

**PANDUAN
TRANSFER PASIEN INTERNAL DAN
EKSTERNAL**



**Rumah Sakit Permata
Gunung Putri**

TAHUN 2025



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas selesainya penyusunan dokumen ini. Dokumen ini membahas tentang proses transfer pasien internal dan eksternal di Rumah Sakit Permata Gunung Putri. Pemindahan pasien merupakan bagian penting dalam pelayanan rumah sakit. Proses ini harus dilakukan dengan aman, cepat, dan sesuai prosedur. Tujuannya adalah menjaga keselamatan dan kenyamanan pasien selama pemindahan.

Transfer internal melibatkan pemindahan pasien antar ruang atau unit dalam rumah sakit. Sementara transfer eksternal dilakukan jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan lain. Kedua proses ini membutuhkan koordinasi antar tim medis dan administrasi. Standar operasional yang jelas membantu mencegah kesalahan dan mendukung kelancaran layanan. Oleh karena itu, dokumen ini disusun sebagai panduan praktis bagi petugas terkait.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan dokumen ini. Terutama kepada tim medis, keperawatan, dan manajemen rumah sakit yang telah memberikan masukan. Harapan kami, panduan ini dapat diterapkan secara konsisten dalam pelaksanaan transfer pasien. Semoga dokumen ini bermanfaat dan berkontribusi terhadap peningkatan mutu pelayanan. Kami terbuka terhadap masukan untuk perbaikan di masa mendatang.

Bogor, 10 Maret 2025

Tim Penyusun



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
PERATURAN DIREKTUR	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
BAB II RUANG LINGKUP	4
BAB III TATALAKSANA	7
1. TRANSFER PASIEN INTERNAL	7
2. TRANSFER EKSTERNAL	16
BAB IV DOKUMENTASI	29
BAB V PENUTUP	31



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI

NOMOR : 051/PERDIR/RSPGP/III/2025

TENTANG

**PANDUAN TRANSFER PASIEN INTERNAL DAN EKSTERNAL
RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI**

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI

- Menimbang :
- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang professional, cepat dan tepat, salah satu hal yang harus dipersiapkan adalah proses pemulangan pasien;
 - b. Bahwa agar proses pemulangan pasien dapat terlaksana dengan baik, maka perlu disusun Panduan Transfer Pasien Internal Dan Eksternal sebagai landasan dalam melaksanakan proses pemulangan pasien di rumah sakit;
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Permata Gunung Putri.

- Mengingat :
1. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47/ MENKES/ PER/ VIII/ 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.



- Memperhatikan :
1. Surat Keputusan Direktur Permata Gunung Putri Nomor 026/SK-DIR/RSPGP/III/2025 tanggal 05 Maret 2025 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Permata Gunung Putri
 2. Surat Keputusan Direktur PT. Permata Hospital Gunung Putri Nomor 002/SK/Int/II/2025 tanggal 17 Februari 2025 tentang Pengesahan Struktur Organisasi Rumah Sakit Permata Gunung Putri;
 3. Surat Keputusan Direktur PT. Permata Hospital Gunung Putri Nomor Nomor: SK/001/I/PHG/2025 tanggal 01 Januari 2025 Tentang Pengangkatan dr. Ahmad Jamaluddin, M. Kes sebagai Direktur Utama RS Permata Gunung Putri;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : Peraturan direktur Rumah Sakit Permata Gunung Putri tentang panduan transfer pasien internal dan eksternal di Rumah Sakit Permata Gunung Putri.
- Kesatu : Panduan transfer pasien internal dan eksternal di Rumah Sakit Permata Gunung Putri sebagaimana dimaksud pada diktum kesatu tercantum dalam lampiran, dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan.
- Kedua : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan diperbaiki sebagaimana mestinya bila terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : Bogor

Pada tanggal : 10 Maret 2025

 Direktur Utama



dr. Ahmad Jamaluddin, M. Kes

BAB I

PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Proses transfer adalah hal penting yang pasti terjadi pada pasien di Rumah Sakit. Transfer adalah proses perpindahan pasien dari satu tempat pelayanan ke tempat pelayanan yang lain dengan tetap berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Proses transfer dapat dilakukan kapanpun dan dimanapun pasien berada dan mendapatkan pelayanan. Agar pelayanan transfer atau perpindahan pasien ini dapat berjalan dengan baik dan tercapai sesuai kebutuhan pasien, maka RS Permata Gunung Putri perlu menyusun pedoman transfer pasien internal maupun eksternal. Transfer pasien dimulai dengan melakukan koordinasi dan komunikasi pra transportasi pasien, menentukan SDM yang akan mendampingi pasien. Menyiapkan peralatan yang disertakan saat transfer dan monitoring pasien selama transfer, transfer pasien hanya boleh dilakukan oleh staf medis dan staf keperawatan yang kompeten serta petugas professional lainnya yang sudah terlatih.

2. PENGERTIAN

a. Definisi Transfer Pasien

Transfer Pasien adalah pemindahan pasien dari satu ruangan ke ruangan perawatan/ruang Tindakan lain didalam rumah sakit (internal) atau memindahkan pasien dari satu rumah sakit lain atau fasilitas Kesehatan lain (eksternal). Transfer pasien dapat dilakukan apabila kondisi pasien layak untuk di transfer.

b. Definisi Transporter Pasien

Transporter adalah petugas yang berwenang dan memiliki kompetensi melakukan transfer pasien.

c. Macam-Macam Transfer Pasien Rumah Sakit

Macam-macam transfer pasien di Rumah Permata Gunung Putri terdiri dari :

1) Transfer pasien keluar rumah sakit atau merujuk pasien

Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo (2008) mendefinisikan sistem rujukan sebagai suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah Kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani), atau secara horizontal (antar unit-unit yang setingkat kemampuannya).

2) Transfer pasien didalam rumah sakit atau pindah ruang

Transfer pasien didalam (internal) rumah sakit adalah transfer antara unit pelayanan yang ada di lingkungan RS Permata Gunung Putri. Transfer bisa dari unit rawat jalan ke unit rawat inap atau sebaliknya. Bisa dari IGD ke ruang operasi, dari IGD ke ICU, ruang ICU ke ruang operasi, ruang operasi, dari ICU ke rawat inap, dari rawat inap ke unit pemeriksaan penunjang, dari IGD ke unit pemeriksaan penunjang, dari rawat jalan ke unit pemeriksaan penunjang.

