

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien yang berhubungan dengan penyediaan layanan kesehatan yang memiliki standar tinggi, di mana layanan tersebut harus sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien sehingga pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh tim kesehatan di tempat tersebut. Rumah sakit merupakan salah satu jenis fasilitas yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, yang memiliki struktur dan organisasi yang kompleks dengan tujuan untuk menyediakan layanan kesehatan yang komprehensif (Bumulo et al., 2017). Rumah sakit juga sebagai salah satu organisasi yang bergerak dibidang kesehatan yang setiap hari berhubungan dengan pasien dan tidak lepas dari kemungkinan terjadinya sebuah keadaan gawat darurat (*emergency*). Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit secara maksimal guna meningkatkan angka keselamatan pada pasien. Salah satu keselamatan pasien yang perlu diperhatikan adalah resiko kematian pasien. Kematian pasien dirumah sakit merupakan hal sering terjadi dirumah sakit. Jenis kematian yang paling sering terjadi adalah kematian pasien dengan *cardiac arrest* dan *respiratory arrest* yang tidak selalu menunjukkan gejala. Kejadian ini tidak hanya terjadi diruang gawat darurat tetapi juga terjadi diruangan rawat inap (Pivac et al., 2020).

Insiden *global* kejadian henti jantung *in-hospital* pada orang dewasa belum dijelaskan dengan baik, dan sebagian besar data berasal dari *The American Heart Association's Get With The Guidelines-Resuscitation (GWTG-R) and National*

*Cardiac arrest Audit from Resuscitation Council (UK) and The Intensive Care National dan Research Center.* Data dari 2008 sampai 2017 menunjukkan insiden meningkat menjadi 292.000 pertahun, atau 9 hingga 10 kejadian henti jantung di rumah sakit per 1000 rawat inap. Berdasarkan data dari GWTG-R, usia rata-rata pasien dengan kejadian henti jantung dirumah sakit Amerika Serikat adalah 66 tahun, 58% adalah laki-laki dan kasus kejadian henti jantung 81% pada *nonshockable (asystole atau pulseless electrical activity)*. Sekitar setengah dari serangan jantung dirumah sakit terjadi di rawat inap bangsal, dengan setengah sisanya terjadi dilokasi lain seperti unit perawatan intensive dan ruang operasi (Andersen et al., 2019).

Di Indonesia sendiri belum didapatkan yang jelas mengenai jumlah prevalensi angka kejadian henti jantung dan henti napas, namun diperkirakan sekitar 10.000 orang pertahun yang berarti 30 orang perhari mengalami henti jantung, dimana kejadian terbanyak dialami oleh penderita jantung koroner. Kematian yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah seperti jantung koroner diperkirakan akan terus mengalami peningkatan mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (kemenkes, 2019). Nurcholis et al., (2021) juga menyimpulkan kejadian henti jantung (*Cardiac arrest*) yang tidak segera ditangani secara cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan (nakes) akan menyebabkan kematian dengan bukti angka kematian *in hospital cardiac arrest (IHCA)* sebesar 80%.

Meskipun tingkat kelangsungan hidup di antara orang dewasa di Indonesia dengan In-Hospital Cardiac Arrest (IHCA) telah mengalami peningkatan dari 13,7% pada tahun 2000 menjadi 25,8% pada tahun 2016, angka ini masih jauh dari target yang ditetapkan oleh American Heart Association (AHA) untuk perawatan

kardiovaskular darurat. AHA bertujuan mencapai angka 38% kelangsungan hidup pada kasus IHCA pada tahun 2020 (Akintoye et al., 2020). Untuk mencapai peningkatan kelangsungan hidup pada pasien, penting untuk menerapkan proses penatalaksanaan gawat darurat yang cepat, terutama dalam kasus henti jantung. Penanganan gawat darurat pada kasus *cardiac arrest* memerlukan tindakan yang segera dilakukan, terutama melalui pemberian CPR dan defibrilasi yang efektif dan efisien guna mengembalikan sirkulasi normal atau *Return of Spontaneous Circulation* (ROSC) (Nurcholis et al., 2021).

