

MENGAJI KEPUASAN PASIEN DENGAN MEMBANDING METODE SERAH TERIMA TRADISIONAL DAN *BEDSIDE*

Siti Aisyah Nur

Program Studi D III Keperawatan AKPER 'AISYIYAH Padang,

Email : siti_aisyahnur@ymail.com

ABSTRAK

Studi ini bertujuan untuk melacak kepuasan pasien terkait dengan metode serah terima pasien dengan cara membandingkan dua metode yaitu metode serah terima pasien dengan tradisional dan bedside handover. Desain penelitian yang digunakan adalah cross sectional comparative study. Dilaksanakan di ruang rawat inap RSI Ibnu Sina Padang yaitu di ruangan Shafa dan Marwa, sedangkan untuk RSI Bukittinggi di ruang rawat inap Penyakit Dalam dan Bedah. Dengan menggunakan teknik pengambilan sampel consecutive sampling. dalam pengumpulan data menggunakan angket, kuesioner dan wawancara mendalam. hasil penelitian menunjukkan bahwa Kepuasan pasien mengenai serah terima pasien dengan tradisional mampu memenuhi harapan pasien sebesar 70,17% lebih rendah dibandingkan kepuasan pasien mengenai serah terima pasien dengan bedside handover yang mampu memenuhi harapan pasien sebesar 88,24%.

Kata kunci: Kepuasan pasien, metode serah terima, tradisional, bedside handover

ABSTRAC

This study aims to track patient satisfaction related to the method of patient handover by comparing two methods namely the method of handover of patients with traditional and bedside handover. The research design used is cross sectional comparative study. Implemented in the inpatient room RSI Ibn Sina Padang is in the room Shafa and Marwa, while for RSI Bukittinggi in inpatient wards of Disease and Surgery. Using consecutive sampling technique. In data collection using questionnaires, questionnaires and in-depth interviews. Result of research indicate that patient satisfaction about handover of patient with traditional able to fulfill patient expectation equal to 70,17% lower than patient satisfaction about handover patient with bedside handover able to fulfill patient expectation equal to 88,24%.

Keywords: Patient satisfaction, handover method, traditional, bedside handover

PENDAHULUAN

Upaya peningkatan pelayanan kesehatan, tidak lepas dari pelayanan keperawatan yang berkesinambungan dengan mempromosikan perawatan yang baik sesuai standar professional 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 (KTD). Berdasarkan laporan dari *Institute of Medicine* Amerika, 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*) (Budihardjo, 2008). Data kejadian KTD tertinggi terjadi pada pasien rawat inap, sebagaimana dilaporkan *Institute of Medicine* (IOM) bahwa angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika berjumlah 33,6 juta per tahun. Salah satu penyumbang KTD adalah pelaksanaan serah terima pasien di ruangan yang kurang optimal (Cohen dan Hilligoss, 2009). Kondisi ini akan mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan yang tidak memuaskan pasien.

Data Indonesia menurut Utarini (2011) menyatakan bahwa dari 15 rumah sakit dengan 4.500 rekam medis menunjukkan angka kejadian tidak diharapkan yaitu 8,0-98,2 untuk *diagnostic error* dan 4,1-91,6% untuk *medication error*. Laporan insiden keselamatan pasien di Indonesia diketahui Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) 46%. Kesalahan dalam proses pelayanan disebabkan oleh berbagai hal, diantaranya proses pelayanan disebabkan oleh petugas (85%) dan peralatan (15%). Hal ini menggambarkan bahwa petugas memiliki peran penting dalam pelayanan kepada pasien (Kongres PERSI, 2007). 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 *standard 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 keperawatan yang tidak adekuat (*agency for healthcare research and quality*, 2003).

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 perawat. Pelaksanaan serah terima pasien merupakan tindakan keperawatan yang secara langsung akan berdampak pada perawatan pasien, selain itu serah terima dibangun sebagai sarana untuk menyampaikan tanggung jawab serta legalitas yang berkaitan dengan pelayanan keperawatan kepada pasien (Wallis, 2010).

Serah terima pasien termasuk pada sasaran yang kedua yaitu peningkatan komunikasi yang efektif petugas kesehatan. Kesalahan akibat penyampaian serah terima pada saat pergantian shift akan berakibat pada menurunnya indikator kualitas pelayanan terutama *patient safety* suatu rumah sakit (Fabre, 2010 dalam Manopo, 2012). Serah terima pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas, dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan atau belum dan perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Serah terima dilakukan oleh perawat primer keperawatan kepada perawat primer (penanggung jawab) dinas sore atau dinas malam secara tertulis atau lisan, diperlukan juga suatu komunikasi yang jelas tentang kebutuhan klien terhadap apa yang sudah dilakukan intervensi dan yang belum, serta respon pasien yang terjadi. Perawat melakukan timbang terima dengan berjalan bersama dengan perawat lainnya dan menyampaikan kondisi pasien secara akurat didekat pasien. Cara ini lebih efektif dari pada harus menghabiskan waktu orang lain untuk membaca dan akan membantu perawat dalam menerima serah terima secara nyata. Clair dan Trussel (dalam Kerr, 2001) menyusun pengertian dari *handover* adalah komunikasi oral dari informasi tentang pasien yang dilakukan oleh perawat pada pergantian shift jaga.

