

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 010/PER/DIR/RSIH/II/2022**

**TENTANG  
PANDUAN KOMUNIKASI ANTAR  
PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)**

**RS INTAN HUSADA**

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

**LEMBAR VALIDASI**  
**PANDUAN KOMUNIKASI ANTAR PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)**  
**NOMOR: 010/PER/DIR/RSIH/II/2022**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
<b>Penyusun</b>	:	Mentari Rahmadita, S.Kep	Staf Pelayanan Medik		10-02-2022
	:	Desty Dwi Widiyanti, Amd.Kep	Asisten Manajer Pelayanan Medik		16-02-2022
<b>Verifikator</b>	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		10-02-2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		10-02-2022
<b>Validator</b>	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		10-02-2022

**LEMBAR PENGESAHAN**

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 010/PER/DIR/RSIH/II/2022**

**TENTANG**

**PANDUAN KOMUNIKASI ANTAR PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)**

**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 Antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA);
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a maka Direktur perlu menetapkan Panduan Komunikasi Antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA);

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 Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
5. Surat Keputusan 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;
6. Peraturan Direktur Nomor 3523/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;

## MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN KOMUNIKASI ANTAR PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)**
- Kesatu : Panduan Komunikasi Antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) digunakan sebagai acuan penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit yang efektif dan efisien di seluruh jajaran struktural dan fungsional di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Panduan Komunikasi Antar Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : 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 : 10 Februari 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
A. Anamnesis/Pengkajian .....	3
B. Penegakan Diagnosis .....	3
C. Perencanaan dalam Asuhan .....	3
D. Implementasi .....	4
E. Evaluasi .....	4
F. Penatalaksanaan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi .....	4
BAB IV .....	15
DOKUMENTASI .....	15



## **BAB I DEFINISI**

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 kesalahan pemahaman.

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 Fisioterifis/Rehabilitasi Medis) yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam memberikan pelayanan terhadap pasien.

Staf Klinis adalah Tenaga Kesehatan yang memberikan asuhan langsung pada pasien (misalnya Dokter, Dokter Gigi, Perawat, Gizi, Apoteker, Staf Fisioterifis/Rehabilitasi Medis).

## BAB II RUANG LINGKUP

### A. Komunikasi Dengan Tatap Muka

1. Serah Terima Asuhan Pasien (*hand over*) di dalam rumah sakit:
  - a. Antar Staf Medis dan Staf Medis (DPJP dengan Dokter Spesialis lainnya)
  - b. Antar Staf Medis dan Staf Keperawatan atau dengan Staf Klinis lainnya
  - c. Antara PPA dengan PPA lainnya pada saat pertukaran *shift* :
    - 1) Dokter Jaga dengan Dokter Jaga
    - 2) Staf Keperawatan dengan Staf Keperawatan
    - 3) Staf Farmasi dengan Staf Farmasi
    - 4) Staf Gizi dengan Staf Gizi
    - 5) Staf Fisioterapis/Rehabilitasi Medis dengan Staf Fisioterapis/Rehabilitasi Medis.
2. Serah Terima Asuhan Pasien antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama :
  - a. Perpindahan pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) ke Unit Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak
  - b. Perpindahan pasien dari Unit Rawat Jalan ke Unit Rawat Inap/Unit Intensif Anak
  - c. Perpindahan pasien dari Unit Rawat Inap ke Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak atau dari Unit Rawat Inap ke Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak
  - d. Perpindahan pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) ke Unit Kamar Operasi
3. Serah Terima Asuhan Pasien dari Unit Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi, Unit Kamar Operasi dan Unit Rawat Jalan :
  - a. Serah Terima Asuhan Pasien dari Unit Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi
  - b. Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit kamar Operasi
4. Informasi Hasil Asuhan Pasien kepada Pasien dan Keluarga.

### B. Komunikasi Tidak Dengan Tatap Muka

1. Komunikasi verbal melalui *WhatsApp*
2. Komunikasi verbal melalui telepon.
3. Komunikasi yang bersifat *urgent* dan perintah evakuasi

### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Komunikasi Dengan Tatap Muka

