

Optimizing Continuity of Care through Initial Assessment, ISBAR-Based Handover, and Priority-Based Nursing Rounds

Aulia Finaryati¹⁾, *Sirajudin Noor²⁾, Sudiharto³⁾, Herlina⁴⁾, Mu'minah⁵⁾, Diah Agustiwati⁶⁾

¹⁾²⁾³⁾⁴⁾Program Studi Keperawatan Program Magister, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta

⁵⁾⁶⁾Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta

*Correspondence author: Sirajudin Noor, sirajudin@upnvj.ac.id, Jakarta, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.37012/jpkmht.v8i2.3964>

Abstract

Continuity of nursing care requires timely initial assessment, structured information transfer, and direct validation of patient problems. This community service program aimed to optimize continuity of care through initial nursing assessment, ISBAR-based handover, and priority-based nursing rounds in a detoxification unit at a hospital in Jakarta. The program was conducted from August 24 to September 14, 2026, through situation assessment, priority setting using the Urgency, Seriousness, and Growth (USG) method, nurse capacity strengthening, implementation, mentoring, monitoring, and evaluation. The pre-implementation audit showed that 6 of 16 initial nursing assessments (37.5%) were completed within ≤ 24 hours. In the post-implementation audit, 23 of 25 initial nursing assessments (92.0%) were completed within ≤ 24 hours. The mean knowledge score of 12 nurses increased descriptively from 83.33 to 98.33; however, the difference was not statistically significant based on the Wilcoxon signed-rank test ($p=0.063$). The mean post-implementation acceptance score reached 92.67% of the maximum questionnaire score. Observations of three nursing round sessions showed an overall skill achievement of 79.17% of the maximum observation score. Three rounds of priority patient-based nursing care were conducted, all resulting in clinical or managerial follow-up actions regarding the identified issues. The integration of initial nursing assessment, ISBAR-based handover, and priority-based nursing rounds demonstrated initial implementation in supporting continuity of care and requires ongoing monitoring and mentoring.

Keywords: Detoxification Unit, Handover, ISBAR, Nursing Assessment, Nursing Rounds

Abstrak

Kesinambungan asuhan keperawatan memerlukan pengkajian awal yang tepat waktu, transfer informasi yang terstruktur, serta validasi masalah pasien secara langsung. Kegiatan pengabdian ini bertujuan untuk mengoptimalkan kesinambungan asuhan melalui pengkajian awal keperawatan, *handover* berbasis ISBAR, dan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas pada unit detoksifikasi di salah satu rumah sakit di Jakarta. Kegiatan dilaksanakan pada tanggal 24 Agustus-14 September 2026 melalui pengkajian situasi, penetapan prioritas masalah menggunakan metode USG, optimalisasi kapasitas perawat, implementasi, pendampingan, monitoring dan evaluasi. Audit praimplementasi menunjukkan 6 dari 16 pengkajian awal (37,5%) diselesaikan dalam ≤ 24 jam. Pada audit pascaimplementasi, 23 dari 25 pengkajian awal (92,0%) diselesaikan dalam ≤ 24 jam. Rerata skor pengetahuan 12 perawat meningkat secara deskriptif dari 83,33 menjadi 98,33, tetapi perbedaannya tidak signifikan secara statistik berdasarkan uji Wilcoxon ($p=0,063$). Rerata skor penerimaan pascaimplementasi mencapai 92,67% dari skor maksimum kuesioner. Hasil pengamatan pada tiga pelaksanaan ronde keperawatan menunjukkan capaian keterampilan sebesar 79,17% dari skor maksimum observasi. Tiga ronde keperawatan berbasis pasien prioritas terlaksana dan seluruhnya menghasilkan tindak lanjut klinis atau manajerial terhadap masalah yang teridentifikasi. Integrasi pengkajian awal, *handover* berbasis ISBAR, dan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas menunjukkan keterlaksanaan awal dalam mendukung kesinambungan asuhan serta memerlukan monitoring dan pendampingan berkelanjutan.

Kata Kunci: Handover, ISBAR, Pengkajian, Ronde, Unit Detoksifikasi

PENDAHULUAN

Pelayanan keperawatan pada unit detoksifikasi membutuhkan kesinambungan informasi dan tindak lanjut. Perawat menghadapi pasien dengan kebutuhan fisik, psikologis, perilaku, serta masalah terkait penggunaan zat yang dapat berubah selama proses perawatan. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan pengkajian, memantau perubahan kondisi, melaksanakan intervensi, serta mengoordinasikan pelayanan pada pasien dengan penggunaan zat. Kondisi tersebut menuntut tersedianya informasi pasien sejak awal perawatan serta mekanisme komunikasi dan tindak lanjut yang terstruktur.

Hasil pengkajian situasi pada unit detoksifikasi di salah satu rumah sakit di Jakarta menunjukkan adanya kesenjangan dalam ketepatan waktu pengkajian awal. Hasil audit terhadap 16 dokumentasi pasien menunjukkan bahwa 6 pengkajian awal (37,5%) diselesaikan dalam waktu ≤ 24 jam, sedangkan 10 pengkajian (62,5%) diselesaikan setelah 24 jam. Data tersebut menunjukkan bahwa ketepatan waktu pengkajian awal masih perlu diperkuat. Selain itu, mekanisme penugasan PPJP belum sepenuhnya menyesuaikan keberadaan perawat pada shift aktif. Mekanisme *backup* PPJP juga belum terstruktur secara jelas. Handover telah dilaksanakan, tetapi komunikasi terstruktur dan ronde untuk memvalidasi masalah pasien prioritas belum diterapkan secara konsisten. Temuan tersebut menunjukkan adanya kebutuhan untuk memperkuat kesinambungan tanggung jawab, informasi dan tindak lanjut dalam proses asuhan.

