PUSAT KESEHATAN ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

PANDUAN KOMUNIKASI DAN PEMBERIAN INFORMASI YANG EFEKTIF ANTAR PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN

DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2025

KEPUTUSAN KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA
Nomor Kep/84/ IX /2025

tentang

PANDUAN KOMUNIKASI DAN PEMBERIAN INFORMASI YANG EFEKTIF ANTAR PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN DI RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA,

Menimbang :

1. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan RSAU dr. Esnawan Antariksa, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

2. Bahwa agar pelayanan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan di RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai landasan bagi penyelenggaraan Komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan di RSAU dr. Esnawan Antariksa;

3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud perlu ditetapkan dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa;

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;

3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;

4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2018 entang Penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit.

5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;

6. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Standar Akreditasi Rumah Sakit 2024.

Memperhatikan : Surat Perintah Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Sprin/181/IX/2025 tanggal 18 September 2025 tentang Tim Akreditasi RSAU dr. Esnawan Antariksa.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan :

1. Panduan Komunikasi Efektif dan Pemberian Informasi yang Efektif Antar Profesional Pemberi Asuhan di RSAU dr. Esnawan Antariksa, sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.

2. Pembinaan dan Pengawasan Komunikasi Efektif dan Pemberian informasi yang Efektif antar profesional Pemberi Asuhan RSAU dr. Esnawan Antariksa dilaksanakan oleh Kepala Tim PKRS dan Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Rawat Inap di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

3. Pada saat keputusan ini mulai berlaku, Panduan Komunikasi Efektif dan Pemberian Informasi yang Efektif Antar Profesional Pemberi Asuhan yang disahkan dengan Keputusan Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor Kep/137/I/2018 tentang Panduan Komunikasi Efektif dan Pemberian Informasi yang Efektif Antar Profesional Pemberi Asuhan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

4. Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 15 September 2025

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. IMAN FATHURROHMAN W.,Sp.B.,M.Si.,M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lamp. I Kep. Ka RSAU dr. E. Antariksa
Nomor Kep/ 18 / IX /2025
Tanggal 15 September 2025

PANDUAN KOMUNIKASI DAN PEMBERIAN INFORMASI YANG EFEKTIF ANTAR PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN

DI RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Rumah Sakit Angkatan Udara (RSAU) dr. Esnawan Antariksa merupakan rumah sakit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Angkatan Udara (Diskesau). Diskesau merupakan Badan Pelaksana Pusat Tingkat Markas Besar Tentara Nasional Indonesia Angkatan Udara (TNI AU) yang berkedudukan langsung di bawah Kepala Staf Angkatan Udara. Diskesau memiliki tugas membina dan menyelenggarakan fungsi kesehatan dan pembinaan jasmani personel TNI AU. Salah satu fungsi Diskesau adalah memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka memelihara dan meningkatkan tingkat kesehatan personel TNI AU beserta keluarganya. Salah satu pelaksana teknis di jajaran Diskesau adalah RSAU dr. Esnawan Antariksa. Oleh karenanya ESAU dr. Esnawan Antariksa berkedudukan langsung dibawah Kepala Dinas Kesehatan Angkatan Udara.

Tugas utama RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah melaksanakan dukungan kesehatan dalam setiap latihan operasi dan latihan TNI AU yang diselenggarakan oleh tingkat komando maupun tingkat Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma, memberikan pelayanan kesehatan bagi anggota militer beserta keluarga dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) TNI AU beserta keluarga, melaksanakan uji kesehatan periodik bagi anggota militer Lanud Pangkalan Udara Halim Perdana Kusuma dan uji kesehatan non periodik dalam rangka mengikuti pendidikan/penugasan dan seleksi calon tamtama, bintara, maupun perwira.

Visi dari RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menjadikan RSAU dr. Esnawan Antariksa yang berwawasan ilmu pengetahuan, berteknologi modern, berkarakter profesional dalam melaksanakan dukungan dan pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum. Misi RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah menyelenggarakan dukungan dalam kegiatan operasi dan latihan TNI AU
/ TNI, menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang profesional
dan berkarakter baik promotif, preventif, dan kuratif bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, dan bagi masyarakat umum, meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan dengan memanfaatkan teknologi modern dan penerapan ilmu pengetahuan terkini serta

mengembangkan profesionalitas yang berkarakter, dan sebagai subsistem kesehatan nasional turut aktif dalam pengabdian kepada masyarakat serta penanggulangan darurat dan bencana.

Moto RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah “Melayani Tanpa Batas”. Falsafah RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah jiwa dan semangat pengabdian TNI adalah landasan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. RSAU dr. Esnawan Antariksa.