Menurut Kuntoro (2010) ada dua jenis metode serah terima yaitu serah terima dengan metode tradisional dan serah terima dengan metode *bedside handover*. Operan perawat dulunya dilakukan dengan cara tradisional yaitu: 1. dilakukan hanya di meja perawat. 2. Menggunakan satu arah komunikasi sehingga tidak memungkinkan munculnya pertanyaan atau diskusi. 3. Jika ada pengecekan ke pasien hanya sekedar memastikan kondisi secara umum. 4. Tidak ada kontribusi atau *feedback* dari pasien dan keluarga, sehingga proses informasi dibutuhkan oleh pasien terkait status kesehatannya tidak *up to date*. Operan tradisional hanya cukup di meja perawat tanpa mengkonfirmasi keadaan pasien secara langsung. Hal ini menyebabkan ketidakpuasan dari pasien dan perawat karena tidak ada komunikasi antara perawat dengan pasien yang nantinya bermanfaat bagi pelayanan yang dilakukan (Kassessan and Jagoo, dalam JCI, 2010). Menurut *Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare* (2007), *bedside handover* yaitu metode transfer informasi (termasuk tanggungjawab dan tanggung gugat) selama perpindahan perawatan yang berkelanjutan atau pertukaran antar shift yang dilakukan disamping tempat tidur pasien yang bertujuan untuk berbagi informasi antara pasien dan petugas untuk memastikan kesinambungan perawatan dan merupakan proses interaktif, memberikan kesempatan pasien untuk memberikan masukan dan

menyampaikannya masalahnya. Melalui pendekatan *bedside handover* maka perawat dapat memastikan keselamatan pasien yang mencakup lingkungan pasien seperti posisi tempat tidur, alat-alat medis disamping pasien berfungsi dengan baik dan memastikan terapi medikasi yang diberikan sesuai program.

Pelaksanaan *bedside handover* yang berkualitas akan mampu menggali data tentang pasien. Tujuan operan disini adalah : 1). Perawat dapat mengikuti perkembangan klien secara paripurna. 2). Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat.3). Akan terjalin suatu hubungan kerjasama yang bertanggung jawab antar anggota tim perawat.4). Terlaksananya asuhan keperawatan terhadap klien yang berkesinambungan dan pasien akan merasa puas apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi harapannya dan sebaliknya, ketidakpuasan atau perasaan kecewa pasien akan muncul apabila kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya itu tidak sesuai dengan harapannya. Berdasarkan apa yang disebut di atas, pengertian kepuasan pasien dapat dijabarkan sebagai berikut. Kepuasan pasien adalah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya. Kepuasan pasien merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subjektif tetap ada dasar objektifnya (Finley, 2001 dalam Wahyudi, 2009).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sexton, *et al* (2004), pelaksanaan serah terima dengan tatap muka langsung memiliki efek yang sangat penting terhadap kesinambungan perawatan pasien. Menurut Fenton dan Wendy (2006), serah terima keperawatan yang dilakukan secara *continue* dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang terstruktur dan informatif yang didukung dengan adanya acuan berupa *Standard Operational Prosedure (SOP)*. Hasil penelitian yang dilakukan Arora dan Johnson (2006) bahwa dengan adanya prosedur timbang terima maka semakin efektif dalam meningkatkan kesinambungan, kualitas serta keselamatan antara perawat dengan pasien dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Hasil penelitian Hemant (2005) menyatakan bahwa ada hubungan penerapan serah terima dengan kepuasan pasien. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Maxson PM (2012) menyatakan bahwa ada hubungan serah terima antar perawat dengan terjaminnya keselamatan pasien dan kepuasan pasien.

Data Indonesia penelitian terkait operan dilakukan oleh Rahmi (Yudianto, 2005) di salah satu ruangan rumah sakit Hasan Sadikin Bandung (Ruang 2), yang menemukan bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam hal operan pasien menunjukkan 53% responden dalam kategori kurang, 27% responden dalam kategori baik. Penelitian ini juga menemukan bahwa sikap yang ditunjukkan dalam operan pasien menunjukkan 13% responden dalam kategori baik, 67% responden dalam kategori cukup dan 20% responden dalam kategori kurang. Dari data tersebut diatas menunjukkan bahwa respon perawat terhadap pelaksanaan operan masih sangat rendah.

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

RS Islam Ibnu Sina merupakan RS swasta yang berada di bawah Yayasan Rumah Sakit Islam (Yarsi) Sumatera Barat. RS Islam Ibnu Sina terdapat di lima Kabupaten/Kota di Sumatera Barat yaitu RSI Ibnu Sina Bukittinggi, RSI Ibnu Sina Padang, RSI Ibnu Sina Simpang Ampek, RSI Ibnu Sina Payakumbuh dan RSI Ibnu Sina Padang Panjang. RSI Ibnu Sina dalam mewujudkan Rumah Sakit menjadi tipe B dengan pelayanan profesional dan islami melakukan peningkatan mutu secara terus menerus (Yarsi Sumbar, 2015).

Data survey pelayanan keperawatan terhadap pasien rawat inap di RSI Ibnu Sina Padang dan Bukittinggi. RSI Ibnu Sina Bukittinggi diketahui 40% pelayanan serah terima pasien dilakukan secara tradisional dan 60% dilakukan secara *bedside handover*. Berdasarkan survey yang dilakukan didapatkan data bahwa 23% pasien sangat puas terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan dalam hal ini juga pelayanan keperawatan saat pergantian shift,

62,1% menyatakan puas dan 15,5% menyatakan cukup puas (RSI Ibnu Sina Bukittinggi, 2016). Hasil studi pendahuluan di RSI Ibnu Sina Padang peneliti melakukan observasi pada dua ruang rawat inap sebagai studi pendahuluan pada bulan Mei 2016 yang berkaitan dengan pelaksanaan serah terima adalah observasi yang dilakukan kepada 10 responden diketahui 6 orang dari 10 responden (60%) melakukan serah terima pasien dengan metode tradisional. Selain daripada itu 5 orang pasien dari 10 pasien (50%) menyatakan kurang puas terhadap pelayanan yang perawat berikan. Studi pendahuluan yang dilakukan di RSI Ibnu Sina Bukittinggi pada 10 responden di dua ruang rawat inap pada bulan Juli 2016 diketahui 5 orang dari 10 responden (50%) melakukan serah terima dengan metode tradisional dan menyatakan kurang puas terhadap pelayanan yang perawat berikan. Sementara itu, hasil wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Ruang Rawat Inap di RSI Ibnu Sina Padang menyatakan bahwa penerapan serah terima pasien masih menggunakan metode tradisional dengan dilakukannya serah terima kepada perawat pengganti di *nurse station* dengan menggunakan *white board* yang berisi dokumentasi nama pasien, nomor rekam medis, tanggal masuk, diagnosis medis dan terapi medis, sedangkan untuk diagnosis keperawatan, intervensi dan evaluasi tidak ada. Selain daripada itu hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan di RSI Ibnu Sina Bukittinggi menyatakan bahwa penerapan serah terima pasien yang dilakukan yaitu bedside handover dan juga telah menggunakan komunikasi *Situation, Background, Assessment, Recommendation*(SBAR). Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai perbedaan kepuasan pasien mengenai metode serah terima pasien dengan tradisional dan *bedside handover*.