Pengkajian awal keperawatan merupakan tahap penting dalam proses asuhan keperawatan. Pengkajian awal menyediakan informasi mengenai kondisi dan kebutuhan pasien secara sistematis serta menjadi dasar dalam mengidentifikasi masalah, merencanakan intervensi dan menentukan pemantauan yang diperlukan (Martha Ulina et al., 2020). Secara regulatif, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit, khususnya Elemen Penilaian PP 1.1(a) halaman 246, menetapkan bahwa pengkajian awal medis dan keperawatan dilaksanakan dan didokumentasikan dalam 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap, atau lebih awal sesuai kondisi pasien. Dengan demikian, batas waktu 24 jam merupakan batas waktu penyelesaian dan dokumentasi pengkajian awal, serta tidak menunda penilaian ketika kondisi pasien membutuhkan pengkajian segera.

Pengkajian awal keperawatan menghasilkan diagnosis keperawatan yang menjadi dasar dalam menentukan kebutuhan asuhan, intervensi, dan pemantauan pasien secara spesifik (Kemenkes RI, 2024). Ketentuan tersebut menunjukkan bahwa ketepatan waktu

pengkajian tidak hanya berkaitan dengan kelengkapan dokumentasi, tetapi juga dengan ketersediaan informasi untuk memulai dan melanjutkan asuhan pasien. Selain itu, proses pelayanan dan asuhan pasien perlu dilaksanakan secara terintegrasi dan terkoordinasi agar kesinambungan asuhan dapat dipertahankan.

Kesinambungan asuhan tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan informasi klinis, tetapi juga oleh kemampuan informasi tersebut untuk diteruskan secara akurat dan sistematis antarperawat. *Handover* merupakan proses transfer informasi klinis dan tanggung jawab asuhan pada saat pergantian *shift* atau perpindahan pasien. Pelaksanaan *handover* yang tidak terstruktur berisiko menyebabkan informasi penting tidak tersampaikan secara lengkap. Salah satu pendekatan yang dapat digunakan untuk menstandarkan proses tersebut adalah *handover* berbasis *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation* (ISBAR). ISBAR memberikan kerangka sistematis bagi perawat untuk menyampaikan identitas pasien, situasi terkini, latar belakang klinis, hasil pengkajian, dan rekomendasi tindak lanjut. *Scoping review* menunjukkan bahwa penggunaan ISBAR dalam *handover* keperawatan mendukung transisi informasi yang lebih aman, jelas, ringkas, dan terstruktur (Chaica et al., 2024). Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa *handover* terstruktur berbasis ISBAR dan SBAR secara umum berkaitan dengan peningkatan kejelasan dan konsistensi komunikasi serta berpotensi mendukung keselamatan pasien (Rasiya & Raheem, 2026). Namun, keberhasilan penerapannya dipengaruhi oleh konteks pelayanan, kepatuhan terhadap kerangka komunikasi, dan pelatihan yang diberikan kepada perawat. Literatur menunjukkan bahwa perawat terlibat dalam berbagai intervensi dan model pelayanan bagi pasien dengan *substance use disorder* (Lucas-Guerra et al., 2024).

Ronde keperawatan merupakan interaksi terstruktur untuk memvalidasi kebutuhan pasien secara langsung serta mendukung identifikasi risiko dan tindak lanjut pelayanan (Al-Anati et al., 2024). Dalam kegiatan ini, ronde dilakukan secara selektif pada pasien dengan perubahan kondisi, risiko keselamatan, masalah yang belum terselesaikan, atau kebutuhan koordinasi. Pendekatan ini berbeda dengan *intentional rounding* yang dilakukan secara terencana dan berulang, tetapi memiliki prinsip yang sama dalam identifikasi kebutuhan dan tindak lanjut pasien. Pengkajian awal, *handover* berbasis ISBAR, dan ronde berbasis prioritas selanjutnya membentuk rangkaian proses untuk mendukung kesinambungan asuhan (Yetti et al., 2021).

Berdasarkan kesenjangan tersebut, mitra membutuhkan penguatan mekanisme PPJP—backup PPJP, monitoring pengkajian awal ≤ 24 jam, *handover* berbasis ISBAR, dan ronde

keperawatan berbasis pasien prioritas. Kegiatan ini bertujuan mengoptimalkan kesinambungan proses asuhan melalui penguatan ketiga komponen tersebut pada unit detoksifikasi di salah satu rumah sakit di Jakarta.

METODE PELAKSANAAN

Kegiatan dilaksanakan oleh seorang mahasiswa Magister Keperawatan dalam rangkaian kegiatan residensi manajemen keperawatan, yang selanjutnya dalam artikel ini disebut sebagai pelaksana kegiatan untuk peningkatan mutu unit. Pelaksanaan program dilakukan melalui koordinasi dan kolaborasi dengan mitra unit, yang meliputi kepala ruangan, ketua tim, perawat pelaksana, dan Komite Keperawatan sesuai dengan tahapan kegiatan. Kegiatan dilaksanakan pada 24 Agustus–14 September 2026 di unit detoksifikasi salah satu rumah sakit di Jakarta. Sasaran kegiatan adalah seluruh perawat yang bekerja di unit detoksifikasi, yaitu sebanyak 12 perawat. Sebanyak 12 perawat mengikuti kegiatan penguatan kapasitas dan menyelesaikan rangkaian evaluasi pengetahuan berupa *pretest* dan *posttest*. *Pretest* dilaksanakan tanggal 3-5 September 2026, kegiatan penguatan kapasitas dilakukan tanggal 7 September 2026 dan *posttest* dilakukan pada 10-12 September 2026. Tabel 1 menjelaskan karakteristik perawat yang berdinasi di unit detoksifikasi.

