

BAB III

ANALISA DATA

3.1 Analisa Situasi Ruangan

3.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih

Terletak di Jalan Dewi Sartika III No. 200 RT 1 RW 3 Kel. Cawang, Kecamatan Kramat Jati, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih merupakan fasilitas kesehatan milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta. Luas bangunan rumah sakit umum daerah ini adalah 21.977 m², dan luas tanahnya 6.381 m². Pada tahun 1946, dinas sosial kota menjalankan rumah sakit umum daerah ini sebagai Balai Pengobatan Panti Karya Harapan. Seiring waktu, rumah sakit ini berkembang menjadi Rumah Sehat untuk RSUD Budhi Asih Jakarta. Spesialis Mata, Jantung, Anak, Kulit & Kelamin, Bedah, Bedah Ortopedi, dan Urologi adalah beberapa dari sekian banyak spesialisasi yang ditawarkan oleh Rumah Sehat untuk RSUD Budhi Asih Jakarta, sebuah Rumah Sakit Umum Daerah Pendidikan Tipe B.

Rumah Sakit Umum Daerah ini berawal dari Balai Pengobatan Panti Karya Harapan yang dikelola oleh jawatan sosial kota praja pada tahun 1946. Balai pengobatan ini bertujuan melayani warga miskin, orang – orang terlantar, dan gelandangan di Jakarta. Pada tanggal 19 Desember 1962 semasa H.M. Moeljadi Djjomartono menjabat sebagai Menteri Sosial Republik Indonesia, Balai Pengobatan Panti Karya Harapan dijadikan Rumah Sakit Sosial Budhi Asih. Pengelolaan Rumah Sakit Budhi Asih berada dibawah Dinas Sosial Pemerintah

Provinsi DKI Jakarta yang saat itu kapasitas rumah sakit hanya 60 tempat tidur. Pada tanggal 20 Januari 1981, pengelolaannya dialihkan kepada Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 63 Tahun 1981 dengan kapasitas tamping pasien mencapai 100 tempat tidur. Rumah sakit ini lalu melayani masyarakat luas dan tetap memberikan pelayanan kepada pasien yang kurang mampu seperti gelandangan dan pengemis sebagai ciri sosialnya.

Rumah sakit ini diserahkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta pada tahun 1986. Secara resmi, rumah sakit ini bernama Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Budhi Asih Provinsi DKI Jakarta pada tanggal 5 Januari 1989, sesuai dengan Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 44 Tahun 1989. Klasifikasi rumah sakit ini diubah menjadi Tipe C pada tahun 1990, dan sekarang memiliki 143 tempat tidur. Karena Pemerintah Provinsi DKI Jakarta memiliki rumah sakit ini, semua pendanaan untuk operasional dan investasinya berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) DKI Jakarta. Rumah sakit ini sekarang menjadi Unit Swadana Daerah sebagai hasil dari penerbitan Peraturan Daerah DKI Jakarta Nomor 10 Tahun 1997. Unit Gawat Darurat (UGD), Unit Pelayanan Medis, Unit Rekam Medis, Unit Keperawatan, dan Unit Manajemen merupakan lima layanan dasar yang menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih berhasil meraih akreditasi penuh pada tahun 2000. Rumah sakit ini kemudian pindah ke bangunan 12 lantai yang ada saat ini pada tahun 2006, yang pada saat itu dapat menampung 267 tempat tidur. Pada tahun 2007, Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih berhasil menjadi rumah sakit tipe B dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tanggal 10 April Tahun 2007 Nomor 434/Menkes/SK/IV/2007.

Dalam perjalanannya di Tahun 2022, RSUD Budhi Asih mengalami penjenamaan oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta disahkan oleh Gubernur DKI Jakarta Anies Rasyid Baswedan, PHD dengan nama “Rumah Sehat Untuk Jakarta I RSUD Budhi Asih”. Peningkatan mutu yang terus - menerus dan berkesinambungan dengan tenaga – tenaga profesional dikembangkan untuk mendukung pelayanan yang semakin baik. Peningkatan jumlah kunjungan dan minat masyarakat di Jakarta Timur khususnya menjadi pemikiran mendalam untuk berinovasi demi pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien.