METODE PENELITIAN

Studi ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional comparative study*. Dilaksanakan di ruang rawat inap RSI Ibnu Sina Padang yaitu di ruangan Shafa dan Marwa, sedangkan untuk RSI Bukittinggi di ruang rawat inap Penyakit Dalam dan Bedah. Dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *consecutive sampling*, sementara itu jumlah sampel dihitung dengan menggunakan rumus Stanley Lemeshow. Teknik pengumpulan data dengan cara field study yaitu angket, kuesioner, wawancara dan observasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kepuasan Pasien Rawat Inap mengenai Serah Terima Pasien dengan Tradisional dan Bedside Handover

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kepuasan pasien mengenai serah terima pasien dengan tradisional mampu memenuhi harapan pasien sebesar 70,17%. Sedangkan kepuasan pasien mengenai serah terima pasien dengan *bedside handover* mampu memenuhi harapan pasien sebesar 88,24%. Hal ini menggambarkan bahwa kepuasan pasien mengenai serah terima pasien dengan *bedside handover* lebih tinggi jika dibandingkan tradisional. Walaupun masih menunjukkan tingkat kepuasan rata-rata yang masih bernilai di bawah 90%, namun hasil ini lebih baik bila dibandingkan dengan yang ditemukan oleh Sandra (2015) yang menyatakan kepuasan pasien rawat inap di RSUD Sawahlunto memiliki gradasi mulai dari 65% sampai dengan 84%. Perbedaan tingkat kepuasan ini dapat terjadi karena terdapatnya perbedaan persepsi dan harapan serta kenyataan yang diterima oleh pasien dalam pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian Shaikh, dkk (2008) dalam penelitiannya *using SERVQUAL for assessing and improving patient satisfaction at a rural health facility in Pakistan* dimana kepuasan pasien memiliki gradasi mulai dari 34% sampai dengan 81%. Perbedaan tingkat kepuasan dapat disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya adalah tempat penelitian. Shaikh, dkk (2008) melakukan penelitian di daerah *rural* (terpencil) yang memungkinkan semua dimensi kepuasan dalam kondisi keterbatasan atau tidak dapat terpenuhi. Sementara RSI Ibnu Sina

Padang dan Bukittinggi yang menjadi lokasi penelitian berada di daerah *district capital* (ibukota daerah), dimana hampir semua aspek kebutuhan rumah sakit lebih mudah untuk dipenuhi oleh pihak manajemen.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fachruddin (2005) pada pendekatan konsep lima dimensi mutu yaitu *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*, dan *tangibles* yang mengumpulkan data kepada 100 responden, menyatakan kepuasan pasien bergradasi dari 55% sampai dengan 86%.

Kepuasan pasien rawat inap mengenai serah terima pasien dengan tradisional dan *bedside handover* berdasarkan dimensi kepuasan diketahui kepuasan pasien rawat inap mengenai serah terima pasien dengan tradisional didapatkan dimensi kepuasan berdasarkan *tangibles* (bukti fisik) memiliki tingkat kepuasan tertinggi yaitu 72.16%, diikuti oleh kepuasan dari dimensi berdasarkan *responsiveness* (daya tanggap) yaitu 71.74% dan *assurance* (jaminan) 70,05%, *emphaty* (empati) 69% dan *reliable* (kehandalan) 67,51%. Kelima dimensi tersebut belum memenuhi kepuasan pasien rawat inap.

Kepuasan pasien rawat inap mengenai serah terima pasien dengan *bedside handover* didapatkan dimensi kepuasan berdasarkan *assurance* (jaminan) memiliki tingkat kepuasan tertinggi yaitu 89.70%, diikuti oleh kepuasan dari dimensi berdasarkan *responsiveness* (daya tanggap) yaitu 88.6% dan *tangible* (bukti fisik) 88,12%, *reliable* (kehandalan) 87.73% dan *emphaty* (empati) 87,40%. Kelima dimensi tersebut belum memenuhi kepuasan pasien rawat inap. Hal ini dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien rawat inap mengenai serah terima pasien dengan *bedside handover* lebih tinggi dibandingkan dengan tradisional.

Berdasarkan pada diagram kartesius kepuasan pasien rawat inap mengenai metode serah terima dengan tradisional diketahui pada posisi kuadran kepuasan pasien yang perlu diperbaiki adalah pada kuadran A terdapat 10 atribut kepuasan pasien mengenai serah terima pasien dengan tradisional yaitu perawat melakukan pergantian shift dengan perawat lain dengan baik dan melibatkan pasien di tempat tidur pasien secara langsung dalam serah terima pasien, perawat selalu ramah dalam melayani pasien dan keluarganya, timbang terima dilakukan dengan waktu yang sesuai dengan kebutuhan pasien, perawat pengganti dapat memenuhi kebutuhan pasien, pelayanan yang diberikan oleh perawat sama kepada semua pasien karena tidak membedakan berdasarkan kelompok pembayaran, perawat sebelumnya dan perawat pengganti selalu siap sedia dalam melayani pasien, perawat sebelumnya dan perawat pengganti ramah dan sopan dalam memberikan pelayanan dan pengobatan, perawat senantiasa memberikan perhatian terhadap masalah kesehatan yang dihadapi, perawat bersedia dengan sabar mendengarkan keluhan yang pasien alami dan adanya kotak saran, kritik dan keluhan pasien. Pada atribut-atribut kepuasan tersebut pasien merasa tidak puas.