Dalam perjalanannya, RSAU dr Esnawan Antariksa berkembang menjadi sebuah rumah sakit yang mendapatkan penetapan Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 03.05/I/523 pada tanggal 17 Maret 2011 dan telah lulus Akreditasi Paripurna pada tahun 2015 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. RSAU dr. Esnawan Antariksa memiliki sarana pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan penunjang medis lainnya. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, RSAU dr. Esnawan Antariksa selalu meningkatkan kualitas pelayanan baik manajemen, sarana prasarana, maupun sumber daya manusianya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi tuntuta perkembangan ilmu dan teknologi serta memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi SNARS Edisi 1 Tahun 2018 sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada anggota TNI AU / TNI dan PNS beserta keluarganya serta bagi masyarakat umum.

RSAU dr. Esnawan Antariksa dipimpin oleh seorang Kepala Rumah Sakit berdasarkan Surat Keputusan dari Kepala Staf Angkatan Udara. Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh anggota RSAU dr. Esnawan Antariksa yang terdiri dari dokter, perawat, dan staf.

Sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi anggota TNI AU / TNI beserta keluarga, PNS beserta keluarga, serta bagi masyarakat umum, maka masih ada hal-hal yang memerlukan pokja masing-masing pembenahan dan perbaikan. Maka dari itu disusunlah buku Panduan Komunikasi Efektif ini agar nantinya dapat digunakan sebagai acuan pelaksanaan RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam memberikan pelayanan kesehatan. Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambiguous) dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk verbal,elektronik,atau tertulis.komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien.komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon,komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telepon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan.misalkan,nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (look alike, sound alike) seperti phenobarbital dan phenobarbital, serta lainnya. Gangguan komunikasi dapat terjadi saat dilakukan

serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan(adverse event) atau kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar baik dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi layanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan pasien.

2. Pengertian.

Komunikasi efektif adalah pertukaran informasi, ide, perasaan yang menghasilkan perubahan sikap sehingga terjalin sebuah hubungan baik antara pemberi pesan dan penerima pesan. Komunikasi efektif sebagai dasar untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar mereka memahami kondisi kesehatannya sehingga pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan oleh staf klinis terutama PPA yang sudah terlatih (dokter, perawat, ahli gizi, apoteker, dll.). Selain itu komunikasi efektif dapat juga dilakukan dengan masyarakat di sekitar lokasi Rumah sakit.

3. Tujuan

Mengingat banyak profesi yang terlibat dalam pemberian informasi dan edukasi pasien dan keluarganya maka perlu koordinasi kegiatan dan fokus pada kebutuhan edukasi pasien. Selain itu tujuan dari komunikasi efektif dengan masyarakat bertujuan untuk memfasilitasi akses masyarakat ke pelayanan di rumah sakit dan informasi tentang pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, dan juga promosi kesehatan yang lain

BAB II

RUANG LINGKUP

Pelaksanaan komunikasi efektif di RSAU dr. Esnawan Antariksa dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) yang terdiri dari dokter gigi umum, dokter gigi spesialis, dokter umum, dokter spesialis, perawat, perawat gigi, petugas farmasi, petugas laboratorium, petugas radiologi, petugas admin dan ahli gizi. Komunikasi efektif tersebut dilakukan juga kepada masyarakat yang ada di luar RSAU dr. Esnawan Antariksa, kepada pasien dan keluarga dan antar staf klinis di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

BAB III
KEBIJAKAN

1. Kebijakan Umum.
   a. Komunikasi merupakan aktivitas atau proses untuk mengekspresikan ide dan perasaan atau pemberian informasi (*Oxford - Advanced Learner's Dictionary*).
   b. Suatu komunikasi yang singkat, jelas, lengkap, akurat, tepat waktu dan mudah dipahami oleh penerima, sehingga akan mengurangi kesalahan dan dapat menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.
   c. Komunikasi dapat dilakukan secara elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah yang diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telepon, bila diperbolehkan dengan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis melalui unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera/cito.

2. Kebijakan Khusus
   a. Komunikasi efektif adalah tepat waktu, lengkap, akurat, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.
   b. Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonirmasi oleh pemberi pesan.
   c. Penyampaian hasil pemeriksaan diagnostic secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap, dan dilakukan verifikasi oleh pemberi pesan dalam waktu 1 x 24 jam.
   d. Pelaporan nilai dan hasil kritis disampaikan dan diterima oleh petugas kesehatan berdasarkan ketetapan dari Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa.
   e. Serah terima asuhan pasien (*hand over*) di RSAU dr. Esnawan Antariksa dilakukan antar dokter jaga, perawat IGD, perawat rawat inap, analis kesehatan, radiografer, apoteker, nutrisien pada saat pergantian shift, transfer pasien intra dan antar rumah sakit, serta dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik, atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.
   f. Pemesanan obat atau permintaan obat tidak dilakukan secara verbal kecuali dalam keadaan darurat, harus tercatat dan bila obat high alert harus *double check* serta obat dieja dengan huruf fonetik internasional

yang berlaku.

