

**PANDUAN
SERAH TERIMA ASUHAN PASIEN
HAND OVER**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan sehingga buku Panduan serah terima asuhan pasien/ hand over di Rumah Sakit telah selesai, dengan adanya buku panduan ini semoga dapat menjadi acuan agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan serah terima asuhan pasien/ hand over di rumah sakit dan dapat bermanfaat untuk pelaksanaan overan dan pelayanan terhadap seluruh pasien yang ada di rumah sakit, sehingga mutu pelayanan meningkat dan keselamatan pasien dapat terjamin.

Panduan ini akan dievaluasi kembali dan jika ditemukan hal-hal yang kurang / tidak sesuai dengan kondisi di rumah sakit dan mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi pelayanan di rumah sakit. Kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada penyusun, dengan segala upaya telah berhasil menyusun panduan ini yang merupakan kerjasama dengan berbagai pihak dilingkungan Rumah Sakit .

Atas kerjasama bantuan semua pihak kami mengucapkan terimakasih. Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberi rahmat, taufik dan hidayah-Nya kepada kita semua.

Jakarta , 03 April 2023

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | ii |
| BAB I DEFINISI DAN TUJUAN | 1 |
| BAB II RUANG LINGKUP | 3 |
| BAB III TATALAKSANA | 5 |
| 1. METODE SERAH TERIMA | 5 |
| 2. TEKNIK MELAKUKAN SERAH TERIMA | 8 |
| 3. ALAT YANG DIGUNAKAN UNTUK SERAH TERIMA | 9 |
| 4. PELAKSANAAN KEGIATAN SERAH TERIMA | 13 |
| 5. TEMPAT PELAKSANAAN SERAH TERIMA | 14 |
| BAB IV DOKUMENTASI | 15 |
| LAMPIRAN : 1. FORMULIR CPPT | |
| 2. PERIOPERATIVE NURSING CARE PLAN | |
| 3. FORMULIR TRANSFER | |
| 4. SERAH TERIMA PASIEN RI/ IGD KE UNIT DIAGNOSTIK/ TERAPI FISIK | |
| 5. FORMULIR RUJUKAN PASIEN | |
| REFERENSI | |

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR 001./PER-DIR/RSDN/IV/2023
TENTANG SASARAN KESELAMATAN
PASIEN

PANDUAN HAND OVER

BAB 1

DEFINISI DAN TUJUAN

A. DEFINISI

1. **Serah terima asuhan pasien (Hand Over)** adalah tindakan penyerahan dan penerimaan tugas antar shift yang dilakukan oleh perawat/ bidan baik diruang perawatan,kamar bersalin,kamar operasi,kamar bayi baru lahir dan diruang perina/NICU/PICU/ICU terkait dengan asuhan keperawatan yang meliputi hal-hal yang sudah dilakukan dan hal-hal yang harus dilanjutkan untuk shift berikutnya.
2. **Serah terima asuhan pasien (Hand Over)** adalah suatu cara dalam menyampaikan sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien.(nursalam,2008)
3. **Serah terima asuhan (hand over)** adalah transfer tentang informasi (termasuk tanggung jawab dan tanggung gugat) selama perpindahan perawatan yang berkelanjutan yang mencakup peluang tentang pertanyaan, klarifikasi dan konfirmasi tentang pasien (friesen,2008)
4. **Komunikasi** merupakan sebuah proses penyampaian informasi/pesan dari seorang pengirim/pemberi informasi kepada penerima informasi melalui suatu cara tertentu sehingga penerima informasi tersebut mengerti betul apa yang dimaksud oleh pemberi informasi.
5. **Komponen komunikasi** adalah unsur-unsur yang ada dalam komunikasi meliputi : komunikator, komunikan, media, informasi/pesan dan feed back (umpan balik).
6. **Komunikator (pemberi informasi/ pesan)** adalah orang yang mengkomunikasikan/ menghubungkan suatu pesan kepada orang lain,
7. **Komunikan (penerima informasi/pesan)** adalah orang yang menerima pesan.