Penyebab terjadinya ketidakpuasan pasien pada serah terima secara tradisional disebabkan karena proses serah terima lebih banyak dilakukan di nurse station, perawat kurang memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya maupun menyampaikan keluhannya. Pengecekan ke pasien hanya sekedar memastikan kondisi secara umum. Hal inilah yang menyebabkan tidak ada kontribusi atau *feedback* dari pasien dan keluarga, sehingga proses informasi dibutuhkan oleh pasien terkait status kesehatannya tidak *up to date*.

Pada kuadran B terdapat 4 atribut kepuasan yaitu perawat menguasai dan terampil dalam memberikan pelayanan, pelayanan pemeriksaan dan pengobatan yang dilakukan kepada pasien di lakukan dengan teliti, perawat bersikap kekeluargaan untuk mengerti kebutuhan pasien, kebersihan perlengkapan di ruang rawat inap dan perawat tidak tergesa-gesa dalam memberikan pelayanan.

Pada atribut-atribut kepuasan tersebut memiliki kepuasan yang baik dan perlu untuk dipertahankan. Kepuasan yang timbul pada kuadran B berdasarkan serah terima secara tradisional berhubungan dengan pelayanan keperawatan esensial yang diberikan oleh perawat dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit yang harus dan penting untuk dilakukan oleh perawat, karena seorang perawat professional harus memiliki kompetensi dalam memberikan

pelayanan keperawatan dan melakukan pelayanan keperawatan dan pengobatan dengan teliti. Hal ini sesuai dengan atribut pada kuadran B yang pasien merasa puas.

Berdasarkan pada diagram kartesius kepuasan pasien rawat inap mengenai metode serah terima dengan *bedside handover* diketahui pada posisi kuadran kepuasan pasien yang perlu diperbaiki adalah pada kuadran A terdapat 4 atribut kepuasan pasien mengenai serah terima pasien, yaitu perawat menanyakan keluhan pasien saat timbang terima, perawat memberikan informasi mengenai masalah kesehatan dan penyakit yang diderita, pada saat memperkenalkan perawat lain pada saat pergantian shift perawat memberikan kesempatan bertanya kepada pasien dan perawat bersikap kekeluargaan untuk mengerti kebutuhan pasien. Pada atribut-atribut kepuasan tersebut pasien merasa tidak puas.

Penyebab rendahnya ketidakpuasan pasien pada serah terima secara *bedside handover* dibandingkan tradisional *handover* disebabkan karena *bedside handover* dilakukan di samping tempat tidur pasien dengan melibatkan pasien atau keluarga pasien secara langsung untuk mendapatkan feedback. Hal ini sesungguhnya meningkatkan keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan terkait kondisi penyakitnya dan meningkatkan hubungan keperawatan dan komunikasi antara pasien dengan perawat. Jika dilihat pada tradisional *handover* serah terima hanya dilakukan antar perawat sehingga pasien tidak mengetahui bagaimana kondisi perkembangan penyakitnya berbanding terbalik dengan *bedside handover* dimana pasien dilibatkan dan mengetahui perkembangan terkini mengenai penyakitnya, sehingga pasien merasa terlayani dan dilibatkan dalam setiap proses keperawatan.

Pada kuadran B terdapat 12 atribut kepuasan yaitu penampilan perawat di ruang rawat inap bersih dan rapi, perawat melakukan pergantian shift dengan perawat lain dengan baik dan melibatkan pasien di tempat tidur pasien secara langsung dalam serah terima pasien, perawat selalu ramah dalam melayani pasien dan keluarganya, perawat memberi salam pada pasien atau keluarga dan memberi tahu perawat yang akan melaksanakan pelayanan pada tugas berikutnya, timbang terima di kamar pasien menggunakan suara yang cukup dan tidak didengar pasien disebelahnya dan menjaga privasi pasien, perawat memiliki kemauan untuk melakukan serah terima secara langsung dengan melibatkan pasien pada saat pergantian shift dengan perawat lainnya, perawat menjelaskan mengenai pergantian shift kepada pasien, perawat pengganti dapat memenuhi kebutuhan pasien, perawat yang melayani dalam setiap shiftnya cepat tanggap dalam memberikan pelayanan dan pengobatan kepada pasien, perawat yang melayani dalam setiap shiftnya memotivasi agar pasien cepat dalam proses penyembuhan, perawat sebelumnya dan perawat pengganti ramah dan sopan dalam memberikan pelayanan dan pengobatan dan perawat senantiasa memberikan perhatian terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Pada atribut-atribut kepuasan tersebut memiliki kepuasan yang baik dan perlu untuk dipertahankan.

Kepuasan yang timbul pada kuadran B berdasarkan serah terima secara *bedside handover* berhubungan dengan pelayanan serah terima pasien dan pelayanan keperawatan esensial, berbeda jika dilihat pada tradisional *handover* pada kuadran B dimana pasien hanya puas pada pelayanan keperawatan esensial namun dari segi serah terima pasien dan komunikasi antara perawat pada pasien dirasa kurang memuaskan, hal ini dapat dimaklumi karena serah terima yang dilakukan secara tradisional tidak melibatkan pasien dalam prosesnya, sehingga tidak berlangsungnya komunikasi yang efektif dan dua arah antara perawat dan pasien.

