

Studi Observasi Protokol *Handover* Penata Anestesi Untuk Meningkatkan Keselamatan Di Rumah Sakit Daerah Gunung Jati Cirebon

Indah Zatun Nithaqaini S¹, Rahmayana Nova Handayani²,
Fauzia Hanum Nur Adriyani³
^{1,2,3} Universitas Harapan Bangsa
Email: indahzatunn@gmail.com

Abstrak

Keselamatan pasien dalam proses serah terima (*handover*) adalah sistem dan upaya yang dilakukan untuk mencegah cedera, kesalahan medis, atau kejadian tidak diharapkan selama perpindahan tanggung jawab penata anestesi pasien antar tenaga kesehatan. Proses serah terima yang tepat dan akurat bertujuan untuk memberikan informasi penting tentang kondisi pasien, kebutuhannya, dan rencana tindakan pasien secara jelas dan lengkap untuk memastikan kontinuitas penata anestesi yang aman dan berkelanjutan. Untuk mengobservasi dokumentasi proses serah terima dengan metode SBAR dari penata anestesi ke penata anestesi saat pasca anestesi. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif observasional dengan pendekatan cross sectional. Sample pada penelitian ini adalah dokumentasi kejadian *handover* pasien yaitu sebanyak 90 dokumentasi. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi dokumentasi SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Analisis data ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase untuk setiap indikator penerapan komunikasi SBAR. Distribusi kategori penilaian kepatuhan protokol *Handover* SBAR (dihitung per kejadian *handover*, skor 0–13) menunjukkan bahwa 60 kejadian (66,67%) masuk kategori Baik, 21 kejadian (23,33%) Sangat Baik, 9 kejadian (10%) Cukup, dan tidak ada yang masuk kategori Kurang maupun Sangat Kurang. Temuan ini mengindikasikan bahwa seluruh penata anestesi yang diobservasi telah memiliki pemahaman dasar dan menjalankan setidaknya sebagian dari protokol SBAR. Penata anestesi dianjurkan untuk secara aktif melatih kemampuan interpretasi klinis serta menyampaikan rekomendasi yang konkret dan terukur kepada penerima *handover*.

Kata kunci: Keselamatan, Penata Anestesi, Protokol *Handover*

Abstract

Patient safety during the handover process is the system and effort to prevent injury, medical errors, or unexpected events that may occur during the transfer of responsibility for a patient's anesthesia care between healthcare providers. A proper and accurate handover aims to provide important information about the patient's condition, needs, and care plan clearly and completely to ensure safe and continuous anesthesia care. To observe documentation of the handover process using the SBAR method from one anesthesia technician to another during the post-anesthesia period. This study is a quantitative observational study with a cross-sectional approach. The sample consisted of handover documentation for 90 patient handover events. The instrument used was an SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) documentation observation form. Data were presented as frequency distributions and percentages for each indicator of SBAR communication implementation. The distribution of categories for compliance with the SBAR handover protocol (calculated per handover event, score 0–13) showed that 60 events (66.67%) were classified as Good, 21 events (23.33%) as Very Good, 9 events (10%) as Fair, and none as Poor or Very Poor. These findings indicate that the anesthesia technicians observed had a basic understanding and carried out at least parts of the SBAR protocol. Anesthesia technicians are encouraged to actively practice clinical interpretation skills and to provide concrete, measurable recommendations to handover recipients.

Keywords: Safety, Handover Protocol, Anesthesia Technician,

1. PENDAHULUAN

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang dirancang untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih aman dengan tujuan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan tindakan ataupun kegagalan mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem ini meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan serta analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan implementasi solusi untuk meminimalkan risiko serta mencegah cedera [1]. Salah satu upaya yang berkaitan langsung dengan keselamatan pasien adalah proses serah terima (*handover*). Proses serah terima yang tepat dan akurat bertujuan untuk memberikan informasi penting tentang kondisi pasien, kebutuhannya, dan rencana tindakan pasien secara jelas dan lengkap untuk memastikan kontinuitas asuhan yang aman dan berkelanjutan [2].

Komunikasi pada saat *handover* dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, dan dapat diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien [3]. *Handover* adalah cara penting untuk memastikan bahwa asuhan medis dan asuhan keperawatan anestesi terus berlanjut dari satu tenaga kesehatan ke tenaga kesehatan lain [4]. Hal ini sangat penting karena pasien mengalami perubahan fisiologis yang cepat dan kompleks selama prosedur anestesi, sehingga informasi yang akurat dan lengkap sangat penting untuk menjaga keamanan pasien. Komunikasi SBAR memiliki empat komponen, yaitu *Situation*, *Background*, *Assessment*, dan *Recommendation* [5]. Oleh karena itu, penata anestesi dan tenaga kesehatan lain harus berbicara satu sama lain secara sistematis menggunakan metode yang terstruktur seperti SBAR untuk menghindari kekeliruan dan memastikan bahwa informasi dikirim dengan benar [6].

