

**MENINGKATKAN KOMUNIKASI *BEDSIDE HANDOVER*  
PERAWAT DENGAN METODE ISITDOWN  
DI RSUD KABUPATEN BEKASI**

**TIM PROYEK INOVASI:**

**Ns. Ana Rizana, M.Kep., Sp.Kep.An**

**Ns. Novita Dewi, S.Kep**

**Rr. Herning Putri Ganiswari, S.Kep., Ners**

**Ns. Ika Candra Nuryana, S.Kep**

**BEKASI, 2024**

**RSUD KABUPATEN BEKASI**

**JL. TEUKU UMAR CIBITUNG-KABUPATEN BEKASI**

**TELP. 021-8837049**

# Meningkatkan Komunikasi *Bedside Handover* Perawat dengan Metode ISITDOWN di RSUD Kabupaten Bekasi

Ana Rizana<sup>1</sup>, Novita Dewi<sup>2</sup>, Rr. Harning Putri Ganiswari<sup>3</sup>, Ika Candra Nuryana<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Komite Keperawatan RSUD Kab Bekasi

Korespondensi: annarizana24@gmail.com

## A. RINGKASAN

*Bedside handover* dengan metode ISITDOWN merupakan proses serah terima pasien yang dilakukan antarperawat penanggung jawab pasien (PPJA) di samping tempat tidur pasien dengan menggunakan *tools/* alat komunikasi yang jelas dan terstruktur yang terdiri dari *Identification, Siderail, Intravena Fluid, Tube, Down, Oxygen, Waste* dan *Need* (ISITDOWN). Proyek inovasi ini bertujuan untuk meningkatkan komunikasi *bedside handover* perawat dengan metode ISITDOWN. Hasil proyek inovasi menunjukkan terdapat peningkatan kelengkapan informasi komunikasi perawat saat *bedside handover* dari 66% menjadi 93%, menurunkan missskomunikasi perawat dan mengurangi insiden keselamatan pasien.

## B. LATAR BELAKANG

Serah terima pasien adalah bagian dari rutinitas praktik keperawatan untuk melaporkan hasil asuhan pasien dan mengoperkan kepada shift selanjutnya. Tujuannya agar asuhan keperawatan pasien berkesinambungan, tidak ada pengulangan sehingga asuhan menjadi efektif. Seperti yang telah diidentifikasi oleh *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2005) bahwa kegagalan komunikasi menjadi akar penyebab kejadian sentinel yang dilaporkan. Oleh karena itu diperlukan adanya komunikasi yang jelas dan terstruktur dalam proses handover mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil audit keperawatan tentang kepatuhan serah terima dengan teknik SBAR dari tahun 2020 sampai 2023 memiliki rerata nilai 80,6%. Namun, beberapa temuan menunjukkan bahwa proses serah terima pasien belum memuat informasi yang penting tentang keamanan dan keselamatan pasien seperti pencegahan salah identitas, kontrol infeksi, pencegahan pasien jatuh. Perawat tidak mengevaluasi hal-hal tersebut saat operan di samping tempat tidur pasien.

Sehingga banyak keluhan PPJA saat melakukan asuhan dan *miss*komunikasi terkait dengan gelang pasien tidak terpasang sehingga berisiko salah identitas, tidak terpasangnya *siderail* pasien, tidak terpasangnya gelang risiko jatuh dan segitiga kuning, tidak terinfokannya alat invasif yang terpasang pada pasien, banyaknya cairan intravena yang telah diberikan, lama terpasangnya kateter intravena dan kateter urin, serta kebutuhan/ keluhan pasien saat operan yang harus segera dipenuhi, misalnya puasa karena akan dilakukan tindakan operasi atau diagnostik. Hal ini berdampak bagi kesinambungan asuhan, kepuasan kerja perawat dan tentu saja terhadap keselamatan pasien.

Hasil studi pendahuluan menunjukkan belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) serah terima pasien di samping bed pasien dan tidak adanya *tools* komunikasi yang baku dan terstruktur saat PPJA melakukan operan di samping tempat tidur pasien. Studi pendahuluan di 2 ruang perawatan menunjukkan hanya sekitar 66% kelengkapan informasi komunikasi bedside handover yang berhubungan dengan keamanan dan keselamatan pasien. Berdasarkan hal tersebut, inovasi ini dibuat untuk menghasilkan standar berbasis bukti proses *bedside handover* yang lebih baik dengan metode ISITDOWN.