3. TUJUAN

- a. Sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan transfer pasien internal dan eksternal.
- b. Agar pelayanan transfer pasien dilaksanakan secara profesional dan berdedikasi tinggi.
- c. Agar proses transfer pasien berlangsung dengan aman dan lancar serta pelaksanaannya sangat memperhatikan keselamatan pasien serta sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.
- d. Terlaksananya standar pelayanan prosedur untuk transfer/pemindahan pasien keluar rumah sakit
- e. Terlaksananya sistem pencatatan dan pelaporan transfer/pemindahan pasien.
- f. Terlaksananya standar operasional prosedur untuk transfer/pemindahan pasien.
- g. Peningkatan keselamatan pasien dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

4. ALAT UNTUK TRANSFER PASIEN

a. Kursi Roda

Kursi roda adalah alat bantu yang digunakan untuk orang yang mengalami kesulitan berjalan menggunakan kaki, baik dikarenakan oleh penyakit, cedera, maupun cacat. Alat ini bisa digerakkan dengan didorong oleh pihak lain, digerakkan dengan menggunakan tangan, atau digerakkan dengan menggunakan mesin otomatis.

b. Bed Pasien Tiga Engko

Bed pasien atau tempat tidur pasien tiga engkol adalah tempat tidur yang digunakan untuk tidur pasien dan bisa dioperasikan untuk menaik turunkan kepala, kaki dan keseluruhan ranjang. Selain itu dilengkapi pula dengan bed rails untuk menjaga keselamatan pasien dari resiko jatuh.

c. Scoop Stretcher

Scoop Stretcher adalah alat yang digunakan untuk memindahkan pasien (biasanya disimpan dalam ambulans) dimana kedua sisinya dipisah untuk memudahkan proses pengangkatan pasien.

d. **Past Slide**

Pat Slide adalah sebilah papan yang digunakan untuk memindahkan pasien ke tempat tidur lain.

e. **Brangkar Pasien**

Brangkar Pasien adalah tempat tidur sementara untuk pasien dan mudah untuk dipindahkan.

f. **Ambulans**

Ambulans adalah kendaraan transportasi untuk melakukan transfer pasien. Ambulans digunakan untuk membawa pasien ke luar rumah sakit atau memindahkan pasien ke rumah sakit lain untuk perawatan lebih lanjut.

5. TRANSPORTASI PASIEN UNTUK PROSES TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT

Alat transportasi untuk proses transfer Eksternal di Rumah Sakit Permata Gunung Putri adalah dengan menggunakan ambulans. Ambulans adalah kendaraan yang dirancang khusus untuk mengangkut orang sakit atau terluka untuk mendapatkan fasilitas medis.

BAB II

RUANG LINGKUP

1. SASARAN

a. Petugas

RS Permata Gunung Putri memiliki suatu TIM yang terdiri dari dokter IGD/Ruangan, Perawat, dan Petugas/Supir Ambulans.

b. Pasien

Kondisi pasien yang menjalani proses transfer berbeda-beda, tergantung dari keadaan umum pasien tersebut. Hal tersebut dapat dijabarkan dengan kriteria dibawah ini:

1) Pasien dengan kondisi derajat 0

Pasien yang dapat terpenuhi kebutuhannya dengan ruang rawat biasa di unit Rumah Sakit yang dituju, biasanya tidak memerlukan pendampingan oleh dokter.

2) Pasien dengan kondisi derajat 1

Pasien dengan resiko perburukan kondisi atau pasien yang sebelumnya menjalani perawatan di ICU yang sudah mengalami perbaikan keadaan umum, dimana membutuhkan ruangan perawatan biasa dengan saran dan dukungan tambahan dari tim perawatan kritis; dapat didampingi oleh perawat, petugas ambulans, dan atau dokter (selama transfer).

3) Pasien dengan kondisi derajat 2

Pasien yang membutuhkan observasi/intervensi lebih ketat, termasuk penanganan kegagalan satu sistem organ atau perawatan paska operasi dan pasien yang sebelumnya di rawat di ICU, harus didampingi oleh petugas yang kompeten, terlatih dan berpengalaman (biasanya dokter dan perawat anggota blue team).

4) Pasien dengan kondisi derajat 3

Pasien yang membutuhkan bantuan pernafasan lanjut (*advanced respiratory support*) atau bantuan pernafasan dasar (*basic respiratory support*) dengan dukungan/bantuan pada minimal 2 sistem organ, termasuk pasien yang membutuhkan penanganan kegagalan multi organ, harus didampingi oleh petugas yang kompeten, terlatih, dan berpengalaman (biasanya dokter dan perawat ICU/anggota blue team).

2. JENIS TRANSFER

a. Transfer Pasien Internal

1) Transfer Pasien antar Rawat Inap

Pelayanan perpindahan pasien dari satu tempat rawat inap ke rawat inap lain karena kebutuhan pindah kelas rawat atau menyesuaikan dengan jenis pelayanan.

2) Transfer Pasien Rawat Inap ke Unit Khusus

Perpindahan pasien dari ruang rawat inap biasa ke unit khusus (OK, VK, ICU, HCU, NICU, ISOLASI, PERISTI) dikarenakan kebutuhan pelayanan perawatan khusus sesuai kebutuhan pasien.

3) Transfer Pasien ke Unit Pelayanan Penunjang

4) Transfer Pasien Perawatan Khusus

5) Penjemputan Pasien

b. Transfer Pasien Eksternal/Rujukan.

3. KEPUTUSAN MELAKUKAN TRANSFER

a. Keputusan untuk mentransfer pasien inter rumah sakit dilakukan melalui tahapan asesmen, komunikasi, dokumentasi/pencatatan, pemantauan, penatalaksanaan, serah terima pasien ke rumah sakit rujukan.

b. Keputusan untuk melakukan transfer melibatkan DPJP dengan pertimbangan yang matang karena transfer berpotensi untuk mengekspos pasien dan personal rumah sakit terhadap risiko bahaya tambahan.

c. Dokumentasi pengambilan keputusan harus mencantumkan nama dokter yang mengambil keputusan, tanggal dan waktu pengambilan keputusan serta alasan yang mendasari.

d. Alasan mentransfer pasien keluar Rumah Sakit Permata Gunung Putri, yaitu :

1) Transfer untuk penanganan dan perawatan spesialisik lebih lanjut sesuai dengan asesmen kebutuhan pasien yang tidak dapat dipenuhi di Rumah Sakit Permata Gunung Putri.

2) Transfer antar rumah sakit untuk alasan non-medis karena ruangan penuh, fasilitas kurang mendukung dan asuransi pasien tidak bekerja sama dengan Rumah Sakit Permata Gunung Putri.

e. Melakukan informed consent kepada pasien dan/atau keluarga tentang alasan melakukan transfer inter rumah sakit.

- f. Sebelum mentransfer pasien, dokter anggota tim transfer menghubungi rumah sakit yang akan dituju untuk memastikan bahwa rumah sakit tersebut dapat memenuhi kebutuhan pasien.
- g. Proses pengaturan transfer dicatat dalam status rekam medis pasien yang akan dirujuk.
- h. Jika menggunakan ambulans gawat darurat 118 atau sejenisnya, tim transfer rumah sakit menghubungi pusat layanan ambulans tersebut untuk menginformasikan tentang jadwal transfer pasien.

4. STABILISASI SEBELUM TRANSFER

- a. Transfer hanya dapat dilakukan bila kondisi pasien stabil dan layak untuk ditransfer (transportable)
- b. Hal yang penting untuk dilakukan sebelum transfer:
 - 1) Pastikan bahwa pasien layak untuk ditransfer (hemodinamik stabil)
 - 2) Amankan patensi jalan nafas. Pada pasien dengan menggunakan ambulans gawat darurat 118 atau sejenisnya.
 - 3) Jika terpasang jalur atau akses vena, pastikan adekuat.
 - 4) Jika terdapat pneumothoraks selang drainase dada (water sealed drainage/WSD) harus terpasang dan tidak boleh diklem
 - 5) Pasang kateter urin dan nasogastric tube (NGT) jika diperlukan
 - 6) Pemberian terapi atau tatalaksana tidak boleh ditunda saat menunggu pelaksanaan transfer
 - 7) Seluruh peralatan dan obat-obatan harus dicek ulang oleh tim transfer
 - 8) Gunakan daftar persiapan transfer pasien untuk memastikan bahwa semua persiapan yang diperlukan telah lengkap dan tidak ada yang terlewat.