Ruang *Post Anesthesia Care Unit* (PACU) adalah area kritis di mana pasien yang baru selesai menjalani operasi dipantau secara intensif hingga kondisi hemodinamiknya stabil dan membaik sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap. Proses transisi asuhan anestesi dari ruang operasi ke PACU merupakan momen yang sangat rentan terhadap kesalahan medis karena adanya perpindahan tanggung jawab dari tim anestesi ke penata anestesi PACU. *Handover* yang tidak efektif dapat menimbulkan kesenjangan dalam asuhan anestesi, informasi penting yang tidak tersampaikan, serta berpotensi membahayakan keselamatan pasien. Kerentanan ini menjadikan dokumentasi *handover* sangat penting. Dokumentasi protokol *handover* oleh penata anestesi sangat penting karena berfungsi sebagai bukti formal yang menunjukkan apakah kondisi pasien memungkinkan atau tidak untuk dipindahkan, sekaligus memastikan kelengkapan informasi terkait prosedur operasi dan obat-obatan yang telah diberikan. Tanpa dokumentasi standar, informasi penting seperti durasi ekstubasi, saturasi oksigen pascaoperasi, dan riwayat komplikasi intraoperasi berisiko hilang.

Permasalahan yang sering terjadi saat proses *handover* adalah miskomunikasi selama proses serah terima pasien. Sebagian besar masalah yang dilaporkan termasuk beban kerja yang tinggi, lingkungan yang tidak kondusif yang penuh dengan kebisingan dan interupsi, tidak adanya protokol terstandardisasi yang seragam di semua rumah sakit, dan faktor hierarki profesional yang sering menghambat komunikasi dua arah [7]. Berdasarkan hasil prasurvei yang dilakukan di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Daerah (RSD) Gunung Jati Cirebon, masalah komunikasi yang paling sering terjadi adalah kesalahpahaman atau miskomunikasi antarpemata anestesi, serta kurangnya pengetahuan dan pendidikan yang menghambat komunikasi yang efektif.

Menurut penelitian Astuti dkk., perawat telah menggunakan komunikasi SBAR dengan baik selama *handover* di RSUD Banjarmasin, tetapi belum berjalan secara optimal dan perawat masih menghadapi banyak tantangan [5]. Manajemen keperawatan harus berusaha meningkatkan penerapan teknik SBAR dan memperbaiki formatnya untuk mengurangi hambatan yang dirasakan perawat. Penelitian mutakhir sangat penting untuk mengembangkan

dan memvalidasi protokol *handover* yang berbasis bukti, sederhana, dan tahan terhadap gangguan di PACU karena beban kerja yang tinggi dan lingkungan yang penuh interupsi.

Berdasarkan uraian tersebut, permasalahan yang dikaji adalah bagaimana dokumentasi serah terima dengan metode SBAR antartjen kesehatan di ruang IBS RSD Gunung Jati Cirebon. Penelitian ini bertujuan untuk mengobservasi dokumentasi proses serah terima dengan metode SBAR dari penata anestesi ke penata anestesi saat pasca anestesi di IBS RSD Gunung Jati Cirebon, meliputi karakteristik pasien serta dokumentasi komponen *Situation*, *Background*, *Assessment*, dan *Recommendation*. Penelitian ini bersifat kuantitatif observasional dengan satu variabel, yaitu kelengkapan dokumentasi *handover* SBAR, sehingga tidak dirumuskan hipotesis.

2. METODE PENELITIAN

1) Desain dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kuantitatif observasional dengan rancangan *cross sectional*, yaitu pengamatan pada satu titik waktu tanpa tindak lanjut sehingga sesuai untuk menggambarkan besaran suatu masalah tetapi tidak untuk menyimpulkan hubungan sebab-akibat [8], [9], [17]. Data dikumpulkan di IBS RSD Gunung Jati Cirebon pada 2–13 Juni 2026.

2) Populasi dan Sampel

Populasi adalah dokumentasi kejadian *handover* pasien di IBS selama periode pengambilan data, yaitu 90 dokumen. Seluruh populasi dijadikan sampel ($n = 90$) dengan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi berupa dokumentasi *handover* pasien berstatus fisik ASA I–IV. Klasifikasi American Society of Anesthesiologists (ASA) menggambarkan kondisi kesehatan pra-anestesi pasien dan lazim dipakai untuk menstratifikasi risiko perioperatif [10].