### **C. TUJUAN ATAU TARGET SPESIFIK**

Proses serah terima pasien merupakan praktik pelayanan yang harus dipastikan keberhasilannya dalam mengutamakan keselamatan pasien. Oleh karena itu proyek inovasi ini dilakukan untuk membantu rumah sakit meningkatkan keselamatan pasien, mengembangkan komunikasi perawat yang efektif dan melibatkan pasien dan keluarga dalam asuhan. Target dari proyek inovasi ini adalah perawat di ruang perawatan non intensif dimana tindakan pemasangan alat invasif banyak dilakukan, yaitu ruang pasien Bedah, Paru, perawatan kelas 1 dan 2. Waktu pelaksanaan dari bulan Pebruari sampai September 2023. Adapun tujuan umum dan khusus sebagai berikut:

1. Tujuan Umum: proyek inovasi ini bertujuan untuk meningkatkan komunikasi perawat yang efektif saat melakukan *bedside handover*.
2. Tujuan Khusus:
  - a. Terbentuknya SOP *bedside handover* dengan metode ISITDOWN sebagai acuan bagi PPJA dalam melakukan operan.
  - b. Terukurnya kelengkapan informasi komunikasi perawat saat *bedside handover* dengan metode ISITDOWN.

- c. Menurunnya insiden keselamatan pasien terkait dengan tidak terpasangnya gelang pasien, kesalahan identifikasi pasien, kejadian pasien jatuh dan pencegahan plebitis.

#### **D. LANGKAH-LANGKAH**

Sebelum melakukan proyek inovasi ini, komite keperawatan membentuk tim proyek inovasi untuk menentukan langkah-langkah intervensi yang akan dilakukan. Adapun langkah-langkah pelaksanaan inovasi sebagai berikut:

1. Komite keperawatan membentuk tim untuk melaksanakan proyek inovasi perbaikan kualitas mutu pelayanan keperawatan, terdiri dari submutu dan profesi komite keperawatan, kepala ruangan dan perawat pelaksana.
2. Tim melakukan *brainstorming* untuk menentukan tema perbaikan mutu keperawatan berkaitan dengan keselamatan pasien baik bersumber pada hasil audit mutu keperawatan maupun hasil observasi dan supervisi keperawatan.
3. Tim melakukan evaluasi hasil audit keperawatan serah terima pasien dan catatan kualitatif hasil audit (keluhan tentang gelang pasien tidak terpasang, tidak terpasangnya side rail pasien, tidak terpasangnya gelang risiko jatuh dan segitiga kuning, tidak terinfokannya alat invasif yang terpasang pada pasien, ketidakjelasan informasi cairan intravena yang telah diberikan, lama terpasangnya kateter intravena dan kateter urin, dan kebutuhan/ keluhan pasien saat operan yang harus segera dipenuhi).
4. Tim kemudian menentukan tema proyek inovasi berdasarkan hasil evaluasi pendahuluan dan brainstorming yaitu meningkatkan komunikasi perawat yang efektif saat melakukan *bedside handover* dengan metode ISITDOWN.
5. Melakukan identifikasi SOP timbang terima antarshift serah terima pasien (tertanggal 17 Januari 2017) dan efektifitas penggunaannya di ruangan perawatan.
6. Tim melakukan evaluasi hasil penggunaan SOP timbang terima antarshift serah terima pasien (tertanggal 17 Januari 2017) dan melakukan brainstorming untuk melakukan revisi SOP serah terima pasien antarshift.
7. Melakukan penelusuran jurnal dan referensi tentang bedside handover.
8. Melakukan revisi SOP serah terima pasien antarshift (Pebruari 2023) dengan menambahkan metode ISITDOWN saat PPJA mengoperkan kondisi pasien di samping bed pasien.

9. Melakukan studi pendahuluan untuk mengukur kelengkapan informasi komunikasi perawat saat *bedside handover* dengan standar ISITDOWN (sebagai data yang akan digunakan sebelum intervensi penggunaan metode ISITDOWN).
10. Tim menentukan ruang perawatan non intensif yang akan dilakukan uji coba proyek inovasi, yaitu ruang perawatan perawat Bedah, Paru, Kelas 1 dan 2.
11. Melakukan uji coba penggunaan revisi SOP serah terima pasien antarshift dengan metode ISITDOWN pada 3 ruang perawatan non intensif.
12. Melakukan sosialisasi revisi SPO serah terima pasien antarshift dengan metode ISITDOWN pada 3 ruang perawatan non intensif.
13. Membuat tools ISITDOWN untuk mempermudah PPJA untuk melakukan operan di samping bed pasien.
14. Melakukan evaluasi pengukuran kelengkapan informasi komunikasi perawat saat *bedside handover* dengan standar ISITDOWN dengan melibatkan jumlah sampel sebanyak 30 orang perawat ruangan.
15. Melakukan dokumentasi hasil pengukuran sebelum dan sesudah intervensi bedside handover dengan metode ISITDOWN.
16. Merencanakan tindak lanjut hasil dari implementasi proyek inovasi.