Pencapaian *Return of Spontaneous Circulation* (ROSC) dalam penanganan kasus *cardiac arrest* dan *respiratory arrest* memiliki tujuan yang sangat penting yaitu mendeteksi dan merespons dengan cepat dan tepat untuk mencegah kematian otak dan dampak permanen pada pasien. Oleh karena itu, diperlukan kemampuan tenaga perawat yang terampil dalam melaksanakan rangkaian tindakan yang dikenal sebagai *chain of survival* pada saat *cardiac arrest* terjadi (Lyu et al., 2021). Hal ini diperlukan suatu sistem pengorganisasian dirumah sakit dan tim yang baik dalam pelaksanaannya dengan diadakannya tanggapan oleh penyedia layanan kesehatan terhadap pasien yang mengalami *cardiac arrest* dan *respiratory arrest*. Oleh sebab itu, Rumah sakit harus memiliki kode gawat darurat atau kode yang digunakan untuk menangani kasus yang membutuhkan intervensi medis darurat. Salah satu kode yang sering digunakan untuk menandai adanya kegawatdaruratan adalah *Code blue* (Emergency et al., 2011).

*Code Blue* merupakan salah satu kode prosedur darurat yang harus segera diaktifkan ketika seseorang ditemukan dalam kondisi *cardiac respiratory arrest* di dalam area rumah sakit, termasuk pasien, kerabat pasien, staf rumah sakit, atau

pihak lain yang berada di rumah sakit. Sistem *Code Blue* ini pertama kali diperkenalkan di *Bethany Medical Center* di Amerika Serikat, dan penggunaannya kemudian menyebar termasuk di negara kita, di mana pada tahun 2008 telah diadopsi secara umum. Pada tahun 2009, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah menjadikan penggunaan standar kualitas pelayanan sistem *Code Blue* sebagai kewajiban. Langkah ini menegaskan pentingnya implementasi sistem ini dalam menjaga keselamatan pasien dan semua individu yang berada di lingkungan rumah sakit (Sahin et al., 2016). Menurut undang-undang RI no.44 tahun 2009 pasal 29 ayat 1 menyatakan bahwa kode pelayanan kegawatdaruratan medis rumah sakit (*Hospital Emergency Code*) sangat diperlukan di seluruh rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan informasi secara cepat kepada tim medis yang sedang bertugas sehingga dapat memberikan pertolongan dengan *respons time* yang cepat. Kejadian *code blue* ini sering dikaitkan erat dengan kejadian serangan jantung (*cardiac arrest*) atau kejadian situasi gagal nafas akut (*respiratory arrest*) karena sangat berkaitan erat dengan kelangsungan hidup seseorang (Evi jumiati, 2021).

Menurut buku pedoman *code blue* yang terakreditasi KARS, pelaksanaan aktivasi *code blue* system yang efektif melibatkan semua komponen rumah sakit baik medis maupun non medis, sarana (peralatan dan obat-obatan) serta mekanisme kontrol dan evaluasi. Tim *code blue* ini terdiri dari dokter dan perawat yang sudah terlatih dan berpengalaman dalam penanganan kondisi *cardiorespiratory arrest*. Tim *code blue* atau yang sering disebut tim cepat tanggap ini dibentuk untuk menangani kegawatdaruratan di lingkungan rumah sakit yang mana diharapkan dapat melaksanakan pertolongan secara efektif dan optimal serta didukung oleh

sarana prasarana *cardiopulmonary resuscitation* (CPR) seperti AED dan obat-obat tertentu harus ada di box emergency bersama tim, tetapi juga sarana prasarana resusitasi harus tersedia di ruang rawat inap dan ditempat-tempat tertentu di area rumah sakit (Sagun et al., 2021).

Menurut Clarke et al., (2016) penatalaksanaan *code blue* yang berjalan dengan baik dan optimal tercermin dalam peningkatan tingkat *Return of Spontaneous Circulation* (ROSC) atau pemulihan sirkulasi spontan. Hal ini dicapai melalui penerapan protokol ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) yang sesuai dengan pedoman yang dikeluarkan oleh *American Heart Association* (AHA). Protokol ini merupakan panduan yang menekankan pada prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam penanganan henti jantung. Prinsip-prinsip yang dijelaskan oleh AHA pada tahun 2019 mengacu pada beberapa hal penting yaitu keamanan pasien dan lingkungan, pemahaman pengenalan kasus henti jantung, pengaktifan *code blue*, CPR yang berkualitas.