Huruf	Kode alfabet	Huruf	Kode Alfabet
A	Alfa	N	November
B	Bravo	O	Oscar
C	Charlie	P	Papa
D	Delta	Q	Quebec
E	Echo	R	Romeo
F	Foxtrot	S	Sierra
G	Golf	T	Tango
H	Hotel	U	Uniform
I	India	V	Victor
J	Juliete	W	Whiskey
K	Kilo	X	X-ray
L	Lima	Y	Yankee
M	Mike	Z	Zulu

g. Dokumentasikan perintah lisan/via telepon di Rekam medisdengan cap Konfirmasi (*READ BACK*).

READ BACK	
Tanggal : ……	Tanggal : …… Jam : ……
Penerima instruksi	Pemberi instruksi

h. Terdapat daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang, agar tidak menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fata

BAB IV

TATA LAKSANA

1. Komunikasi antar Staf Klinis.

Dalam memberikan pelayanan di RSAU dr. Esnawan Antariksa, antar profesional pemberi asuhan melakukan komunikasi dengan teknik *SBAR*. *SBAR* merupakan suatu teknik komunikasi yang dipergunakan dalam melakukan identifikasi terhadap pasien sehingga mampu meningkatkan kemampuan komunikasi antara profesional pemberi asuhan. Dengan komunikasi *SBAR* ini maka perawat dapat memberikan laporan mengenai kondisi pasien lebih

informatif dan terstruktur.

SBAR merupakan kerangka acuan dalam pelaporan kondisi pasien dan pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis yang memerlukan perhatian dan tindakan segera. Teknik SBAR terdiri atas unsur *Situation, Background, Assessment, Recommendation*. SBAR**,** terdiri dari :

a. *Situation*. Menjelaskan kondisi terkini dan keluhan yang terjadi pada pasien. Misalnya penurunan tekanan darah, gangguan irama jantung, sesak nafas, dll.

b. *Background*. Menggali informasi mengenai latar belakang klinis yang menyebabkan timbulnya keluhan klinis. Misalnya riwayat alergi obat-obatan, hasil pemeriksaan laboratorium yang sudah diberikan, hasil pemeriksaan penunjang, dll.

c. *Assessment*. Penilaian/pemeriksaan terhadap kondisi pasien terkini sehingga perlu diantisipasi agar kondisi pasien tidak memburuk.

d. *Recommendation*. Merupakan usulan sebagai tindak lanjut, apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pasien saat ini. Misalnya : menghubungi dokter, mengarahkan pasien untuk melakukan pemeriksaan penunjang, dll.

Komunikasi SBAR juga dilaksanakan oleh profesional pemberi asuhan pada saat melakukan komunikasi lisan dan atau via telpon.

Dalam berkomunikasi di rumah sakit, petugas dan tenaga medis harus melakukan proses verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan dengan catat, baca kembali dan konfirmasi ulang (CABAK). **CABAK,** yaitu : **CATAT, BACA, KONFIRMASI.** Setelah selesai, penerima pesan membubuhkan cap Read Back, catat tanggal dan jam menerima pesan/instruksi, tulis nama lengkap dan bubuhkan tanda tangan penerima pesan/instruksi. Pemberi pesan harus melakukan verifikasi dalam waktu 1 x 24 jam setelah memberikan pesan/instruksi, dengan mencatat tanggal dan jam pada saat verifikasi, tulis nama lengkap dan bubuhkan tanda tangan pemberi pesan/instruksi

READ BACK	
Tanggal :	Tanggal : .....
Penerima instruksi	Pemberi instruksi

2. Pelaporan Nilai/Hasil Kritis

Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis merupakan salah satu isu keselamatan pasien, tiap-tiap unit menetapkan nilai kritis dan hasil pemeriksaan diagnostik, kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan tersebut dilaporkan.

