

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 108/PER/DIR/RSIH/X/2022**

**TENTANG
PANDUAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI**

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul-Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI
NOMOR: 108/PER/DIR/RSIH/X/2022

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Mentari Rahmadita, S.Kep	Staf Pelayanan Medik		21-10-2022
Verifikator	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		21-10-2022
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		21-10-2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		21-10-2022
	:	Wahyu Suprayogo, SE.MM	Manajer Keuangan dan PKRS		21-10-2022
	:	Maya Anggraini, S.Pd	Manajer Umum dan SDM		21-10-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		21-10-2022

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 108/PER/DIR/RSIH/X/2022
TENTANG
PANDUAN KOMUNIKASI PANDUAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. Bahwa untuk penyelenggaraan pelayanan promosi kesehatan yang efisien dan efektif diseluruh jajaran struktural dan fungsional Rumah Sakit Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Komunikasi dan Edukasi
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Direktur perlu menetapkan Panduan Komunikasi dan Edukasi.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit;
4. Keputusan Menti Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;
7. Surat Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
8. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3523/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN KOMUNIKASI DAN EDUKASI**
- Kesatu : Mencabut Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 010/PER/DIR/RSIH/II/2022 Tentang Panduan Komunikasi Antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 108/PER/DIR/RSIH/X/2022 Panduan Komunikasi dan Edukasi digunakan sebagai acuan penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit yang efisien dan efektif di seluruh jajaran struktural dan fungsional di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Komunikasi dan Edukasi sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 21 Oktober 2022
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI

LEMBAR PENGESAHAN

DAFTAR ISI.....	i
BAB I	1
DEFINISI	1
BAB II	2
RUANG LINGKUP	2
BAB III	3
TATA LAKSANA.....	3
BAB IV	21
DOKUMENTASI	21

BAB I DEFINISI

A. Pengertian Komunikasi

Komunikasi adalah proses penyampaian pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain melalui suatu cara tertentu sehingga orang lain mengerti dan memahami apa yang dimaksud oleh penyampai pikiran-pikiran atau informasi.

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang dilakukan secara tepat waktu, akurat, jelas dan mudah dipahami oleh penerima sehingga dapat mengurangi tingkat kesalahpahaman.

Komunikasi antar PPA adalah penyampaian informasi antar PPA yang akurat dan tepat waktu selama proses asuhan dan hasil asuhannya selama bekerja dalam *shift* atau antar *shift* termasuk keadaan yang bersifat *urgent* seperti *code blue*, *code red* dan perintah evakuasi.

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan langsung kepada pasien (staf medis, keperawatan, farmasi, gizi, staf fisioterapis/rehabilitasi medis) yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

B. Jenis-Jenis Komunikasi

1. Komunikasi Tertulis

Komunikasi yang disampaikan secara tertulis (contoh: website, brosur, poster, dll)

2. Komunikasi Verbal

Komunikasi yang disampaikan secara lisan

3. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi dengan bahasa tubuh/bahasa isyarat

C. Komponen Komunikasi

Komponen Komunikasi terdiri dari

1. Pengirim atau komunikator (*sender*) adalah pihak yang mengirimkan pesan kepada pihak lain.
2. Pesan (*message*) adalah isi atau maksud yang akan disampaikan oleh satu pihak kepada pihak lain.
3. Pesan dapat disampaikan secara langsung (Verbal) atau melalui media.
4. Penerima atau komunika (*receiver*) adalah pihak yang menerima pesan dari pihak lain
5. Umpan balik (*feedback*) adalah tanggapan dari penerimaan pesan atas isi pesan yang disampaikannya.
6. Aturan yang disepakati para pelaku komunikasi tentang bagaimana komunikasi itu akan dijalankan (*Procedure*)

BAB II RUANG LINGKUP

- A. Ruang lingkup pelaksanaan komunikasi dapat meliputi:
1. Komunikasi Antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di dalam Rumah Sakit
 - a) Serah Terima Asuhan Pasien (*Hand Over*) di dalam rumah sakit
 - b) Serah Terima Asuhan Pasien antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama
 - c) Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi, Unit Kamar Operasi dan Unit Rawat Jalan
 - d) Informasi Hasil Asuhan Pasien kepada Pasien dan Keluarga
 2. Komunikasi antara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien, keluarga dan masyarakat
 - a) Komunikasi yang bersifat Informasi asuhan di dalam rumah sakit
 - b) Komunikasi yang bersifat edukasi (Pelayanan Promosi)
 3. Komunikasi Tidak Dengan Tatap Muka
 - a) Komunikasi verbal melalui WA (*WhatsApp*).
 - b) Komunikasi verbal melalui telepon.
 - c) Komunikasi yang bersifat *urgent* dan perintah evakuasi.
- B. Ruang lingkup pelaksanaan edukasi dapat meliputi:
1. Edukasi Kepada Pasien
 2. Edukasi Kepada Staf Rumah Sakit
 3. Edukasi Kepada Masyarakat

BAB III TATALAKSANA

A. Pelaksanaan komunikasi dapat meliputi:

1. Komunikasi Antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di dalam Rumah Sakit

a) Serah Terima Asuhan Pasien (*Hand Over*) di dalam rumah sakit:

1) Antara Staf Medis dan Staf Medis (DPJP dengan Dokter Spesialis lainnya).

➤ DPJP dengan Staf Medis lainnya

- DPJP adalah Staf Medis yang menangani asuhan pasien di Ruang Rawat Inap
- DPJP yang berhalangan *visite* yang terencana (sudah mengajukan izin/cuti tidak praktik), asuhan pasien di delegasikan kepada Staf Medis lainnya pada Bidang yang sama dan didokumentasikan dalam Formulir Serah Terima Asuhan Medis Pasien
- DPJP menginformasikan kepada pasien dan Staf Keperawatan bahwa pada saat izin/cuti tidak praktik, maka DPJP tidak dapat *visite* dan didelegasikan kepada Staf Medis lain
- DPJP menyebutkan nama Staf Medis yang didelegasikan kepada pasien dan Staf Keperawatan
- DPJP yang berhalangan *visite* yang tidak terencana atau mendadak, DPJP menghubungi Divisi Pelayanan Medik, Unit Rawat Inap dan Staf Medis penggantinya
- Staf Medis pengganti melakukan *visite* pasien yang telah didelegasikan dan melengkapi serah terima pasien dengan DPJP dalam Formulir Serah Terima Asuhan Medis Pasien
- Staf Medis pengganti mendokumentasikan hasil *visite* pasien dalam Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi
- Staf Medis yang mendapatkan delegasi dari DPJP melakukan serah terima asuhan setelah DPJP kembali dalam Formulir Serah Terima Asuhan Medis Pasien