BAB III

TATA LAKSANA

1. TRANSFER PASIEN INTERNAL

Transfer pasien didalam rumah sakit adalah memindahkan pasien dari unit atau ruang perawatan ke unit atau ruang perawatan yang lain. Transfer pasien didalam rumah sakit merupakan salah satu kegiatan pelayanan Kesehatan yang dilakukan dengan tetap memperhatikan kelengkapan dokumen dan keselamatan pasien. Dalam prosedur transfer pasien ada dua pihak yang terlibat yaitu pihak yang menerima pasien dan pihak yang mengirim pasien. Untuk memperlancar kegiatan tersebut maka diperlukan petugas transfer dan kompetensinya serta tatalaksana pelaksanaannya.

a. Transfer Pasien ke Ruang Rawat Inap

1) Persiapan ruangan penerima:

- a) Perawat ruangan harus siap saat mempersiapkan diri bila ada pasien baru.
- b) Ruangan, tempat tidur dalam keadaan siap pakai.
- c) Peralatan lain disesuaikan dengan kondisi pasien yang akan diterima.
- d) Peralatan yang akan dipakai oleh pasien baru segera dikeluarkan dari tempat penyimpanan dan disetting sesuai kebutuhan.
- e) Mempersiapkan lembar Asesmen Awal Pasien.
- f) Mempersiapkan diri untuk menerima pasien baru diruang rawat inap.

2) Persiapan Transfer

- a) Transfer internal dilakukan dalam kondisi pasien sudah stabil
- b) Kriteria pasien stabil dan layak ditransfer internal meliputi : pemeriksaan vital sign (tekanan darah, suhu, nadi, respirasi, dan skala nyeri) dalam batas normal dengan pertimbangan dokter.
- c) Dokumentasikan pada lembar transfer internal tentang kondisi pasien, Tindakan stabilisasi, pemberian cairan, pemberian obat-obatan, dan observasi pasien.
- d) Apabila pasien dari IGD, maka harus dipastikan kegawatdaruratan telah teratasi.
- e) Apabila pasien belum stabil, maka dilaksanakan proses menahan pasien untuk dilakukan observasi.

- f) Jika pasien tidak stabil untuk ditransfer, maka pelayanan observasi pasien di IGD tidak dibatasi waktu (sampai kondisi pasien stabil dan transportable).
- g) Kriteria pasien stabil dan layak transfer meliputi: pemeriksaan vital sign dalam kondisi tidak membahayakan dengan pertimbangan dokter.
- h) Siapkan dokumen/RM pasien, obat, dan hasil pemeriksaan penunjang yang harus disertakan saat pasien dipindahkan.
- i) Setelah pasien dalam kondisi stabil mungkin, maka dapat dilakukan transfer pasien sesuai dengan kriteria/level pasien.
- j) Pada kondisi dimana stabilisasi sulit dioperasikan karena masalah tertentu (telah mendapatkan resusitasi maksimal), maka pertimbangan "segera" transfer pasien agar secepatnya mendapatkan kebutuhan medis yang diperlukan. Tetap berpegang pada prinsip jangan membuat penyakit atau cedera penderita menjadi lebih parah.
- k) Bila kondisi unit atau ruang yang telah ditentukan telah siap menerima pasien, maka proses transfer ke unit atau ruang bisa dilakukan. Konfirmasi ulang sebelum transfer dengan menghubungi via phone pada unit terkait.
- l) Telah disepakati dan disetujui oleh pasien atau keluarga, dengan melakukan komunikasi efektif sebelum transfer.
- m) Dokumen transfer telah dilengkapi.
- n) Pemindahan pasien dengan aman meliputi transfer benar pasien, benar alat transfer, benar petugas yang melakukan transfer dan kelayakan pasien dalam melanjutkan perawatan di ruangan.
- o) Memasang bed rails (pengaman tempat tidur pasien) pada saat proses transfer pasien sangat dianjurkan bila menggunakan tempat tidur untuk menghindari resiko jatuh.

3) Serah Terima Pasien

- a) Serah terima klinis adalah salah satu komponen dalam aspek mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan.
- b) Ketika pasien dan dokumennya ditransfer, maka serah terima klinis terjadi.
- c) Untuk meraih proses serah terima klinis yang bermutu tinggi / baik dan benar maka, membutuhkan kesepahaman antara pemberi dan penerima.
- d) Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima / operan pasien antar unit pelayanan dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan,

pengobatan yang tidak tepat dan potensial dapat menyebabkan cedera terhadap pasien.

- e) Proses transfer pasien yang bermutu tinggi meliputi proses transfer informasi dengan ketelibatan komunikasi yang efektif, penanggung jawab transfer yang berkompeten dan pemindahan pasien dengan aman.
- f) Serah Terima pasien harus mampu menjelaskan semua elemen yang dimuat dalam lembar transfer Internal pasien meliputi :
 - Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin)
 - Penjaminan pasien
 - Dokter yang merawat
 - Indikasi rawat inap
 - Alasan pindah ruang
 - Riwayat kesehatan yang penting
 - Pemeriksaan fisik yang penting
 - Keadaan umum, kesadaran dan hasil observasi tanda-tanda vital pasien
 - Pemeriksaan penunjang yang penting
 - Diagnosa medis utama dan sekunder
 - Tindakan medis yang telah dilakukan
 - Program terapi dan obat-obatan yang telah diberikan sebelum transfer
 - Obat yang disertakan saat kepindahan
 - Alat medis yang terpasang
 - Rencana asuhan berikutnya.

b. Transfer pasien Unit ICU

1) Persiapan Transfer:

- a) Mendapat rekomendasi dari DPJP / dokter
- b) Sebelum pasien masuk ke Unit ICU, pasien dan atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di Unit ICU, serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di Unit ICU
- c) Penjelasan tersebut diberikan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau apabila DPJP tidak dapat memberikan penjelasan dikarenakan

alasan yang jelas, maka dapat di delegasikan kepada dokter jaga, dengan persetujuan dari DPJP.

- d) Atas penjelasan tersebut pasien dan atau keluarganya dapat menerima / menyatakan persetujuan untuk dirawat di Unit ICU. Persetujuan dinyatakan dengan menandatangani informed consent.
- e) Pada keadaan sarana dan prasarana unit ICU yang terbatas pada suatu rumah sakit, diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas apabila kebutuhan atau permintaan akan pelayanan unit ICU lebih tinggi dari pada kemampuan pelayanan yang dapat diberikan. Kepala unit ICU bertanggung jawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien di unit ICU. Bila kebutuhan masuk unit ICU melebihi tempat tidur tersedia, kepala unit ICU menentukan berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di unit ICU.
- f) Siapkan dokumen/ RM pasien, Obat, dan hasil pemeriksaan penunjang yang harus disertakan saat pasien dipindahkan.harus disertakan saat pasien dipindahkan.
- g) Dokumentasikan pada Lembar Transfer Internal tentang kondisi pasien, tindakan stabilisasi, pemberian cairan, pemberian obat-obatan, dan observasi tindakan stabilisasi pasien
- h) Memasang bed rails bed rails (pengaman tempat tidur pasien) pada saat proses transfer (pengaman tempat tidur pasien) pasien sangat dianjurkan bila menggunakan tempat tidur untuk menghindari resiko jatuh
- i) Bila kondisi unit atau ruang yang ditentukan telah siap menerima pasien, maka proses transfer ke unit atau ruang bisa dilakukan.
- j) Konfirmasi ulang sebelum transfer dengan menghubungi via Phone pada Unit terkait.