3) Variabel dan Instrumen

Variabel tunggal penelitian ialah kelengkapan dokumentasi *handover* SBAR. Definisi operasional disusun agar setiap indikator dapat diukur secara konsisten oleh pengamat [19]. Instrumen berupa lembar observasi (*checklist*) dengan 13 indikator dalam empat komponen: *Situation* (3 indikator: identitas pasien, kondisi utama pasien, masalah utama/alasan tindakan anestesi), *Background* (3 indikator: diagnosis medis, riwayat penyakit/tindakan, informasi dokter penanggung jawab pelayanan/DPJP), *Assessment* (4 indikator: tingkat kesadaran/Glasgow Coma Scale [GCS], tanda-tanda vital, status klinis lain, interpretasi kondisi pasien), dan *Recommendation* (3 indikator: rencana tindakan, instruksi kolaborasi, monitoring/evaluasi lanjutan).

Secara operasional, *Situation* adalah penyampaian informasi awal serah terima yang mencakup identitas, kondisi klinis terkini, dan alasan atau masalah anestesi; *Background* adalah penyampaian latar klinis berupa diagnosis, riwayat penyakit atau tindakan, dan identitas DPJP; *Assessment* adalah penyampaian hasil pengkajian klinis terkini beserta interpretasinya; dan *Recommendation* adalah penyampaian rencana tindak lanjut, instruksi kolaboratif, dan parameter pemantauan pasien. Seluruh komponen dinilai melalui observasi terhadap dokumentasi *handover* menggunakan *checklist*.

Setiap indikator dinilai dengan skala *Guttman*: “ya” (skor 1) bila tercantum atau terdokumentasi dan “tidak” (skor 0) bila tidak. Skor total setiap *handover* (0–13) diubah menjadi persentase (skor dibagi 13 dikali 100%) dan dikategorikan sebagai sangat kurang (skor 0–2), kurang (skor 3), cukup (skor 4–6), baik (skor 7–9), atau sangat baik (skor 10–13), yang setara dengan pencapaian $\leq 15\%$, 16–25%, 26–50%, 51–75%, dan 76–100%. Instrumen

diadaptasi dari penelitian sebelumnya dan dilaporkan valid (korelasi item-total > 0,5) serta reliabel (Cronbach's alpha > 0,7).

4) Pengumpulan dan Analisis Data

Setelah izin institusi dan kelaikan etik diperoleh, peneliti menyesuaikan waktu pengumpulan data dengan jadwal operasional IBS, mengobservasi *handover* beserta dokumentasinya, dan mencatat ada tidaknya tiap indikator pada lembar observasi. Data kemudian melalui tahap editing, coding, entry, cleaning, dan tabulasi.

Analisis bersifat deskriptif univariat. Usia disajikan sebagai rerata $\pm$ simpangan baku (SD) dengan rentang; status ASA dan setiap indikator disajikan sebagai frekuensi dan persentase. Rerata kelengkapan komponen dihitung dari jumlah indikator lengkap dibagi hasil kali jumlah indikator dan jumlah *handover*, sedangkan kategori kepatuhan dihitung per kejadian *handover*. [8], [9]

5) Etika Penelitian

Penelitian ini memperoleh keterangan layak etik dari Komisi Etik Penelitian RSD Gunung Jati Cirebon dengan nomor 017/LAIKETIK/KEPRSGJ/VI/2026. Prinsip etik dijaga melalui persetujuan tertulis (*informed consent*), anonimitas dengan pemberian kode, kerahasiaan data yang hanya disajikan secara agregat, serta kesukarelaan partisipan yang dapat menarik diri kapan saja.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

1) Karakteristik Pasien

Dokumentasi *handover* yang dianalisis berasal dari 90 pasien berusia 17–75 tahun dengan rerata 47,26 tahun (SD 16,16) (Tabel 1). Sebaran usia yang lebar menunjukkan bahwa penata anestesi di IBS melayani pasien dari remaja hingga lanjut usia dengan latar pekerjaan yang beragam; pegawai negeri sipil (16 pasien; 17,8%) dan karyawan swasta (15 pasien; 16,7%) merupakan kelompok terbanyak. Berdasarkan status fisik, ASA II dan ASA III masing-masing berjumlah 25 pasien (27,8%), disusul ASA I (21 pasien; 23,3%) dan ASA IV (19 pasien; 21,1%).

Tabel 1. Karakteristik Pasien pada Dokumentasi *Handover* (n = 90)

Karakteristik	Nilai
Usia (tahun), rerata $\pm$ SD (rentang)	47,26 $\pm$ 16,16 (17–75)
Status fisik ASA, n (%)	
ASA I	21 (23,3)
ASA II	25 (27,8)
ASA III	25 (27,8)
ASA IV	19 (21,1)
Total	90 (100)

Sebanyak 90 kejadian *handover* diamati. Usia pasien berada pada rentang 17–75 tahun dengan rerata 47,26 $\pm$ 16,16 tahun. Distribusi status fisik menunjukkan ASA II dan ASA III masing-masing 25 kejadian (27,8%), ASA I 21 kejadian (23,3%), dan ASA IV 19 kejadian (21,1%). Keragaman karakteristik tersebut menunjukkan bahwa *handover* anestesi berlangsung pada pasien dengan tingkat risiko perioperatif yang beragam. Pada pasien dengan kondisi sistemik lebih kompleks, informasi klinis yang lengkap menjadi semakin penting karena penerima *handover* perlu memahami kondisi dasar pasien sekaligus perubahan yang terjadi selama pelayanan anestesi [1], [6].