1. Serah Terima Asuhan Pasien (*Hand Over*) di dalam rumah sakit:
  - a. Antara Staf Medis dan Staf Medis (DPJP dengan Dokter Spesialis lainnya)
    - 1) Serah terima asuhan pasien dari Dokter Spesialis ke Dokter Spesialis lainnya didokumentasikan di formulir konsultasi
    - 2) Saat DPJP cuti atau berhalangan *visite* yang terencana, asuhan pasien didelegasikan ke Dokter Spesialis pada bidang yang sama dengan cara menuliskan pesan delegasi pada CPPT saat visit terakhir.
    - 3) Saat DPJP cuti atau berhalangan *visite* yang tidak terencana:
      - a) DPJP menghubungi Ruang Rawat Inap
      - b) Staf Keperawatan yang bertugas mendokumentasikan di CPPT
      - c) Staf Keperawatan yang bertugas menghubungi Dokter Spesialis yang mendapatkan delegasi dari DPJP
    - 4) Dokter Spesialis yang mendapatkan delegasi dari DPJP melakukan serah terima asuhan setelah DPJP kembali
  - b. Antara Staf Medis dan Staf Keperawatan atau dengan Staf Klinis lainnya, yang meliputi :
    - 1) Dokter mendokumentasi instruksi asuhan pasien di CPPT/*flowsheet*
    - 2) Staf Keperawatan atau dengan Staf Klinis lainnya melakukan konfirmasi ulang instruksi asuhan pasien yang ditulis oleh Dokter
    - 3) Staf Keperawatan atau dengan Staf Klinis lainnya melaksanakan instruksi Dokter.
    - 4) DPJP melakukan verifikasi harian perkembangan pasien yang didokumentasikan oleh seluruh PPA di CPPT
    - 5) Staf Farmasi menghubungi Dokter yang meminta resep obat apabila sediaan obat di farmasi tidak ada dikonsulkan kembali ke DPJP dan mencari resep obat tersebut ke Apotek rekanan, dan Staf Farmasi mencatat di Formulir Tebus Resep (FTR)
  - c. Antara PPA dengan PPA lainnya pada saat pertukaran *shift*:
    - 1) Dokter Jaga dengan Dokter Jaga.
      - a) Dokter Jaga mendokumentasikan seluruh laporan pasien baru dan pasien observasi di catatan Rekam Medis Pasien
      - b) Dokter Jaga melakukan serah terima laporan pasien ke Dokter Jaga *Shift* berikutnya dengan cara menandatangani laporan tersebut
    - 2) Staf Keperawatan dengan Staf Keperawatan  
Prosedur serah terima asuhan pasien (*hand over*) antar *shift* Staf Keperawatan, terdiri dari :
      - a) Persiapan
        - 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*

b) Pelaksanaan

Pelaksanaan serah terima asuhan pasien (*Hand Over*) dilaksanakan setelah konferensi 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/Ruangan membuka acara serah terima asuhan pasien (*hand over*) dengan doa
- Kepala Unit/Ruangan 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 station*
- 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
  - Diagnosis medis
  - Diagnosis 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/Ruangan, 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 Sif (*hand over*)"
- 3) Staf Farmasi dengan Staf Farmasi
- a) Staf Farmasi yang berada di unit Perawatan mendokumentasikan laporan terkait pemberian obat pasien yang tertunda pada *shift* sebelumnya di buku dokumentasi farmasi unit Perawatan
  - b) Staf Farmasi di unit Perawatan melakukan serah terima kepada Staf Farmasi di farmasi lantai dasar untuk diselesaikan atau tertunda ke *shift* berikutnya
- 4) Staf Gizi dengan Staf Gizi
- a) Staf Gizi mendokumentasikan laporan harian gizi pada formulir evaluasi makan pasien
  - b) 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
- 5) 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 pesan



2. Serah Terima Asuhan Pasien antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit
  - a. Perpindahan pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) ke Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak.
    - 1) Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Unit Gawat Darurat (UGD) dengan Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak
    - 2) Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir Unit Gawat Darurat (UGD)
    - 3) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas pasien sudah terpasang
    - 4) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien
    - 5) Perawat Unit Gawat Darurat (UGD) menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien
    - 6) Perawat yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir Unit Gawat Darurat (UGD)
    - 7) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan tindakan yang belum dilakukan oleh Perawat Unit Gawat Darurat (UGD)
  - b. Perpindahan pasien dari Unit Rawat Jalan ke Ruang Rawat Inap
    - 1) Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Unit Rawat Jalan dengan Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak
    - 2) Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)
    - 3) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas sudah terpasang
    - 4) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak memeriksa kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien
    - 5) Perawat Unit Rawat Jalan menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien
    - 6) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir CPPT
    - 7) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan tindakan yang belum dilakukan di Unit Rawat Jalan
  - c. Perpindahan pasien dari Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak atau dari Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Ruang Rawat Inap
    - 1) Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Ruang Rawat Inap dengan Perawat Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak
    - 2) Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir laporan pasien pindah antar ruangan