➤ Dokter Jaga dengan Dokter Jaga

- Dokter Jaga adalah Dokter Jaga UGD dan Dokter Jaga Ruang Rawat Inap yang bekerja secara *shift*
- Dokter Jaga melakukan serah terima asuhan pasien untuk seluruh laporan pasien baru dan pasien observasi di Unit Gawat Darurat dan Ruang Rawat Inap dalam Formulir Serah Terima Asuhan Medis Pasien
- Dokter Jaga melakukan serah terima laporan pasien ke Dokter Jaga pada *shift* berikutnya dan menandatangani formulir tersebut

2) Antara Staf Medis dan Staf Keperawatan dengan Staf Klinis Lainnya, yang meliputi:

- Dokter mendokumentasi instruksi asuhan pasien di CPPT/*flowsheet*.
- Staf Keperawatan atau dengan Staf Klinis Lainnya melakukan konfirmasi ulang instruksi asuhan pasien yang ditulis oleh Dokter.
- Staf Keperawatan atau dengan Staf Klinis Lainnya melakukan instruksi Dokter.

- DPJP melakukan verifikasi harian perkembangan pasien yang didokumentasikan oleh seluruh PPA di CPPT.
 - Staf Farmasi menghubungi Dokter yang meminta resep obat apabila sediaan obat di farmasi tidak ada, dan Staf Farmasi mencatat di formulir.
- 3) Antara PPA dengan PPA lainnya pada saat pertukaran *shift*:
- Staf Keperawatan dengan Staf Keperawatan
Prosedur serah terima asuhan pasien (*hand over*) antar *shift* Staf Keperawatan, terdiri dari:
 - Pesiapan
 - Perawat melakukan identifikasi pasien.
 - Perawat melakukan asesmen pasien terkini yang meliputi:
 - Kesadaran pasien.
 - Tanda-tanda vital: Tekanan Darah (TD), Suhu, Nadi, dan Pernapasan.
 - Terpasang oksigen atau tidak, jika terpasang tulis dengan menggunakan apa (Binasal/*Simple Mask* dan atau RM/NRM).
 - Apakah ada nyeri, jika ada tulis angka skala nyeri dan lokasi nyeri.
 - Apakah terpasang infus, jika ya tulis jenis cairan dan tetesan infus.
 - Apakah terpasang *Dower Kateter* (DC), jika ya tulis jenis DC, ukuran dan tanggal rencana penggantian DC.
 - Apakah terpasang *Naso Gastric Tube* (NGT), jika ya tulis jenis NGT, ukuran dan tanggal rencana penggantian NGT.
 - Diet pasien: makan berapa porsi yang dihabiskan pasien dan minum berapa mili liter yang dihabiskan pasien.
 - Eliminasi: Buang air besar berapa kali frekuensi buang air besar pasien, warna apa serta konsistensi. Buang air kecil berapa kali frekuensi buang air kecil pasien, warna apa.
 - Tingkat ketergantungan pasien, apakah total *care/partial care/minimal care*.
 - Resiko jatuh pasien, berapa skornya dan termasuk kedalam kategori resiko jatuh apa (rendah/sedang/tinggi).
 - Perawat menuliskan rekomendasi intervensi mandiri dan kolaborasi yang belum dan sudah dilakukan.
 - Perawat mencatat hasil asesmen dan rencana tindakan dalam formulir *hand over*.
 - Pelaksanaan
Pelaksanaan serah terima asuhan pasien (*hand over*) dilaksanakan setelah konfrensi Ketua Tim dengan anggota timnya. Serah terima dilakukan oleh Ketua Tim/PJ *shift* sebelumnya kepada Ketua Tim yang mengganti jaga pada *shift* berikutnya:
 - Kepala unit membuka acara serah terima asuhan pasien (*hand over*) dengan doa.

- Kepala unit mempersilahkan Ketua Tim/PJ *Shift* sebelumnya untuk melakukan serah terima asuhan pasien (*hand over*).
- Ketua Tim/PJ *Shift* yang bertugas pada *shift* sebelumnya melakukan serah terima asuhan pasien (*hand over*) kepada Ketua Tim/PJ *shift* dan anggota tim yang bertugas pada *shift* selanjutnya yang dilakukan di *nurse stasion*.
- Ketua Tim/PJ *Shift* dan anggota tim dinas selanjutnya mendengarkan dengan seksama yang berkaitan tentang masalah keperawatan pasien, rencana tindakan yang sudah dan belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya.
- Ketua Tim/PJ *Shift* dinas sebelumnya melakukan serah terima asuhan pasien (*hand over*) yang meliputi:
 - Identitas pasien.
 - Kondisi pasien terkini.
 - Riwayat kesehatan pasien pada *shift* sebelumnya, terapi yang telah diberikan, hasil pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan.
 - Diagnosa medis.
 - Diagnosa keperawatan yang telah ditegakan oleh petugas penanggung jawab pasien.
 - Nama Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan nama Dokter yang merawat selain DPJP.
- Ketua Tim/PJ *Shift* dalam menyampaikan serah terima asuhan pasien (*hand over*) secara jelas dan singkat.
- Kepala unit, Ketua Tim/PJ *Shift* dan semua anggota tim dinas sebelumnya dan dinas selanjutnya keliling ke tiap pasien dan melakukan validasi data.
- Ketua Tim/PJ *Shift* dalam melakukan serah terima asuhan pasien (*hand over*) untuk setiap pasien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci.
- Ketua Tim/PJ *Shift* mencatat hasil asesmen, rencana tindakan/rekomendasi dalam formulir "Serah Terima Asuhan Pasien Antar *Shift* (*hand over*)."
- Ketua Tim/PJ *Shift* membubuhkan cap nama/menuliskan nama lengkapnya dan tanda tangan yang menyerahkan asuhan pasien pada formulir "Serah Terima Asuhan Pasien Antar *shift* (*hand over*)."
- Ketua Tim/PJ *Shift* membubuhkan cap nama/menuliskan nama lengkapnya dan tanda tangan yang menerima asuhan pasien pada formulir "Serah Terima Asuhan Pasien Antar *Shift* (*hand over*)".
- Kepala unit membubuhkan cap nama/menuliskan nama lengkapnya pada akhir *shift* dalam setiap harinya pada formulir "Serah Terima Asuhan Pasien Antar *Shift* (*hand over*)."