Karakteristik tersebut juga memperkuat kebutuhan komunikasi terstruktur. *Handover* tidak hanya berfungsi sebagai pemindahan informasi administratif, tetapi juga sebagai proses transfer tanggung jawab klinis. Literatur mengenai *handover* menunjukkan bahwa kualitas komunikasi dipengaruhi oleh kompleksitas pasien, lingkungan, waktu, dan kemampuan tenaga kesehatan dalam memilih informasi yang paling relevan [11], [12]. Oleh sebab itu, pengamatan terhadap setiap bagian SBAR penting untuk mengetahui bagian informasi mana yang telah terdokumentasi dengan baik dan bagian mana yang masih perlu diperbaiki.

2) Komponen *Situation*

Tabel 2. Distribusi Kepatuhan Komponen *Situation* dalam *Handover* SBAR (n = 90)

Kategori	Indikator	Lengkap (n)	Tidak lengkap (n)	%
<i>Situation</i>	S1: Identitas pasien dicantumkan	64	26	71,11
<i>Situation</i>	S2: Kondisi utama pasien dijelaskan	69	21	76,67
<i>Situation</i>	S3: Masalah utama/ alasan Penata anestesi	66	24	73,33

Komponen *Situation* memiliki rata-rata kelengkapan 73,70%. S2 menjadi indikator tertinggi pada komponen ini, yaitu 76,67%, sedangkan S1 sebesar 71,11% dan S3 sebesar 73,33%. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kondisi utama pasien relatif lebih konsisten disampaikan dibandingkan identitas pasien secara lengkap. Padahal, identifikasi merupakan bagian awal yang menentukan ketepatan sasaran informasi. *Handover* yang terstruktur menempatkan identitas dan kondisi terkini sebagai informasi dasar agar penerima dapat menghubungkan informasi klinis dengan pasien yang tepat [13].

Hasil S1 sebesar 71,11% berarti masih terdapat 26 dari 90 kejadian yang tidak memenuhi indikator secara lengkap. Temuan ini perlu dilihat sebagai celah proses, bukan sekadar kekurangan administratif. Penelitian Dewi et al. menunjukkan adanya keterkaitan antara kepatuhan komunikasi SBAR dan keselamatan pasien [14]. Pada penelitian lain, identifikasi pasien juga menjadi bagian yang perlu dipertahankan dalam komunikasi terstruktur karena informasi yang tidak lengkap dapat mengganggu kesinambungan pelayanan [15], [16].

Kondisi utama pasien memiliki kelengkapan 76,67%. Nilai tersebut menunjukkan bahwa informasi yang langsung berkaitan dengan kondisi pasien lebih sering diprioritaskan oleh penata anestesi. Pola serupa dilaporkan pada lingkungan perioperatif, ketika informasi klinis utama cenderung menjadi bagian yang paling mudah dikenali sebagai kebutuhan *handover* [17]. Namun, kelengkapan yang belum mencapai seluruh kejadian tetap menunjukkan perlunya standardisasi agar setiap *handover* memiliki struktur minimum yang sama.

3) Komponen *Background*

Tabel 3. Distribusi Kepatuhan Komponen *Background* dalam *Handover* SBAR (n = 90)

Kategori	Indikator	Lengkap (n)	Tidak lengkap (n)	%
<i>Background</i>	B1: Diagnosis Medis dicantumkan	73	17	81,11
<i>Background</i>	B2: Riwayat penyakit/ tindakan ada	65	25	72,22
<i>Background</i>	B3: Informasi DPJP ada	51	39	56,67

Komponen *Background* mempunyai rata-rata kelengkapan 70,00% dan merupakan komponen dengan rata-rata tertinggi. B1 menjadi indikator dengan kelengkapan tertinggi dari seluruh 13 indikator, yaitu 81,11%. B2 mencapai 72,22%, sedangkan B3 hanya 56,67%. Tingginya pencantuman diagnosis dapat dipahami karena diagnosis merupakan informasi dasar yang langsung berkaitan dengan tindakan anestesi dan kondisi klinis pasien. Temuan ini sejalan dengan penelitian implementasi bedside *handover* yang menunjukkan bahwa informasi latar belakang klinis merupakan bagian yang sering diprioritaskan oleh tenaga kesehatan [18].