2) Transfer pasien dengan menggunakan ventilasi mekanik/ terintubasi:

- a) Perhatikan, pastikan kondisi dan posisi pipa endotrakheal bersih, aman dan potensi keadaanya.
- b) Sebelum transfer pasien perhatikan kecukupan oksigen.
- c) Bila pasien mampu bernafas spontan dan adekuat maka, saat transfer pipa endotracheal disambungkan dengan oksigen /Jackson rasease. Perhatikan adanya perubahan kualitas pernafasan.
- d) Bila pasien tidak mampu bernafas spontan dan adekuat, maka saat transfer beri bantuan pernafasan dengan menggunakan Jackson rasebag atau

ambubag dengan cara mengembang kempiskan balonnya. Pada keadaan ini berarti ventilasi mekanik tugasnya diganti oleh tindakan ini, untuk itu perlu dinilai lagi sebelum transfer untuk memastikan kesesuaiannya serta stabilitas pasien dengan cara ini. Bila pasien tidak dapat mempertahankan keamanan ventilator pengganti, maka risiko dan manfaat transfer perlu dinilai ulang kembali.

- e) Pantau kondisi pasien serta pengelola selama transfer dicatat pada Rekam Medik pasien bahwa monitor EKG dan pastikan kecukupan energi selama proses transfer.
- f) Petugas yang mendampingi saat transfer adalah perawat terlatih, dokter umum terlatih atau dokter anastesi terlatih.

3) Persiapan Penerimaan Pasien di Unit ICU

- a) Perawat Unit ICU harus siap saat mempersiapkan diri bila ada pasien baru.
- b) Ruangan, tempat tidur dan monitor harus selalu dalam keadaan siap pakai.
- c) Peralatan lain disesuaikan dengan kondisi pasien yang akan diterima.
- d) Peralatan yang akan dipakai oleh pasien baru segera dikeluarkan dari tempat penyimpanan dan disetting sesuai kebutuhan.
- e) Peralatan yang disimpan dalam tempat penyimpanan harus dalam keadaan baik
- f) dan siap pakai.
- g) Semua peralatan harus di cek, di charge dan di kalibrasi sesuai jadwal dalam program

c. Transfer Pasien ke Instalasi Bedah sentral

1) Persiapan Transfer:

- a) Perawat Instalasi Bedah Sentral yang berdinas saat sift saat itu, menelpon perawat Ranap/ ICU untuk mengirim pasien yang program operasi 30 menit sebelum jadwal operasi yang sudah ditentukan.
- b) Perawat rawat inap mempersiapkan pasien yang akan dioperasi setelah mendapat telpon dari IBS yang meliputi:
 - Melakukan pengecekan dokumen :
 - Infomed Consent yang telah diisi lengkap: IC bedah dan IC anastesi
 - Checklist persiapan operasi yang telah diisi lengkap

- Melakukan identifikasi pasien
- Memakaikan baju Operasi
- Perawat rawat inap mengantar pasien ke ruang IBS dengan memakai tempat tidur pasien.
- Perawat rawat inap membawa masuk pasien ke ruang Transit.

2) Serah Terima Pasien:

Serah terima kepada perawat IBS di lakukan diruang transit. Serah terima meliputi:

- a) Pasien, yaitu: penandaan lokasi operasi dan pencukuran kulit area operasi, puasa, lavement (pada beberapa operasi saluran cerna). Gelang identitas / identifikasi pasien, lepas perhiasan, bersihkan cat kuku, kontak lensa harus dilepas, protesa (gigi palsu, mata palsu) harus dilepas.
- b) Dokumen, yaitu : hasil pemeriksaan meliputi: hasil laboratorium, foto rontgen, ECG, USG, dan lain- lai, persetujuan operasi/Informed Consent (ijin tertulis dari pasien / keluarga), status rekam medis pasien.
- c) Obat - obat pra anasthesi diberikan untuk mengurangi kecemasan, memperlancar induksi dan untuk pengelolaan anasthesi. Sedative biasanya diberikan pada malam menjelang operasi agar pasien tidur banyak dan mencegah terjadinya cemas. Antibiotika diberikan sebagai propilaksis terhadap infeksi.
- d) Serah Terima pasien harus mampu menjelaskan semua elemen yang dimuat dalam lembar transfer Internal pasien meliputi :
 - Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin)
 - Penjaminan pasien
 - Dokter yang merawat
 - Indikasi rawat inap
 - Alasan pindah ruang
 - Riwayat kesehatan yang penting
 - Pemeriksaan fisik yang penting Pemeriksaan fisik yang penting Keadaan umum, kesadaran dan hasil observasi tanda-tanda vital pasine
 - Pemeriksaan penunjang yang penting
 - Diagnosa medis utama dan sekunder
 - Tindakan medis yang telah dilakukan

- Program terapi dan obat-obatan yang telah diberikan sebelum transfer
- Obat yang disertakan saat kepindahan
- Alat medis yang terpasang
- Rencana asuhan berikutnya.

3) Transfer Pasien dari meja operasi ke rumah pulih (Fase Intra Operatif):

- a) Fase intra operatif dimulai sejak pasien ditransfer ke meja bedah dan berakhir bila pasien di transfer ke wilayah ruang pemulihan.
- b) Pada fase ini lingkup aktifitas meliputi: pembiusan dan pembedahan
- c) Koordinator proses transfer adalah dokter spesialis anastesi
- d) Dilakukan monitoring pada stabilitas respirasi

d. Transfer Pasien ke Instalasi Bedah sentral

- 1) Sebelum pasien masuk ke IKB, pasien dan atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai kondisi dan tindak lanjut pasien dalam mendapatkan perawatan di IKB, serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di IKB.
- 2) Penjelasan tersebut diberikan oleh DPJP atau dokter delegasi.
- 3) Atas penjelasan tersebut pasien dan atau keluarganya dapat menerima / menyatakan persetujuan Penjelasan dari DPJP atau dokter Delegasi, dengan menandatangani informed consent.
- 4) Mempersiapkan bed pasien diruangan
- 5) Mempersiapkan alat yang diperlukan
- 6) Mempersiapkan lembar Asesment awal kebidanan.

e. Transfer Pasien Masuk Perinatal

- 1) Petugas menjelaskan tentang kondisi bayi dan perlunya bayi dirawat di Perinatal
- 2) Orangtua atau keluarga menandatangani pernyataan tertulis untuk pindah ke ruang Perinatal.
- 3) petugas ruang peristi menyiapkan box bayi/inkubator dan status pasien baru.
- 4) Petugas mengantarkan bayi ke ruang perinatal.
- 5) Serah Terima pasien harus mampu menjelaskan semua elemen yang dimuat dalam lembar transfer Internal pasien.

f. Transfer Pasien Ke Radiologi

- 1) Perawat mendaftarkan pasien yang akan dilakukan pemeriksaan Radiologi via Phone.
- 2) Petugas radiologi mencatat pasien yang akan dilakukan pemeriksaan, memberikan estimasi waktu kapan akan dilakukan pemeriksaan. Petugas radiologi memberikan instruksi apa saja yang harus di siapkan sebelum pemeriksaan.
- 3) Perawat memastikan kondisi pasien stabil sebelum di transfer ke Radiologi.
- 4) Petugas radiologi mengkonfirmasi rawat inap apabila sudah siap untuk dilakukan pemeriksaan.
- 5) Perawat melakukan identifikasi pasien.
- 6) Perawat mengantar pasien ke Radiologi dengan menyertakan RM pasien.
- 7) Perawat menyerahkan RM pasien dan form permintaan pemeriksaan Radiologi ke petugas Radiologi.
- 8) Petugas Radiologi menerima Form permintaan pemeriksaan radiologi dan melakukan pemeriksaan sesuai permintaan.
- 9) Petugas Radiologi memberikan Stempel dan mencatat kapan dilakukan pemeriksaan, di RM pasien bagian belakang.
- 10) Apabila pemeriksaan sudah di lakukan, maka pasien dapat kembali lagi ke ruang rawat.