- 4) Staf Farmasi dengan Staf Farmasi
 - Staf Farmasi yang berada di unit Perawatan mendokumentasikan laporan terkait pemberian obat pasien yang tertunda pada *shift* sebelumnya di buku dokumentasi farmasi unit Perawatan.
 - Staf Farmasi di unit Perawatan melakukan serah terima kepada Staf Farmasi di farmasi lantai dasar untuk diselesaikan atau tertunda ke *shift* berikutnya.
 - 5) Staf Gizi dengan Staf Gizi
 - Staf gizi mendokumentasikan laporan harian gizi pada formulir evaluasi makan pasien.
 - Staf gizi melakukan serah terima kepada *shift* berikutnya apabila ada pasien yang belum mendapatkan pelayanan edukasi gizi pada *shift* sebelumnya ataupun yang belum dimonitoring asuhan gizinya.
 - 6) Staf Fisioterapis/Rehabilitasi Medis dengan Staf Fisioterapis/Rehabilitasi Medis
 - Staf fisioterapis/rehabilitasi medis melakukan serah terima kepada *shift* berikutnya apabila ada pasien yang belum mendapatkan pelayanan rehabilitasi medis di Formulir Catatan Klinis/Resume Fisioterapi.
- b) Serah Terima Asuhan Pasien antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama
- 1) Perpindahan pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) ke Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak.
 - Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Unit Gawat Darurat (UGD) dengan Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak.
 - Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir Unit Gawat Darurat (UGD).
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas pasien sudah terpasang.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
 - Perawat Unit Gawat Darurat (UGD) menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.
 - Perawat yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir transfer Unit Gawat Darurat (UGD).
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan tindakan yang belum dilakukan oleh Perawat Unit Gawat Darurat (UGD).
 - 2) Perpindahan pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) ke Unit Kamar Bersalin
 - Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Unit Gawat Darurat (UGD) dengan Bidan Unit Kamar Bersalin

- Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir Unit Gawat Darurat (UGD)
 - Bidan Unit Kamar Bersalin melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas pasien sudah terpasang.
 - Bidan Unit Kamar Bersalin mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
 - Perawat Unit Gawat Darurat (UGD) menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Bidan Unit Kamar Bersalin dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.
 - Bidan yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir Unit Gawat Darurat (UGD).
 - Bidan Unit Kamar Bersalin melakukan tindakan yang belum dilakukan oleh Perawat Unit Gawat Darurat (UGD).
- 3) Perpindahan pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) ke Unit Kamar Operasi
- Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat UGD dengan Perawat Kamar Operasi.
 - Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir UGD dan formulir catatan keperawatan perioperatif.
 - Perawat UGD melakukan *double cek* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas terpasang.
 - Perawat UGD mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
 - Perawat UGD menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat Kamar Operasi dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.
 - Perawat UGD melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir UGD dan formulir catatan keperawatan perioperatif.
- 4) Perpindahan pasien dari Unit Rawat Jalan ke Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Anak
- Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat/Bidan Unit Rawat Jalan dengan Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Anak.
 - Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dan formulir serah terima asuhan (*handover*)
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Anak melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas sudah terpasang.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Anak memeriksa kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
 - Perawat/Bidan Unit Rawat Jalan menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Anak dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.

- Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Anak yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir transfer pasien.
 - Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Anak melakukan tindakan yang di intruksikan oleh Dokter di Unit Rawat Jalan.
- 5) Perpindahan pasien dari Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak atau dari Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Ruang Rawat Inap
- Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap dengan Perawat Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak.
 - Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir laporan pasien pindah antar ruangan.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas terpasang.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir transfer pasien antar ruangan.
- 6) Perpindahan pasien dari Unit Kamar Bersalin Ke Ruang Rawat Inap
- Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Bidan Unit Kamar Bersalin dengan Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap.
 - Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir hasil pengkajian keBidanan
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas terpasang.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
 - Bidan Unit Kamar Bersalin menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap melakukan tindakan yang belum dilakukan di Unit Kamar Bersalin
- 7) Perpindahan pasien dari Unit Kamar Operasi ke Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak
- Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Unit Kamar Operasi dengan Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap.
 - Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir transfer
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap melakukan *double check* kondisi klinis pasien

- Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
 - Perawat Unit Kamar Operasi menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap melakukan tindakan yang belum dilakukan di Unit Kamar Operasi
- c) Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi, Unit Kamar Operasi
- 1) Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi.
- Untuk pemeriksaan radiologi (X-Ray, USG dan Panoramic) Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak mendampingi pasien sampai pemeriksaan selesai
 - Untuk pemeriksaan CT-Scan Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan serah terima berkas status rekam medis pasien dengan Petugas Perawat Unit Radiologi yang akan melakukan tindakan kontras.
 - Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan pengisian formulir permintaan pemeriksaan radiologi ke Unit Radiologi.
 - Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat/Bidan Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak dengan Petugas Unit Radiologi.
 - Petugas Unit Radiologi mengecek formulir permintaan radiologi.
 - Petugas Unit Radiologi melakukan tindakan sesuai dengan formulir permintaan radiologi dari ruangan.
 - Tindakan radiologi diagnostik yang dilakukan diluar RS Intan Husada, serah terima asuhan dilakukan dengan petugas rumah sakit rujukan.
- 2) Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit kamar Operasi.
- Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Unit Rawat Inap/Unit Rawat Intensif dengan petugas Unit Kamar Operasi
 - Serah terima asuhan pasien ke kamar operasi menggunakan formulir catatan keperawatan perioperatif.
 - Perawat Unit Rawat Inap/Unit Rawat Intensif yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir.
 - Perawat Unit Rawat Inap/Unit Rawat Intensif menyerahkan seluruh dokumen rekam medik pasien ke petugas Unit Kamar Operasi dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien.
 - Petugas Unit Kamar Operasi mengecek formulir serta kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.