Kesenjangan paling terlihat pada B3. Sebanyak 39 dari 90 kejadian tidak mencantumkan informasi DPJP secara lengkap. Informasi penanggung jawab memiliki fungsi koordinatif, terutama ketika diperlukan eskalasi atau pengambilan keputusan lintas profesi. Badrujamaludin et al. menemukan bahwa komunikasi SBAR antara perawat dan dokter dapat membantu memperjelas pertukaran informasi klinis dan koordinasi [19]. Penelitian Fakuriza et al. juga menekankan pentingnya struktur SBAR dalam timbangan terima agar informasi koordinasi tidak terlewat [20].

Temuan ini menunjukkan bahwa kelengkapan *background* tidak hanya bergantung pada tersedianya informasi dalam rekam medis, tetapi juga pada keputusan apakah informasi tersebut benar-benar disampaikan saat *handover*. Dokumentasi elektronik dapat membantu ketersediaan data, tetapi mutu *handover* tetap membutuhkan komunikasi aktif antar tenaga kesehatan [21].

4) Komponen *Assessment*

Tabel 4. Distribusi Kepatuhan Komponen *Assessment* dalam *Handover* SBAR (n = 90)

Kategori	Indikator	Lengkap (n)	Tidak lengkap (n)	%
<i>Assessment</i>	A1: Kesadaran/ GCs dicantumkan	60	30	66,67
<i>Assessment</i>	A2: Tanda- tanda vital lengkap	68	22	75,56
<i>Assessment</i>	A3: Status klinis lain ada	46	44	51,11
<i>Assessment</i>	A4: Interpretasi kondisi pasien ada	47	43	52,22

Assessment memiliki rerata 61,39%. Tanda-tanda vital (A2) tercatat pada 68 *handover* (75,56%, mendekati batas kategori sangat baik) dan tingkat kesadaran/GCS (A1) pada 60 (66,67%), sedangkan status klinis lain (A3) hanya pada 46 (51,11%) dan interpretasi kondisi pasien (A4) pada 47 (52,22%). Dua indikator terakhir tidak tercantum pada 44 dan 43 *handover*. A1 dan A2 berupa data objektif, sedangkan A3 (misalnya pernapasan, cairan, dan produksi

urine) serta A4 menuntut pemberi informasi merangkum dan menilai. Tujuan SBAR ialah memberi penerima pemahaman yang cepat dan tepat tentang kondisi klinis pasien [22], tanpa penilaian dari pemberi informasi, penerima harus menilai sendiri dari data yang ada.

Temuan serupa dilaporkan pada *handover* perawat di RSUD Banjarmasin: banyak informasi kondisi pasien terkini yang belum terisi, karena yang dituliskan hanya keadaan umum, padahal seharusnya juga memuat kondisi klinis lain seperti tanda vital, laboratorium, rontgen, dan ultrasonografi [5]. Di RSD Gunung Jati, studi pada ruang rawat inap mencatat bahwa perawat terburu-buru dan jarang mengonfirmasi ulang informasi, sehingga banyak informasi kondisi pasien saat ini yang belum lengkap. Kepatuhan komponen *Assessment* bervariasi dari 60,5% hingga 91,2% di rumah sakit anak Vietnam dan mencapai 93,8% pada bagan di Hanoi [23].

Faktor pengetahuan dan keterampilan turut menentukan. Tinjauan literatur menyimpulkan bahwa pelaksanaan SBAR dipengaruhi oleh pengetahuan, persepsi, dan keterampilan komunikasi perawat, sehingga peningkatan pengetahuan dan keterampilan diperlukan [24]; SBAR sendiri dirancang untuk menumbuhkan pemikiran kritis dan menghemat waktu [15]. Pengetahuan tentang SBAR pada mahasiswa anestesi tergolong baik (79,4%) [2], sehingga rendahnya A3 dan A4 dapat mencerminkan kesenjangan antara pengetahuan dan keterampilan menerapkannya, dan bukan kekurangan pengetahuan tentang struktur SBAR. Pelatihan *handover* di sisi tempat tidur berbasis ISBAR pada perawat unit perawatan intensif di Mesir dilaporkan menaikkan skor ISBAR dari 25,7 menjadi 77,8 pada kepala ruangan dan dari 21,1 menjadi 82,6 pada perawat pelaksana, dan sebagian besar peningkatan bertahan pada tindak lanjut tiga bulan [25].

3.5. Komponen *Recommendation*

Tabel 5. Distribusi Kepatuhan Komponen *Recommendation* dalam *Handover* SBAR (n = 90)

Kategori	Indikator	Lengkap (n)	Tidak lengkap (n)	(%)
<i>Recommendation</i>	R1: Rencana tindakan ada	60	30	66,67
	R2: Instruksi kolaborasi ada	68	22	75,56
<i>Recommendation</i>	Monitoring/evaluasi lanjutan ada	46	44	51,11

Recommendation menjadi komponen terendah (58,15%). Rencana tindakan (R1) terdokumentasi pada 64 *handover* (71,11%), instruksi kolaborasi (R2) pada 52 (57,78%), dan monitoring/evaluasi lanjutan (R3) hanya pada 41 (45,56%), satu-satunya indikator berkategori cukup. Pada 49 *handover* (54,44%) penerima tidak memperoleh arahan pemantauan lanjutan. Ketiadaan R3 bersama B3 yang rendah membentuk celah akuntabilitas ganda: tidak jelas siapa dokter yang bertanggung jawab dan tidak jelas apa yang harus dipantau. Pada pasien ASA III–IV yang mencakup hampir separuh sampel, celah ini memiliki bobot yang lebih besar [10].