8. **Informasi** adalah pemberitahuan kabar/berita tentang suatu hal tertentu, dapat berupa lisan, tertulis, atau keduanya sekaligus.
9. **Pesan** adalah perintah, nasehat, permintaan, atau amanat yang disampaikan lewat orang lain.
10. **Media** adalah alat komunikasi yang berperan sebagai jalan yang dilalui informasi yang disampaikan pengirim/ umpan balik yang disampaikan penerima, media dapat berupa cetak maupun elektronik.
11. **Metoda** adalah cara untuk melakukan suatu tugas atau membuat sesuatu hal
12. **Feed back (umpan balik)** adalah respon dari penerima terhadap pesan yang diterimanya.
13. **Perawat penanggung jawab pasien** adalah perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien saat bertugas.
14. **Pasien** adalah orang yang memperoleh pelayanan kesehatan dirumah sakit
15. **Staf medis** adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dan dokter sub spesialis di Rumah Sakit
16. **Perawat** adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan baik di dalam maupun diluar negri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.
17. **Bidan** adalah seorang yang telah mnegikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang telah berlaku.
18. **Staf klinis lain** adalah tenaga kesehatan yang memeberikan asuhan langsung pada

B. TUJUAN

1. Menyampaikan masalah, kondisi, dan keadaan pasien (data fokus)
2. Menyampaikan hal –hal yang sudah atau belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien
3. Menyampaikan hal-hal penting yang perlu segera ditindak lanjuti oleh dinas berikutnya.
4. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya

BAB II

RUANG LINGKUP

1. Metode serah terima pasien di rumah sakit hermina

- a. Verbal handover (serah terima secara verbal)
- b. Bedside handover (serah terima didepan pasien langsung)
- c. Recorded handover (serah terima terekam)
- d. Written handover (serah terima tertulis, POC/ Plan Of Care, PNCP/ Perioperative Nursing Care Plan, form transfer, form serah terima ke penunjang/ terapi fisik, tindakan)

2. Teknis melaksanakan serah terima (hand over)

Dalam memberikan pelayanan kesehatan dirumah sakit, antar pemberi pelayanan melaksanakan komunikasi efektif dengan menggunakan teknik SBAR (*situation, background, asesment, rekomendasi*).

- a. Situation
- b. Background
- c. Asessment
- d. Rekomendasi

3. Alat yang digunakan untuk serah terima pasien

- a. Formulir CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)
- b. Formulir POC (Plan Of Care)
- c. Formulir PNCP (Perioperative Nursing Care Plan)
- d. Formulir tindakan dan evaluasi keperawatan
- e. Formulir transfer pasien antar ruangan/ instalasi rumah sakit
- f. Formulir serah terima pasien dari instalasi Rawat Inap/ IGD ke instalasi penunjang/ pemeriksaan diagnostic/ terapi fisik.
- g. Formulir rujuk pasien ke luar rumah sakit

4. Pelaksanaan kegiatan serah terima (hand over) di rumah sakit

- a Serah terima antar staf medis
- b Serah terima staf medis ke keperawatan/ staf klinis lainnya
- c Serah terima staf keperawatan/ bidan
- d Serah terima antar PPA dan PPA lainnya termasuk ke luar rumah sakit

5. Tempat pelaksanaan serah terima asuhan pasien (hand over)

- a Serah terima antar unit di dalam rumah sakit (rawat inap, rawat jalan, IGD, ruang intensif, kamar operasi)
- b Serah terima dari unit rawat inap, intensif dan IGD ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.
- c Serah terima saat merujuk pasien ke luar rumah sakit

BAB III

TATA LAKSANA

1. Metode serah terima pasien di rumah sakit hermina (Miller, 1998; Sexton et al. 2004):

a Verbal handover (serah terima secara verbal)