- d) Informasi Hasil Asuhan Pasien kepada Pasien dan Keluarga.
- 1) DPJP/Dokter Spesialis lainnya menjelaskan hasil asesmen, diagnosis, dan rencana asuhan yang akan diberikan kepada pasien dan keluarga di dokumentasikan pada formulir pemberian informasi dan edukasi pasien dan keluarga terintegrasi dan catatan perkembangan pasien terintegrasi.
 - 2) DPJP/Dokter Spesialis lainnya menjelaskan hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan di dokumentasikan pada formulir pemberian informasi dan edukasi pasien dan keluarga terintegrasi dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.
 - 3) DPJP/Dokter Spesialis lainnya memberikan edukasi asuhan lanjutan di rumah di dokumentasikan pada formulir pemberian informasi dan edukasi pasien dan keluarga terintegrasi dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.
 - 4) DPJP/Dokter Spesialis lainnya melakukan *informed consent* kepada pasien dan keluarga bilamana pasien akan dilakukan tindakan medik supaya pasien dan keluarga memahami risiko dan komplikasi yang dapat terjadi.

2. Komunikasi antara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien, keluarga dan masyarakat

Komunikasi antar PPA kepada pasien, keluarga, dan masyarakat bisa bersifat informasi (Asuhan) dan edukasi (Pelayanan Promosi) yang meliputi:

- a) Komunikasi yang Bersifat Informasi Asuhan di dalam rumah sakit adalah:
- 1) Jam pelayanan
 - 2) Pelayanan yang tersedia
 - 3) Cara mendapatkan pelayanan
 - 4) Sumber alternatif mengenai asuhan dan pelayanan yang diberikan ketika kebutuhan asuhan pasien melebihi kemampuan rumah sakit
 - 5) Tarif pelayanan
 - 6) Tata tertib, hak dan kewajiban pasien/keluarga

Akses informasi ini dapat diperoleh melalui *Customer Service*, Pendaftaran, Poliklinik/UGD dan Media Elektronik.

- b) Komunikasi yang Bersifat Edukasi (Pelayanan Promosi)

- 1) Edukasi tentang cara cuci tangan

Langkah cuci tangan yang benar menurut standar WHO yaitu :

- Tuang cairan *handrub* (antiseptik berbasis alkohol) pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.
- Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian
- Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih
- Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci
- Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian
- Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan

Dengan melakukan cuci tangan yang baik dan benar, tangan menjadi bersih dan bebas kuman sehingga terhindar dari penularan berbagai macam penyakit.

- 2) Edukasi tentang penggunaan peralatan medis yang aman
 - Berikan informasi tentang peralatan medis yang digunakan
 - Berikan penjelasan kepada pasien tentang bagaimana penggunaan peralatan medis
 - Berikan penjelasan kepada pasien dalam menggunakan peralatan medis yang tepat
 - Berikan penjelasan kepada pasien akibat yang akan terjadi jika menghentikan penggunaan peralatan medis sebelum selesai program
 - Berikan penjelasan kepada pasien tentang efek samping yang mungkin ada dari pemakaian peralatan medis
- 3) Edukasi tentang potensi interaksi obat dengan obat dan obat dengan makanan
 - Berikan informasi terkait aturan pemakaian obat pada kemasan obat
 - Penggunaan obat dengan obat lain yang secara bersamaan, lebih baik diberikan dalam jeda 1-2 jam untuk menghindari terjadinya interaksi antar obat yang tidak diharapkan
 - Informasi interaksi obat dengan makanan dapat mengurangi khasiat atau manfaat obat, bahkan dapat menimbulkan efek samping yang dapat merugikan pasien (contoh: interaksi obat dengan susu atau produk susu (yogurt, keji) dengan antibiotik, Teh dengan zat besi, dll)
- 4) Edukasi tentang pemberian nutrisi
 - Edukasi mengenai makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan sesuai dengan penyakit yang dideritanya (contoh: DM, HT, GE, dll)
 - Edukasi mengenai gizi sesuai dengan kebutuhan
- 5) Edukasi tentang manajemen nyeri

Memberikan intruksi tertulis kepada pasien dan keluarga untuk mengikuti:

 - Daftar semua obat analgesik seperti nama, dosis dan jadwal pemberian
 - Jika obat nyeri sudah disediakan untuk skala nyeri yang berbeda, maka harus diperjelas peruntukannya sesuai dengan indikasi (skala nyeri)
 - Informasi setiap obat analgesik, termasuk efek samping (potensi interaksi), bagaimana mengelola efek samping harus dilaporkan, ketika nyeri teratasi (contoh setelah satu jam pemberian analgesik, atau dalam beberapa hari setelah dosis dinaikan) dan ketika dosis dititirasi jika diperlukan
 - Bila ada pertanyaan atau masalah pasien terkait dengan obat analgetik atau tiap ada perubahan kondisi pasien terkait dengan manajemen nyeri, maka pasien menghubungi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
 - Pentingnya pemberian obat nyeri per 24 jam disesuaikan dengan kondisi pola makan dan tidur pasien
 - Apabila pasien lebih dari satu obat analgetik atur waktunya (contoh berikan analgetik yang mempunyai interval dosis yang sama). Tekankan kepada pasien dan keluarganya bahwa minum atau makan beberapa obat pada saat yang secara bersamaan harus sesuai anjuran Dokter.

- Jika pasien sudah pulang untuk Perawatan di rumah, rumah sakit atau fasilitas kesehatan lain komunikasikan tujuan dan rencana manajemen nyeri
 - Berikan informasi mengenai kondisi dan penyakit pasien, serta tatalaksananya
 - Diskusikan tujuan dari manajemen nyeri dan manfaatnya untuk pasien
 - Beritahukan bahwa pasien dapat menghubungi tim medis jika memiliki pertanyaan/ingin berkonsultasi mengenai kondisinya
 - Pasien dan keluarga ikut dilibatkan dan menyusun manajemen nyeri (termasuk penjadwalan medikasi, pemilihan analgetik dan jadwal kontrol)
- 6) Edukasi tentang teknik rehabilitasi
- Pemberian informasi dan edukasi pada saat dilakukan assesment/pemeriksaan pasien
 - Pemberian informasi dan edukasi pada saat diberikan tindakan rehabilitasi medis seperti:
 - Tujuan diberikannya *treatment*
 - Persiapan sebelum *treatment*
 - Selama *treatment* dilaksanakan maupun setelah selesai
- 7) Asuhan lanjutan di rumah
- Memberikan informasi terkait Perawatan pasien di rumah setelah selesai Perawatan
 - Memberikan edukasi terkait pemberian obat yang tepat
 - Memberikan edukasi terkait asuhan gizi pasien

Komunikasi yang bersifat edukasi ini dapat dilaksanakan secara perorangan atau berkelompok. Akses untuk mendapatkan edukasi ini bisa melalui media informasi seperti metode ceramah, spanduk, brosur, *leaflet*, dll.