3.1.2 Gambaran Umum Ruang Edelweis Barat RSUD Budhi Asih

Ruang Edelweis Barat adalah salah satu ruang rawat inap di RSUD Budhi Asih yang terletak di Gedung Safir lantai 5, bersebelahan dengan ruang rawat inap anak mutiara. Ruang Edelweis Barat adalah ruang perawatan isolasi TBC, Dimana ruang tersebut berkapasitas 22 tempat tidur yang terbagi menjadi 9 ruang rawat inap. Pada ruang 502 dan 503 ditempati ruang rawat inap dewasa BPJS kelas 1 berkapasitas 2 tempat tidur, lalu ruang 504 dan 505 di tempati pasien anak dengan TBC dengan status BPJS kelas 2 yang berkapasitas 2 tempat tidur pada setiap ruang, dilanjutkan pada ruang rawat inap 506 hingga 507 ditempati pasien dewasa dengan BPJS kelas 2 dan kapasitas 3 tempat tidur di setiap ruangnya, dan yang terakhir kamar ruang rawat 508 dan 509 ditempati pasien dewasa BPJS kelas 2 dengan kapasitas 4 tempat tidur di setiap ruang nya. Terdapat 1 ruang pembuatan obat, 1 ruang tindakan dan 1 *Nurse station* dibagian depan ruangan.

Ruangan edelweis barat memiliki jumlah tenaga secara keseluruhan 18 orang yaitu; 1 Orang kepala ruangan, 1 orang ketua tim, 16 perawat pelaksana. Dalam kegiatan handover dilakukan di ruang *nurse station* yang memiliki wastafel didekatnya, serta terdapat handrub di setiap pintu masuk kamar pasien. Ruang edelweis barat tampak bersih dan rapih, tidak banyak barang berserakan namun tertata sesuai pada tempatnya.

3.1.3 Visi, Misi, dan Falsafah RSUD Budhi Asih

1. Visi

Rumah Sakit Umum Daerah Berdaya Saing Global

2. Misi

- a. Memberikan Pelayanan Kesehatan yang Berfokus Pada Kebutuhan Pasien dengan Mengutamakan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- b. Menyediakan Sumber Daya Manusia Penuh Hospitality;
- c. Menyeiakan Sarana dan Prasarana yang Modern dan Terintegrasi;
- d. Menyelenggarakan Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian yang Bermutu dan Kemitraan yang Produktif;
- e. Perbaikan dan Inovasi Terus Menerus.