- 1) Teknik yang digunakan pada saat serah terima secara verbal adalah SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)
- 2) Siapkan berkas rekam medis pasien
- 3) Lakukan serah terima di Nurse Station secara verbal
- 4) Dokumentasikan apa yang diserahterimakan antar shift secara tertulis

b Written handover (serah terima tertulis)

- 1) Apa yang sudah diserahterimakan secara verbal harus didokumentasikan secara tertulis
- 2) Pendokumentasian dapat dilakukan di formulir – formulir berikut sesuai dengan kebutuhan :
 - a) Formulir CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)
 - b) Formulir Tindakan dan Evaluasi Keperawatan
 - c) Formulir Plan of Care
 - d) Formulir Perioperative Nursing Care Plan
 - e) Formulir Transfer pasien antar ruangan/ instalasi rumah sakit
 - f) Formulir serah terima pasien dari instalasi rawat inap/ IGD ke instalasi diagnostik/ terapi fisik
 - g) Formulir Rujukan Pasien

3) Formulir CPPT

- a) Diisi oleh semua PPA yang memberikan asuhan kepada pasien dengan metode SOAP/ ADIME dan diverifikasi oleh DPJP sebagai leader asuhan pasien
- b) Digunakan juga sebagai bukti dokumentasi serah terima antar staf medis, jika ada DPJP yang berhalangan visite/ memberikan asuhan medis kepada pasien
- c) Digunakan untuk serah terima antar shift oleh perawat/ bidan, saat serah terima di Nurse Station pada awal dinas

- d) Diisi oleh perawat yang akan dinas atau yang menerima serah terima pasien
- e) Dilengkapi dengan nama dan tanda tangan penerima dan pemberi serah terima

4) Formulir Plan of Care

- a) Diisi setiap hari oleh perawat shift pagi yang bertanggungjawab terhadap pasien
- b) Diisi sesuai dengan perencanaan asuhan seluruh PPA terkait
- c) Diverifikasi oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dan juga dapat menambahkan perencanaan dari hasil pemeriksaan/ pengobatan/ visiting yang telah dilakukan.

5) Formulir Perioperative Nursing Care Plan

- a) Khusus pada pasien rencana tindakan operasi digunakan serah terima khusus pada pasien rencana tindakan operasi agar tidak terjadi kesalahan terdiri dari Pre operatif, Intra operatif dan Paska Operatif
- b) Diisi oleh perawat kamar operasi pada saat pasien akan dilakukan tindakan operasi
- c) Sebelumnya sudah dilakukan asesmen awal rawat inap
- d) Formulir PNCP berisi tentang asesmen, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

6) Formulir Transfer pasien antar ruangan/ instalasi rumah sakit

- a) Digunakan saat transfer antar ruangan/ instalasi sesuai dengan formulir transfer
- b) Diisi oleh perawat pada saat pasien akan ditransfer ke ruangan/ instalasi lainnya
- c) Transfer dilakukan antar ruangan/ instalasi perawatan, dari IGD ke ruang perawatan atau intensif, dan dari intensif ke ruangan/ instalasi perawatan lainnya
- d) Khusus intensif harus diisi indikasi masuk sesuai prioritas dan indikasi keluar sesuai skala
- e) Dilengkapi dengan tanda tangan dokter yang akan memindahkan pasien, perawat yang memindahkan, dan perawat yang menerima

7) Formulir serah terima pasien dari instalasi rawat inap/ IGD ke instalasi diagnostik/ terapi fisik

- a) Digunakan pada saat perawat/ bidan mengantar pasien untuk dilakukan tindakan pemeriksaan penunjang/ pemeriksaan diagnostik/ terapi fisik dengan pasien ditinggalkan bersama dengan staf klinis di tempat yang dituju tersebut.
- b) Hal yang diserahkan adalah keadaan umum pasien, TTV, penggunaan oksigen, pengobatan atau terapi, risiko pasien (jatuh, depresi pernapasan, mobilitas, fraktur atau ada masalah mobilisasi, dll.
- c) Jika perawat/ bidan menunggu pasien selama dilakukan tindakan maka tidak perlu serah terima pasien.