3. Komunikasi Tidak Dengan Tatap Muka:

a) Komunikasi verbal melalui WA, telegram

Komunikasi verbal yang dimaksud adalah komunikasi yang dilakukan oleh staf medik dengan PPA lain melalui WA atau Telegram dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) Komunikasi verbal melalui WA dan Telegram digunakan untuk komunikasi yang bersifat tidak *urgent*.
- 2) PPA melakukan pelaporan pasien ke Dokter melalui WA atau Telegram harus lengkap sehingga didapatkan suatu instruksi (baik kondisi pasien, terapi, prosedur/tindakan, diet, dan lain-lain).
- 3) PPA setiap melakukan pelaporan kepada DPJP melalui WA, Telegram harus dipastikan bahwa pesan yang telah dikirim sudah di baca oleh DPJP dengan melihat simbol yang ada pada pesan yang dikirim.
- 4) PPA wajib menelepon Dokter jika dalam waktu 60 menit pesan yang dikirim tidak dibaca/tidak mendapatkan balasan.
- 5) PPA memastikan pesan yang dikirim telah dikonfirmasi oleh Dokter sebelum serah terima ke *shift* berikutnya.

- 6) Perawat atau Dokter Jaga mendokumentasikan pesan yang sudah dikirim di formulir CPPT/*Flowsheet* dan membubuhkan cap perintah lisan dan dilengkapi dengan ceklis, nama, waktu dan tanda tangan.
 - 7) Cap perintah lisan wajib diisi lengkap dan diverifikasi 1 x 24 jam.
- b) Komunikasi verbal melalui telepon
- 1) Dokter memberikan perintah lisan kepada PPA lain dengan menggunakan kata-kata yang jelas dan dapat dimengerti oleh PPA lain.
 - 2) PPA yang menerima perintah menulis dengan lengkap perintah yang diberikan di formulir CPPT/*flowsheet*.
 - 3) PPA yang menerima perintah melakukan pembacaan ulang atas perintah yang sudah ditulis.
 - 4) PPA yang menerima perintah melakukan konfirmasi kepada Dokter yang memberikan perintah bahwa perintah yang dibacakan sudah sesuai, dengan cara Dokter mengatakan "iya/betul".
 - 5) PPA yang menerima perintah membubuhkan cap Perintah Lisan pada form CPPT/*flowsheet* dan dilengkapi dengan ceklis, nama, waktu dan tanda tangan.
 - 6) Cap perintah lisan wajib diisi lengkap dan diverifikasi 1 x 24 jam oleh Dokter pemberi perintah.

PERINTAH LISAN					
PEMBERI PERINTAH		PENERIMA PERINTAH			
Tanggal	Pukul	Tanggal	Pukul	TTD	Cap Nama
(Cap Nama dan TTD)		<input type="checkbox"/> TULis lengkap			
		<input type="checkbox"/> BAca ulang			
		<input type="checkbox"/> KONfirmasi			

Gambar Cap Perintah lisan

- 7) Komunikasi verbal melalui telepon tentang pesan/ejaan yang sulit dimengerti dan obat-obatan *high alert*, harus dieja dengan menggunakan Teknik *Alphabet* agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian obat. Ejaan *Alphabet* diantaranya :

A : Alfa	H : Hotel	U : Uniform
B : Bravo	I : India	V : Victor
C : Charlie	J : Juliet	W : Whiskey
D : Delta	K : kilo	X : Xray
E : Echo	L : lima	Y : Yankee
F : Foxtrot	S : Sierra	Z : Zulu
G : Golf	T : Tango	

Metode komunikasi verbal menggunakan teknik SBAR (*Situation-Background-Assesment - Recommendation*).

- **Situation** : petugas menyampaikan data pasien, kondisi terkini yang terjadi pada pasien dan diagnosa medis.

Contoh :

Selamat pagi Dokter, saya dengan Y Perawat Ruby Barat. Melaporkan pasien Tn A mengalami penurunan pengeluaran urine sebanyak 40 cc/24 jam dan mengalami sesak napas.

- **Background** : petugas menyampaikan latar belakang informasi klinis yang berhubungan dengan situasi diantaranya obat saat ini, alergi, tanda-tanda vital terbaru, hasil laboratorium yang terbaru dan sebelumnya untuk perbandingan dan riwayat medis.

Contoh :

- Diagnosa medisnya adalah Gagal Ginjal Kronik, tanggal masuk 8 Desember 2013, program HD hari Senin - Kamis.
- Tindakan yang sudah dilakukan adalah pemberian oksigen 3 liter/menit 15 menit posisi pasien semi fowler dan sudah terpasang dower kateter,
- Obat injeksi diuretic 3 x 1 amp.
- TD 150/80 mmHg, RR 30 x/menit, Nadi 100 x/menit, oedema ekstremitas bawah dan asites.
- Hasil laboratorium terbaru : Hb 9 mg/dl, albumin 3, ureum 237 mg/dl.
- Kesadaran composmentis, bunyi nafas adanya ronchi.

- **Asesment** : petugas menyampaikan hasil pengkajian kondisi pasien terkini tentang temuan klinis terbaru, analisa pertimbangan Perawat dan apakah masalah ini parah atau mengancam jiwa.

Contoh :

- Menurut saya masalahnya adalah gangguan pola nafas dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit lebih.
- Pasien tampak tidak stabil.

- **Recommendation** : petugas menyampaikan apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah. Apa rekomendasi yang diperlukan untuk memperbaiki masalah, solusi yang bisa Perawat /Bidan tawarkan kepada Dokter, apa yang Perawat /Bidan butuhkan dari Dokter untuk memperbaiki kondisi pasien serta kapan waktu yang diharapkan tindakan ini terjadi.

Contoh :

- Apakah saya harus mulai dengan memberikan oksigen NRM ?
- Apakah ada advis Dokter?
- Apakah Dokter akan memindahkan pasien ke ICU?