Pola yang mirip ditemukan pada perawat di RSUD Banjarmasin: unsur kolaboratif kadang tertinggal dan rencana untuk pasien pada hari itu tidak dituliskan [5]. Di ruang rawat inap RSD Gunung Jati, komponen *Recommendation* yang terlaksana mencakup intervensi yang perlu dilanjutkan dan rencana pulang, sedangkan edukasi yang telah diberikan kepada pasien dan keluarga tidak disebutkan. Kepatuhan komponen ini sebesar 71,2–83,9% pada rumah sakit anak Vietnam [23] dan 95,2% pada bagan di Hanoi [26], lebih tinggi daripada 58,15% di IBS.

Hambatan yang dilaporkan perawat di RSUD Banjarmasin meliputi perbedaan persepsi tentang pengisian format, fasilitas format SBAR yang kurang memadai (misalnya kolom yang

terlalu kecil), kurang teliti, penggunaan waktu pengisian yang belum efektif, dan rasa jenuh akibat dokumentasi berulang [5]. Beban kerja dan keterbatasan waktu juga termasuk faktor yang menghambat SBAR, disertai penyampaian informasi yang tertunda oleh percakapan sampingan saat serah terima [24]. Penelitian ini tidak mengukur faktor-faktor tersebut sehingga keterkaitannya dengan rendahnya *recommendation* tetap berupa hipotesis. Studi kualitatif lain menempatkan pengetahuan, pemahaman, dan kendala pelaksana sebagai tema yang membentuk pelaksanaan SBAR [27], dan tinjauan scoping terbaru menyimpulkan bahwa SBAR memperbaiki kualitas komunikasi serta mengurangi kesalahan terkait *handover*, namun tantangan implementasinya masih ada [28].

6) Kategori Kepatuhan Keseluruhan

Tabel 6. Distribusi Kepatuhan Keseluruhan dalam *Handover* SBAR (n = 90)

Kategori	Rentang skor	n	%
Sangat baik	10–13	21	23,33
Baik	7–9	60	66,67
Cukup	4–6	9	10,00
Kurang	3	0	0,00
Sangat kurang	0–2	0	0,00
Total		90	100,00

Tabel 3 menunjukkan bahwa 60 *handover* (66,67%) berkategori baik, 21 (23,33%) sangat baik, dan 9 (10,00%) cukup, tanpa satu pun yang berkategori kurang atau sangat kurang. Jadi 90% *handover* berada pada kategori baik atau lebih. Namun rerata kelengkapan 65,47% dan hanya sekitar satu dari empat *handover* yang mencapai kategori sangat baik menunjukkan ruang perbaikan yang nyata; skor rata-rata 8,51 dari 13 berarti sekitar empat sampai lima indikator per *handover* tidak terdokumentasi. Kesimpulan bahwa seluruh penata anestesi telah memahami dasar SBAR tidak dapat ditarik dari data ini, karena unit analisisnya adalah dokumen *handover*, bukan individu, dan pengetahuan tidak diukur.

4. KETERBATASAN

Penelitian ini dilakukan di satu rumah sakit dengan unit analisis dokumentasi, sehingga kelengkapan pencatatan tidak identik dengan komunikasi lisan yang sesungguhnya dan informasi yang disampaikan lisan tetapi tidak dicatat tidak terukur. Ketepatan isi dokumentasi tidak dinilai, kelengkapan tidak dihubungkan dengan karakteristik penata anestesi, beban kerja, atau luaran pasien, dan desain *cross sectional* tidak mendukung inferensi kausal [18]. Penelitian lanjutan sebaiknya memakai desain analitik atau intervensi, menilai ketepatan isi, dan mengaitkan kelengkapan dengan luaran pasien, mengingat bukti tentang dampak SBAR terhadap luaran masih terbatas.