- 3) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan *double check* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas terpasang
  - 4) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
  - 5) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien
  - 6) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir laporan pasien pindah antar ruangan
  - 7) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan tindakan yang belum dilakukan di Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/ Unit Intensif Anak
- d. Perpindahan pasien dari Unit Gawat Darurat (UGD) ke Unit Kamar Operasi
- 1) Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat UGD dengan Perawat Kamar Operasi
  - 2) Serah terima asuhan pasien menggunakan formulir UGD dan formulir catatan Keperawatan perioperatif
  - 3) Perawat UGD melakukan *double cek* kondisi klinis pasien dan memastikan gelang identitas terpasang
  - 4) Perawat UGD mengecek kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien.
  - 5) Perawat UGD menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke Perawat Kamar Operasi dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien
  - 6) Perawat UGD melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir UGD dan formulir catatan Keperawatan perioperatif
4. Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi, Kamar Operasi
- a. Serah Terima Asuhan Pasien Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak ke Unit Radiologi
- 1) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak melakukan pengisian formulir permintaan Pemeriksaan Radiologi ke Unit Radiologi
  - 2) Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/ Unit Intensif Anak dengan petugas Unit Radiologi
  - 3) Perawat Ruang Rawat Inap/Unit Intensif Dewasa/Unit Intensif Anak menyerahkan seluruh dokumen rekam medis pasien ke petugas Unit Radiologi dan memastikan seluruh dokumen tersebut sesuai dengan identitas pasien
  - 4) Petugas Unit Radiologi mengecek formulir permintaan Radiologi serta kelengkapan semua dokumen rekam medik pasien
  - 5) Tindakan Radiologi diagnostik yang dilakukan diluar RS Intan Husada, serah terima asuhan dilakukan dengan petugas rumah sakit rujukan
- b. Serah Terima Asuhan Pasien Unit Rawat Inap/Unit Rawat Intensif ke Unit Kamar Operasi
- 1) Serah terima asuhan pasien dilakukan antara Perawat Unit Rawat Inap/Unit Rawat Intensif dengan petugas Unit Kamar Operasi



- 2) Serah terima asuhan pasien ke kamar operasi menggunakan formulir catatan Keperawatan perioperatif
  - 3) Perawat Unit Rawat Inap/Unit Rawat Intensif yang melakukan serah terima pasien wajib mencantumkan nama dan tanda tangan pada formulir
  - 4) 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
  - 5) Petugas Unit Kamar Operasi mengecek formulir serta kelengkapan semua dokumen rekam medis pasien
5. Informasi Hasil Asuhan Pasien kepada Pasien dan Keluarga:
- a. 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
  - b. 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
  - c. 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
  - d. 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

#### **B. Komunikasi Tidak Dengan Tatap Muka :**

1. Komunikasi verbal melalui *WhatsApp*, *Telegram*.  
Komunikasi verbal yang dimaksud adalah komunikasi yang dilakukan oleh staf medik dengan PPA lain melalui *WhatsApp* atau *Telegram* dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a. Komunikasi verbal melalui *WhatsApp* dan *Telegram* digunakan untuk komunikasi yang bersifat tidak *urgent*
  - b. PPA melakukan pelaporan pasien ke Dokter melalui *WhatsApp* atau *Telegram* harus lengkap sehingga didapatkan suatu instruksi (baik kondisi pasien, terapi, prosedur/tindakan, diet, dan lain-lain)
  - c. PPA setiap melakukan pelaporan kepada DPJP melalui *WhatsApp* *Telegram* harus dipastikan bahwa pesan yang telah dikirim sudah di baca oleh DPJP dengan melihat simbol yang ada pada pesan yang dikirim
  - d. PPA wajib menelepon Dokter jika dalam waktu 60 menit pesan yang dikirim tidak dibaca/tidak mendapatkan balasan
  - e. PPA memastikan pesan yang dikirim telah dikonfirmasi oleh Dokter sebelum serah terima ke *shift* berikutnya
  - f. 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
  - g. Cap perintah lisan wajib diisi lengkap dan diverifikasi 1 x 24 jam

2. Komunikasi verbal melalui telepon
  - a. Dokter memberikan perintah lisan kepada PPA lain dengan menggunakan kata-kata yang jelas dan dapat dimengerti oleh PPA lain
  - b. PPA yang menerima perintah menulis dengan lengkap perintah yang diberikan di formulir CPPT/*flowsheet*
  - c. PPA yang menerima perintah melakukan pembacaan ulang atas perintah yang sudah ditulis
  - d. PPA yang menerima perintah melakukan konfirmasi kepada Dokter yang memberikan perintah bahwa perintah yang dibacakan sudah sesuai, dengan cara Dokter mengatakan "iya/betul"
  - e. PPA yang menerima perintah membubuhkan cap Perintah Lisan pada form CPPT/*flowsheet* dan dilengkapi dengan ceklis, nama, waktu dan tanda tangan
  - f. 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

- g. 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 – Asesment - Recommendation*).