Tabel 1.
Karakteristik Perawat

Karakteristik	n	%
Jabatan		
Kepala Ruangan	1	8,3
Ketua Tim (Katim)	2	16,7
Perawat Pelaksana	9	75
Pendidikan		
D3 Keperawatan	9	75
Ners	3	25
Total	12	100,0

Berdasarkan jabatan, peserta terdiri atas 1 kepala ruangan (8,3%), 2 ketua tim (16,7%), dan 9 perawat pelaksana (75%). Berdasarkan tingkat pendidikan, sebanyak 9 perawat (75%) berpendidikan D3 Keperawatan dan 3 perawat (25%) berpendidikan Ners.

Kegiatan dilaksanakan dengan pendekatan partisipatif yang melibatkan mitra sejak tahap identifikasi masalah hingga persiapan kelanjutan program. Pada tahap awal, hasil pengkajian dan audit dokumentasi dibahas bersama kepala ruangan, ketua tim, perawat pelaksana, dan komite keperawatan untuk mengonfirmasi kesenjangan proses kerja serta

menentukan masalah yang perlu diprioritaskan.

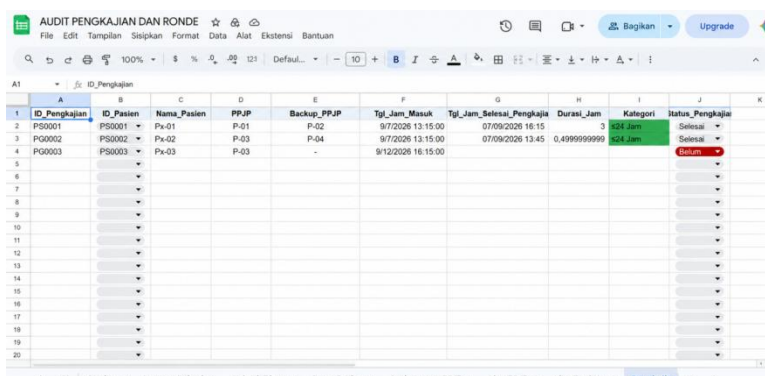
Masalah dan solusi yang dipilih tidak hanya berasal dari pelaksana kegiatan, tetapi disepakati bersama berdasarkan kebutuhan unit. Pada tahap penyusunan solusi, pelaksana kegiatan dan mitra menyepakati penguatan mekanisme PPJP-backup PPJP, monitoring penyelesaian pengkajian awal ≤ 24 jam, penggunaan *handover* berbasis ISBAR dan pelaksanaan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas. Mitra berpartisipasi dalam penyesuaian mekanisme tersebut dengan alur kerja dan pembagian tugas perawat di unit detoksifikasi. Pada tahap implementasi, perawat menggunakan perangkat yang telah disiapkan dalam proses kerja, mengikuti penguatan kapasitas, menerapkan ISBAR pada *handover* serta terlibat dalam ronde berbasis pasien prioritas.

Kegiatan optimalisasi kapasitas perawat dilakukan melalui pemberian materi terstruktur, diskusi kasus, demonstrasi penggunaan *handover* berbasis ISBAR, serta pendampingan dalam pelaksanaan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas. Kegiatan dilanjutkan dengan implementasi di unit pelayanan, observasi keterampilan, monitoring dokumentasi, dan evaluasi hasil pelaksanaan.

Prioritas masalah ditetapkan menggunakan metode *Urgency, Seriousness, and Growth* (USG) dengan skor 1–5. Penilaian dilakukan melalui konsensus antara pelaksana kegiatan, kepala ruangan, ketua tim, dan Komite Keperawatan berdasarkan hasil pengkajian situasi, audit dokumentasi, dan kondisi aktual unit. Skor U, S, dan G dijumlahkan, dan masalah dengan skor tertinggi ditetapkan sebagai prioritas.

Ketepatan waktu pengkajian awal dinilai berdasarkan interval antara waktu pasien masuk rawat inap dan penyelesaian dokumentasi pengkajian awal, yang dikategorikan ≤ 24 jam dan > 24 jam. Indikator hanya menilai ketepatan waktu, bukan kelengkapan atau mutu isi pengkajian. Audit dilakukan pada 27 Agustus dan 8 September 2026 terhadap masing-masing 16 dan 25 dokumen yang dipilih secara acak dan mencakup $> 50\%$ dokumen yang tersedia. Kedua audit menggunakan kelompok dokumen berbeda dan tidak berpasangan sehingga hasil dibandingkan secara deskriptif berdasarkan proporsi dokumen yang memenuhi batas ≤ 24 jam. Tahap persiapan dilakukan melalui pengembangan perangkat pendukung berupa laporan berbentuk *spreadsheet* yang disesuaikan dengan kebutuhan unit. Perangkat tersebut meliputi mekanisme penugasan PPJP-backup PPJP, lembar monitoring pengkajian awal, format *handover* berbasis ISBAR, kriteria pasien prioritas, serta lembar dokumentasi ronde keperawatan (gambar 1). Pasien dipertimbangkan sebagai prioritas ronde apabila dari hasil pengkajian dan *handover* ditemukan perubahan kondisi, risiko keselamatan, masalah yang belum terselesaikan, atau kebutuhan koordinasi/tindak

lanjut yang memerlukan validasi langsung. Penetapan pasien dilakukan berdasarkan informasi klinis yang tersedia pada saat *handover* dan kebutuhan pelayanan, bukan berdasarkan skor risiko khusus.