*American Heart Association* (AHA) juga merekomendasikan rangkaian langkah pencegahan yang disebut sebagai *chain of prevention* untuk menurunkan kejadian henti jantung di rumah sakit dan mengurangi mortalitas yang terkait dengan kondisi tersebut. Langkah-langkah dalam *chain of prevention* ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kesiapan, dan kemampuan rumah sakit dalam menghadapi situasi kegawatdaruratan. Langkah-langkah pencegahan yang direkomendasikan oleh AHA meliputi ketersediaan alat defibrilator dan obat-obatan resusitasi di dalam ruang rawat, pembentukan *emergency response team*, pelatihan resusitasi untuk tenaga medis dan paramedis di rumah sakit, serta dokumentasi yang intensif di rekam medis mengenai tanda vital pasien dan tindakan

resusitasi yang tepat untuk dilakukan. Sasaran keselamatan pasien yang ditetapkan oleh *Joint Commission International* (JCI) juga menegaskan pentingnya meningkatkan respons terhadap perubahan kondisi pasien diseluruh area rumah sakit. Instrumen yang dirancang untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan pemantauan lebih intensif dan menentukan tindakan resusitasi serta pengaktifan *code blue* diruangan yang diperlukan adalah skor peringatan dini (*Early Warning Score*). Penilaian EWS yang akurat memiliki dampak besar terhadap respons tim dalam situasi darurat. Waktu tanggap dari tim medis sangat dipengaruhi oleh penilaian EWS yang dilakukan (Subhan et al., 2019).

*Early Warning Score* (EWS) dapat digunakan untuk memprediksi kejadian henti jantung di ruang rawat inap dalam kurun waktu 48 jam. Beberapa penelitian yang dilakukan di Selandia Baru telah membuktikan bahwa implementasi EWS secara signifikan mengurangi insiden henti jantung di rumah sakit dan mengurangi panggilan kode biru. Sebuah rumah sakit di kota Jambi, telah menerapkan sistem EWS sejak dijadikan sebagai Standar Prosedur Operasional (SPO) pada tahun 2018. Penilaian EWS di rumah sakit ini mencakup pemantauan tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernapasan, kebutuhan suplementasi oksigen, dan tingkat kesadaran pasien. Pemeriksaan ini dilakukan secara berkala di ruang rawat inap untuk tujuan mendeteksi perubahan kondisi pasien secara dini. Dengan demikian, implementasi EWS dapat membantu mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami henti jantung dan mengambil tindakan yang diperlukan dengan lebih cepat (KARS, 2018).

Penilaian *Early Warning Score* (EWS) yang menjadi dasar pemanggilan kode biru memiliki peranan penting dalam menentukan waktu respon dari tim *code blue*

di ruang rawat inap. *Response team* terhadap pasien yang mengalami henti jantung sejak pemanggilan kode biru diaktifkan sangat mempengaruhi waktu tanggap tim *code blue*. Dalam penanganan henti jantung, hal yang esensial adalah respon waktu tim terhadap pasien sejak pemanggilan kode biru dilakukan. Pentingnya pengenalan dini terhadap perburukan kondisi pasien menjadi krusial. Jika perawat tidak dapat mengidentifikasi perburukan kondisi pasien secara tepat, hal ini dapat berujung pada hasil yang tidak diharapkan dan bahkan berpotensi meningkatkan kesalahan dalam pengaktifan kode biru. Oleh Karena itu penerapan EWS yang baik disini sangat diharapkan agar tidak terjadi kesalahan pada pelaksanaan *code blue* saat aktivasi *code blue* telah dilaksanakan. Kesalahan dalam aktivasi *code blue* sangat berpengaruh kepada ketidakefektifan dalam resusitasi pasien (Subhan et al., 2019).