8) Formulir Rujukan Pasien

- a) Digunakan pada saat merujuk pasien ke luar rumah sakit
- b) Diisi oleh perawat yang merujuk termasuk kondisi pasien saat diperjalanan dan saat diserahkan
- c) Dilengkapi dengan cap dan tanda tangan rumah sakit yang dituju

c Bedside handover (serah terima di ruang rawat pasien)

- 1) Serah terima yang dilakukan di ruang rawat pasien antara perawat yang sudah dan yang akan berdas
- 2) Dilakukan setelah operan verbal dan operan tertulis, dan dapat juga dilakukan bersamaan dengan secara verbal dan tertulis di depan pasien serta dapat melibatkan pasien jika ada perencanaan pemeriksaan/ pengobatan misalnya untuk pemeriksaan penunjang pasien memerlukan persiapan puasa/ perencanaan pemeriksaan waktunya dll
- 3) Informasi yang diserahkan selama bedside hand over adalah termasuk :
 - a) Tanggal dan alasan dirawat
 - b) Riwayat kesehatan pasien
 - c) Investigasi terkait kesehatan pasien
 - d) Pengobatan dan respon pasien
 - e) Rencana asuhan perawat dan respon pasien
 - f) Masalah keamanan dan keselamatan

- g) Perencanaan pemulangan
- h) Rekomendasi perawatan selanjutnya
- 4) Pada saat serah terima didepan pasien, perawat memperkenalkan diri dan menginformasikan sebagai penanggung jawab pasien selama shift berjalan dan jika ada masalah/ kebutuhan terkait bisa disampaikan.

d Recorded handover (serah terima terekam)

- 1) Dilakukan dengan cara merekam dengan tape recorder/ atau dengan media perekam lainnya
- 2) Di rumah sakit hermina cara ini tidak digunakan

2. Teknis melaksanakan serah terima dengan SBAR

- a. Dalam memberikan pelayanan kesehatan dirumah sakit, antar pemberi pelayanan melaksanakan komunikasi efektif dengan menggunakan teknik SBAR (*situation, background, asesment, rekomendasi*) :

1) Situation

- a) Sebutkan nama anda dan unit
- b) Sebutkan identitas pasien, usia,
- c) Sebutkan masalah pasien kondisi/ kebutuhan kritikalnya saja (misalnya sesak nafas, nyeri dada, kondisi tidak stabil, panas tidak turun-turun, belum ada progres perbaikan dll)

2) Background

- a) Sebutkan diagnosis dan data klinis pasien sesuai kebutuhan/ kondisi pasien.
- b) Status kardiovaskuler (Nyeri dada, tekanan darah,EKG, dsb)
- c) Status respirasi (Frekuensi pernafasan, SpO2, analisa gas darah, dsb)
- d) Status gastrointestinal (Nyeri perut, perdarahan,dsb)
- e) Neurologis (GCS, Pupil)
- f) Hasil laboratorium/pemeriksaan

3) Asessment

- a) Sebutkan problem pasien tersebut
- b) Problem kardiologi
- c) Problem gastro-intestinal
- d) Lain-lain

4) Recommendation

- a) Rekomendasi (pilih sesuai kebutuhan)
- b) Pasien membutuhkan/ memerlukan sesuai kebutuhan misalnya antara lain:
 - Pasien memerlukan untuk dipindahkan ke ICU
 - Pasien segera untuk dilakukan pemeriksaan kondisi emergensi/ gawat darurat/ masalah lain dan DPJP segera datang melihat pasien
 - Dapat meminta dokter lain untuk melakukan pemeriksaan kepada pasien jika kondisi/ posisi DPJP tidak memungkinkan untuk datang.
 - Pasien membutuhkan untuk konsultasi ke dokter lain
 - dll
- c) Pemeriksaan atau terapi apa yang diperlukan :
 - Foto rontgen
 - Pemeriksaan analisa gas darah
 - Pemeriksaan EKG
 - Pemberian oksigenasi
 - Beta 2 agonis nebulizer
- b. Teknis SBAR dilakukan pada saat operan pasien dan saat melapor dokter via telepon