- 8) Komunikasi verbal didokumentasikan di formulir CPPT/*flowsheet* dengan format SOAP (Subjek, Objek, Analisis, Perencanaan)

S: Pasien mengeluh sesak

O: kesadaran: composmentis, bunyi nafas ronchi, TD 150/80 mmHg, RR 30 x/menit, Nadi 100 x/menit, oedema ekstremitas bawah dan asites, Urine 40 cc/24 jam, Hb 9 mg/dl, albumin 3, ureum 237 mg/dl.

A: oedema paru (analisis Dokter pemberi perintah dari hasil subjek dan objek yang dilaporkan).

P: Terapi oksigen ganti dengan NRM 10 lpm, cek Analisa Gas Darah, berikan ekstra lasix 40 mg, Observasi dan konsultasikan ke KIC.

9) Format penulisan dalam bentuk SOAP hanya digunakan untuk pendokumentasian perkembangan asuhan pasien.

10) Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis

➤ Pelaporan Hasil Kritis Radiologi

- Dokter Radiologi menemukan hasil pemeriksaan radiologi yang termasuk ke dalam kategori kritis.
- Dokter Radiologi melakukan pelaporan melalui telepon kepada Dokter yang meminta pemeriksaan radiologi minimal 3 kali dalam waktu maksimal 10 menit.
- Dokter radiologi melakukan dokumentasi pelaporan hasil kategori kritis ke dalam buku pelaporan hasil kritis dibantu oleh Perawat dan atau *radiographer*.
- Dokter radiologi dan Dokter yang melakukan permintaan pemeriksaan radiologi melakukan verifikasi pada buku pelaporan hasil kritis.
- Dokter yang melakukan permintaan pemeriksaan radiologi memberikan perintah lisan kepada Perawat di unit terkait.
- Perawat yang menerima perintah lisan dari Dokter mencatat dan membubuhkan cap Perintah Lisan pada formulir CPPT/*flowsheet* serta dilengkapi dengan ceklis, nama, waktu dan tanda tangan.
- Cap perintah lisan wajib diisi lengkap dan diverifikasi 1 x 24 jam oleh Dokter pemberi perintah.
- Perawat menindaklanjuti hasil dari perintah lisan.

➤ Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

- Petugas analis melaporkan hasil kritis secara lisan kepada Perawat dalam waktu kurang dari 30 menit.
- Petugas analis melakukan proses komunikasi *verbal* dengan langkah tulis, baca ulang dan konfirmasi ("TULBAKON") untuk informasi yang telah dilaporkan.
- Petugas analis mencatat proses pelaporan lisan pada menu *global comment* dalam sistem informasi laboratorium yang berisi informasi mengenai pemeriksaan yang dilaporkan, kepada siapa dilaporkan dan pada jam berapa dilaporkan.
- Petugas otorisasi melakukan validasi dan mencetak hasil pemeriksaan.
- Petugas otorisasi membubuhkan cap PERINTAH LISAN pada tiap lembar hasil pemeriksaan laboratorium.
- Petugas analis yang telah melaporkan hasil tersebut membubuhkan tanda tangan dan nama jelas pada kolom PEMBERI PERINTAH dan

mengisi informasi waktu (jam dan tanggal) pada saat hasil tersebut *diprint*.

- Petugas laboratorium segera mengirimkan hasil pemeriksaan ke ruangan/unit yang meminta pemeriksaan melalui *pneumatic tube* atau diantar langsung.
- Petugas laboratorium meminta Perawat yang telah melakukan proses komunikasi verbal melakukan verifikasi dengan membubuhkan tanda tangan dan nama jelas pada kolom PENERIMA PERINTAH dan mengisi informasi waktu (jam dan tanggal) kapan Perawat menandatangani hasil pemeriksaan tersebut.
- Perawat mengirim kembali satu lembar hasil yang sudah ditandatangani ke laboratorium untuk disimpan sebagai arsip.
- Petugas laboratorium mengarsipkan lembar hasil yang sudah ditandatangani oleh Perawat ke dalam *bindex* khusus yang telah disiapkan.
- Perawat menindaklanjuti hasil dari perintah lisan.

c) Komunikasi yang bersifat *urgent* dan perintah evakuasi

Komunikasi yang bersifat *urgent* adalah komunikasi yang dilakukan dalam memberikan informasi darurat dan harus segera diperhatikan oleh seluruh staf klinis termasuk karyawan rumah sakit dalam mengarahkan pasien dan pengunjung sesuai dengan petunjuk informasi diantaranya adalah *code blue*, *code red*, *code black*, *code silent*, *code green*, *code purple/code pink* serta perintah evakuasi untuk pasien disesuaikan dengan penggolongan pasien. Komunikasi dalam memberikan informasi keadaan *urgent* ini disampaikan melalui petugas operator telepon setelah menerima informasi dari staf klinis atau petugas yang berada di tempat kejadian. Media komunikasi yang digunakan adalah telepon dan atau *paging*.

1) *Code Blue*

Adalah kode komunikasi yang diberikan apabila petugas menemukan seseorang baik dewasa maupun anak-anak yang mengalami henti nafas dan henti jantung untuk mendapatkan pertolongan segera dari medik atau tim *code blue*. Petugas yang menemukan segera menghubungi operator telepon dengan menekan nomor *extension* 0 kemudian menyampaikan informasi bahwa ada *code blue* di tempat seseorang yang mengalami henti nafas dan henti jantung. Kemudian petugas operator telepon yang menerima informasi tersebut, segera menginformasikan *code blue* melalui *paging* sebanyak 3 kali dan dapat di ulang apabila tim *code blue* belum datang lokasi.

Contoh : "*code blue 105 bed 1*" ... "*code blue 105 bed 1*" ... "*code blue 105 bed 1*".

2) *Code Red*

Adalah kode informasi yang diberikan apabila petugas menemukan api di suatu tempat yang tidak semestinya. Petugas yang menemukan segera menghubungi ketua penanggulangan bencana dengan menekan nomor *extension* 0 kemudian menyampaikan bahwa ditemukan api di suatu tempat.

Ketua penanggulangan bencana menghubungi operator telepon untuk memberikan instruksi segera dan menyampaikan informasi *code red* melalui *paging* serta memberikan arahan sesuai dengan prosedur penanganan *code red*. Petugas operator telepon menyampaikan informasi melalui *paging* kepada petugas, pasien dan pengunjung rumah sakit sesuai dengan arahan ketua penanggulangan bencana.