a. *Pasien di IGD*. Pelaporan nilai kritis pada jam dinas oleh supervisi analis kesehatan/Supervisi Radiografer setelah mendapat verifikasi dari dokter spesialis Patologi Klinik/dokter spesialis Radiologi kepada dokter jaga, diluar jam dinas pelaporan dari laboratorium dan radiologi dilaksanakan oleh analis kesehatan/radiografer yang bertugas jaga pada saat itu. Nilai/hasil kritis ditulis dalam CPPT dengan menggunakan proses CABAK antara petugas Laboratorium, atau petugas Radiologi dengan dokter jaga. Dokter jaga bila melakukan konsultasi kepada dokter spesialis/DPJP secara lisan via telpon menggunakan proses SBAR dan CABAK kemudian diberi cap *Read Back*, dokumentasikan dalam CPPT.

b. *Pasien Rawat Jalan*. Pelaporan nilai kritis pasien rawat jalan oleh petugas Laboratorium/Radiologi pada jam dinas dilaporkan oleh supervisi analis kesehatan/Supervisi Radiografer setelah mendapat verifikasi dari dokter spesialis Patologi Klinik/dokter spesialis Radiologi kepada dokter spesialis dimana pasien melaksanakan konsultasi, hasil pemeriksaan dicatat dalam catatan RM pasien.

c. *Pasien Rawat Inap*. Pelaporan nilai kritis pasien rawat inap pada jam dinas oleh supervisi analis kesehatan/Supervisi Radiografer setelah mendapat verifikasi dokter spesialis Patologi Klinik/dokter spesialis Radiologi kepada kepala ruangan (Ka. Ur), Wakil kepala ruangan (Waka Ur) atau perawat penanggung jawab asuhan (PPJA), diluar jam dinas pelaporan dari laboratorium/radiologi dilaksanakan oleh analis kesehatan/radigrafer yang bertugas jaga saat itu kepada penanggung jawab Shift/PPJA. Nilai/hasil kritis ditulis dalam CPPT dengan menggunakan proses CABAK antara petugas Laboratorium, atau petugas Radiologi dengan perawat. Perawat segera melaporkan kepada DPJP menggunakan proses SBAR dan CABAK, dokumentasikan dalam CPPT.

d. Verifikasi menggunakan cap Readback dengan menuliskan tanggal, jam, nama jelas, dan tanda tangan penerima informasi segera setelah menerima laporan nilai/hasil kritis, sedangkan tanggal, jam, nama jelas dan tangan pemberi informasi dilakukan dalam waktu 1 x 24 jam.

e. Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium dan hasil kritis radiologi harus sampai

ke dokter jaga, dokter spesialis dan DPJP tidak boleh lebih dari 30 menit.

f. Bila dalam waktu 30 menit DPJP belum dapat dihubungi, perawat dapat menghubungi dokter spesialis yang sama yang bertugas di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

g. Bila tidak dapat dihubungi, maka perawat melaporkan kepada Sesrumkit dan Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa.

h. Permintaaan pemeriksaan penunjang dalam keadaan darurat dapat dilakukan secara lisan atau via telpon. Pihak penunjang medis mencatat permintaan tersebut didalam buku catatan permintaan pemeriksaan dan konfirmasi dengan cap *Read Back*. Hasil pemeriksaan dilaporkan sesuai dengan prosedur pelaporan nilai kritis:

1) Nilai Kritis Laboratorium.

Jenis nilai kritis laboratorium telah ditetapkan sebagai berikut :

a) Nilai kritis pemeriksaan Kimia Klinik : Glukosa kurang dari 50 ml/dl serta lebih dari 500 ml/dl.
b) Nilai kritis BGA (Blood Gas Analyser) :PH kurang dari 7,35 atau lebih dari 7,45.
c) PO2 kurang dari 60 mmHg
d) PCO2 kurang dari 35 atau lebih dari 45 mmHg
e) Nilai kritis Elektrolit :
    i. Natrium kurang dari 120 mmol/L dan lebih dari 150 mmol/L
    ii. Kalium kurang dari 3 mmol.L atau lebih dari 6,5 mmol/L
    iii. Klorida kurang dari 80 mmol/L atau lebih dari 120 mmol/L

2) Nilai Kritis Hematologi :

a) Hemoglobin kurang dari 5 g/dL atau lebih dari 18 g/dL
b) Hematokrit kurang dari 6 % atau Lebih dari 60 %
c) Trombosit kurang dari 50.000 atau lebih dari 1.000.000

Jika salah satu nilai kritis terpenuhi maka harus dibuat Hapusan untuk di baca sebagai Apusan Darah Tepi (ADT).