ID_Pengkajian	ID_Pasien	Nama_Pasien	PPJP	Backup_PPJP	Tgl_Masuk	Tgl_Jam_Selamat_Pengkaj	Durasi_Jam	Kategori	Status_Pengkaj
1	PS0001	Pa-01	P-01	P-02	9/7/2026 13:15:00	07/09/2026 16:15	3	24 Jam	Selesai
2	PS0002	Pa-02	P-03	P-04	9/7/2026 13:15:00	07/09/2026 13:45	0.4999999999	24 Jam	Selesai
3	PS0003	Pa-03	P-03	-	9/12/2026 16:15:00				Belum

Gambar 1: Pengembangan Perangkat Berupa Laporan Berbentuk Spreadsheet

PPJP utama bertanggung jawab terhadap kesinambungan asuhan dan pemantauan penyelesaian pengkajian awal. Ketika PPJP utama tidak berada pada shift aktif, backup PPJP membantu pemantauan dan tindak lanjut tanpa menggantikan tanggung jawab PPJP utama. Monitoring dilakukan melalui spreadsheet yang memuat penugasan PPJP–backup PPJP, waktu masuk pasien, status penyelesaian pengkajian awal, dan informasi tindak lanjut. Akses spreadsheet dibatasi pada tim yang terlibat dalam pelayanan dan monitoring.

Mekanisme tersebut mendukung kesinambungan proses asuhan dengan menghubungkan hasil pengkajian awal, transfer informasi melalui *handover* berbasis ISBAR, serta penetapan masalah yang memerlukan validasi dan tindak lanjut melalui ronde keperawatan berbasis pasien prioritas. Mekanisme tersebut tidak mengubah penetapan PPJP utama maupun substansi instrumen pengkajian awal yang telah berlaku di rumah sakit.

Kegiatan optimalisasi dilaksanakan pada 7 September 2026 dengan materi pengkajian awal ≤ 24 jam, mekanisme PPJP–*backup* PPJP, *handover* berbasis ISBAR, dan ronde berbasis prioritas. Kegiatan dilaksanakan melalui pemaparan materi, diskusi, dan simulasi selama 1 jam. Setelah kegiatan optimalisasi, selanjutnya dilakukan implementasi ronde keperawatan. Ronde berbasis pasien prioritas dilaksanakan pada tanggal 7, 8, dan 12 September 2026. Pemilihan pasien didasarkan pada adanya masalah klinis atau kebutuhan pelayanan yang memerlukan validasi, koordinasi, dan tindak lanjut. Pada tahap perencanaan, format ronde dirancang untuk mendokumentasikan masalah prioritas, hasil validasi, rekomendasi, rencana tindak lanjut, penanggung jawab (*person in charge*/PIC), waktu evaluasi, dan status penyelesaian masalah. Keterlaksanaan setiap komponen tersebut selanjutnya dievaluasi melalui observasi selama pelaksanaan ronde.

Evaluasi kegiatan mencakup audit dokumentasi, pengetahuan perawat, penerimaan perawat, serta keterampilan dalam pelaksanaan ronde keperawatan. Pengetahuan perawat dievaluasi menggunakan pre-test dan post-test dengan instrumen yang sama pada 12 perawat. Instrumen terdiri atas 10 pertanyaan pilihan ganda yang mencakup pengkajian awal keperawatan, mekanisme PPJP-backup PPJP, komunikasi terstruktur SBAR, ronde keperawatan berbasis pasien prioritas, dan dokumentasi keperawatan. Setiap jawaban benar diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0, sehingga skor mentah berkisar antara 0–10 dan selanjutnya dikonversi ke skala 0–100. Instrumen disusun untuk kebutuhan evaluasi kegiatan dan belum melalui pengujian validitas dan reliabilitas secara formal. Oleh karena itu, hasil pre-test dan post-test digunakan untuk menggambarkan perubahan pengetahuan peserta selama kegiatan dan diinterpretasikan secara hati-hati. Evaluasi penerimaan dilakukan pada tiga perawat yang terlibat dalam pelaksanaan ronde menggunakan kuesioner 10 indikator dengan skala Likert 1–5. Skor penerimaan disajikan sebagai rerata skor dan persentase terhadap skor maksimum kuesioner. Evaluasi keterampilan dilakukan melalui observasi terhadap tiga pelaksanaan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas yang melibatkan ketiga perawat tersebut. Penilaian mencakup kemampuan menentukan pasien prioritas, menyampaikan informasi secara terstruktur, melakukan validasi kondisi pasien, menetapkan masalah dan tindak lanjut, menentukan penanggung jawab, mendokumentasikan hasil ronde, serta meneruskan rekomendasi. Setiap pelaksanaan ronde memiliki skor maksimum 24 dengan indikator ketercapaian $\geq 80\%$.

Analisis statistik dilakukan sesuai dengan jenis dan skala data. Data audit dokumentasi, penerimaan perawat, keterampilan, dan pelaksanaan ronde dianalisis secara deskriptif menggunakan frekuensi dan persentase; skor numerik disajikan menggunakan rerata, standar deviasi, median, nilai minimum, dan maksimum sesuai karakteristik data. Analisis pengetahuan menggunakan 12 data berpasangan pre-test dan post-test. Normalitas distribusi selisih skor menggunakan uji Shapiro–Wilk dan menunjukkan distribusi tidak normal ($p=0,001$). Oleh karena itu, perbedaan skor pengetahuan sebelum dan setelah kegiatan optimalisasi dianalisis menggunakan Wilcoxon Signed-Rank Test dua sisi dengan taraf signifikansi $\alpha=0,05$. Nilai $p<0,05$ ditetapkan sebagai batas signifikansi statistik. Penerimaan perawat hanya diukur setelah implementasi sehingga dianalisis secara deskriptif dan tidak diuji sebagai perubahan pre-post. Hasil observasi keterampilan dan tiga pelaksanaan ronde juga dianalisis secara deskriptif karena jumlah observasi terbatas. Audit ketepatan waktu pengkajian awal dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan

proporsi pengkajian yang diselesaikan ≤ 24 jam pada praimplementasi dan pascaimplementasi. Perubahan disajikan dalam frekuensi, persentase, dan selisih poin persentase.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Program optimalisasi kesinambungan asuhan dilaksanakan melalui tiga komponen yang saling berkaitan, yaitu pengkajian awal keperawatan tepat waktu, handover berbasis ISBAR dan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas. Implementasi didukung oleh mekanisme penugasan PPJP–*backup* PPJP, perangkat monitoring, optimalisasi kapasitas perawat, simulasi, serta pendampingan selama penerapan. Evaluasi dilakukan terhadap dokumentasi pengkajian awal, pengetahuan dan penerimaan perawat, keterampilan penerapan ISBAR dan ronde, serta tindak lanjut yang dihasilkan selama ronde keperawatan.

Berdasar hasil identifikasi, terdapat lima masalah yang selanjutnya diprioritaskan menggunakan metode USG (tabel 2). Hasil penilaian menunjukkan bahwa belum optimalnya pengkajian awal keperawatan ≤ 24 jam memperoleh skor tertinggi sebesar 14 dan menjadi prioritas pertama. Belum optimalnya ronde keperawatan terstruktur memperoleh skor 13 dan menjadi prioritas kedua. Masalah lainnya memperoleh skor lebih rendah dan memerlukan keterlibatan lintas unit atau waktu implementasi yang lebih panjang.

Tabel 2.
Hasil Penetapan Prioritas Masalah Berdasarkan Metode USG

No.	Masalah	U	S	G	Total	Prioritas
1	Belum optimalnya pengkajian awal keperawatan ≤ 24 jam	5	5	4	14	1
2	Belum optimalnya ronde keperawatan terstruktur	5	4	4	13	2
3	Belum optimalnya sistem penempatan pasien infeksius	4	5	3	12	3
4	Belum optimalnya kesesuaian format pengkajian awal dengan karakteristik pasien unit detoksifikasi	4	4	3	11	4
5	Belum optimalnya standarisasi pengembangan kompetensi dan orientasi perawat	3	4	3	10	5

Pengkajian awal menjadi prioritas pertama karena menentukan masalah sejak awal pasien masuk dan rencana asuhan berikutnya. Ronde menjadi prioritas kedua karena validasi langsung dan tindak lanjut masalah pasien belum berjalan terstruktur. Handover berbasis ISBAR ditempatkan di antara keduanya agar terdapat kesinambungan asuhan. Hasil pengkajian yang relevan disusun dalam komponen ISBAR saat pergantian shift, sedangkan

informasi yang menunjukkan risiko, perubahan kondisi, atau masalah belum terselesaikan diteruskan sebagai dasar penentuan pasien prioritas untuk ronde.

Optimalisasi Ketepatan Waktu Pengisian Pengkajian Awal Keperawatan

Optimalisasi ketepatan waktu pengisian pengkajian awal keperawatan dilakukan melalui mekanisme penugasan PPJP–*backup* PPJP dan monitoring penyelesaian pengkajian awal ≤ 24 jam. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan proporsi pengkajian awal yang diselesaikan ≤ 24 jam dan > 24 jam pada audit praimplementasi dan pascaimplementasi.

Tabel 3.
Hasil Audit Ketepatan Waktu Pengisian Pengkajian Awal Keperawatan

Waktu audit	n	Pengkajian selesai ≤ 24 jam, n (%)	Pengkajian selesai > 24 jam, n (%)
Praimplementasi	16	6 (37,5)	10 (62,5)
Pascaimplementasi	25	23 (92,0)	2 (8,0)

Audit menunjukkan proporsi pengkajian awal yang diselesaikan ≤ 24 jam meningkat secara deskriptif dari 37,5% (6/16) pada praimplementasi menjadi 92,0% (23/25) pada pascaimplementasi, atau meningkat 54,5 poin persentase. Kedua audit menggunakan kelompok dokumen yang berbeda sehingga hasil diinterpretasikan sebagai perbandingan deskriptif dan bukan perubahan pada pasien yang sama.

Secara fungsional, optimalisasi pengkajian awal bukan hanya ditujukan untuk memenuhi dokumentasi (Purwandari et al., 2022). Informasi mengenai kondisi fisik, mental dan perilaku, keselamatan, masalah terkait zat, serta kebutuhan tindak lanjut menjadi bahan yang perlu diteruskan pada handover berikutnya. Dengan demikian, kualitas kesinambungan asuhan bergantung pada dua tahap berikutnya: informasi pengkajian harus ditransfer secara terstruktur dan masalah yang masih membutuhkan validasi harus ditindaklanjuti (Wahyuni et al., 2023). Pengkajian dan dokumentasi keperawatan perlu diposisikan sebagai bagian dari proses klinis, bukan sekadar pemenuhan administratif, karena informasi yang diperoleh melalui pengkajian digunakan untuk mengidentifikasi risiko dan mengarahkan rencana asuhan pasien (Paterson et al., 2023).