- a) **Situation** : petugas menyampaikan data pasien, kondisi terkini yang terjadi pada pasien dan diagnosa medi

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.



- b) **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.

- c) **Assesment** : 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.

- d) **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 ?

- h. 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.

- i. Format penulisan dalam bentuk SOAP hanya digunakan untuk pendokumentasian perkembangan asuhan pasien.

- j. Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.

- 1) Pelaporan Hasil Kritis Radiologi
  - a) Dokter Radiologi menemukan hasil Pemeriksaan Radiologi yang termasuk ke dalam kategori kritis.
  - b) Dokter Radiologi melakukan pelaporan melalui telepon kepada Dokter yang meminta Pemeriksaan Radiologi minimal 3 kali dalam waktu maksimal 10 menit.
  - c) Dokter Radiologi melakukan dokumentasi pelaporan hasil kategori kritis ke dalam buku pelaporan hasil kritis dibantu oleh Perawat dan atau *radiographer*.
  - d) Dokter Radiologi dan Dokter yang melakukan permintaan Pemeriksaan Radiologi melakukan verifikasi pada buku pelaporan hasil kritis.
  - e) Dokter yang melakukan permintaan Pemeriksaan Radiologi memberikan perintah lisan kepada Perawat di unit terkait.
  - f) Perawat yang menerima perintah lisan dari Dokter mencatat dan membubuhkan stempel Perintah Lisan pada formulir CPPT/*flowsheet* serta dilengkapi dengan ceklis, nama, waktu dan tanda tangan.
  - g) Cap perintah lisan wajib diisi lengkap dan diverifikasi 1 x 24 jam oleh Dokter pemberi perintah.
  - h) Perawat menindaklanjuti hasil dari perintah lisan.
- 2) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
  - a) Petugas analis melaporkan hasil kritis secara lisan kepada Perawat dalam waktu kurang dari 30 menit.
  - b) Petugas analis melakukan proses komunikasi *verbal* dengan langkah tulis, baca ulang dan konfirmasi ("TULBAKON") untuk informasi yang telah dilaporkan.
  - c) 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.
  - d) Petugas otorisasi melakukan validasi dan mencetak hasil pemeriksaan.
  - e) Petugas otorisasi membubuhkan cap "PERINTAH LISAN" pada tiap lembar hasil pemeriksaan laboratorium.
  - f) 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*.
  - g) Petugas laboratorium segera mengirimkan hasil pemeriksaan ke ruangan/ unit yang meminta pemeriksaan melalui *pneumatic tube* atau diantar langsung.
  - h) 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.



- i) Perawat mengirim kembali satu lembar hasil yang sudah ditandatangani ke Unit Laboratorium untuk disimpan sebagai arsip.
  - j) Petugas laboratorium mengarsipkan lembar hasil yang sudah ditandatangani oleh Perawat ke dalam bindex khusus yang telah disiapkan.
  - k) Perawat menindaklanjuti hasil dari perintah lisan.
3. 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 Staf 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* dan *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*.
- a. *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*”.
  - b. *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.
  - c. *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 :

- 1) Jangan panik setelah menerima pesan berupa ancaman bom.
- 2) Tanggapi dengan serius dan fokus menerima pesan yang disampaikan penelepon.
- 3) Bila memungkinkan, panggil Staf lain dengan bahasa isyarat (tanpa suara) untuk mendampingi.
- 4) Perhatikan dan dengarkan suara latar dari penelepon seperti suara kendaraan, musik, orang lain dan sebagainya.
- 5) 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.
- 6) 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*.

d. *Code Silent*

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*.

e. *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.

f. *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.

g. *Code Pink*

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.

## **BAB IV DOKUMENTASI**

Pendokumentasian dalam melakukan komunikasi antar PPA di Rumah Sakit Intan Husada sebagai berikut :

1. Formulir Unit Gawat Darurat.
2. Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi CPPT.
3. Formulir Transfer Pasien
4. *Flowsheet*.
5. Formulir Serah Terima Pasien (*hand over*).
6. Formulir Rujukan.
7. Formulir Konsultasi.
8. Formulir *Discharge Summary*.
9. Formulir Catatan Keperawatan Perioperatif.
10. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi Pasien Dan Keluarga Terintegrasi.