Tabel 1
Kriteria Kompetensi SDM untuk Transfer Intra RS Permata Gunung Putri

Derajat	Kategori	Pendamping	Keterampilan Yang Dibutuhkan	Peralatan
0	Pasien yang membutuhkan ruangan biasa	Perawat PK 1	Bantuan Hidup Dasar (BHD)	Status RM pasien, hasil pemeriksaan penunjang (lab, ekg, dll), lembar transfer pasien,

				kursi roda/tempat tidur
1	Kondisi pasien yang beresiko mengalami perburukan, pasien baru dipindahkan dari ICU, pasien yang akan dirawat di ruang biasa dengan pengawasan dari tim pengawasan khusus	Perawat PK II	• BHD • Pelatihan Tabung Gas • Pemberian Obat-obatan • Keterampilan Suction	Peralatan level 1 ditambah tabung oksigen, standar infuse suction dan pulse oxymetri
2	Pasien yang memerlukan observasi ketat atau intervensi khusus misalnya pada pasien perawatan post operasi	Dokter Perawat PK III/ICU Perawat Blue Team	• Semua Keterampilan diatas • Pengalaman dalam perawatan intensif (oksigenasi, sungkup pernapasan, defibrilator, monitor)	Peralatan level 2 ditambah monitor EKG dan alat bantu nafas, defibrilator
3	Pasien yang mengalami kegagalan multi organ yang memerlukan bantuan hidup jangka panjang ditambah kebutuhan akan alat bantu nafas	Dokter Perawat pk III/ICU Perawat Blue Team	Perawat: • Perawat blue team dengan pengalaman kerja dinas di UGD/ICU minimal 2 tahun	Peralatan level 3, ventilator

			• Sudah lulus diklat BTCLS Dokter • Pernah bertugas di UGD/ICU minimal 6 bulan • Sudah lulus diklat acs/atcls	
--	--	--	--	--

2. TRANSFER EKSTERNAL

a. Pengertian

Transfer pasien keluar rumah sakit (eksternal) atau merujuk pasien. Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo (2008) mendefinisikan sistem rujukan sebagai suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung penyelenggaraan pelayanan kesehatan timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal (dari unit yang lebih mampu menangani), atau secara horizontal (antara unit-unit yang setingkat kemampuannya).

Dalam prosedur transfer pasien ada dua pihak yang terlibat yaitu pihak yang menerima pasien dan pihak yang mengirim pasien. Untuk menjamin keselamatan pasien saat proses transfer, maka diperlukan petugas transfer dan kompetensinya serta tatalaksana pelaksanaanya.

Tabel 1 Kriteria Kompetensi SDM untuk Transfer antar Rumah Sakit				
Derajat	Kategori	Pendamping	Keterampilan Yang Dibutuhkan	Peralatan
0	Pasien yang membutuhkan ruangan biasa	Perawat PK I	Bantuan Hidup Dasar (BHD)	• Ambulance • Emergency Kit
1	Kondisi pasien yang beresiko mengalami	Perawat PK II	• BHD • Pelatihan Tabung Gas	• Ambulance • Emergency Kit

	perburukan, pasien baru dipindahkan dari ICU, pasien yang akan dirawat di ruang biasa dengan pengawasan dari tim pengawasan khusus		• Pemberian Obat-obatan • Keterampilan Suction	• Suction
2	Pasien yang memerlukan observasi ketat atau intervensi khusus misalnya pada pasien perawatan post operasi	Dokter Perawat PK III/ICU Perawat Blue Team	• Semua Keterampilan diatas • Pengalaman dalam perawatan intensif (oksigenasi, sungkup pernapasan, defibrilator, monitor)	• Ambulance • Emergency Kit • Alkes: monitor, infus pump, syringe pump • Defribilator jika diperlukan
3	Pasien yang mengalami kegagalan multi organ yang memerlukan bantuan hidup jangka panjang ditambah kebutuhan akan alat bantu nafas	Dokter Perawat pk III/ICU Perawat Blue Team	Perawat: • Perawat blue team dengan pengalaman kerja dinas di UGD/ICU minimal 2 tahun • Sudah lulus diklat BTCLS Dokter • Pernah bertugas di UGD/ICU minimal 6 bulan	• Ambulance advance lengkap dengan ventilator portable • Ambulance AGD 118 atau sejenisnya

			• Sudah lulus diklat acs/atcls	
--	--	--	--	--

b. Kewajiban Kerjasama Rumah Sakit Terkait Rujukan

Bahwa dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien, khususnya penyedia pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Permata Gunung Putri telah menjalin kerjasama terkait rujukan pasien dengan berbagai fasilitas Kesehatan di level vertikal dan horizontal. RS Permata Gunung Putri juga telah mmengajukan Memorandum Of Understanding (MOU) dengan Rumah Sakit Tipe C dan B.

c. Tata Laksana Transfer Eksternal

Prosedur Merujuk Pasien

1) Prosedur Klinis

- a) Petugas melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosa banding.
- b) Petugas mengisi rekam medis pasien sesuai dengan hasil Asesmen yang dilakukan.
- c) DPJP menyatakan rujuk
- d) Pasien diberikan edukasi/penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang, dalam hal ini DPJP ataupun dokter jaga. Penjelasan tersebut meliputi:
 - Diagnosis atau terapi dan atau tindakan medis yang diperlukan
 - Alasan dan tujuan dilakukan rujukan
 - Risiko yang timbul apabila rujukan tidak dilakukan
 - Transportasi rujukan
 - Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan.
- e) Rujukan harus mendapat persetujuan dari pasien dan atau keluarga, untuk itu diperlukan inform consent.
- f) Petugas menstabilkan kondisi pasien sehingga transportable.
- g) Jika kondisi pasien tidak transportable, maka petugas memberikan informasi jika tidak mungkin dilakukan rujukan.
- h) Petugas memastikan rumah sakit penerima dapat memenuhi kebutuhan pelayanan pasien. Untuk memastikan rumah sakit rujukan dapat menerima

pasien atau tidak, maka komunikasi petugas dapat dilakukan melalui SISRUT maupun telfon.

- i) Jika seluruh rumah sakit yang dihubungi penuh, maka pasien akan tetap dirawat di Rumah Sakit Permata Gunung Putri sambil terus diupayakan pencarian rujukan hingga mendapatkan tempat rujukan yang dibutuhkan pasien
- j) Terhadap kondisi tidak didapatkannya tempat rujukan, maka petugas menjelaskan pada pasien dan atau keluarga bahwa rumah sakit akan terus mengupayakan dalam pencarian tempat rujukan.
- k) Tentukan tempat rujukan dan pastikan tempat rujukan telah siap menerima pasien.
- l) Siapkan dan sertakan dokumentasi untuk mendukung tindakan/Siapkan pemeriksaan yang akan dilakukan.