3) *Code Black*

Adalah kode informasi apabila petugas menerima ancaman bom melalui telepon. Petugas yang menerima ancaman bom melalui telepon, harus menggunakan teknik komunikasi yang tepat dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- Jangan panik setelah menerima pesan berupa ancaman bom.
- Tanggapi dengan serius dan fokus menerima pesan yang disampaikan penelepon.
- Bila memungkinkan, panggil staf lain dengan bahasa isyarat (tanpa suara) untuk mendampingi.
- Perhatikan dan dengarkan suara latar dari penelepon seperti suara kendaraan, musik, orang lain dan sebagainya.
- Gali informasi sebanyak-banyaknya dari penelepon dengan menanyakan:
 - Dimana penelepon meletakkan bom.
 - Bentuk bomnya seperti apa.
 - Siapa target penelepon.
 - Apa tuntutan penelepon melakukan ancaman ini.
 - Kapan penelepon menginginkan bom ini meledak atau akan diledakkan.
 - Dimana posisi atau keberadaan penelepon sekarang.
 - Siapakah nama dan jati diri penelepon.
- Segera lapor kepada ketua penanggulangan bencana RS Intan Husada dengan menekan *extension* 0 dan menyampaikan informasi adanya ancaman bom melalui telepon beserta informasi data penelepon yang sudah di tulis. Penanganan selanjutnya dilakukan sesuai prosedur menerima ancaman bom. Media komunikasi yang digunakan adalah telepon dan tidak menggunakan *paging*.

4) *Code Pink*

Adalah kode informasi apabila petugas mengidentifikasi adanya penculikan anak di RS Intan Husada. Petugas tersebut segera menghubungi nomor *extension* 0 kemudian menyampaikan informasi bahwa telah terjadi penculikan anak, disebutkan juga asal ruangan atau tempat yang telah teridentifikasi kehilangan anak. Pastikan informasi ini telah diterima oleh *security* dan bagian terkait untuk dilakukan tindakan segera sesuai dengan prosedur terjadinya penculikan anak di RS Intan Husada. Media komunikasi yang digunakan adalah telepon dan tidak menggunakan *paging*.

5) *Code Green*

Adalah kode informasi yang diberikan apabila terjadi gempa bumi. Petugas operator telepon menyampaikan informasi *code green* melalui *paging* kepada petugas, pasien dan pengunjung rumah sakit. Ketua penanggulangan bencana menyampaikan instruksi dan arahan kepada petugas untuk melakukan tindakan sesuai dengan prosedur terjadinya bencana gempa di RS Intan Husada.

6) *Code Purple*

Adalah kode informasi yang diberikan apabila pasien di UGD telah melebihi kapasitas. Petugas UGD menghubungi nomor *extension* 1234, menyampaikan informasi bahwa pasien di UGD telah melebihi kapasitas. Selanjutnya menghubungi operator telepon untuk menyampaikan informasi *code purple* melalui *paging* kepada petugas rumah sakit. Ketua penanggulangan bencana menyampaikan instruksi dan arahan kepada petugas untuk melakukan tindakan sesuai dengan prosedur kelebihan kapasitas UGD di RS Intan Husada.

7) *Code Brown*

Adalah kode informasi yang diberikan apabila terjadi suatu wabah. Petugas RS Intan Husada menghubungi nomor *extension* 1111 . Ketua penanggulangan bencana menyampaikan instruksi dan arahan kepada petugas untuk melakukan tindakan sesuai dengan prosedur terjadinya wabah di RS Intan Husada.

B. Ruang lingkup pelaksanaan edukasi dapat meliputi:

1. Edukasi Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Edukasi bagi pasien & keluarganya berkaitan dengan kondisi kesehatannya

a) Tahap asesmen pasien

- 1) Adanya hasil identifikasi kebutuhan promosi kesehatan yang dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) pada saat asesmen awal dan tercatat dalam rekam medis pasien,
- 2) Adanya hasil asesmen pendukung yang dilakukan oleh PPA untuk mendukung intervensi pemberian edukasi efektif bagi pasien dan tertuang dalam rekam medik pasien. Asesmen pendukung yang dimaksud meliputi:
 - Kemampuan membaca, tingkat pendidikan
 - Bahasa yang digunakan (apakah diperlukan penerjemah atau penggunaan bahasa isyarat)
 - Hambatan emosional dan motivasi
 - Keterbatasan fisik dan kognitif
 - Kesiediaan pasien untuk menerima informasi
 - Nilai-nilai dan pilihan pasien
- 3) Adanya hasil asesmen yang dicatat dalam rekam medis pasien sebagai dasar dalam perencanaan program promosi kesehatan bagi pasien dan keluarga pasien.
- 4) Adanya hasil re-asesmen kebutuhan promosi kesehatan berkelanjutan pada saat pasien akan pulang. Re-asesmen dilakukan oleh PPA penanggungjawab

pasien. Hasil re-asesmen lanjutan dapat dijadikan bahan untuk melakukan rujukan bagi pasien ke sumber-sumber yang ada di komunitas.

b) Tahap Cara Penyampaian informasi dan edukasi yang efektif.

Setelah melalui tahap asesmen pasien, ditemukan:

- 1) Pasien dalam kondisi baik semua dan emosionalnya senang, maka proses komunikasinya mudah disampaikan.
- 2) Jika pada tahap asesmen pasien ditemukan hambatan fisik (tuna rungu dan tuna wicara), maka komunikasi yang efektif adalah memberikan leaflet kepada pasien dan keluarga sekandung (istri, anak, ayah, ibu, atau saudara sekandung) dan menjelaskannya kepada mereka.
- 3) Jika pada tahap asesmen pasien ditemukan hambatan emosional pasien (pasien marah atau depresi), maka komunikasi yang efektif adalah memberikan materi edukasi dan menyarankan pasien membaca leaflet. Apabila pasien tidak mengerti materi edukasi, pasien bisa menghubungi *medical information*.

c) Tahap Cara Verifikasi

Untuk memastikan bahwa pasien dan keluarga menerima dan memahami edukasi yang diberikan :

- 1) Apabila pasien pada tahap cara memberikan edukasi dan informasi, kondisi pasien baik dan senang, maka verifikasi yang dilakukan adalah: menanyakan kembali edukasi yang telah diberikan. Pertanyaannya adalah: "Dari materi edukasi yang telah disampaikan, kira-kira apa yang Bapak/Ibu bisa pelajari?".
- 2) Apabila pasien pada tahap cara memberikan edukasi dan informasi, pasiennya mengalami hambatan fisik, maka verifikasinya adalah dengan pihak keluarganya dengan pertanyaan yang sama: "Dari materi edukasi yang telah disampaikan, kira-kira apa yang Bapak/Ibu bisa pelajari?".
- 3) Apabila pasien pada tahap cara memberikan edukasi dan informasi, ada hambatan emosional (marah atau depresi), maka verifikasinya adalah dengan menanyakan kembali sejauh mana pasiennya mengerti tentang materi edukasi yang diberikan dan pahami. Proses pertanyaan ini bisa via telepon atau datang langsung ke kamar pasien setelah pasien tenang.