5. KESIMPULAN

Dokumentasi *handover* penata anestesi di IBS RSD Gunung Jati Cirebon sebagian besar tergolong baik, tetapi belum lengkap: rata-rata sekitar dua pertiga indikator SBAR terdokumentasi, dan kelengkapan menurun dari komponen yang bersifat deskriptif menuju komponen yang menuntut penalaran dan perencanaan. Kelemahan terpusat pada informasi DPJP, status klinis lain, interpretasi kondisi pasien, instruksi kolaborasi, dan rencana monitoring lanjutan, pada populasi pasien yang hampir separuhnya berstatus ASA III–IV. Perbaikan karena itu tidak cukup berhenti pada sosialisasi umum tentang SBAR, melainkan perlu diarahkan pada formulir yang menjamin terisinya indikator kritis, pelatihan berbasis

simulasi untuk penalaran klinis dan rencana tindak lanjut, serta audit rutin dengan umpan balik. Penelitian lanjutan perlu menguji faktor penentu kelengkapan dan kaitannya dengan luaran pasien.

6. DAFTAR PUSTAKA

- [1] D. Ekawaty, M. A. Samad, A. A. Nuryadin, N. F. Nurdin, and D. Febrianti, "Analisis Implementasi Patient Safety terhadap Peningkatan Kualitas Pelayanan di RSUD Batara Siang Kabupaten Pangkep," *J. Kesehat. Pertiwi*, vol. 4, pp. 36–44, 2022.
- [2] N. N. A. Kundari Dewi, A. Baratha Suyasa, and L. G. N. Sri Wahyuningsih, "Gambaran Pengetahuan Mahasiswa Anestesi tentang Komunikasi SBAR Pada Pasien Pasca Anestesi," *Promotor*, vol. 6, no. 2, pp. 80–83, 2023, doi: 10.32832/pro.v6i2.192.
- [3] W. Y. Situmeang, H. Handiyani, and H. Pujasari, "Optimalisasi komunikasi metode Situation, Background, Assessment, and Recommendation (SBAR) dalam serah terima perawat," vol. 5, pp. 3017–3025, 2023.
- [4] E. Sugiyarto *et al.*, "Optimalisasi Pelaksanaan Komunikasi Sbar Dalam Handover Perawat: Literatur Review," *J. KeperawatanVolume*, vol. 5, no. 3, pp. 1363–1370, 2023.
- [5] N. Astuti, B. Ilmi, and R. wati, "Penerapan Komunikasi Situation, Background, Assesment, Recomendation (SBAR) Pada Perawat Dalam Melaksanakan Handover," *IJNP (Indonesian J. Nurs. Pract.)*, vol. 3, no. 1, pp. 42–51, 2019, doi: 10.18196/ijnp.3192.
- [6] J. Hu *et al.*, "Adverse Outcomes Associated With Intraoperative Anesthesia Handovers: A Systematic Review and Meta-analysis," *J. PeriAnesthesia Nurs.*, vol. 35, no. 5, pp. 525–532.e1, Oct. 2020, doi: 10.1016/J.JOPAN.2020.01.016.
- [7] A. M. Ahlon Naza, Yuswardi, Ardia Putra, Putri Mayasari, "Pelaksanaan Komunikasi SBAR saat Handover di Ruang Rawat Inap," *J. Penelit. Perawat Prof.*, vol. 6, no. 5474, pp. 1333–1336, 2024.
- [8] C. Andrade, "A Student's Guide to the Classification and Operationalization of Variables in the Conceptualization and Design of a Clinical Study: Part 1," *Indian J. Psychol. Med.*, vol. 43, no. 2, pp. 177–179, 2021, doi: 10.1177/0253717621994334.
- [9] A. Casteel and N. L. Bridier, "Describing Populations and Samples in Dctoral," *Int. J. Dr. Stud.*, vol. 16, no. 1, pp. 339–362, 2021.
- [10] D. Mayhew, V. Mendonca, and B. V. S. Murthy, "A review of ASA physical status – historical perspectives and modern developments," *Anaesthesia*, vol. 74, no. 3, pp. 373–379, 2019, doi: 10.1111/anae.14569.
- [11] C. Rehm, R. Zoller, A. Schenk, N. Müller, N. Strassberger-nerschbach, and E. Schindler, "Evaluasi Daftar Periksa Berbasis Kertas versus Alat Serah Terima Elektronik Berdasarkan Konsep Rekomendasi Penilaian Latar Belakang Situasi (SBAR) pada Pasien Pasca Operasi Penyakit Jantung Bawaan," 2021.
- [12] M. Fatwana, N., Mayasari, P., & Mahdarsari, "Persepsi perawat terhadap komunikasi SBAR saat bedside handover pada salah satu ruang rawat inap rumah sakit di Banda Aceh. ARRAZI: Scientific Journal of Health, 11(2), 45-53.,," vol. 2, 2023.
- [13] S. Shahid and S. Thomas, "Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review," *Saf. Heal.*, vol. 4, no. 1, pp. 1–9, 2018, doi: 10.1186/s40886-018-0073-1.
- [14] V. C. Dewi, N. Sriningsih, and L. M. Winarni, "Hubungan Kepatuhan Penerapan Komunikasi Sbar Dengan Keselamatan Pasien Pada Perawat Di Rsu Kabupaten Tangerang," *BIMIKI (Berkala Ilm. Mhs. Ilmu Keperawatan Indones.)*, vol. 9, no. 1, pp. 39–45, 2021, doi: 10.53345/bimiki.v9i1.137.
- [15] R. A. Shafira and I. Dhamanti, "A Literature Review: Implementation of SBAR Communication in The Implementation of Patient Safety in Hospital in Indonesia (Study