3. Falsafah

Ber-orientasi Pelayanan

A-kuntabel

K-ompeten

H-armonis

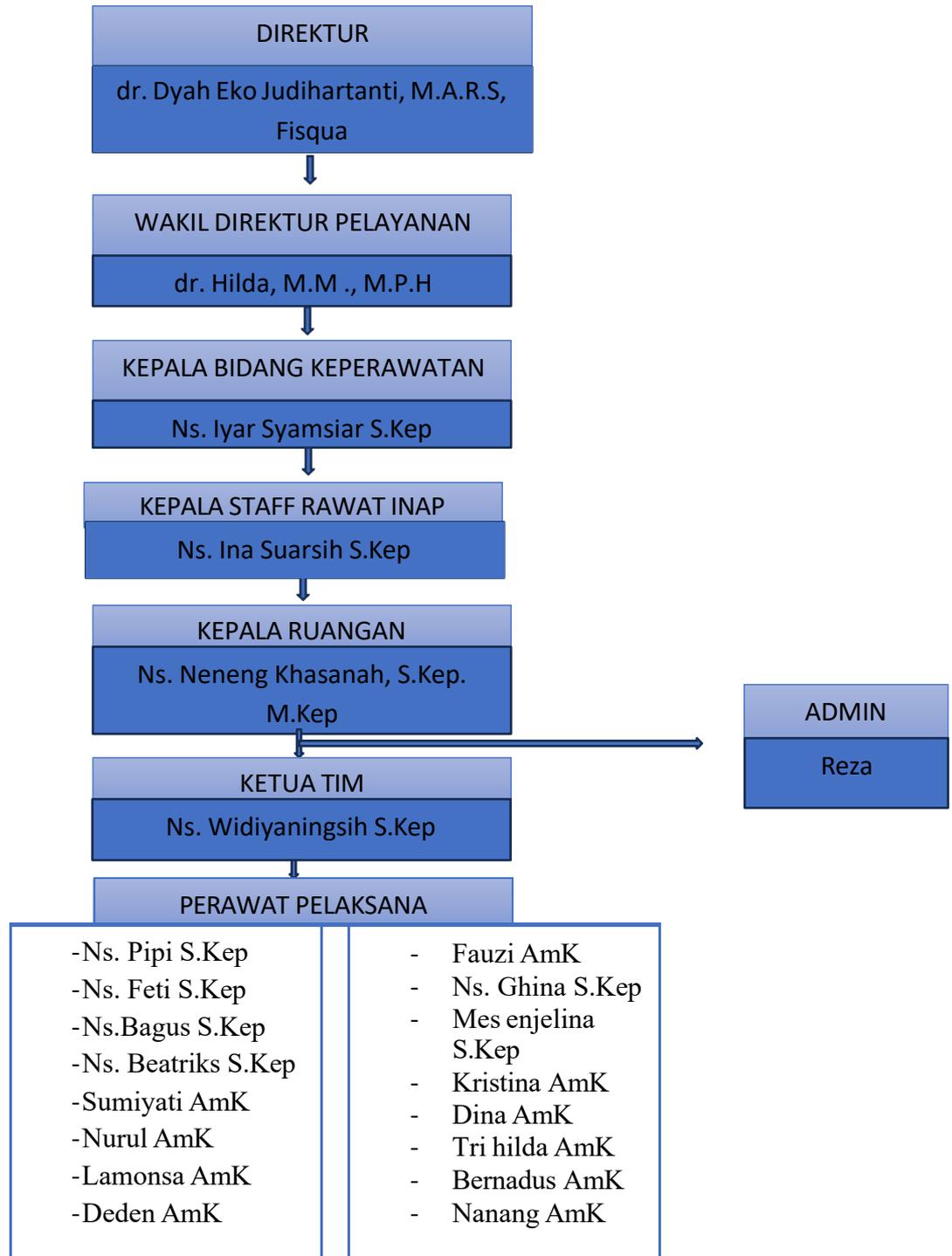
L-oyal

A-daptif

K-olaboratif

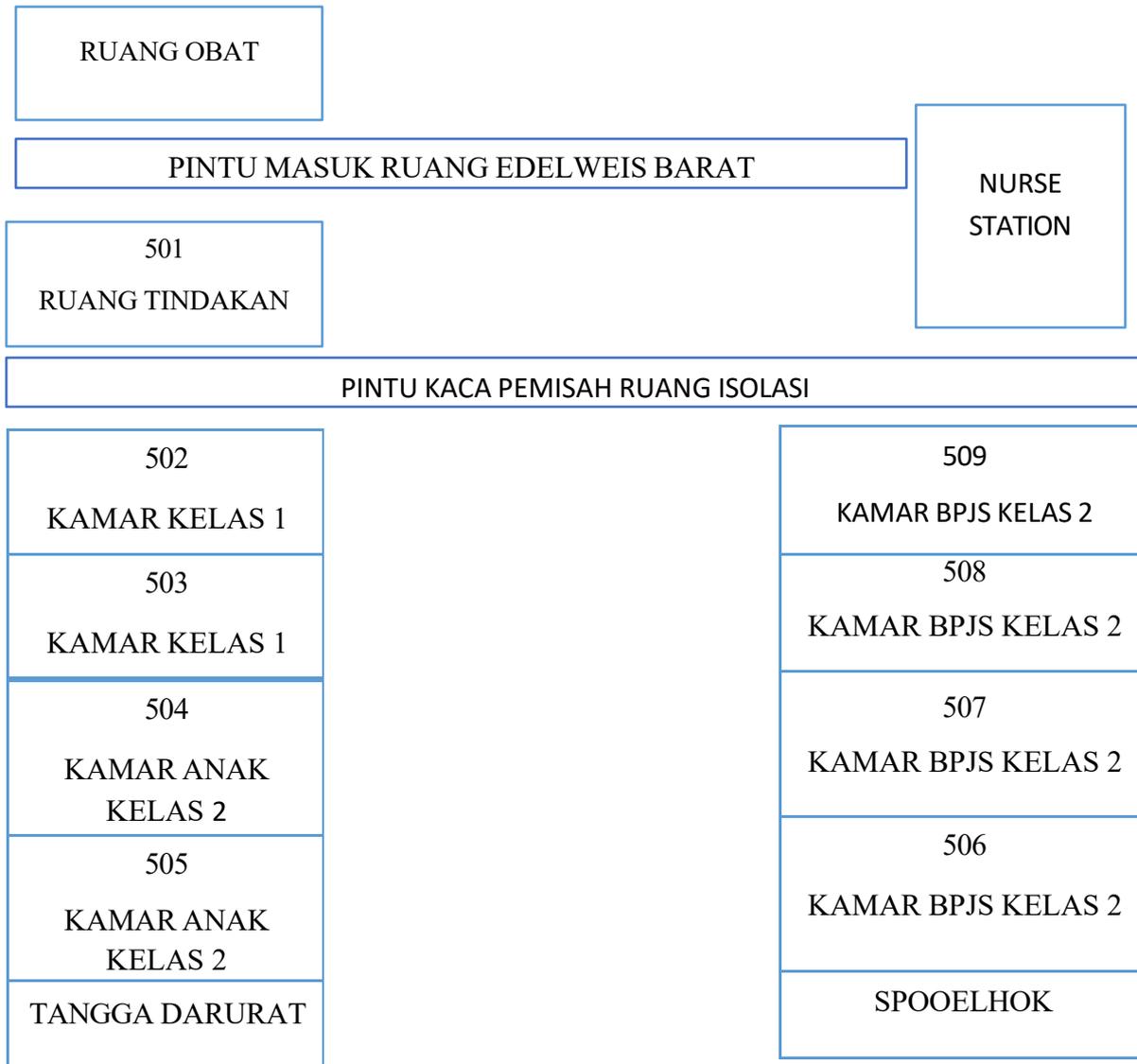
4. Motto RSUD Budhi Asih “Kami bangga melayani bangsa”