2) Prosedur Administratif

- a) Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan pra-rujukan.
- b) Mengisi rekam medis pasien sesuai dengan hasil asesmen yang dilakukan.
- c) Memberikan Informed Consent (persetujuan/penolakan rujukan).
- d) Membuat surat rujukan pasien rangkap 2.
- e) Lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan. Lembar kedua disimpan sebagai arsip bersangkutan.
- f) Menyiapkan sarana transportasi dan sedapat mungkin menjalin komunikasi dengan tempat tujuan rujukan.
- g) Pengiriman pasien ini sebaiknya dilaksanakan setelah diselesaikan administrasi yang bersangkutan.

3) Persiapan Rujukan

Siapkan Pasien

Pengiriman pasien dengan aman saat transfer akan lebih meningkat bila disertai pemantapan proses yang efisien dan terorganisir serta didukung oleh peralatan dan petugas yang terqualifikasi. Ketika pelayanan dibutuhkan melebihi sumber yang tersedia, idealnya pasien ditransfer ke fasilitas yang memiliki sumber yang dibutuhkan/ rujuk. Lakukan resusitasi dan stabilisasi sebelum transfer ke rumah sakit rujukan:

- a) Siapkan Pasien

Pengiriman pasien dengan aman saat transfer akan lebih meningkat bila disertai pemantapan proses yang efisien dan terorganisir serta didukung oleh peralatan dan petugas yang terqualifikasi. Ketika pelayanan dibutuhkan melebihi sumber yang tersedia, idealnya pasien ditransfer ke fasilitas yang memiliki sumber yang dibutuhkan/ rujuk. Lakukan resusitasi dan stabilisasi sebelum transfer ke rumah sakit rujukan:

- Stabilisasi kondisi pasien merupakan tindakan yang harus dilakukan pada pasien kondisi kritis sebelum ditransfer agar keadaan tidak menjadi lebih buruk atau meninggalkan kecacatan di kemudian hari.
- Stabilisasi dilakukan secara optimal sesuai dengan sumber daya yang ada. Mengerjakan pemeriksaan laboratoris atau patologis dan penunjang diagnostik lainnya dengan mutu standar dan sesuai dengan jenis dan cara pemeriksaan yang diminta oleh pengirim.
- Stabilisasi yang dimaksud adalah mempertahankan fungsi bantuan hidup (Basic Life Support) tetap baik.
- Setelah pasien relative stabil, transfer / rujukan bisa dikerjakan.
- Pada kondisi tertentu dimana stabilisasi sulit dicapai maka pertimbangkan transfer segera dilakukan agar mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan dengan tetap menjaga alat monitoring dan alat yang digunakan sebagai Life saving terjaga keberadaanya.
- Tetap perhatikan prinsip dalam pelaksanaan transfer pasien kritis yaitu jangan membuat penyakit / cedera penderita menjadi lebih parah/lebih parah/ do not further harm.

b) Siapkan ambulance

- Pilih ambulans dan sesuaikan dengan kebutuhan pasien (dilakukan oleh petugas IGD sesuai kebutuhan dan kategori pasien)
- Bila diperlukan penggunaan sirine/ lampu sirine untuk memperlancar proses transfer.

c) Driver pengemudi

- Kesiapan dan pengetahuan driver tentang rute atau tujuan yang diinginkan
- Kesiapan fisik untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab selama prosedur transfer.

d) Persiapan peralatan dan pembekalan farmasi di ambulan

Selama proses rujukan harus dipastikan ketersediaan alat kesehatan, peralatan medis, bahan medis habis pakai dan obat-obatan sesuai kondisi pasien. Peralatan ventilasi dan jalan nafas :

- Peralatan portable suction dan kanulnya
- Peralatan Portable Oksigen dengan tabung yang adekuat Peralatan untuk pemberian oksigen (nasal kanule, masker oksigen non rebreathing dan rebreathing).
- Peralatan untuk jalan nafas (Peralatan untuk jalan nafas (nasofaringeal dan orofaringeal).
- Pulse oksimetri
- Alat monitor dan febrillator (bila memungkinkan atau tersedia)

e) Perangkat imobilisasi

- Collar
- Perangkat traksi ekstremitas bawah (bila tersedia)
- Perangkat imobilisasi ekstremitas atas dan bawah (papan kayu)
- Perlengkapan dressing (perban, mitela, kasa, cairan untuk dressing, plester, gunting verban)

f) Alat komunikasi

g) Obstetrik

h) Peralatan lainnya:

- Stetoskop
- Thermometer
- Senter
- Selimut/linen
- Bengkok
- Catatan observasi

i) Persiapan obat - obatan di ambulan:

- Adrenalin
- Lidocain
- Sulfas Atropin
- Natrium bicarbonate/Meylon
- Cairan intravena

- Siapkan petugas yang akan merujuk. Petugas yang disiapkan adalah petugas yang berkompeten dan telah terlatih yaitu seorang perawat atau dokter sesuai kualifikasi yang telah ditentukan.

4) Saat Proses Rujukan

a) Saat pasien didalam ambulan, maka yang harus diperhatikan dalam proses mempersiapkan pasien yang akan ditransfer adalah:

- Lakukan pemeriksaan menyeluruh. Pastikan bahwa pasien yang sadar bisa bernafas tanpa kesulitan. Jika pasien tidak sadar menggunakan alat bantu nafas (menggunakan alat bantu nafas (airway), pastikan bahwa pasien mendapat pertukaran aliran oksigen yang cukup adekuat selama proses transfer.
- Amankan posisi brancard ambulance. Pastikan pasien aman selama perjalanan, kunci brancard untuk mencegah roda brancard bergerak.
- Pastikan pasien terfiksasi dengan baik dan aman. Tetap pertahankan sirkulasi dan respirasi serta hindari fiksasi yang menyebabkan nyeri.
- Periksa bidai atau alat imobilisasi, balutan atau perban untuk menjaga keamanan saat transfer.
- Keluarga atau wali harus menemani pasien, biarkan menumpang pada ruang pengemudi agar tidak mempengaruhi proses perawatan pasien.
- Identifikasi pasien sesuai prosedur dan tenangkan pasien.

b) Transfer pasien keluar rumah sakit dalam kondisi kritis/gawat darurat

- Pasien kondisi kritis atau gawat darurat adalah pasien dengan disfungsi atau gagal pada satu atau lebih system tubuh dan tergantung pada penggunaan peralatan untuk monitoring dan terapi. Penderita gawat darurat dapat berupa kasus non bedah.
- Penting untuk mendapatkan persetujuan setelah menginformasikan kepada pasien atau perwakilannya yang resmi tentang fakta, situasi, alasan pemindahan dan nama rumah sakit rujukan.
- Transfer pasien kondisi kritis antar rumah sakit dilakukan bila manfaat bagi pasien melebihi resiko transfer. Dilakukan dengan cepat dan aman.
- Prinsip dalam melaksanakan transfer pasien kritis adalah jangan membuat penyakit / cedera penderita menjadi lebih parah/do not further harm.

c) Monitor selama transport

- Monitoring kontinu (Tekanan darah, nadi, respiratory rate dan saturasi oksigen)
- Monitoring perdarahan massif pada kasus cedera atau kecelakaan
- Monitoring kondisi umum pasien (kualitas dan kuantitas kesadaran)
- Monitoring kelayakan / kondisi patent alat medis emergency yang dipakai pasien (ETT, nasofaringeal dan orofaringeal)
- Selama proses rujukan, ada staf pendamping rujuk yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitoring dan dicatat pada lembar transfer eksternal.
- Monitoring pasien saat rujukan dilakukan secara kontinue 15 menit, 30 menit, 60 menit, 90 menit, atau lebih sering lagi, menyesuaikan kondisi pasien saat transfer. Pencatatan hasil monitoring dilakukan pada lembar transfer eksternal.