3) Nilai Kritis Faal Hemostasis :

a) PPT nilai lebih dari 35"
b) PTT nilai lebih dari 60"

4) Nilai Kritis Radiologi

Jenis nilai kritis radiologi telah ditetapkan sebagai berikut:

a) Pemeriksaan radiografi

- Ileus obstruktif pneumoperitoneum/perforasi
- Fraktur tulang femur, pelvis dan vertebra
- Pneumo Thoraks / Hematothoraks
- Efusi perikardium

b) Pemeriksaan USG (*ultrasonografi*)

- Apendiks
- Invaginasi / Intususepsi
- Torsio testis
- Volvulus
- Perdarahan intra abdominal
- KET (kehamilan ektopik yang terganggu)
- Efusi perikardium

c) Pemeriksaan CT-Scan

- Perdarahan Subdural Hematoma (SDH)
- Epidural Hematoma (EDH)
- Subdural Arachnoid Hematoma (SAH)
- Intracerebral Hemorrhage (ICH)

d) Nilai Kritis Tanda- Tanda Vital

1) Bayi baru lahir (Newborn Early Warning Score/ News)
   - Suhu : ≤35° C atau ≥ 39°C
   - Pernafasan : ≤ 20 x/menit atau ≥ 85 x/menit
   - Nadi : ≤ 60 x/menit atau ≥ 200 x/menit
   - SpO2 : ≤ 90%
   - Saraf : Kejang
2) Anak (Pediatric Early Warning Score/ PEWS)
   - Suhu : ≤35° C atau ≥ 39,5°C
   - Pernafasan : ≤ 10 x/menit atau ≥ 50 x/menit
   - Nadi : ≤ 50 x/menit atau ≥ 150 x/menit
   - SpO2 : ≤ 85% atau ≥ 85 %
   - Tingkat kesadaran : P/U (Pain / Unrespone)
3) Dewasa (Early Warning System/ EWS)

   Suhu : < 35 atau 39
   Pernafasan : < 16 atau > 20;
   Nadi : < 60 atau > 90;
   SpO2 : < 94 %

   - Tingkat kesadaran : V/P/U (Verbal/Pain/ Unresponsive)

3. Pemesanan Obat Secara Verbal

Pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari, semua permintaan obat harus dengan resep, kecuali dalam keadaan darurat dan obat harus segera diberikan kepada pasien, DPJP dapat melakukan permintaan obat melalui telepon atau lisan dengan menggunakan huruf fonetik internasional untuk menghindari kesalahan, dan permintaan obat high alert harus *double check* dengan 2 orang penerima pesan, catat pemesanan obat dalam buku pemesanan/permintaan obat secara lisan, selanjutnya unit yang memesan obat segera menyerahkan resep kepada pihak farmasi.

4. Substitusi (Penggantian) Obat

Bila resep dari DPJP tidak didapatkan di bagian farmasi, maka apoteker dapat melakukan komunikasi via telepon dengan DPJP untuk mengganti/substitusi obat dengan kandungan yang sama, lakukan proses CABAK pada buku substitusi/penggantian obat, bubuhkan cap Read Back dan lakukan verifikasi kepada DPJP.

5. Proses Serah Terima (Hand Over).

Dalam pelaporan ataupun serah terima pasien (*hand over*) antar PPA (Profesional Pemberi Asuhan) dilakukan pada :

a. Pertukaran *shift.* Setiap PPA yang melaksanakan tugas berkesinambungan selama 24 jam, harus melaksanakan serah terima dari penanggung jawab shift jaga sebelumnya kepada penanggung jawab shift berikutnya. Pelaksanaan serah terima dan Evaluasi dilakukan di unit masing-masing dan dilakukan oleh perawat rawat inap, perawat IGD, dokter jaga IGD, petugas laboratorium, petugas radiologi, petugas Nutrition, petugas farmasi, pool serta petugas keamanan.
b. Transfer pasien baik intra maupun antar rumah sakit. Setiap petugas kesehatan yang melaksanakan transfer pasien baik intra dan antar rumah sakit harus melaksanakan serah terima kondisi terkini pasien, pemeriksaan yang telah dilakukan serta hasilnya, terapi dan tindakan yang telah dilakukan, serta melampirkan dokumen yang diperlukan. Serah terima ini juga dilakukan ketika pasien unit rawat inap ke unit layanan diagnostik seperti radiologi atau unit terapi fisik.

BAB V

DOKUMENTASI

Semua kegiatan yang dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya di RSAU dr. Esnawan Antariksa tentang pelayanan yang seragam pada lembar rekam medis dan kegiatan serah terima (Hand Over) didokumentasikan pada buku laporan serah terima unit masing-masing yang dilakukan oleh perawat rawat inap, perawat IGD, dokter jaga IGD, petugas laboratorium, petugas radiologi, petugas Nutrition, petugas farmasi, pool serta petugas keamanan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 15 September 2025

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. IMAN FATHURROHMAN W.,Sp.B.,M.Si.,M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330