STRUKTUR ORGANISASI RUANG EDELWEIS BARAT RSUD BUDHI ASIH



Gambar 3.1 Struktur Organisasi

DENAH RUANG EDELWEIS BARAT



Gambar 3.2 Denah Ruang Edelweis Barat

3.1.4 Pelayanan Keperawatan

Pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan di RSUD BUDHI ASIH khususnya diruangan Edelweis Barat menggunakan model praktek keperawatan profesional (MPKP) I (satu) dengan metode tim. Terdapat 1 katim, penanggung jawab, dan perawat pelaksana, metode tim primer ini merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin asuhan keperawatan pada sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Jika dilakukan dengan benar metode ini merupakan metode pemberian asuhan yang tepat untuk meningkatkan pemanfaatan tenaga keperawatan yang bervariasi serta memiliki kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan.

3.1.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan selama 3 hari (praktik) yaitu mulai pada tanggal 13 Mei- 16 Mei 2025. Dengan melakukan pengumpulan data dengan menggunakan metode observasi dan kuesioner/ angket.

3.1.6 Pengawasan Mengenai Indikator Mutu

Pengawasan mengenai indikator Mutu Umum berdasarkan data pada tanggal 1-15 Mei 2025 Jumlah tempat tidur: 22. Jumlah hari rawat selama perawatan : 61 Jumlah pasien keluar hidup dan mati : 32

$$\text{BOR} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{jumlah hari satuan waktu}} \times 100\%$$

$$\text{BOR} = \frac{285}{22 \times 15 \times 100\%} = 86,3\%$$

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{\text{Jumlah Pasien Keluar}}$$

$$\text{TOI} = \frac{(22 \times 15) - 285}{32}$$

$$\text{TOI} = 1,4$$

$$\text{ALOS} = \frac{\text{Jumlah Rawat Jalan}}{\text{Jumlah Pasien keluar dan meninggal}}$$

$$\text{ALOS} = \frac{61}{32}$$

$$\text{ALOS} = 1,9$$

3.2 Hasil Kuesioner

Telah dilakukan penyebaran kuesioner pada tanggal 13 Mei- 16 Mei 2025 terkait pengetahuan dan motivasi perawat dalam melakukan *handover* dengan tehnik komunikasi SBAR kepada perawat di ruang edelweis barat yang terdiri dari 1 orang Kepala Ruang, 1 orang Ketua Tim dan 16 Perawat Pelaksana dengan gambaran hasil sebagai berikut :