Jika dilihat berdasarkan perbandingan dua diagram kartesius pada penerapan tradisional dan *bedside handover* terjadi pegeseran beberapa atribut pelayanan yang pada penerapan tradisional *handover* berada pada kuadran B yang artinya telah memenuhi kenyataan dan harapan pasien yaitu atribut 17 (perawat menguasai dan terampil dalam memberikan pelayanan), atribut 19 (pelayanan kepada pasien dilakukan dengan teliti) dan atribut 24 (tidak tergesa-gesa dalam memberikan pelayanan). Namun pada *bedside handover* atribut 17 dan 19 berada pada kuadran C hal ini terjadi karena kenyataan yang diterima pasien telah melebihi dari harapan pasien, sehingga menurut pasien hanya perlu dilakukan biasa-biasa saja, hal ini terjadi karena perawat di RSI Ibnu Sina Bukittinggi yang melakukan serah terima *bedside*

handover dalam melakukan pelayanan keperawatan selalu menyampaikan setiap tindakan kepada pasien, berbeda dengan RSI Ibnu Sina Padang yang melakukan tradisional handover yang tidak selalu menyampaikan setiap tindakan kepada pasien. Selain daripada itu pada atribut 24 juga terjadi pergeseran pada penerapan tradisional handover yang berada pada kuadran B namun pada bedside handover bergeser pada kuadran D. Hal ini dapat terjadi karena kenyataan yang diterima pasien telah jauh melebihi harapan pasien, dapat dimaklumi karena serah terima pasien di RSI Ibnu Sina Bukittinggi dilakukan secara bedside handover yang melibatkan pasien dan tidak dilakukan dengan tergesa-gesa.

Berdasarkan analisis kuesioner diketahui bahwa kepuasan responden yang terendah mengenai penerapan serah terima pasien di RSI Ibnu Sina Padang adalah perawat melakukan pergantian shift dengan perawat lain dengan baik dan melibatkan pasien di tempat tidur pasien secara langsung dalam serah terima pasien (24,5%), menjelaskan mengenai pergantian shift kepada pasien (28,3%), perawat senantiasa memberikan perhatian terhadap masalah kesehatan yang dihadapi (32,1%), perawat memberi salam pada pasien atau keluarga dan memberi tahu perawat yang akan melaksanakan pelayanan pada tugas berikutnya (35,8%) dan perawat selalu ramah dalam melayani pasien dan keluarganya (37,7%). Sedangkan berdasarkan analisis kuesioner diketahui bahwa kepuasan responden yang terendah mengenai penerapan serah terima pasien di RSI Ibnu Sina Bukittinggi adalah terdapatnya kotak saran, kritik dan keluhan pasien (45,3%).

Hasil observasi peneliti di RSI Ibnu Sina Padang diketahui bahwa penerapan serah terima pasien masih menggunakan metode tradisional dengan dilakukannya serah terima kepada perawat pengganti di *nurse station* dengan menggunakan *white board* yang berisi dokumentasi nama pasien, nomor rekam medis, tanggal masuk, diagnosis medis dan terapi medis, sedangkan untuk diagnosis keperawatan, intervensi dan evaluasi tidak ada. Selain daripada itu observasi di RSI Ibnu Sina Bukittinggi diketahui bahwa penerapan serah terima pasien yang dilakukan yaitu bedside handover dan juga telah menggunakan komunikasi *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR)

Analisis pada diagram kartesius ini menunjukkan atribut kepuasan yang memiliki kepuasan pasien yang rendah dalam hal dimensi *reliable* (kehandalan) dan *emphaty* (emphaty). Hal ini dapat terjadi karena perawat dalam menangani pasien dihadapkan pada jumlah pasien yang banyak sehingga perawat yang melayani dalam setiap shiftnya kurang tanggap dalam memberikan pelayanan dan pengobatan kepada pasien, perawat sulit dihubungi apabila pasien mengalami keluhan dan perawat yang melayani dalam setiap shiftnya memotivasi agar pasien cepat dalam proses penyembuhan. Oleh karena itu perlu diterapkan timbang terima dengan *bedside handover* secara menyeluruh dan menjalankannya berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) timbang terima, sehingga antara perawat shift sebelumnya dan pengganti mengetahui dan memahami keluhan pasien secara langsung dan mampu memberikan pelayanan dan pengobatan kepada pasien berdasarkan kebutuhan pasien.

Perbedaan Kepuasan Pasien terhadap Serah Terima Pasien dengan Tradisional dan Bedside Handover

Hasil penelitian perbedaan kepuasan pasien terhadap serah terima pasien dengan tradisional dan bedside handover diketahui rata-rata kepuasan pasien mengenai serah terima pasien pada responden dengan penerapan serah terima secara tradisional adalah 70.1 dengan standar deviasi 4.12, sedangkan untuk responden dengan penerapan serah terima secara bedside handover 88.24 dengan standar deviasi 2.49. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,000$ ($p \text{ value} < 0,05$) maka dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna antara kepuasan pasien terhadap serah terima pasien dengan tradisional dan *bedside handover*.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Idris (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan penerapan serah terima pasien dengan kepuasan pasien di ruang rawat inap dengan nilai $p < 0,05$. Penelitian Wati (2012) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan penerapan serah terima dengan kepuasan pasien dengan nilai $p < 0,05$. Hasil penelitian lainnya yaitu Effendi (2013) menyatakan bahwa terdapat hubungan penerapan serah

terima pasien dengan kepuasan yang pasien rasakan. Hubungan penerapan serah terima pasien dengan kepuasan pasien yaitu menurut Fenton dan Wendy (2006), timbang terima keperawatan yang dilakukan secara *continue* dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang terstruktur dan informatif yang didukung dengan adanya acuan berupa *Standard Operational Procedure (SOP)*. Hasil penelitian yang dilakukan Arora dan Johnson (2006) bahwa dengan adanya prosedur timbang terima maka semakin efektif dalam meningkatkan kesinambungan, kualitas serta keselamatan antara perawat dengan pasien dalam memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Banyak manfaat yang dapat diperoleh perawat dari kegiatan operan ini. Salah satu manfaat operan yaitu perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara berkesinambungan dan mengurangi tingkat kesalahan pada saat pemberian tindakan keperawatan sehingga asuhan keperawatan dapat diberikan semaksimal mungkin. Sesuai dengan hal tersebut Thurgood (dikutip dalam Hopkinson, 2002) menyatakan bahwa dalam pelaksanaan operan sangat ditekankan pentingnya memberikan informasi yang akurat, relevan, dan spesifik untuk menjamin kesinambungan perawatan bagi pasien.