- in Indonesia,” *Media Gizi Kemas*, vol. 12, no. 1, pp. 441–452, 2023, doi: 10.20473/mgk.v12i1.2023.441-452.
- [16] N. D. Shinta and A. L. Bunga, “The implementation of SBAR communication method for patient safety: A literature review,” *Malahayati Int. J. Nurs. Heal. Sci.*, vol. 7, no. 5, pp. 537–553, 2024, doi: 10.33024/minh.v7i5.190.
- [17] B. Pazar, O. Kavakli, E. N. Ak, and E. E. Erten, “Implementation and Evaluation of the SBAR Communication Model in Nursing Handover by Pediatric Surgery Nurses,” *J. Perianesthesia Nurs.*, vol. 39, no. 5, pp. 847–852, 2024, doi: 10.1016/j.jopan.2023.12.021.
- [18] A. Alizadeh-risani, F. Mohammadkhah, A. Pourhabib, Z. Fotokian, and M. Khatooni, “Comparison of the SBAR method and modified handover model on handover quality and nurse perception in the emergency department: a quasi-experimental study,” *BMC Nurs.*, vol. 23, no. 1, 2024, doi: 10.1186/s12912-024-02266-4.
- [19] A. Badrujamaludin *et al.*, “Komunikasi Efektif SISBAR dalam Handover Antara Perawat dan Dokter Di RS Dustira Cumahi,” vol. 2, pp. 306–312, 2024.
- [20] A. O. Fakuriza, M. A. Zainaro, D. Kusumaningsih, and U. C. A. S. Isnainy, “Optimalisasi Timbang Terima Perawat Dengan Metode Sbar Di Ruang Rawat Bedah Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin,” pp. 5067–5076, 2023.
- [21] Sitah Umu Hakim, Solehudin Solehudin, and Lannasari Lannasari, “Hubungan Dokumentasi Keperawatan Elektronik Dengan Mutu Handover,” *J. Vent.*, vol. 2, no. 1, pp. 336–347, 2024, doi: 10.59680/ventilator.v2i1.1011.
- [22] G. Rahmatulloh, K. Yetti, D. F. Wulandari, and A. Ahsan, “Manajemen Handover Metode SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dalam Meningkatkan Komunikasi Efektif,” *J. Telenursing*, vol. 4, no. 1, pp. 153–159, 2022, doi: 10.31539/joting.v4i1.3321.
- [23] L. T. H. Linh, L. T. Y. Phuong, N. L. T. Truc, N. T. B. Ngoc, N. T. B. Tien, and H. T. Huong, “Evaluation of the Compliance Rate of Patient Handover Task Among Nurses at the Clinical Departments of City Children’s Hospital and Associated Factors,” *J. Radiol. Nurs.*, vol. 44, no. 3, pp. 287–291, 2025, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2025.03.008>.
- [24] P. Madya Nurhuda *et al.*, “Penerapan Teknik Komunikasi Efektif SBAR Pada Pelaksanaan Timbang Terima Perawat: Literatur Review,” *JINTAN J. Ilmu Keperawatan*, vol. 4, no. 1, pp. 9–20, 2023, doi: 10.51771/jintan.v4i1.721.
- [25] W. E. Ahmed, S. F. Fakhry, and F. M. M. Badran, “Bedside handover training and its effects on nurses’ knowledge and compliance,” *BMC Nurs.*, vol. 24, no. 1, 2025, doi: 10.1186/s12912-025-04075-9.
- [26] N. Van Linh *et al.*, “Current Status Of Postoperative Patient Handover Compliance Using The Sbar Model By Nurses At The Department Of Anesthesia And Pain Management , Vinmec Times City International General Hospital In 2025 Phẫu Thuật Theo Mô Hình Sbar Của Điều Dưỡng Tại Khoa,” vol. 66, pp. 213–218, 2025.
- [27] N. Nasrianti, M. Mulyati, S. Setiawati, M. Asmirajanti, and G. Irianto, “Pelaksanaan Handover Perawat dengan Komunikasi SBAR pada Pelayanan Keperawatan,” *J. Keperawatan Silampari*, vol. 6, no. 1, pp. 356–365, 2022, doi: 10.31539/jks.v6i1.4222.
- [28] Z. Ruhomaulay *et al.*, “Improving the quality of handover: implementing SBAR,” *Futur. Healthc. J.*, vol. 6, p. s54, 2019, doi: 10.7861/futurehosp.6-2s-s54.