3.2.1 Data Demografi

a. Jenis Kelamin

Tabel 3.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase %
Laki – Laki	5	27,8%
Perempuan	13	72,2
Total	18	100%

Berdasarkan tabel 3.1 dapat diketahui bahwa jumlah responden perempuan sebanyak 13 orang atau sebesar 72,2% dan jumlah responden laki-laki sebanyak 5 orang atau sebesar 27,8%

b. Usia

Tabel 3.2 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Persentase %
25 – 30 Tahun	3	16,7%
31-35 Tahun	8	44,4%
>35 Tahun	7	38,9%
Total	18	100%

Dalam tabel 3.2 dapat diketahui bahwa jumlah responden yang berusia 25-30 Tahun ada 3 orang atau sebesar 16,7%, pada rentang usi 31 – 35 tahun terdapat 8 orang atau 44,4%, dan ada 7 orang responden atau sebesar 38,9% yang berusia >35 tahun.

c. Pendidikan

Tabel 3.3 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Persentase %
D3 Keperawatan	12	66,7
Profesi NERS	6	33,3%
Total	18	100%

Dalam tabel 3.3 terdapat distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan Pendidikan, dapat diketahui bahwa ada 12 responden yang memiliki Pendidikan D3 Keperawatan atau sebesar 66,7% dan ada 6 orang responden yang memiliki pendidikan profesi NERS atau sebesar 33,3%.

d. Masa Bekerja

Tabel 3.4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan Masa Bekerja

Masa Kerja	Frekuensi	Persentase %
0-5 Tahun	3	16,7%
6-10 Tahun	6	33,3%
>10 Tahun	9	50%
Total	18	100%

Dalam tabel 3.4 dapat diketahui bahwa ada 3 responden dengan masa kerja 0-5 tahun atau sebesar 16,7%, lalu ada 9 responden yang memiliki masa kerja selama 6-10 tahun atau sebesar 33,3%, dan ada 9 responden yang memiliki masa kerja >10 tahun atau sebesar 50%.

3.2.2 Pengetahuan Konsep SBAR

Tabel 3.5 Distribusi frekuensi pengetahuan SBAR

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase %
Pengetahuan Baik	13	72,2%
Pengetahuan Kurang Baik	5	27,8%
Total	18	100%

Dalam tabel 3.5 diketahui bahwa ada 13 responden atau sebesar 72,2% yang memiliki pengetahuan SBAR dengan baik, dan ada 5 responden atau sebesar 27,8% yang memiliki pengetahuan SBAR kurang baik.

3.2.3 Motivasi Perawat Dalam Penerapan Tehnik SBAR Dalam *Handover*

Tabel 3.6 Distribusi frekuensi Motivasi Perawat dalam melakukan tehnik komunikasi SBAR

Motivasi	Frekuensi	Persentase %
Motivasi Baik	13	72,2%
Motivasi Kurang Baik	5	27,8%
Total	18	100%

Dalam tabel 3.6 dapat diketahui bahwa ada 13 responden atau sebesar 72,2% yang memiliki motivasi yang baik dalam melakukan tehnik komunikasi SBAR, dan ada 5 responden atau sebesar 27,8% responden yang memiliki komunikasi kurang baik.

3.3 Analisa Data

Dalam pengkajian keperawatan yang telah dilakukan selama tiga hari di ruang edelweis barat melalui data kuesioner dengan hasil 72,2% atau sebanyak 13 perawat yang memiliki pengetahuan yang baik terkait komunikasi SBAR dan sebesar 72,2% atau sebesar 13 perawat yang memiliki motivasi yang baik dalam melakukan tehnik komunikasi SBAR. Pada data pendukung yang kedua adalah melalui data observasi didapatkan hasil bahwa ruang rawat inap Edelweis Barat telah melakukan *handover* dengan tehnik komunikasi SBAR namun belum sempurna seperti halnya untuk status risiko jatuh, status nutrisi dan hari rawat tidak masuk dalam komponen *handover*. Masalah keperawatan yang muncul adalah belum optimalnya penggunaan tehnik komunikasi SBAR dalam proses *handover* keperawatan.