Pendapat lain juga mengatakan bahwa pelaksanaan serah terima pasien hanya merupakan rutinitas biasa dan berdasarkan kebiasaan sebelumnya (Evans, et al, 2008). Keakuratan data yang diberikan saat timbang terima sangat penting, karena dengan timbang terima ini maka pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan akan bisa dilaksanakan secara berkelanjutan, dan mewujudkan tanggungjawab dan tanggunggugat dari seorang perawat. Bila timbang terima tidak dilakukan dengan baik, maka akan muncul kerancuan dari tindakan keperawatan yang diberikan karena tidak adanya informasi yang bisa digunakan sebagai dasar pemberian tindakan keperawatan. Hal ini akan menurunkan kualitas pelayanan keperawatan dan menurunkan tingkat kepuasan pasien. Kegiatan timbang terima yang telah dilakukan perlu dipertahankan dan ditingkatkan kualitasnya. Timbang terima adalah transfer tentang informasi (termasuk tanggungjawab dan tanggunggugat) selama perpindahan perawatan yang berkelanjutan yang mencakup peluang tentang pertanyaan, klarifikasi dan konfirmasi tentang pasien (Frisen, 2008).

Timbang terima pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas, dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan/belum dan perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Timbang terima dilakukan oleh perawat primer keperawatan kepada perawat primer (penanggung jawab) dinas sore atau dinas malam secara tertulis dan lisan (Nursalam, 2009).

Prosedur timbang terima, selama ini sudah dilakukan pada setiap pergantian *shift* jaga, namun cara penyampaian isi timbang terima belum terungkap secara komprehensif, meliputi: isi timbang terima (masalah keperawatan pasien lebih focus pada diagnosis medis), dilakukan secara lisan tanpa ada pendokumentasian, sehingga rencana tindakan yang belum dan sudah dilaksanakan, dan hal-hal penting masih ada yang terlewat untuk disampaikan pada *shift* berikutnya. Selain itu mekanisme timbang terima belum sesuai dengan standar baku (Nursalam, 2009).

Kepuasan pasien akan tercapai bila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien atau keluarganya. Harus ada perhatian terhadap mutu pelayanan berupa keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap atas kebutuhan pasien. Tetapi masih banyak ditemukan keluhan pasien tentang mutu pelayanan rumah sakit yang tidak memuaskan, keluhan tersebut tidak hanya berkaitan dengan fasilitas peralatan yang dan gedung rumah sakit serta tersedianya dokter ahli tetapi juga menyangkut komunikasi antara staf rumah sakit dengan pasien sehingga merasakan kenyamanan dan kualitas pelayanan yang diberikan. Menurut Zeithaml dan Bitner (1996) identifikasi mutu pelayanan yang diterima berkaitan dengan kualitas pelayanan berdasarkan dimensi mutu yaitu *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan), *empathy* (empati) dan *tangibles* (bukti fisik) (Zeithaml dan Bitner, 1996).

Penerapan timbang terima tidak perlu dilakukan dan harus menghindari kesalahan akibat penyampaian timbang terima pada saat pergantian shift karena akan berakibat pada

menurunnya indikator kualitas pelayanan di rumah sakit (Fabre, 2010 dalam Manopo, 2012). Dalam penerapan pelayanan ada beberapa standar yang perlu diimplementasikan, salah satu standar tersebut adalah penerapan timbang terima menggunakan komunikasi dengan metode *Situation, Background, Assesement and Recommendation* (SBAR). Kerangka komunikasi dengan metode SBAR digunakan pada saat perawat melakukan timbang terima (*handover*), pindah ruang perawatan maupun dalam melaporkan kondisi pasien kepada dokter (Tim KP-RS Ibnu Sina Bukittinggi, 2014).

Komunikasi dengan metode SBAR adalah kerangka teknik komunikasi yang disediakan untuk berkomunikasi antar petugas kesehatan dalam menyampaikan kondisi pasien (Permanente, 2011). SBAR merupakan kerangka yang mudah diingat, mekanisme nyata yang digunakan untuk menyampaikan kondisi pasien yang kritis atau perlu perhatian dan tindakan segera. S (*Situation*) mengandung komponen tentang identitas pasien, masalah saat ini, dan hasil diagnosa medis. B (*Background*) menggambarkan riwayat penyakit atau situasi yang mendukung masalah/situasi saat ini. A (*Assesment*) merupakan kesimpulan masalah yang sedang terjadi pada pasien sebagai hasil analisa terhadap *situation* dan *background*. R (*Recommendation*) adalah rencana ataupun usulan yang akan dilakukan untuk menangani permasalahan yang ada (Leonard, 2014)

Metode komunikasi SBAR diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua pihak, pasien dan perawat. Rida (2008), menyatakan bahwa timbang terima dengan metode komunikasi SBAR terbukti memerlukan lebih sedikit waktu karena perawat terampil mengenali kebutuhan pasien (tidak hanya ingin sembuh). Komunikasi yang tidak tepat berdampak fatal baik terhadap pasien maupun petugas itu sendiri. Banyak hal dan kejadian yang tidak diharapkan terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan berakar dari komunikasi saat timbang terima. Penerimaan pesan yang salah dapat terjadi disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya kerangka atau model yang tidak jelas, sumber daya yang tidak memenuhi syarat atau Standar Prosedur Operasional (SPO) sebagai pedoman baku yang harus diikuti oleh perawat dalam prosedur pelayanan tidak jelas (Rida, 2008).