3. Alat yang digunakan untuk serah terima pasien

- a. Formulir CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) terdiri dari :
 - 1) Tanggal dan waktu
 - 2) Professional pemberi asuhan
 - 3) Hasil asesmen - IAR dalam bentuk SOAP/ ADIME
 - 4) Instruksi PPA termasuk pasca bedah
 - 5) Review dan verifikasi DPJP

b. Formulir POC (Plan Of Care)

Dibuat/ diisi oleh perawat shift pagi sesuai dengan perencanaan dan ditanda tangani oleh DPJP dan dapat melakukan revisi perencanaan asuhan yang sedang berjalan:

- 1) Tanggal, jam/ perawatan hari ke (sesuaikan)

- 2) Diagnosis kerja
 - 3) Masalah kebutuhan/ prioritas
 - 4) Kewaspadaan : standar/ kontak/ airborne/ droplet
 - 5) Tim dokter
 - 6) Pemeriksaan penunjang (lab, radiologi, dll)
 - 7) Prosedur/ tindakan (bedah/ observasi, perbaikan kondisi, terapi cairan/ antibiotik dll.
 - 8) Nutrisi (diet/ batasan cairan)
 - 9) Aktivitas
 - 10) Pengobatan (sesuai rencana/ revisi pengobatan)
 - 11) Asuhan keperawatan pasien.
 - 12) Tindakan rehabilitasi medik (ada/ tidak)
 - 13) Konsultasi jika dibutuhkan
 - 14) Sasaran yang dapat terukur sesuai dengan masalah yang ditemukan.
 - 15) Tanda tangan dan nama perawat melakukan pengisian POC sesuai tanggal/ waktu
 - 16) Ditanda tangani oleh dokter/ DPJP.
- c. **Formulir PNCP (Perioperative Nursing Care Plan) terdiri dari pre operasi, intra operasi, dan post operasi, yang masing – masing terdapat kolom :**
- 1) Pre operative terdiri dari: (blm selesai)
 - a) Pengkajian tentang pernafasan, tes darah capiller, perdarahan,TTV, GDS & Leukosit, Otak/ syaraf pusat kesadaran, GCS, skala nyeri, kandung kemih, pencernaan , tulang/ ekstremitas dll dapat ditambahkan sesuai dengan hasil pengkajian.
 - b) Diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian/ asesmen.
 - c) Rencana tindakan sesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ada
 - d) Pada poin penilaian tentang implementasi
 - e) Evaluasi
 - 2) Intra operatif
 - a) Pengkajian terdiri dari : jam masuk OK, Keluar OK, mulai anesesi dan selesai anestesi, pernafasan, tes darah capiller,

perdarahan,TTV, otak/ syaraf pusat: kesadaran, GCS, skala nyeri, kandung kemih, pencernaan , tulang/ ekstremitas dll sesuai dengan hasil pengkajian

- b) Diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian
 - c) Rencana tindakan sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan.
 - d) Tindakan sesuai dengan perencanaan tindakan
 - e) Evaluasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan, dan tindakan yang telah dilakukan.
- 3) Post operasi/ paska operasi
- a) Pengkajian meliputi jam masuk RR/ dipindahkan ke intensifis
 - b) Pernafasan sesuai dengan kondisi/ keadaan pasien, darah capillary refill, kulit, perdarahan,TTV sesuai dengan hasil pemeriksaan TD, RR, suhu, Otak/ syaraf pusat, kesadaran, GCS, Skala nyeri sesuai dengan hasil, Kandung kemih sesuai dengan keadaan/ kondisi , Pencernaan sesuai dengan kondisi/ keadaan pasien, Ektremitas sesuai hasil dll sesuai dengan hasil pengkajian
 - c) Diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian
 - d) Rencana tindakan sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan.
 - e) Tindakan sesuai dengan perencanaan tindakan
 - f) Evaluasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan, dan tindakan yang telah dilakukan.

