
	MELAPORKAN KONDISI PASIEN DENGAN TEKNIK SBAR <i>(Situation – Background – Assessment – Recommendation)</i>		
	No. Dokumen DIR.03.01.01.002	No. Revisi 01	Halaman 1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 15 Februari 2024	Ditetapkan Direktur  dr. R. Alief Radhianto, MPH	
Pengertian	Melaporkan kondisi pasien dengan teknik SBAR adalah teknik yang dilakukan petugas medis untuk melaporkan kondisi pasien melalui telepon ataupun serah terima tugas antar perawat maupun antar petugas kesehatan lainnya.		
Tujuan	<ul style="list-style-type: none">– Sebagai acuan melaporkan kondisi pasien dengan teknik SBAR.– Agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaporan kondisi pasien dan cepat untuk memberikan penanganan pada pasien.		
Kebijakan	Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Hamori Nomor : Per-043/DIR/XI/2022 Tentang Pedoman Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Hamori		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">Sebelum melaporkan kondisi pasien :<ol style="list-style-type: none">Perawat mendapatkan pengkajian kondisi pasien terkini.Perawat mengumpulkan data-data yang diperlukan yang berhubungan dengan kondisi pasien yang akan dilaporkan.Perawat memastikan diagnosis medis pasien dan prioritas masalah keperawatan yang harus dilanjutkan.Perawat membaca dan pahami catatan perkembangan terkini dan hasil pengkajian perawat shift sebelumnya.Perawat menyiapkan <i>medical record</i> pasien termasuk rencana perawatan hariannya.Formulir SBAR :<ol style="list-style-type: none"><i>S: Situation</i> (kondisi terkini yang terjadi pada pasien) :<ol style="list-style-type: none">Perawat menyebutkan nama pasien, umur, tanggal masuk, dan hari perawatan, serta dokter yang merawat.Perawat menyebutkan diagnosis medis dan masalah keperawatan yang belum atau sudah teratasi/keluhan utama.		

TERKENDALI

MELAPORKAN KONDISI PASIEN DENGAN TEKNIK SBAR (*Situation – Background – Assessment – Recommendation*)

No. Dokumen
DIR.03.01.01.002

No. Revisi
01

Halaman
2 / 2

b. B: *Background* (info penting yang berhubungan dengan kondisi pasien terkini) :

- 1) Perawat menjelaskan intervensi yang telah dilakukan dan respons pasien dari setiap diagnosis keperawatan.
- 2) Perawat menyebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat invasif, dan obat-obatan termasuk cairan infus yang digunakan.
- 3) Perawat menjelaskan pengetahuan pasien dan keluarga terhadap diagnosis medis.

c. A: *Assessment* (hasil pengkajian dari kondisi pasien saat ini) :

- 1) Perawat menjelaskan secara lengkap hasil pengkajian pasien terkini seperti tanda vital, skor nyeri, tingkat kesadaran, *braden score*, status restrain, risiko jatuh, *pivas score*, status nutrisi, kemampuan eliminasi, dan lain- lain.
- 2) Perawat menjelaskan informasi klinik lain yang mendukung.

d. R: *Recommendation*

Rekomendasikan intervensi keperawatan yang telah dan perlu dilanjutkan (*refer to nursing care plan*) termasuk *discharge planning* dan edukasi pasien dan keluarga.

Unit Terkait

- Unit Rawat Inap
- Instalasi Bedah Sentral
- Instalasi Gawat Darurat
- Unit Rawat Jalan
- Unit Intensif

TERKENDALI