RSI Ibnu Sina menetapkan kebijakan menggunakan komunikasi berbasis SBAR dalam meningkatkan komunikasi antar petugas kesehatan yang ada. Kebijakan ini sejalan dengan salah satu standar yang dipersyaratkan dari JCI tentang *Patient Safety Goals* (Tim KP-RS RSI Ibnu Sina, 2014). Lama waktu timbang terima (*handover*) bervariasi tergantung kondisi pasien, biasanya berkisar dua menit setiap pasien. Pasien yang mempunyai masalah khusus atau spesifik akan membutuhkan waktu yang lebih lama tetapi tidak lebih dari lima menit (Rein, 2011). Kenyataan yang ada di lapangan masih banyak perawat yang melakukan timbang terima (*handover*) belum menggunakan kerangka komunikasi berbasis SBAR sehingga timbang terima berlangsung lama dan kesalahan penerimaan pesan masih terjadi, RSI Ibnu Sina menetapkan kebijakan menggunakan komunikasi berbasis SBAR dalam meningkatkan komunikasi antar petugas kesehatan yang ada. Kebijakan ini sejalan dengan salah satu standar yang dipersyaratkan dari JCI tentang *Patient Safety Goals* (Tim KP-RS RSI Ibnu Sina, 2014).

Kenyataan yang ada di lapangan masih banyak perawat yang melakukan timbang terima (*handover*) belum menggunakan kerangka komunikasi berbasis SBAR sehingga timbang terima berlangsung lama dan kesalahan penerimaan pesan masih terjadi. *Bedside handover* juga memberikan kesempatan pasien untuk menyampaikan keluhannya dan keikutsertaan pasien dalam program perawatan (Kerr, 2010).

Pelaksanaan *bedside handover* yang berkualitas akan mampu menggali data tentang pasien. Kualitas pelaksanaan *bedside handover* dapat dilihat dari lima komponen kualitas pelayanan yaitu, keandalan (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*empathy*), bukti fisik (*tangibles*) (Tjiptono, 2007). Kelima komponen kualitas pelaksanaan *bedside handover* tersebut akan membuat pasien merasa dihargai dan dilibatkan dalam proses keperawatan sehingga secara tidak langsung akan membantu kesembuhan pasien. Dalam timbang terima pasien, ada dua hal penting yang harus diperhatikan oleh

perawat yaitu komunikasi yang akurat dan pastikan pemberian obat pada saat serah terima pasien. Fenomena yang dijumpai dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit terkait dengan komunikasi antar petugas terutama dalam kegiatan timbang terima pasien (*handover*) adalah komunikasi yang salah sehingga berdampak salah persepsi, waktu yang lama, isi (*content*) komunikasi yang tidak fokus tentang masalah pasien bahkan tidak jarang saat timbang terima (*handover*) topik pembicaraan sering ngelantur, informasi tidak lengkap sehingga perawat harus menanyakan ulang kepada perawat yang bertugas sebelumnya. Situasi ini mengakibatkan tidak efektifnya pelaksanaan asuhan keperawatan bahkan berdampak terhadap keselamatan pasien (*patient safety*) (Aditama, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Andrew (2005) dalam Leonard (2014) di Amerika Serikat, menunjukkan bahwa 45% pasien yang dirawat di rumah sakit pernah mengalami *medical mismanagement* dalam pemberian obat, dan sekitar 17 % memerlukan hari rawat inap yang lebih panjang atau mengalami efek samping yang serius. Salah satu penyebab terjadinya *medication error* adalah timbang terima antar shift yang tidak jelas dan tidak adanya validasi data ke pasien, oleh karena itu metode *bedside handover* dengan komunikasi SBAR merupakan salah satu solusinya. Berdasarkan data JCHO (2006), di 36 rumah sakit dan *nursing home* di Colorado dan Georgia USA dari 3216 jenis pemberian obat 4% diberikan obat yang salah (*Joint Commission on Accreditation of Health Organization/JCAHO*, 2006). Di Indonesia belum dapat ditemukan pencatatan yang pasti tentang akibat kesalahan timbang terima, namun Maryan (2009) menyatakan bahwa kasus pemberian obat yang tidak benar maupun tindakan medis yang berlebihan atau kurang sering terjadi di Indonesia, hanya saja tidak terekspos media massa.

Metode timbang terima yang saat ini dilakukan di ruang rawat inap RSI Ibnu Sina Bukittinggi sudah menggunakan komunikasi SBAR dan *bedside handover*. Namun untuk RSI Ibnu Sina Padang penerapannya masih menerapkan timbang terima secara tradisional dalam penerapannya masih melakukan timbang terima di *nurse station*, sehingga menimbulkan berbagai kendala seperti, informasi yang kurang fokus, waktu yang panjang, kesalahan penerimaan pesan yang berefek pada salah persepsi, sehingga kurang efektif dan efisien. Metode timbang terima (*handover*) yang dilakukan saat pergantian shift belum sesuai dengan SPO untuk melakukan timbang terima secara *bedside handover*.

Jika dilihat berdasarkan hasil observasi peneliti menemukan bahwa penilaian mutu pelayanan dan efisiensi pelayanan serta tingkat keberhasilan atau memberikan gambaran tentang status pelayanan dapat dilihat dari indikator tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, salah satu indikator tersebut adalah *Bed Occupation Rate (BOR)*. Data RSI Ibnu Sina Padang diketahui BOR tahun 2015 yaitu 70,5%, sedangkan BOR RSI Ibnu Sina Bukittinggi lebih tinggi yaitu 80,48%. Tingginya BOR pada RSI Ibnu Sina Bukittinggi dibandingkan RSI Ibnu Sina Padang dapat diasumsikan bahwa masyarakat memiliki kepuasan yang tinggi dalam pelayanan pasien rawat inap di RSI Ibnu Sina Bukittinggi sehingga masyarakat memiliki kepercayaan yang cukup tinggi untuk memanfaatkan pelayanan rawat inap dibandingkan RS lain. Hal ini sinergi dengan penerapan serah terima pasien dengan *bedside handover* yang cenderung memberikan kepuasan pasien yang cukup tinggi dibandingkan dengan tradisional. Sehingga RSI Ibnu Sina Bukittinggi yang menerapkan serah terima pasien dengan *bedside handover* berkontribusi terhadap kepuasan pasien dan menjadi salah satu faktor yang meningkatkan kepuasan pasien di ruang rawat inap. Namun jika dilihat secara keseluruhan kedua RS ini telah mencapai standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI yaitu 70-80%.

