyak membantu dalam pemberian asuhan keperawatan.					
13.	Pelaksanaan serah terima pasien merupakan kegiatan turun temurun.					
14.	Serah terima pasien dilakukan 15 menit lebih awal dari jam dinas yang sudah ditentukan					

No.	Pernyataan	STS	KS	R	S	SS
		1	2	3	4	5
15.	Serah terima pasien melibatkan seluruh perawat yang bertugas pada saat itu					
16.	Penggunaan standar keperawatan mengakibatkan masalah dalam keperawatan					
17.	Pelaksanaan serah terima pasien dapat memperjelas informasi tentang perkembangan perawatan pasien					
18.	Pelaksanaan serah terima pasien tidak menjamin terjadinya keperawatan berkesinambungan					
19.	Pelaksanaan serah terima pasien akan lebih baik bila dengan melakukan kunjungan langsung ke pasien.					
20.	Pelaksanaan serah terima pasien dapat meminimalkan kejadian yang tidak diharapkan					
21.	Data yang lengkap tentang kondisi pasien, hanya didapat dari melakukan serah terima pasien.					
22.	Pada persiapan pelaksanaan serah terima pasien, formulir yang berkaitan dengan dokumentasi serah terima pasien harus diisi lengkap.					
23.	Penjelasan secara lisan pada serah terima pasien, merupakan pekerjaan yang sia-sia.					
24.	Tanpa melaksanakan serah terima pasienpun, perawat yang bekerja pada <i>shift</i> berikutnya dapat menjalankan tugas dengan baik.					
25.	Pelaksanaan serah terima pasien berfokus pada diagnosa keperawatan					
26.	Model asuhan keperawatan yang dipakai dalam pelaksanaan serah terima pasien dapat menghambat hubungan interpersonal					
27.	Diskusi yang dilakukan setelah pelaksanaan serah terima pasien banyak membuang waktu.					
28.	Pelaksanaan serah terima pasien dapat meningkatkan hubungan antara perawat dan pasien.					

No.	Pernyataan	STS	KS	R	S	SS
		1	2	3	4	5
29.	Pelaksanaan serah terima pasien berfokus pada diagnosa medis.					
30.	Pelaksanaan serah terima pasien merupakan kepentingan dari kepala ruang.					

Jadwal Kegiatan Penyusunan Tesis

No.	Kegiatan	Januari				Pebruari				Maret				April				Mei				Juni				Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1.	Penyusunan Proposal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
2.	Seminar proposal													■													
3.	Perbaikan proposal													■	■												
4.	Uji coba instrumen													■													
5.	Pelaksanaan penelitian																	■	■	■	■						
6.	Analisis data																					■	■				
7.	Penyusunan laporan																					■	■				
8.	Seminar hasil																							■			
9.	Perbaikan hasil																								■		
10.	Sidang tesis																										■
11.	Perbaikan tesis																										■
12.	Pengumpulan tesis																										■

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. DATA UMUM

Nama : Winani
 Tempat dan Tanggal Lahir : Indramayu, 24 juni 1968
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Staf Pengajar Akademi Keperawatan Pemerintah Daerah Indramayu.
 Alamat Kantor : Jl. Murah Nara No. 6 Indramayu
 Alamat Rumah : Jl. Simpang Tiga Widasari No. 60 Rt/Rw. 01/03. Widasari. Kecamatan: Widasari. Kabupaten: Indramayu.
 Nomor Telepon : 08156243865
 Email : Winani12@yahoo.co.id

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

SDN 1 Widasari : Lulus tahun 1980
 SMPN Bangodua : Lulus tahun 1983
 SMA Muhammadiyah : Lulus tahun 1986
 AKPER PPNI Bandung : Lulus tahun 1989
 S1 Keperawatan Universitas Padjadjaran : Lulus tahun 2005
 Program Magister FIK UI : Tahun 2010 - 2012
 Jurusan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

III. RIWAYAT PEKERJAAN

Rumah Pelabuhan Cirebon : Dari tahun 1990 - 1992
 Rumah Sakit Gunung Jati Cirebon : Dari tahun 1992 - 2009
 Akper Pemda Indramayu : Dari tahun 2009 sampai sekarang