## **E. HASIL INOVASI**

Hasil proyek inovasi yang telah dilakukan mencakup tiga (3) aspek meliputi:

1. Terbentuknya revisi SOP *bedside handover* dengan metode ISITDOWN sebagai acuan bagi PPJA dalam melakukan operan.

SOP merupakan standar kebijakan tertulis yang menjadi acuan bagi staf melakukan prosedur tindakan. Salah satu hal yang dievaluasi oleh tim terhadap adanya masalah komunikasi yang tidak cukup efektif selama serah terima pasien adalah belum lengkapnya langkah-langkah serah terima pasien oleh perawat pada SOP yang ada (tertanggal 17 januari 2017). Oleh karena itu salah satu intervensi awal untuk membuat komunikasi *bedside handover* perawat menjadi efektif adalah dengan membuat acuan SOP serah terima pasien yang lengkap dan terstruktur. Revisi SOP tentang serah terima pasien ditandatangani pada bulan Pebruari 2023. Adapun *point* perubahan signifikan yang dibuat dalam SOP serah terima adalah:

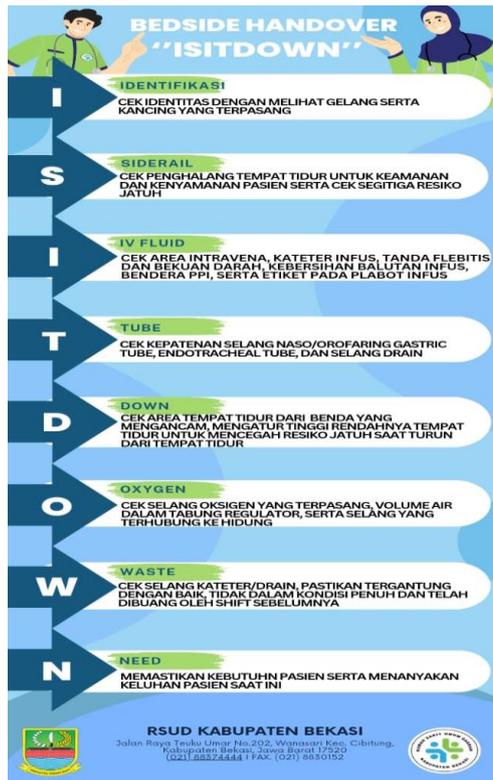
- a. Prosedur serah terima pasien dibagi menjadi 2 sesi yaitu sesi di *nurse station* dan di kamar pasien/ di samping bed pasien.

b. Metode ISITDOWN merupakan metode serah terima antarPPJA di samping bed pasien yang terdiri dari:

- **I = Identification**, cek identitas dengan melihat gelang serta kancing yang terpasang.
- **S = Siderail**, cek penghalang tempat tidur untuk keamanan dan kenyamanan pasien serta cek segitiga risiko jatuh.
- **I = IV Fluid**, cek area intravena, chateter infus, tanda-tanda phlebitis, bekuan darah, kebersihan balutan infus, bendera PPI serta etiket pada plabot infus.
- **T = Tube**, cek kepatenan selang *naso/ oro gastric tube, endotracheal tube*.
- **D = Down**, cek area tempat tidur dari benda yang mengancam dan mengganggu, mengatur tinggi rendahnya posisi tempat tidur agar tidak berisiko jatuh saat turun dari tempat tidur.
- **O = Oxygen**, cek selang oksigen yang terpasang, volume air dalam tabung serta selang yang terhubung ke hidung.
- **W = Waste**, cek selang kateter/ drain, pastikan tergantung dengan baik, tidak menyentuh lantai, tidak penuh dan telah dibuang oleh shift sebelumnya.
- **N = Need**, memastikan kebutuhan pasien serta menanyakan keluhan pasien saat ini.