Pengetahuan perawat tentang pengkajian awal, handover berbasis ISBAR dan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas

Pengetahuan perawat dievaluasi untuk menggambarkan pemahaman sebelum dan setelah kegiatan optimalisasi mengenai penjelasan pengisian pengkajian awal, *handover* berbasis ISBAR dan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas. Evaluasi dilakukan menggunakan *pre-test* dan *post-test* pada 12 perawat dengan instrumen yang sama

Tabel 4.
Hasil Pre-test dan Post-test Pengetahuan Perawat

Indikator	Pre-test (n=12)	Post-test (n=12)
Rerata	83,33	98,33
Median	90,00	100,00
Standar deviasi	21,46	3,89
Nilai minimum	40	90
Nilai maksimum	100	100
Uji Wilcoxon Signed-Rank		

Rerata skor pengetahuan meningkat secara deskriptif dari $83,33 \pm 21,46$ menjadi $98,33 \pm 3,89$. Uji Wilcoxon menunjukkan perbedaan tersebut belum mencapai signifikansi statistik ($p=0,063$), sehingga tidak digunakan sebagai bukti efektivitas program. Konsentrasi skor post-test pada rentang 90–100 menunjukkan pemahaman peserta yang tinggi setelah kegiatan, tetapi tidak membuktikan penerapan pengetahuan secara konsisten dalam praktik.

Dalam kegiatan ini belum dilakukan analisis per-butir untuk mengidentifikasi komponen materi ISBAR yang paling sulit dipahami. Oleh karena itu, hasil tes pengetahuan lebih tepat digunakan sebagai gambaran awal pemahaman peserta dan perlu dibaca bersama dengan temuan implementasi di lapangan. Komponen *Assessment* pada ISBAR mengharuskan perawat menyampaikan hasil pengkajian dan interpretasi kondisi pasien, sedangkan *Recommendation* mengarahkan kebutuhan tindakan atau eskalasi. Struktur tersebut relevan dengan temuan Chaica et al. (2024) dan Rasiya dan Abdul Raheem (2026) bahwa kerangka *handover* yang terstruktur dapat meningkatkan konsistensi penyampaian informasi. Meskipun demikian, penerapannya tetap memerlukan pelatihan dan kepatuhan terhadap komponen *handover*.

Penerimaan Perawat terhadap Optimalisasi *Handover* Berbasis ISBAR dan Ronde Keperawatan

Tabel 5.
Evaluasi Penerimaan Perawat terhadap Pelaksanaan Kegiatan (n=3)

No.	Indikator	Mean (1–5) Capaian (%)	
1	Memverifikasi identitas pasien dan waktu masuk sebelum pengkajian	5,00	100,00
2	Melakukan pengkajian awal dalam ≤ 24 jam sejak pasien masuk	4,33	86,67
3	Mengkaji kondisi fisik dan kebutuhan dasar pasien	4,67	93,33
4	Mengkaji kondisi mental/perilaku pasien secara terarah	4,67	93,33
5	Mengkaji aspek keselamatan pasien	4,67	93,33
6	Mengkaji masalah terkait NAPZA	4,67	93,33
7	Mengidentifikasi masalah atau risiko prioritas	4,33	86,67
8	Menyusun rencana asuhan/tindak lanjut berdasarkan masalah	4,67	93,33

No.	Indikator	Mean (1–5)	Capaian (%)
9	Mendokumentasikan hasil pengkajian secara lengkap dan jelas	4,67	93,33
10	Melakukan komunikasi/eskalasi kepada tenaga terkait	4,67	93,33
Rerata keseluruhan		4,63	92,67

Rerata penerimaan tiga perawat mencapai 4,63 dari skor maksimum 5 (92,67%). Seluruh respons berada pada kategori setuju atau sangat setuju. Namun, hasil ini hanya menggambarkan penerimaan tiga perawat yang dievaluasi setelah implementasi dan berpotensi dipengaruhi *social desirability bias*, sehingga tidak dapat digeneralisasikan kepada seluruh perawat di unit.

Tabel 6.
Hasil Observasi Keterampilan pada Tiga Pelaksanaan Ronde Keperawatan

Observasi	Skor diperoleh	Skor maksimum	Capaian (%)	Target $\geq 80\%$
Observasi 1	23	24	95,83	Tercapai
Observasi 2	21	24	87,50	Tercapai
Observasi 3	13	24	54,17	Belum tercapai
Keseluruhan	57	72	79,17	Belum tercapai

Secara keseluruhan, tiga pelaksanaan ronde memperoleh skor 57/72 (79,17%), sedikit di bawah target $\geq 80\%$. Dua pelaksanaan mencapai target, sedangkan satu belum mencapai target. Hasil ini menggambarkan keterampilan yang teramati selama implementasi dan tidak dapat digeneralisasikan sebagai keterampilan seluruh perawat.

Keterampilan Perawat dalam *Handover* Berbasis ISBAR dan Ronde Keperawatan

Keterampilan dinilai melalui observasi langsung pada tiga kali pelaksanaan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas. Penilaian mencakup kemampuan menentukan pasien prioritas, menyampaikan informasi menggunakan komponen ISBAR, memvalidasi kondisi pasien, menetapkan masalah dan tindak lanjut, menentukan penanggung jawab, mendokumentasikan hasil ronde, serta meneruskan rekomendasi. Skor keseluruhan mencapai 57 dari skor maksimum 72 atau 79,17%. Dua dari tiga pelaksanaan mencapai indikator ketercapaian $\geq 80\%$, sedangkan satu pelaksanaan masih memerlukan optimalisasi. Hasil ini menggambarkan keterampilan yang teramati selama implementasi dan tidak digunakan untuk menyimpulkan peningkatan keterampilan karena ronde keperawatan tidak ada sebelum implementasi.