3.4 Analisa SWOT

3.4.1 *Strenght* (Kekuatan)

Kekuatan mengacu pada faktor internal positif yang dimiliki oleh suatu organisasi atau individu yang memberikan keunggulan kompetitif. Ini adalah aspek-aspek yang dapat dimanfaatkan untuk mencapai tujuan dan keberhasilan. Dalam pengkajian yang dilakukan pada ruangan edelweis barat didapatkan hasil kuesioner sebesar 72,2% perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang tehnik komunikasi SBAR, dan ada sebesar 72,2% perawat memiliki motivasi yang baik dalam melakukan tehnik komunikasi SBAR dalam melakukan *handover* kegiatan *handover* itu sendiri dikatakan adanya arahan dan pengawasan dari atasan dalam melakukan tehnik SBAR dibuktikan melalui kuesioner motivasi.

3.4.2 Weakness (Kelemahan)

Kelemahan merujuk pada faktor-faktor internal yang bersifat negatif dan menghambat suatu organisasi dalam mencapai satu tujuan. Hal ini dibuktikan dengan observasi yang dilakukan selama tiga hari dalam proses *handover* didapatkan hasil bahwa dalam penerapan tehnik SBAR ada beberapa komponen yang tidak disebutkan seperti hari rawat, masalah keperawatan, risiko jatuh dan status nutrisi, lemahnya pelaksanaan *handover* dengan tehnik SBAR di dukung juga dengan tidak adanya SOP sebagai panduan yang dimiliki staff dalam melakukan komunikasi SBAR tersebut.

3.4.3 Opportunity (Peluang)

Peluang ini merujuk pada faktor eksternal yang menguntungkan yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan posisi suatu organisasi ataupun individu, dengan melihat melalui beberapa aspek dalam masalah keperawatan ini adanya motivasi yang besar untuk melakukan tehnik komunikasi SBAR dalam proses *handover* sudah terlihat melalui keingintahuan perawat dalam aplikasi komunikasi SBAR, serta adanya dukungan dari pihak Karu dan Katim dalam melakukan peningkatan pengetahuan dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan dan meminimalkan resiko seperti mengikuti seminar ataupun webinar. Dalam hal kesejahteraan pemberian remunerisasi adalah suatu peluang yang diberikan RS kepada perawat dalam mencapai tujuan dari perawatan pasien yang berkesinambungan dengan menggunakan tehnik komunikasi SBAR.

3.4.4 Threats (Ancaman)

Ancaman dalam hal ini merujuk pada faktor eksternal yang berpotensi merugikan atau menghambat tercapainya suatu tujuan. Hal ini tertulis dalam Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien dikatakan bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dibutuhkan tindakan

yang komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan, jika dalam penerapan komunikasi SBAR saat *handover* tidak dilakukan secara lengkap seperti menilai resiko jatuh pasien hal ini dapat menjadi ancaman bagi perawat lalai dalam melakukan pengawasan bagi pasien dengan resiko jatuh yang tinggi. Serta tertulis juga dalam KMK 1596 Tahun 2024 pada TKRS 14 tentang manajemen risiko harus adanya komunikasi yang baik serta konsultasi dengan pihak terkait agar mengurangi risiko terhadap pasien serta tenaga profesional dan rumah sakit. Hal ini tertuang juga dalam UU no 17 tahun 2023 tentang kesehatan padapasal 176 tentang fasilitas kesehatan wajib menerapkan standar keselamatan yang meliputi pengelolaan risiko, analisis dan pelaporan serta melakukan pencegahan.

3.5 Perumusan Masalah

Perumusan masalah dilakukan perhitungan dengan pembobotan pada setiap masalah yang ditemukan dengan teknik (*criteria matrix technique*), yaitu teknik pemungutan suara dengan menggunakan 5 kriteria tertentu yaitu :

1. *Magnitude (Ms)* : Kecenderungan dan seringnya kejadian masalah
2. *Severity (S)* : Besarnya kerugian yang ditimbulkan
3. *Manageable (Mn)* : Bisa dipecahkan
4. *Nursing Consarn (Nc)* : Melibatkan perhatian dan pertimbangan perawat
5. *Affordability (Af)* : Ketersediaan sumber daya

Dengan bobot penilaian sebagai berikut :