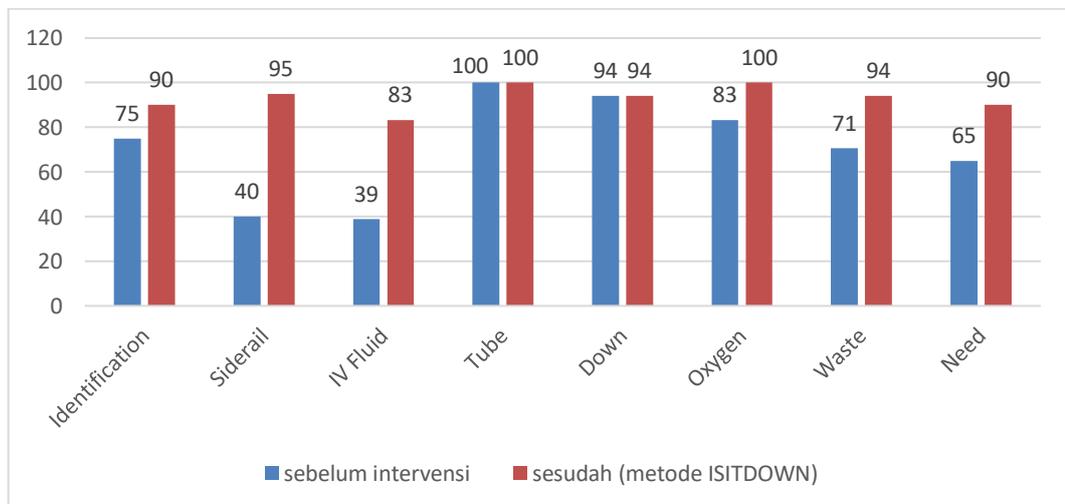
2. Terukurnya kelengkapan informasi komunikasi perawat saat *bedside handover* dengan metode ISITDOWN.

Setelah terbentuknya revisi SOP serah terima pasien yang dilengkapi dengan metode ISITDOWN, selanjutnya tim melakukan sosialisasi pada ruangan perawatan yang dilakukan proyek inovasi selama 2 minggu pada setiap ruangan. Alat/ tools pengingat operan dengan metode ISITDOWN dibuat pada masing-masing ruangan. Di bawah ini adalah contoh gambar tools pengingat operan:



Sedangkan hasil pengukuran kelengkapan informasi komunikasi perawat saat *bedside handover* dengan metode ISITDOWN sebagai berikut:

**Grafik 1**  
**Hasil Perbandingan Kelengkapan Informasi Komunikasi Perawat saat *Bedsite Handover* dengan metode ISITDOWN di RSUD Kab Bekasi**  
**Periode Maret sampai September 2023**  
**n=30**



Berdasarkan grafik di atas, maka didapatkan data bahwa nilai informasi yang tertinggi adalah informasi tentang pengecekan *tube* yang terpasang pada pasien (100%) yaitu NGT yang terverifikasi melalui marker plester pada hidung pasien dan pengecekan selang oksigen (100%). Hampir semua item informasi yang seharusnya dioperkan oleh perawat menunjukkan peningkatan nilai. Perbaikan kelengkapan item komunikasi yang memiliki peningkatan nilai yang signifikan adalah informasi tentang pemasangan *siderail* (55%) dan *IV fluid* (44%).

3. Menurunnya insiden keselamatan pasien terkait dengan tidak terpasangnya gelang pasien, kesalahan identifikasi pasien, kejadian pasien jatuh dan pencegahan phlebitis.

Hasil laporan dan observasi terhadap insiden keselamatan pasien selama periode pelaksanaan proyek inovasi Maret sampai September 2023 menunjukkan bahwa tidak terjadinya insiden pasien jatuh, tidak adanya kesalahan identifikasi pasien saat melakukan Tindakan seperti pemberian medikasi, pemberian tranfusi darah, pemeriksaan laboratorium dan diagnostic, dan angka phlebitis 0%.

Kesimpulannya adalah bahwa dengan metode ISITDOWN, perawat dapat mengoperkan informasi kondisi pasien secara lengkap sehingga menurunkan terjadinya *missskomunikasi* dan meningkatkan keselamatan pasien. Adapun rencana tindak lanjut dari proyek inovasi ini adalah mengimplementasikan kegiatan *bedside handover* pada seluruh ruang perawatan dan menambahkan studi tentang kepuasan perawat dan pasien/ keluarga selama *bedside handover*.



**PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jl. Teuku Umar Cibitung – Bekasi  
Telp. (021) 88370449, 8830152, Fax. (021) 8830152



---

**SURAT REKOMENDASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Direktur RSUD Kab : dr. Arief Kurnia, M.A.R.S  
Bekasi  
NIP : 1972 05 23 2002 12 1003

Dengan ini memberikan ijin kepada:

Nama :  
1. Ns. Ana Rizana, M.Kep.Sp.Kep.An  
2. Ns. Novita Dewi, S.Kep  
3. Rr. Herning Putri Ganiswari, S.Kep., Ners  
4. Ns. Ika Candra Nuryana, S.Kep

Untuk mengikuti proyek inovasi PERSI Award Tahun 2024 yang bertema  
**Meningkatkan Komunikasi *Bedside Handover* Perawat dengan Metode  
ISITDOWN di RSUD Kabupaten Bekasi.**

Demikian surat rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana semestinya.

Ditetapkan di: Bekasi  
Pada tanggal : 6 September 2024

**DIREKTUR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**KABUPATEN BEKASI**

dr. Arief Kurnia, M.A.R.S  
NIP. 1972 05 23 2002 12 1003