Alafik et al., (2018) menyebutkan bahwa kesalahan aktivasi juga mempengaruhi *respon time* terhadap kelangsungan hidup pasien yang mengalami situasi darurat. Pemanggilan gawat darurat dengan *response time* kurang dari 5 menit akan meningkatkan kelangsungan hidup pasien dibandingkan dengan waktu *response time* lebih dari 5 menit. *Response time* kurang dari 5 menit akan mencegah terjadinya kerusakan otak, sehingga pasien dengan henti jantung tidak akan mengalami cacat fisik atau kematian. Peran komponen seluruh rumah sakit mengenai pelaksanaan tindakan *code blue* baik itu tentang alur aktivasi sistem *code blue* ataupun pelaksanaan tindakan *cardiopulmonary resuscitation* (CPR) harus bekerja dengan baik sehingga hasil yang dicapai juga bisa maksimal. Peran yang dimaksud adalah bagaimana seluruh komponen mencapai target *respon time* tepat waktu pada saat kejadian henti jantung (Molnar et al., 2015).

Untuk memastikan aktivasi dengan respons time yang sesuai target, terbentuknya tim *code blue* yang baik merupakan aspek penting. Organisasi tim harus diatur dengan baik, termasuk pembagian area tugas dan tanggung jawab di antara anggota tim. Anggota tim *code blue* harus memiliki pengetahuan yang mendalam mengenai pengenalan kasus henti jantung dan henti nafas serta memiliki pengalaman dan keterampilan dalam resusitasi. Kemahiran dalam mengaplikasikan tindakan CPR dan penggunaan peralatan medis terkait juga sangat diperlukan. Selain itu, kemampuan komunikasi yang efektif di dalam tim dan dalam pengambilan keputusan sangatlah penting. Dengan terorganisir dan dilengkapi dengan anggota tim yang memiliki kemampuan yang komprehensif, tim *code blue* dapat secara efektif mengatasi situasi darurat seperti henti jantung atau henti nafas. Hal ini dapat membantu mengurangi angka kematian, khususnya pada pasien yang mengalami kondisi tersebut (Nurcholis et al., 2021).

Dalam hal ini, pembagian tugas di rumah sakit untuk tanggap darurat belum berjalan optimal, baik oleh *first responder* maupun *second responder*. Keterbatasan jumlah tim menjadi penyebab utama. *Second responder*, yang terdiri dari dokter dan perawat terlatih hanya memiliki satu tim yang terbentuk. Kondisi ini menjadi hambatan dalam merespons kasus henti jantung jika kejadian terjadi di lebih dari satu lokasi berbeda secara bersamaan. Penanganan resusitasi pada kasus henti jantung yang dilakukan sesuai protokol *American Heart Association* (AHA) yang merupakan standar, juga belum berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan oleh *first responder*, yang terdiri dari anggota rumah sakit, sering kali merasa tidak memiliki kemampuan untuk melakukan bantuan hidup dasar. Hal ini bisa disebabkan oleh kurangnya keyakinan diri dan pengetahuan dalam mengenali kasus darurat.



Diperlukan langkah-langkah untuk meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri *first responder* melalui pelatihan dan pendidikan yang tepat (Maisyaroh et al., 2015).

Pada penelitian Williams et al., (2016) juga menyimpulkan kurangnya pengetahuan, kurangnya rasa percaya diri, tidak bisa mengontrol rasa cemas bisa mengakibatkan penanganan henti jantung tidak berjalan dengan baik dikarenakan buruknya identifikasi pasien. Oleh sebab itu simulasi *code blue* atau yang sering dikenal dengan *mock code* sangat direkomendasikan untuk mempersiapkan pelaksanaan *code blue*. Hal serupa juga disampaikan oleh beberapa peneliti sebelumnya yang melakukan simulasi bahwa simulasi training secara berkala mampu meningkatkan kemampuan *civitas hospitalia* secara umum. Corey et al., (2016) juga menyatakan bahwa simulasi *training* akan meningkatkan keselamatan pasien dikarenakan mampu mengidentifikasi kasus yang membahayakan pasien dan meningkatkan kualitas penanganan kasus henti jantung seperti kualitas CPR (*cardiopulmonary resuscitation*).