5) Langkah-langkah yang Harus Diperhatikan:

a) Decision

Keputusan untuk mentransportasi pasien pada kondisi serius/ kritis adalah sebuah tindakan medis. Karena itu, tanggung jawab dimiliki oleh dokter / DPJP yaitu dokter yang menangani pasien.

b) Planing

Perencanaan meliputi pemilihan tujuan, mengevaluasi jarak dan waktu, serta pemilihan jalur transport. Selain itu, yang perlu diperhatikan adalah pemilihan alat monitoring, prediksi kemungkinan komplikasi dan pemilihan tim transfer pasien (sesuai dengan ketersediaan / kualifikasi tenaga dan kategori pasien).

c) Implementasi

Tahap implementasi adalah bertugasnya tim transfer pasien yang dipilih yang bertanggung jawab mengatur pasien sampai kepada tim medik rumah sakit tempat tujuan.

d) Mampu berkomunikasi dengan baik.

6) Prosedur Administratif

a) Monitor EKG

b) Sumber oksigen dengan kapasitas prediksi transport yang memadai

c) Mesin suction dengan kateter suction

d) Obat untuk resusiasi: adrenalin, lignocaine, atropine dan sodium bicarbonate.

- e) Cairan intravena dan infus obat dengan syringe atau pompa infuse dengan baterai
- f) Pengobatan tambahan sesuai dengan resep obat pasien tersebut
- g) APD dan kebutuhan linen

7) Serah terima pasien rujukan

Serah terima pasien dilakukan antar staf pengantar dan staf penerima rujukan. Serah Terima pasien harus mampu menjelaskan semua elemen rujukan yang dimuat dalam lembar transfer Internal pasien meliputi:

- a. Identitas Pasien
- b. Diagnosa utama dan Sekunder
- c. Alasan Rujuk (alasan klinis dan alasan non klinis)
- d. Anamnesis (keluhan utama, riwayat penyakit, utama, riwayat penyakit, riwayat alergi)
- e. Pemeriksaan Fisik (vital sign, keadaan umum, temuan pemeriksaan fisik)
- f. Hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan
- g. Tindakan medis yang telah diberikan h) Obat- obatan yang telah diberikan
- h. Alat yang terpasang saat pasien Rujuk
- i. Proses Rujukan (derajat pasien, kompetensi pendamping, nama staf pendamping, dan jenis transportasi)
- j. Dokumentasi kondisi pasien pada proses rujukan
- k. Kejadian penting selama perjalanan (jika ada)

Proses Penerimaan Prosedur Merujuk Dalam Kondisi Khusus

Proses Kondisi Khusus dibagi 3 antara lain:

1) Prosedur merujuk pasien APS rujuk dengan terpasang alat kesehatan

- a) Keluarga pasien dan atau pasien atas inisiatif sendiri meminta untuk dirujuk ke Rumah Sakit yang lain terkait berbagai alasan.
- b) Petugas melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menentukan diagnosa utama dan diagnose banding.
- c) Petugas mengisi rekam medis pasien sesuai dengan hasil asesmen yang dilakukan.
- d) Petugas menstabilkan kondisi pasien sehingga transportable.

- e) Jika kondisi pasien tidak transportable, maka petugas memberikan informasi jika tidak mungkin dilakukan rujukan.
- f) Petugas memutuskan dilakukannya rujukan dan menghubungi rumah sakit tujuan rujukan.
- g) Petugas memastikan rumah sakit penerima dapat memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.
- h) Jika seluruh Rumah Sakit yang dihubungi penuh, maka pasien akan tetap dirawat di RS Permata Gunung Putri dengan segala risikonya.
- i) Petugas pendamping pasien sesuai dengan kriteria pasien yang dirujuk.
- j) Proses transfer pasien ke rumah sakit tujuan rujukan sesuai dengan SPO transfer eksternal.
- k) Petugas pendamping pasien melakukan serah terima dengan petugas di rumah sakit tujuan rujukan.

2) Prosedur Pasien Rujuk APS

- a) Keluarga pasien dan atau pasien atas inisiatif sendiri meminta untuk dirujuk ke Rumah Sakit yang lain terkait berbagai alasan.
- b) Dokter melakukan edukasi dan mendokumentasikan pada formulir Pemberian Informasi Medis Pasien Rujuk Atas Permintaan Sendiri. Informasi yang disampaikan diantaranya:
 - Hak pasien untuk rujuk atas permintaan sendiri
 - Konsekuensi dari keputusan pasien rujuk atas permintaan sendiri.
 - Prosedur rujuk atas permintaan sendiri.
 - Alternatif pengobatan bila tersedia.
 - Konsekuensi pembayaran pada pasien JKN-BPJS Kesehatan.
- c) Petugas melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menentukan diagnosa utama dan diagnose banding.
- d) Petugas mengisi rekam medis pasien sesuai dengan hasil asesmen yang dilakukan.
- e) Petugas menstabilkan kondisi pasien sehingga transportable.
- f) Jika kondisi pasien tidak transportable, maka petugas memberikan informasi jika tidak mungkin dilakukan rujukan.
- g) Petugas memutuskan dilakukannya rujukan dan menghubungi rumah sakit tujuan rujukan.

- h) Petugas memastikan rumah sakit penerima dapat memenuhi kebutuhan pelayanan pasien. Untuk memastikan rumah sakit rujukan dapat menerima pasien atau tidak, maka komunikasi rujukan dapat menerima pasien atau tidak, maka komunikasi petugas dapat dilakukan melalui SISRUT maupun telfon.
- i) Jika seluruh Rumah Sakit yang dihubungi penuh, maka pasien akan tetap dirawat di RS Permata Gunung Putri sambil terus diupayakan pencarian rujukan hingga mendapatkan tempat rujukan yang dibutuhkan pasien.
- j) Terhadap kondisi tidak didapatkannya tempat rujukan, maka petugas menjelaskan pada pasien dan atau keluarga bahwa rumah sakit akan terus mengupayakan dalam pencarian tempat rujukan.
- k) Pastikan tempat rujukan dan pastikan tempat rujukan telah siap menerima pasien
- l) Apabila keluarga pasien atau pasien memilih untuk berangkat sendiri menggunakan kendaraan pribadi, maka dokter dapat menjelaskan permohonan pulang atas permintaan sendiri. Informasi yang harus disampaikan berupa:
 - Hak pasien untuk pulang dan menghentikan pengobatan
 - Konsekuensi dari keputusan pasien pulang atas permintaan sendiri
 - Kewajiban pasien dalam melanjutkan pengobatan setelah pulang
 - Alternatif pengobatan bila tersedia
 - Konsekuensi pembayaran pada pasien JKN-BPJS Kesehatan
- m) Dokter dan perawat memberikan edukasi tentang kondisi pasien.
- n) Perawat melepas alat kesehatan yang terpasang pada pasien.
- o) Pasien berangkat dengan kendaraan pribadi setelah menyelesaikan administrasi di RS Permata Gunung Putri.