Berdasarkan analisis peneliti terdapatnya perbedaan kepuasan pasien terhadap serah terima pasien dengan tradisional dan *bedside handover* disebabkan karena dimensi kepuasan yang meliputi *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan), *empathy* (empati) dan *tangibles* (bukti fisik) tidak dapat terlepas satu sama lain dan membentuk citra tersendiri bagi pasien dan keluarganya, sehingga terpenuhinya aspek dimensi tersebut dapat berhubungan dengan kepuasan pasien dan keluarga rasakan.

SIMPULAN

Kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat krusial dan perlu ditingkatkan, karena rumah sakit sebagai penjual jasa maka kepuasan pasien adalah feedback dari jasa yang diberikan. Termasuk juga dengan penggunaan metode serah terima pasien. Studi ini menunjukkan bahwa pasien lebih puas dengan metode serah terima bedside handover dibandingkan dengan metode serah terima secara tradisional karena dapat mengemukakan keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan terkait kondisi penyakitnya secara up to date dan meningkatkan hubungan caring dan komunikasi antara pasien dengan perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2010). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi II. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Barata. A. (2001). *Dasar-dasar Pelayanan Prima*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka.
- Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis M. & Chang, H.Y. (2008). *Standar Operating Protocol for Implementing Bedside Handover in Nursing*. Griffith University. Australia.
- Chaboyer, W., McMurray, A., Wallis M. & Chu, S. (2008). *Bedside Handover ; One Quality Improvement Strategy to "Transform care at The Bedside"*. Griffith University. Australia.
- Chaboyer, W., Jhonson, J., McMurray, A., Wallis M. (2008). *Implementing Nursing Bedside Handover*. Funded by The Australian Commission for Safety and Quality in Health Care.
- Chaboyer, W. (2011). *Clinical Handover. NHMRC Center of Research Excellence in Nursing Care for Hospitalised Patient*. 17 Maret 2011. Griffith University. Australia.
- Clemens, T. (2008). *Bedside Handover-Implementing and Evaluation Change*. The Children's Hospital Melbourne.
- Cohen, M.D., & Hilligoss, P. Brian (2009). *Handoffs In Hospital: 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 18 Juni 2016 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced>
- College of Registered Nurses of British Columbia. (2007). *Nursing Documentation*. Vancouver: CRNBC. Diunduh 20 Juni 2016 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced>.
- Effendi, M. (2013). *Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RS Adam Malik*. Medan:FKM USU.
- Friesen, M.A., White, S.V., & Byers, J.F. (2009). *Handoff: Implication for Nurses*. America: *Floridanurse.org*. Diunduh pada tanggal 30 Mei 2016 dari <http://ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2649>.
- Gaspersz V. (2003). *Implementing an ISO 9001:2000 And Continual QualityImprovement*. Jakarta : Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta : FKM UI.
- Herianto, J. (2005). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*. Edisi Revisi. Cetakan Ketiga. Jakarta. PT. Rineka Cipta.
- Hemant K.K., and Zaheda B.J. (2005). *Managing Change in The Nursing Handover From Traditional to Bedside Handover – A Case Study From Mauritius*. Diunduh tanggal 17 Juli 2016 dari <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-4-1>
- Idris, A. (2012). *Psikologi Kepribadian*. Bandung : Pustaka Setia.
- Lemeshow, S. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Gajah Mada University Press.
- Lusa, J.S. (2007). *Hubungan Quality Assurance dengan Kepuasan Pasien Rumah Sakit* diakses dalam <http://www.jsofian.com> tanggal 3 Juni 2016.

- Maxson, PM., Derby KM., Wroblewski DM., Foss DM., (2012). *Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety*. Diunduh tanggal 17 Juli 2016 dari <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866433>
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- _____. (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi Ketiga. Jakarta: Salemba Medika.
- Pasuraman, A. (2001). The Behavioral Consequences of Service Quality. *Journal of Marketing*. Vol 60.
- Rangkuti, F. (2003). *Measuring Customer Satisfaction*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sari, I. D. (2008). *Manajemen Pemasaran Usaha kesehatan*, Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Satrianegara MF, S. S. (2009). *Buku ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Setianingsih, R. (2013). *Hubungan Mutu Pelayanan dengan Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Kebidanan RS. Adam Malik Medan*. Medan:FKM USU.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung : Alfabeta.
- Sumarwan, U. (2003). *Perilaku Konsumen*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Suryawati, C dkk. (2006). Penyusunan. Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Volume 9 No. 4 Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP. Semarang.
- Utama. A. (2003). *Analisis Pengaruh Persepsi Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit Umum Cakra Husada Klaten*. Vol. 1, No.2. Desember. <http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/penelitian/Agung%20Utama,%20SE.,%20M.Si./Kualitas%20Pelayanan%20RS%20Cakra%20Husada.pdf>
- Utarani, A. (2011). *Pengembangan Sistem Regulasi Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien Kunci Pelayanan Kesehatan yang Optimal dan Responsif*. Diunduh tanggal 1 Juni 2016 dari <http://ugm.ac.id/index.php?artikel>.
- Wallis, S. (2010). *Nursing Handover Research Project: How is Nursing Handover Talked About in The Literature*. Waikato Institute of Technology. Diunduh tanggal 1 Juni 2016 dari <http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced>
- Yustina. (2011). *Mutu Pelayanan Keperawatan di RS Harapan Kita*. Jakarta: FKM Universitas Indonesia
- Zeithaml, V and Bitner, M.J. (1996). *Service Marketing*. Singapore : McGraw Hill.