Rumah Sakit Angkatan Udara dr. ESNAWAN ANTARIKSA	**KOMUNIKASI LISAN VIA TELEPON ANTAR PEMBERI LAYANAN**		
	No. Dokumen SPO/527/SKP.Akr/XII/2026	No. Revisi 01	Halaman 1 dari 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 31 Desember 2025	Ditetapkan oleh, Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa, dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A,R,S. Kolonel Kes NRP 524330	

Pengertian	Komunikasi lisan melalui telepon antar pemberi layanan adalah proses penyampaian dan penerimaan informasi terkait pelayanan pasien melalui sambungan telepon antara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan/atau petugas kesehatan yang berwenang, untuk mendukung koordinasi pelayanan, kesinambungan asuhan, ketepatan tindakan, dan keselamatan pasien.
Tujuan	1. Menjamin komunikasi antar pemberi layanan berlangsung secara efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami. 2. Mencegah kesalahan akibat informasi atau instruksi yang tidak lengkap, salah dengar, atau salah interpretasi. 3. Memastikan instruksi lisan melalui telepon dikonfirmasi kembali oleh penerima kepada pemberi instruksi. 4. Menjamin informasi penting mengenai kondisi pasien tersampaikan kepada petugas yang tepat. 5. Memastikan komunikasi terkait pelayanan pasien terdokumentasi sesuai ketentuan rekam medis dan kebijakan rumah sakit.
Kebijakan	Pelayanan penyuluhan pasien dilakukan dengan memberhatikan keselamatan pasien serta pedoman pelayanan medis sesuai dengan keputusan kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa nomor Kep / 84 / IX / 2025 tentang kebijakan komunikasi, informasi dan edukasi yang efektif.
Refrensi	1. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien.
Prosedur	A. Persiapkan komunikasi 1. Petugas yang akan menghubungi pemberi layanan memastikan nomor telepon yang digunakan benar dan terhubung dengan petugas yang dituju. 2. Petugas memastikan identitas dirinya, unit kerja, serta tujuan komunikasi. 3. Petugas memastikan identitas pasien dengan menggunakan sekurang-kurangnya dua identitas pasien sesuai kebijakan rumah sakit, misalnya nama lengkap dan tanggal lahir atau nomor rekam medis. 4. Petugas menyiapkan informasi yang diperlukan, meliputi kondisi pasien, hasil pemeriksaan, tindakan yang telah dilakukan, serta informasi pendukung lainnya.