3) Prosedur rujuk pasien dengan penyakit menular

- a) Petugas melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang untuk menentukan diagnosa utama dan diagnose banding.
- b) Petugas mengisi rekam medis pasien sesuai hasil Asesmen yang dilakukan.
- c) Petugas menstabilkan kondisi pasien sehingga transportable.
- d) Jika kondisi pasien tidak transportable, maka petugas memberikan informasi jika tidak mungkin dilakukan rujukan

- e) Memutuskan dilakukannya rujukan dan menghubungi rumah sakit tujuan rujukan dan memberitahukan bahwa pasien yang dirujuk adalah pasien dengan penyakit menular.
- f) Petugas memastikan rumah sakit penerima dapat memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.
- g) Jika seluruh Rumah Sakit yang dihubungi penuh, maka pasien maka pasien akan tetap dirawat di RS Permata Gunung Putri sambil terus diupayakan pencarian rujukan hingga mendapatkan tempat rujukan yang dibutuhkan pasien.
- h) Terhadap kondisi tidak didapatkannya tempat rujukan, maka petugas menjelaskan pada pasien dan atau keluarga bahwa rumah sakit akan terus mengupayakan dalam pencarian tempat rujukan.
- i) Petugas pendamping pasien sesuai dengan kriteria pasien yang dirujuk.
- j) Proses transfer pasien ke rumah sakit tujuan rujukan sesuai dengan SPO transfer eksternal.
- k) Petugas pendamping menggunakan APD sesuai ketentuan Rumah Sakit
- l) Serah terima pasien dilakukan antar staf pengantar dan penerima rujukan. Serah Terima pasien harus mampu menjelaskan semua elemen yang dimuat dalam lembar transfer Internal pasien meliputi :
 - Identitas Pasien
 - Diagnosa utama dan Sekunder
 - Alasan Rujuk (alasan klinis dan alasan non klinis)
 - Anamnesis (keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat alergi)
 - Pemeriksaan Fisik (vital sign, keadaan umum, temuan Pemeriksaan Fisik)
 - Hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan
 - Tindakan medis yang telah diberikan
 - Obat- obatan yang telah diberikan
 - Alat yang terpasang saat pasien Rujuk
 - Proses Rujukan (derajat pasien, kompetensi pendamping, nama staf pendamping, dan jenis transportasi)
 - Dokumentasi kondisi pasien pada proses rujukan
 - Kejadian penting selama perjalanan (jika ada) Proses Penerimaan

Alur Rujukan

1) Rujukan Vertikal

Rujukan vertikal adalah rujukan dari tempat pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

a) Rujukan vertikal dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:

- Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik.
- Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan atau ketenagaan

b) Rujukan Vertikal dari tingkat pelayanan yang lebih tinggi ke tingkat lebih rendah dilakukan apabila:

- Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan wewenangnya.
- Kompetensi dan kewenangan pelayann tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut.
- Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangkau.
- Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan atau ketenagaan prasarana.

2) Rujukan Horizontal

Rujukan Horizontal merupakan rujukan antar pelayanan Kesehatan dalam satu tingkatan. Hal ini dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan atau ketenagaan yang sifatnya sementara menetap.

BAB IV

DOKUMENTASI

1. Transfer Pasien Internal

- a. Proses transfer didokumentsikan di lembar tranfer internal pasien dalam rekam medis.
- b. Lembar transfer internal memuat:
 - a) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin)
 - b) Penjaminan pasien
 - c) Dokter yang merawat
 - d) Indikasi rawat inap
 - e) Alasan pindah ruang
 - f) Riwayat kesehatan yang penting
 - g) Pemeriksaan fisik yang penting
 - h) Keadaan umum, kesadaran dan hasil observasi tanda-tanda vital pasien
 - i) Pemeriksaan penunjang yang penting
 - j) Diagnosa medis utama dan sekunder
 - k) Tindakan medis yang telah dilakukan
 - l) Program terapy dan obat obatan yang telah diberikan sebelum transfer
 - m) Obat yang disertakan saat kepindahan
 - n) Alat medis yang terpasang
 - o) Rencana asuhan berikutnya.

2. Transfer Pasien Eksternal

- a. Proses transfer didokumentsikan di lembar tranfer eksternal (rujukan) pasien dalam rekam medis.
- b. Surat Rujukan/ Transfer Eksternal memuat :
 - a) Identitas Pasien
 - b) Diagnosa utama dan Sekunder
 - c) Alasan Rujuk (alasan klinis dan alasan non klinis)
 - d) Anamnesis (keluhan utama, riwayat penyakit utama, Riwayat penyakit, riwayat alergi)
 - e) Pemeriksaan Fisik (vital sign, keadaan umum, temuan pemeriksaan fisik)

- f) Hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan
 - g) Tindakan medis yang telah diberikan
 - h) Obat- obatan yang telah diberikan
 - i) Alat yang terpasang saat pasien Rujuk
 - j) Proses Rujukan (derajat pasien, kompetensi pendamping, nama staf pendamping, dan jenis transportasi)
 - k) Dokumentasi kondisi pasien pada proses rujukan
 - l) Kejadian penting selama perjalanan (jika ada)
 - m) Proses Penerimaan
- c. Dokumentasi Rujukan dibuat dengan rangkap 2
 - d. Dokumentasi tersebut digunakan sebagai media informasi terkait pasien yang diserahkan terimakan pada tempat rujukan.

BAB V

PENUTUP

Disusunnya Panduan Transfer Pasien Internal dan Eksternal ini sebagai acuan untuk melaksanakan dan mengelola pelayanan kesehatan kepada pasien yang sesuai di ruang lingkup Rumah Sakit Permata Gunung Putri.

Ditetapkan di Rumah Sakit Permata Gunung Putri
Pada Tanggal 10 Maret 2025

Direktur Utama Rumah Sakit Permata Gunung
Putri

dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI

NOMOR: 051/PERDIR/RSPGP/III/2025

TENTANG

**PANDUAN TRANSFER PASIEN INTERNAL DAN EKSTERNAL
RUMAH SAKIT PERMATA GUNUNG PUTRI**

- Menimbang :
- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang professional, cepat dan tepat, salah satu hal yang harus dipersiapkan adalah proses pemulangan pasien;
 - b. Bahwa agar proses pemulangan pasien dapat terlaksana dengan baik, maka perlu disusun Panduan Transfer Pasien Internal Dan Eksternal sebagai landasan dalam melaksanakan proses pemulangan pasien di rumah sakit;
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit Permata Gunung Putri

- Mengingat :
1. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47/ MENKES/ PER/ VIII/ 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.



- Memperhatikan :
1. Surat Keputusan Direktur Permata Gunung Putri Nomor 026/SK-DIR/RSPGP/III/2025 tanggal 05 Maret 2025 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Permata Gunung Putri
 2. Surat Keputusan Direktur PT. Permata Hospital Gunung Putri Nomor 002/SK/Int/II/2025 tanggal 17 Februari 2025 tentang Pengesahan Struktur Organisasi Rumah Sakit Permata Gunung Putri;
 3. Surat Keputusan Direktur PT. Permata Hospital Gunung Putri Nomor Nomor: SK/001/I/PHG/2025 tanggal 01 Januari 2025 Tentang Pengangkatan dr. Ahmad Jamaluddin, M. Kes sebagai Direktur Utama RS Permata Gunung Putri;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : Peraturan direktur Rumah Sakit Permata Gunung Putri tentang panduan transfer pasien internal dan eksternal di Rumah Sakit Permata Gunung Putri.
- Kesatu : Panduan transfer pasien internal dan eksternal di Rumah Sakit Permata Gunung Putri sebagaimana dimaksud pada diktum kesatu tercantum dalam lampiran, dan menjadi satu kesatuan yang tidak terpisahkan.
- Kedua : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan diperbaiki sebagaimana mestinya bila terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di: Bogor

Pada tanggal: 10 Maret 2025

— Direktur Umum

dr. Ahmad Jamaluddin, M. Kes