d. Formulir transfer pasien antar ruangan/ instalasi rumah sakit

- 1) Diagnosis
- 2) Nama DPJP
- 3) Tanggal masuk dan waktu
- 4) Tanggal pindah dan waktu
- 5) Dari ruang ... ke ruang ...
- 6) Indikasi masuk intensif
- 7) Indikasi keluar intensif
- 8) Resume keadaan pasien yang akan ditransfer
- 9) Rencana tindakan/ terapi selanjutnya
- 10) Masalah perawatan saat pindah
- 11) Rencana keperawatan selanjutnya

- 12) Keadaan pasien saat pindah
 - 13) Diet... mobilisasi...
 - 14) Pesanan khusus risiko
 - 15) Penggunaan alat
 - 16) Alat transport
 - 17) Dokumen yang diserahkan
 - 18) Tanda tangan dokter, perawat memindahkan, dan perawat menerima
- e. Formulir serah terima pasien dari instalasi Rawat Inap/ IGD ke instalasi penunjang/ pemeriksaan diagnostik/ terapi fisik, terdiri dari :**
- 1) Tanggal dan jam transfer
 - 2) DPJP
 - 3) Diagnosis
 - 4) Transfer untuk ...
 - 5) Keadaan pasien saat dilakukan transfer (kondisi pasien, TTV, pasien menggunakan oksigen, pengobatan pada pasien, risiko pada pasien, lain – lain)
 - 6) Pengawasan pada pasien (kondisi pasien, pengobatan/ terapi, gangguan gerak)
 - 7) Nama dan tanda tangan perawat/ bidan yang melakukan transfer
 - 8) Nama dan tanda tangan perawat yang menerima transfer
 - 9) Serah terima setelah pemeriksaan diagnostik/ terapi fisik
 - 10) Kondisi pasien
 - 11) Nama dan tanda tangan perawat/ bidan yang menerima
 - 12) Nama dan tanda tangan perawat yang menyerahkan
- f. Formulir rujukan pasien**
- 1) Nama pasien, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, nomor rekam medis
 - 2) Tanggal masuk, tanggal pindah
 - 3) Nama staf yang menyetujui penerimaan
 - 4) RS dan alamat yang dituju, tanggal dan jam
 - 5) Penanggung pembayaran
 - 6) DPJP
 - 7) Transportasi
 - 8) Pendamping

- 9) Alasan pindah RS
- 10) TTV saat pindah
- 11) Alergi
- 12) Informasi medis
- 13) Resume klinis
- 14) Status kemandirian
- 15) Pemeriksaan/ perencanaan/ hasil
- 16) Terapi saat pindah
- 17) Perubahan kondisi pasien dan status pasien
- 18) Resusitasi jika dibutuhkan
- 19) Penatalaksanaan resusitasi/ pernafasan buatan
- 20) Keadaan pasien saat dilakukan serah terima
- 21) Nama dan tanda tangan petugas yang menerima alih tanggungjawab
- 22) Nama dan tanda tangan petugas yang merujuk

4. Pelaksanaan kegiatan serah terima (hand over) di rumah sakit

a Serah terima antar staf medis

- 1) Serah terima antar staf medis ada pada CPPT dengan melihat CPPT sebelumnya dan DPJP melakukan verifikasi pada form CPPT
- 2) Jika DPJP tidak dapat melakukan visite/ berhalangan DPJP akan menunjuk pengganti dan diinformasikan kepada pasien/ keluarga, jika menyetujui pengganti DPJP akan dihubungi.
- 3) Pasien / keluarga menyetujui/ menolak adanya pengganti DPJP terdokumentasi pada KIE
- 4) DPJP pengganti melakukan pemeriksaan dan didokumentasikan pada CPPT hasil pemeriksaan diinformasikan kepada pasien.
- 5) Jika pengganti DPJP ada instruksi baru/ usulan pemeriksaan/ pengobatan diinformasikan kepada DPJP untuk dikethui/ disetujui.