Dalam pelaksanaan handover berbasis ISBAR, *komponen Identification, Situation, Background, Assessment, dan Recommendation* digunakan sebagai kerangka penyampaian informasi pasien. Hasil observasi menunjukkan bahwa penerapan seluruh komponen

ISBAR belum selalu lengkap dan konsisten sehingga masih diperlukan penguatan melalui coaching dan pendampingan. Temuan ini sejalan dengan literatur yang menunjukkan bahwa kualitas handover dipengaruhi oleh pemahaman terhadap protokol, konsistensi penerapan komponen, pelatihan, serta dukungan implementasi pada tingkat unit (Chien et al., 2024; Pun, 2023; Reime et al., 2024).

Keterampilan ronde terlihat dari kemampuan memilih pasien berdasarkan masalah atau risiko prioritas dan melakukan validasi langsung (Roustaei et al., 2023). Pada ronde pertama, ditemukan kondisi pasien yang memerlukan evaluasi medis lebih lanjut dan ditindaklanjuti melalui koordinasi dengan dokter serta pemindahan pasien untuk mendapatkan penanganan yang sesuai. Ronde kedua mengidentifikasi masalah terkait kondisi kulit serta kebersihan dan sanitasi yang selanjutnya dikoordinasikan dengan pengelola unit dan bagian terkait. Ronde ketiga mengidentifikasi keluhan gastrointestinal yang memerlukan koordinasi dengan dokter untuk tindak lanjut terapi. Ketiga ronde menghasilkan tindak lanjut klinis atau manajerial sesuai dengan masalah yang ditemukan. Rincian kasus disajikan secara terbatas untuk menjaga kerahasiaan dan meminimalkan kemungkinan identifikasi pasien. Dokumentasi pelaksanaan ronde keperawatan ditampilkan pada Gambar 2 sebagai ilustrasi pelaksanaan kegiatan.



Sumber: Dokumentasi kegiatan, 2026

Gambar 2: Pelaksanaan Ronde Keperawatan Berbasis Pasien Prioritas di Unit Detoksifikasi

Aspek yang masih memerlukan optimalisasi terutama berkaitan dengan kejelasan penetapan PIC, waktu evaluasi, dokumentasi tindak lanjut, dan pencatatan status penyelesaian masalah. Ketiga ronde menghasilkan tindak lanjut klinis atau manajerial terhadap masalah yang teridentifikasi, tetapi hal tersebut tidak menunjukkan bahwa seluruh masalah pasien telah terselesaikan. Berdasarkan dokumentasi yang tersedia, pencatatan mengenai PIC, target waktu evaluasi, serta status akhir penyelesaian masalah belum dilakukan secara konsisten sehingga perkembangan setiap masalah hingga dinyatakan selesai belum seluruhnya dapat ditelusuri. Oleh karena itu, optimalisasi ronde selanjutnya perlu diarahkan pada pencatatan masalah, tindakan yang dilakukan, PIC, target waktu

evaluasi, hasil evaluasi, dan status akhir masalah secara sistematis (Rahmawati, 2021). Mengingat pelaksanaan ronde dalam kegiatan ini baru dilakukan sebanyak tiga kali, hasil yang diperoleh lebih tepat menggambarkan keterlaksanaan awal proses ronde daripada efektivitasnya terhadap penyelesaian masalah atau luaran klinis pasien.

Integrasi Pengkajian Awal, Handover Berbasis ISBAR, dan Ronde

Integrasi ketiga komponen membentuk alur kesinambungan asuhan, yaitu informasi hasil pengkajian awal diteruskan secara terstruktur melalui handover berbasis ISBAR, sedangkan masalah yang menunjukkan perubahan kondisi, risiko keselamatan, belum terselesaikan, atau memerlukan koordinasi digunakan sebagai dasar penentuan pasien prioritas untuk ronde. Ronde selanjutnya digunakan untuk memvalidasi kondisi pasien dan menetapkan tindak lanjut, penanggung jawab, serta waktu evaluasi. Hasil tindak lanjut diharapkan terdokumentasi dan diteruskan pada handover berikutnya sehingga membentuk siklus kesinambungan informasi. Namun, dalam implementasi kegiatan ini, siklus tersebut belum dapat ditelusuri secara utuh karena dokumentasi tindak lanjut, PIC, waktu evaluasi, dan status akhir masalah belum dilakukan secara konsisten.

Keterbatasan dan Keberlanjutan Program

Kegiatan ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, periode implementasi relatif singkat sehingga evaluasi terutama menggambarkan keterlaksanaan awal program dan belum dapat menilai keberlanjutan praktik dalam jangka panjang. Kedua, jumlah perawat yang mengikuti evaluasi pengetahuan terbatas pada 12 peserta dan observasi keterampilan hanya dilakukan pada tiga sesi ronde sehingga hasilnya belum dapat menggambarkan konsistensi praktik seluruh perawat pada berbagai situasi pelayanan. Ketiga, audit dokumentasi praimplementasi dan pascaimplementasi menggunakan kelompok dokumen yang berbeda dan tidak berpasangan sehingga perubahan proporsi ketepatan waktu pengkajian hanya dapat diinterpretasikan secara deskriptif. Keempat, tidak terdapat kelompok pembanding sehingga perubahan yang teramati tidak dapat diatribusikan semata-mata pada program. Kelima, evaluasi pengetahuan dilakukan menggunakan instrumen yang belum melalui pengujian validitas dan reliabilitas secara formal, sedangkan evaluasi penerimaan dilakukan hanya pada tahap pascaimplementasi sehingga tidak dapat menggambarkan perubahan penerimaan sebelum dan sesudah kegiatan. Selain itu, kemungkinan bias respons positif pada evaluasi penerimaan tetap perlu dipertimbangkan.