2. Edukasi Kepada Staf Rumah Sakit

Tatalaksana pemberian edukasi kepada Staf Rumah Sakit meliputi:

- a) Pemberian edukasi dan informasi mengenai tata tertib, kewajiban dan larangan staf
- b) Edukasi pengembangan kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja
Adanya edukasi kebijakan tentang keselamatan dan kesehatan kerja merupakan komitmen direksi terhadap perlindungan hak karyawan untuk memperoleh tempat kerja yang aman dan sehat.
- c) Melakukan upaya pencegahan terhadap kecelakaan kerja melalui penataan sistem kerja yang sehat
Penataan sistem kerja yang sehat perlu dikembangkan, pengkajian beban kerja secara berkala harus dilakukan untuk menghindari kecelakaan kerja akibat beban

kerja berlebih. Modifikasi jam kerja dilakukan untuk melakukan efisiensi dan efektifitas pelayanan dengan tetap memperhatikan jam pelayanan efektif.

- d) Menyediakan peralatan keselamatan kerja dan alat pelindung diri yang mudah terjangkau agar mengantisipasi kejadian bencana diperlukan kesiapan penempatan alat pelindung diri yang mudah terjangkau.

3. Edukasi Kepada Masyarakat

Tatalaksana pemberian edukasi bagi masyarakat meliputi”

- a) Adanya akses informasi bagi pasien, keluarga pasien, pengunjung rumah sakit, dan masyarakat sekitar rumah sakit. Informasi yang diberikan mencakup jenis pelayanan yang tersedia, akses dan jadwal pelayanan, serta proses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Akses informasi dapat berupa:
 - 1) website Rumah Sakit yang mencantumkan informasi tentang jenis pelayanan yang tersedia, akses dan jadwal pelayanan, serta proses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
 - 2) media edukasi kesehatan berupa media cetak (leaflet, flyer, poster, lembar balik, dan sebagainya), media luar ruang (billboard, spanduk, dsb), dan media audiovisual.
- b) Kegiatan pemberian informasi dan edukasi tentang kesehatan umum, minimal yang berkaitan dengan perilaku cuci tangan pakai sabun, etika batuk, aktivitas fisik, makan sayur dan buah, bahaya merokok, cek kesehatan secara rutin, dan ASI eksklusif.
- c) Adanya kegiatan pemberian informasi dan edukasi tentang penyakit risiko tinggi, berbiaya tinggi, dan kasus terbanyak yang ada di Rumah Sakit, seperti hipertensi, penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, diabetes, hepatitis, dan sebagainya.
- d) Adanya edukasi tentang rumah sakit ramah lingkungan.

BAB IV DOKUMENTASI

No	Tatalaksana	Dokumen	PIC
1	Serah Terima Asuhan Pasien (<i>hand over</i>) di dalam rumah sakit:	- Formulir Serah Terima (<i>Hand Over</i>) DPJP dengan Staf Medis Lain	- DPJP
		- Formulir Serah Terima (<i>Hand Over</i>) Antar Shift Dokter Jaga	- Dokter Jaga
		- Formulir Serah Terima (<i>Hand Over</i>) Antar Shift	- Divisi Keperawatan
2	Serah Terima Asuhan Pasien antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama	- Formulir Unit Gawat Darurat.	- Ka. Unit Gawat Darurat
		- Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).	- DPJP - Dokter Jaga - Ka. Unit Gawat Darurat - Ka. Ruang Perawatan
		- Formulir Laporan Pasien Pindah Antar Ruangan	- Ka. Unit Gawat Darurat - Ka. Ruang Perawatan
		- Formulir <i>Flowsheet</i>	- Ka. Unit Intensif Dewasa
		- Formulir Konsultasi	- DPJP
		- Formulir Catatan Keperawatan Perioperatif	- Ka. Unit Kamar Operasi
		- Formulir Rujukan	- Ka. Unit Gawat Darurat - Ka. Ruang Perawatan
		- Formulir evaluasi makan pasien	- Ka. Unit Gizi
		- Formulir Catatan Klinis/Resume Fisioterapi	- Fisioterapis
3	Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi, Unit Kamar Operasi dan Unit Rawat Jalan	- Formulir Pemeriksaan Radiologi	- Ka. Unit Radiologi
		- Formulir Catatan Keperawatan Perioperatif	- Ka. Unit Kamar Operasi

4	Informasi Hasil Asuhan Pasien Kepada Pasien dan Keluarga	- Formulir <i>Discharge Summary</i>	- DPJP
5	Komunikasi yang Bersifat Informasi Asuhan di dalam rumah sakit	- Formulir Tata Tertib	- Ka. Unit Rekam Medis dan Pendaftaran
		- Formulir Hak dan Kewajiban	- Ka. Unit PKRS
6	Komunikasi yang Bersifat Edukasi (Pelayanan Promosi)	- Brosur, Leaflet, Jadwal Praktik Dokter	- Ka. Unit Gawat Darurat
		- Formulir Komunikasi Edukasi	- Ka. Ruang Perawatan
7	Komunikasi Saat Memberikan Edukasi Kepada Pasien dan Keluarganya berkaitan dengan kondisi pasien	- Formulir Komunikasi Edukasi	- Ka. Unit Gawat Darurat
			- Ka. Ruang Perawatan
8	Komunikasi Verbal melalui Telepon, WA, dan Telegram	- Stempel TULBAKON	- Divisi Keperawatan - Penunjang Medis (Radiologi dan Laboratorium)
9	Pelaksanaan Edukasi Bagi Pasien dan Keluarga Pasien	- Formulir Pengkajian Kebutuhan Edukasi Pasien dan Keluarga	- Ka. Unit Gawat Darurat
10	Pelaksanaan Edukasi Kepada Masyarakat	- Promosi Kesehatan	- Ka. Unit PKRS