b Serah terima staf medis ke keperawatan/ staf klinis lainnya

- 1) Pelaksanaan serah terima staf medis ke keperawatan dan staf klinis lain dilakukan di formulir Plan of Care dan CPPT
- 2) Formulir Plan of Care digunakan oleh seluruh PPA terkait asuhan pasien, pencatatan dilakukan oleh perawat pada shift pagi setiap harinya dan diverifikasi oleh DPJP

- 3) Komunikasi melalui formulir CPPT digunakan oleh seluruh PPA terkait asuhan pasien, pencatatan dilakukan oleh seluruh PPA terkait asuhan pasien dan direview dan verifikasi oleh DPJP

c Serah terima antar staf keperawatan/ bidan

- 1) Digunakan untuk serah terima antar shift oleh perawat/ bidan
- 2) Diisi saat serah terima di Nurse Station pada awal dinas
- 3) Diisi pada CPPT catat hal-hal ktitikal rencana tindakan/ pemeriksaan dll yang akan dilakukan terhadap pasien selama shift berlangsung atau sift selanjutnya.
- 4) Diisi oleh perawat yang akan dinas atau yang menerima serah terima pasien
- 5) Dilengkapi dengan nama dan tanda tangan penerima dan pemberi serah terima pada akhir catatan serah terima.

d Serah terima antar PPA dan PPA lainnya (termasuk ke luar rumah sakit)

- 1) Serah terima antar PPA dilakukan menggunakan formulir CPPT, Plan of Care, transfer, dan Formulir serah terima pasien dari instalasi rawat inap/ IGD ke instalasi diagnostik/ terapi fisik
- 2) Serah terima pasien keluar rumah sakit menggunakan formulir rujukan pasien

5. Tempat pelaksanaan serah terima asuhan pasien (hand over)

- a. Serah terima antar unit di dalam rumah sakit (rawat inap, rawat jalan, IGD, ruang intensif, kamar operasi)
- b. Serah terima dari unit rawat rawat inap, intensif dan IGD ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit therapi fisik.
- c. Serah terima saat merujuk pasien ke luar rumah sakit

BAB IV

DOKUMENTASI

1. Serah terima asuhan pasien (hand over) yang sudah dilakukan didokumentasikan dalam berkas rekam medis sesuai kebutuhan sebagai berikut :
 - a. Formulir CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
 - b. Formulir Perioperative Nursing Care Plan (PNCP)
 - c. Formulir Transfer pasien antar ruangan/ instalasi rumah sakit
 - d. Formulir serah terima pasien dari instalasi rawat inap/ IGD ke instalasi diagnostik/ terapi fisik
 - e. Formulir Rujukan Pasien keluar RS
2. Dokumentasi serah terima dilengkapi dengan nama dan tanda tangan pemberi dan penerima serah terima

Ditetapkan di Jakarta.
pada tanggal 3, April 2023
DIREKTUR,

The image shows a blue ink signature of dr. Agung Darmanto Sp A written over the official logo of Dharma Nugraha Hospital. The logo consists of a stylized blue flower-like emblem to the left of the text 'Dharma Nugraha Hospital' in blue, with 'est. 1998' in smaller text below 'Hospital'.

dr. Agung Darmanto Sp A

Referensi :

1. Guidance On Clinical Handover For Clinicians And Managers, Safe Handover: Safe Patients (2006)
2. Clinical Handover At Nurse Shift Changes, Trust Wide Clinical Division Policy Document, NHS (2017)
3. Communication During Patient Hand-Over, Patient Safety Solutions ; WHO (2017)
4. Nursing Handover For Adult Patients Guidelines, Conwy & Denbighshire NHS Trust (2009)
5. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017)