Keberlanjutan program diarahkan pada penggunaan rutin perangkat monitoring pengkajian awal, mekanisme PPJP–backup PPJP, handover berbasis ISBAR, dan ronde berbasis pasien

prioritas di tingkat unit. Pemantauan selanjutnya perlu mencakup ketepatan waktu pengkajian awal ≤ 24 jam, konsistensi penggunaan komponen ISBAR, pelaksanaan ronde pada pasien prioritas, serta kelengkapan pencatatan masalah, tindakan, PIC, waktu evaluasi, dan status tindak lanjut. Sebagai rencana tindak lanjut, monitoring di tingkat unit perlu melibatkan kepala ruangan dan ketua tim untuk memastikan perangkat yang telah diperkenalkan dapat terintegrasi ke dalam proses kerja unit.

SIMPULAN

Program optimalisasi mengintegrasikan pengkajian awal keperawatan tepat waktu, handover berbasis ISBAR, dan ronde keperawatan berbasis pasien prioritas sebagai upaya mendukung kesinambungan asuhan di unit detoksifikasi. Secara deskriptif, proporsi dokumentasi pengkajian awal yang diselesaikan ≤ 24 jam berubah dari 37,5% pada praimplementasi menjadi 92,0% pada pascaimplementasi. Pada 12 perawat dengan data berpasangan, skor pengetahuan pascaimplementasi lebih tinggi secara deskriptif dibandingkan sebelum kegiatan, tetapi perbedaannya belum mencapai signifikansi statistik ($p=0,063$). Evaluasi penerimaan menunjukkan respons positif terhadap komponen alur asuhan yang diukur, sedangkan observasi keterampilan ronde menunjukkan capaian agregat 79,17%, sedikit di bawah indikator $\geq 80\%$.

Temuan tersebut terutama menggambarkan keterlaksanaan awal program dan belum dapat digunakan untuk menyimpulkan efektivitas terhadap luaran klinis pasien. Keberlanjutan program memerlukan monitoring ketepatan waktu pengkajian, konsistensi penggunaan ISBAR, pelaksanaan ronde berbasis prioritas, serta penguatan dokumentasi tindak lanjut yang mencakup PIC, waktu evaluasi, dan status penyelesaian masalah.

REFERENSI

1. Al-Anati, A. M., Molloy, L., Sim, J., Halcomb, E., & Frost, S. A. (2024). Structured interactions between nurses and patients through intentional rounding: A scoping review. In *Journal: International Nursing Review* (Vol. 71, Number 3). <https://doi.org/10.1111/inr.12984>
2. Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 12, Number 3). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI).

<https://doi.org/10.3390/healthcare12030399>

3. Chien, L. J., Slade, D., Goncharov, L., Taylor, J., Dahm, M. R., Brady, B., McMahon, J., Raine, S. E., & Thornton, A. (2024). Implementing a ward-level intervention to improve nursing handover communication with a focus on bedside handover—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(7), 2688–2706. <https://doi.org/10.1111/jocn.17107>
4. Kemenkes RI. (2024). Kmk Nomor Hk.01.07/Menkes/1596/2024 STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 1–356.
5. Lucas-Guerra, C., González-Ordi, H., & del-Gallego-Lastra, R. (2024). Nursing interventions in patients with substance use disorders. A systematic review. *Enfermeria Clinica*, 34(4), 271–292. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.03.006>
6. Martha Ulina, J., Gusti Ayu Eka, N., Maxmila Yoche, M., & Hospital Denpasar, S. (2020). Persepsi Perawat Tentang Melengkapi Pengkajian Awal di Satu Rumah Sakit Swasta Indonesia Perception Of Early Assesment Completion At One Private Hospital Indonesia. In *Nursing Current* (Vol. 8, Number 1).
7. Paterson, C., Roberts, C., & Bail, K. (2023). ‘Paper care not patient care’: Nurse and patient experiences of comprehensive risk assessment and care plan documentation in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 32(3–4), 523–538. <https://doi.org/10.1111/jocn.16291>
8. Pun, J. (2023). Nurses’ perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>
9. Purwandari, R., Kurniawan, D. E., & Kotimah, S. K. (2022). Nursing Documentation in Accredited Hospital. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 42–51. <https://doi.org/10.7454/jki.v25i1.1139>
10. Rahmawati, I. N. (2021). Implementing nursing round to deal with unresolved nursing problem on patient with acute pain: A case report. *Journal of Public Health Research*, 10(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2210>
11. Rasiya, A., & Raheem, U. A. (2026). Shift Transition Communication Among Nurses: A Systematic Review of ISBAR and SBAR-Based Structured Handover Tools. *Nursing Open*, 13(7). <https://doi.org/10.1002/nop2.70655>

12. Reime, M. H., Tangvik, L. S., Kinn-Mikalsen, M. A., & Johnsgaard, T. (2024). Intrahospital Handovers before and after the Implementation of ISBAR Communication: A Quality Improvement Study on ICU Nurses' Handovers to General Medical Ward Nurses. *Nursing Reports*, 14(3), 2072–2083. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030154>
13. Roustaei, Z., Sadeghi, N., Azizi, A., Eghbalian, M., & Karsidani, S. D. (2023). The effect of regular nursing rounds on patients' comfort and satisfaction, and violence against nurses in surgical ward. *Heliyon*, 9(7). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17708>
14. Wahyuni, E. D., Nursalam, Dewi, Y. S., Susiana, E., Asmoro, C. P., & Kamel, A. D. (2023). Nurse's individual factor may influence quality of nursing documentation in the inpatient room. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 73(2), S88–S91. <https://doi.org/10.47391/JPMA.Ind-S2-21>
15. Yetti, K., Dewi, N. A., Wigiarti, S. H., & Warashati, D. (2021). Nursing handover in the Indonesian hospital context: Structure, process, and barriers. *Belitung Nursing Journal*, 7(2). <https://doi.org/10.33546/bnj.1293>