	5. Komunikasi dilakukan di tempat yang memungkinkan informasi terdengar dengan jelas dan tetap menjaga kerahasiaan pasien. B. Pelaksanaan Komunikasi melalui telepon 1. Petugas yang menghubungi menyampaikan salam, memperkenalkan nama dan unit kerja, serta menyebutkan petugas yang dituju. 2. Petugas memastikan bahwa pihak yang menerima telepon merupakan petugas yang tepat dan berwenang menerima informasi. 3. Petugas menyampaikan identitas pasien dan informasi klinis secara sistematis, jelas, singkat, dan tidak menimbulkan penafsiran ganda. 4. Apabila komunikasi berisi pelaporan kondisi pasien kepada dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) atau pemberi layanan lain, petugas menggunakan metode SBAR, yaitu: • **S (Situation):** menyampaikan kondisi atau masalah pasien saat ini. • **B (Background):** menyampaikan latar belakang dan informasi klinis yang relevan. • **A (Assessment):** menyampaikan hasil pengamatan atau penilaian kondisi pasien sesuai kompetensi petugas. • **R (Recommendation):** menyampaikan kebutuhan konsultasi, tindak lanjut, atau rekomendasi sesuai kewenangan. 5. Penerima informasi mendengarkan dengan saksama dan meminta pengulangan atau klarifikasi apabila terdapat informasi yang kurang jelas. 6. Petugas yang berkomunikasi memastikan bahwa informasi telah diterima dan dipahami oleh pihak yang dituju. C. Penerimaan instruksi lisan melalui telepon 1. Petugas penerima instruksi memastikan identitas pemberi instruksi dan kewenangannya. 2. Penerima instruksi menuliskan atau menginput instruksi secara lengkap pada media yang ditetapkan rumah sakit. 3. Penerima instruksi membacakan kembali seluruh instruksi kepada pemberi instruksi (*read back*), termasuk identitas pasien, nama obat, dosis, rute, frekuensi, waktu pemberian, serta instruksi lain yang relevan apabila berkaitan dengan pengobatan. 4. Untuk nama obat yang memiliki kemiripan pengucapan atau penulisan (*Look-Alike Sound-Alike/LASA*), penerima dan pemberi instruksi melakukan klarifikasi secara lebih teliti, termasuk mengeja nama obat bila diperlukan. 5. Pemberi instruksi mengonfirmasi bahwa instruksi yang dibacakan kembali sudah benar. Apabila terdapat ketidaksesuaian, instruksi harus dikoreksi dan dibacakan kembali hingga sesuai. 6. Penerima instruksi mencatat nama pemberi instruksi, nama penerima, tanggal dan waktu komunikasi, isi instruksi, serta hasil konfirmasi sesuai formulir dan ketentuan dokumentasi rumah sakit. 7. Instruksi dilaksanakan sesuai kewenangan petugas, ketentuan verifikasi, serta kebijakan rumah sakit. 8. Apabila instruksi tidak jelas, tidak lengkap, atau diragukan keabsahannya, petugas wajib meminta klarifikasi sebelum melaksanakan instruksi, kecuali tindakan penyelamatan segera yang dibenarkan oleh protokol kegawatdaruratan. D. Pelaporan Hasil Kritis Melalui Telepon

	1. Petugas unit pemeriksaan penunjang yang berwenang segera melaporkan hasil kritis kepada petugas klinis yang ditetapkan dalam kebijakan rumah sakit. 2. Petugas penerima mencatat hasil kritis secara lengkap, membacakan kembali hasil tersebut, dan meminta konfirmasi dari pemberi informasi. 3. Petugas mencatat tanggal dan waktu hasil dilaporkan, identitas pemberi dan penerima informasi, hasil kritis, serta tindak lanjut sesuai ketentuan rumah sakit. 4. Petugas memastikan informasi diteruskan kepada dokter atau tenaga kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien sesuai alur pelaporan hasil kritis. 5. Apabila petugas yang dituju tidak dapat dihubungi, petugas mengikuti alur eskalasi yang telah ditetapkan rumah sakit dan tidak menunda pelaporan hasil kritis. E. Dokumentasi dan Tindak lanjut 1. Komunikasi yang berpengaruh terhadap keputusan klinis, instruksi pelayanan, hasil kritis, atau tindak lanjut pasien didokumentasikan pada rekam medis atau formulir yang ditetapkan. 2. Dokumentasi memuat sekurang-kurangnya tanggal dan waktu, identitas pasien jika relevan, identitas pemberi dan penerima informasi, isi informasi atau instruksi, hasil konfirmasi, serta tindak lanjut. 3. Pencatatan dilakukan segera setelah komunikasi sesuai kebijakan rumah sakit. 4. Apabila terjadi kesalahan komunikasi, keterlambatan penyampaian informasi, atau ketidaksesuaian instruksi, petugas segera melakukan klarifikasi dan melaporkannya sesuai prosedur keselamatan pasien. 5. Apabila sambungan telepon terputus atau informasi belum terkonfirmasi, petugas menghubungi kembali pihak terkait untuk memastikan informasi diterima dengan benar.
Unit Terkait	1. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 2. Instalasi Rawat Inap. 3. Instalasi Rawat Jalan. 4. ICU 5. Instalasi Laboratorium 6. Instalasi Radiologi 7. Instalasi Farmasi 8. Kamar Operasi