5= Sangat Penting,

4= Penting,

3= Cukup Penting,

2= Kurang Penting

1= Sangat Kurang Penting

Skor akhir dirumuskan dengan cara $M \times S \times Mn \times Nc \times Af$

No.	Masalah	Ms	S	Mn	Nc	Af	Skor
1	Belum optimalnya penggunaan tehnik komunikasi SBAR dalam proses <i>handover</i> keperawatan	4	4	5	5	5	2000

3.6 Plan Of Action

Intervensi ini didasarkan pada rencana perawatan yang telah disusun dan bertujuan untuk membantu mencapai hasil yang diharapkan, dalam kegiatan ini dimulai pada tanggal 13 Mei – 15 Mei 2025 yaitu melakukan pengkajian dan observasi ruangan, dilanjutkan pada tanggal 16 Mei 2025 yaitu penyebaran kuesioner untuk gambaran pengetahuan perawat tentang Teknik komunikasi SBAR dan motivasi penerapan komunikasi SBAR dalam proses *handover* keperawatan, selanjutnya dilakukan kegiatan observasi selama tiga hari pada tanggal 16-18 Mei 2025 serta membuat gambaran SOP *handover* dengan tehnik komunikasi SBAR. Yang pada akhir sesi pengkajian ini dilakukan desiminasi Ilmu dan *roleplay* tentang *handover* keperawatan dengan menggunakan tehnik komunikasi SBAR pada tanggal 15 Juni 2025 yang bertujuan untuk tercapainya pemahaman yang sama serta terpaparnya informasi terkini tentang aturan serta

acuan dalam melakukan proses *handover* keperawatan dengan menggunakan teknik komunikasi SBAR.

3.7 Implementasi Keperawatan

Menerapkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya merupakan penerapan keperawatan dalam manajemen keperawatan. Untuk memastikan seluruh perawat di Ruang Edelweis Barat memahami dan menghayati konsep serah terima keperawatan menggunakan teknik komunikasi SBAR sehingga dapat menerapkannya secara efektif, kegiatan dalam hal ini meliputi diseminasi pengetahuan tentang serah terima keperawatan menggunakan teknik tersebut. Enam perawat berpartisipasi dalam kegiatan ini, yang dilaksanakan di Ruang Edelweis Barat pada tanggal 15 Juni 2025, pukul 08.00 WIB. Kegiatan dilanjutkan dengan latihan roleplay serah terima keperawatan yang dirancang untuk memastikan setiap perawat di Ruang Edelweis Barat dapat mengaplikasikannya dengan baik.

3.8 Evaluasi Keperawatan

3.8.1 Desiminasi Keperawatan

Setelah melakukan desiminasi keperawatan pada tanggal 15 Juni 2025 didapatkan hasil bahwa :

1. Desiminasi keperawatan tentang handover dengan tehnik SBAR berjalan dengan baik
2. Kegiatan Desiminasi keperawatan tentang handover dengan tehnik SBAR

dihadiri oleh perawat shift malam dan shift pagi, diantaranya terdapat 2 PJ Shift

3. Seluruh perawat mengikuti kegiatan Desiminasi keperawatan tentang handover dengan tehnik SBAR secara aktif melalui diskusi
4. Ada peningkatan pengetahuan dari perawat di buktikan dengan kuesioner *pre* desiminasi yang memiliki pengetahuan baik sebesar 33,3% atau sebanyak 2 perawat dan kuesioner *post* desiminasi yang memiliki pengetahuan baik dengan nilai 83.3% atau menjadi berjumlah 5 perawat dengan nilai *cut of point* 7,17.

3.8.2 Roleplay Handover Keperawatan

Setelah dilakukan *roleplay handover* keperawatan dengan tehnik komunikasi SBAR pada tanggal 15 Juni 2025 didapatkan hasil bahwa:

1. Perawat ruang Edelweis Barat memahami bahwa penting dalam melakukan handover keperawatan secara terstruktur dan sistematis sesuai SOP, dalam mengurangi resiko kesalahan informasi yang kemungkinan terjadi selama proses *handover*.
2. Selama proses *roleplay handover* keperawatan dengan tehnik komunikasi SBAR seluruh perawat mengikuti kegiatan dengan baik dan melakukan setiap tahapan *handover* sesuai SOP.