Berdasarkan fenomena diatas, permasalahan dan hambatan-hambatan yang sering dijumpai secara umum meliputi pengorganisasian tim yang tidak efektif yang disebabkan oleh keterbatasan tim *code blue*, manajemen pengaktifan *code blue* seperti halnya penatalaksanaan tim *code blue* dalam melakukan pertolongan pada kasus henti jantung serta dokumentasi dan evaluasi, identifikasi pasien di area rumah sakit dan identifikasi pasien dengan menggunakan EWS. Dalam beberapa penelitian terdahulu juga menyatakan kualitas pelayanan klinis dilihat berdasarkan pengetahuan terhadap *cardiac arrest*, pengalaman dalam pemahaman *code blue system* penerapan pengaktifan *code blue system* terdapat pada penelitian “Code

*blue pit crew model : A novel Approach to in – hospital cardiac arrest resuscitation*” Spitzer et al., (2019), “*Identifikasi Pelaksanaan Code blue : Literature Review*” Rahmawati et al., (2019), Serta penelitian “*Impact of implementing novel automated code blue activation system on in-hospital cardiac arrest : A single center study*” yang mengulas penanganan *cardiac arrest* Khan et al., (2020).

Dilatarbelakangi oleh salah satu pengalaman peneliti akan sulitnya menerapkan penatalaksanaan *code blue* system yang mana sudah memiliki prosedur dan protokol dalam penerapan *code blue* system dirumah sakit tersebut. Pengalaman ini didapatkan pada saat peneliti praktek sebagai mahasiswa pelaksana instalasi gawat darurat dirumah sakit Tipe B di Kota Jambi. Pada saat itu peneliti sedang bertugas di *shift* malam. Pada pukul 23.00 wib terjadi kejadian henti jantung diruang B. Tim *code blue* pada saat itu sedang menangani kejadian henti jantung diruang kebidanan dengan kasus eklamsi.

Pada saat melakukan resusitasi ada panggilan *code blue* lagi diruang rawat inap laki-laki oleh petugas piket dengan kriteria nilai NEWS skor lebih dari 7. Tim *code blue* tidak memungkinkan untuk meninggalkan tindakan resusitasi yang sedang berlangsung. Sehingga ketua tim mengintruksikan katim IGD untuk membantu penanganan resusitasi diruangan bangsal laki-laki. Keadaan IGD pada saat itu juga terdapat 3 korban kecelakaan yang membutuhkan tindakan resusitasi. Pada akhirnya tindakan resusitasi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut. Tim *code blue* tiba diruangan bangsal laki-laki lebih dari 7 menit, setelah sampai diruangan bangsal laki-laki pasien sedang dilakukan resusitasi oleh perawat ruangan. Keluarga pasien yang terus berteriak dan menangis histeris membuat

kegaduhan diruangan tersebut. Dan resusitasi terus dilakukan oleh tim *code blue* dan pada akhirnya pasien dinyatakan meninggal oleh tim *code blue*. Tindakan selanjutnya dilakukan dengan perawatan pasien meninggal setelah dilakukan *code blue* serta dokumentasi *code blue* direkam medis pasien.

Pengalaman lain dari peneliti adalah identifikasi korban yang ditemukan di area rumah sakit maupun diruang rawat inap. Sering kali penemu korban pertama tidak mengkaji keadaan pasien terlebih dahulu, apakah masih ada nadi atau tidak, atau masih ada napas atau tidak, sehingga langsung mengaktifkan panggilan tanpa mengidentifikasi pasien. Dan Terdapat banyak informasi tim *code blue* sampai di tempat kejadian, pasien dalam keadaan sadar penuh dan bisa dianamnesa secara langsung dengan penemu pertama. Dan sering terjadi pada penemu pertama melakukan pengaktifan *code blue*, lupa bagaimana cara mengaktifkan pemanggilan *code blue*. Pemanggilan *code blue* sering kali dilakukan penemu pertama dengan menelpon ke bagian IGD bukan melakukan pemanggilan ke bagian piket. Prosedur pelaksanaan *code blue* system tidak berjalan dengan baik karena kesalahan dalam pemanggilan. Hasil wawancara fenomena yang didapatkan dan hasil observasi yang peneliti alami.

Dari penelitian terdahulu dan fenomena-fenomena yang terjadi membuat peneliti tertarik untuk menggali pengalaman tim *code blue*. Gambaran pengalaman tim *code blue* dalam pelaksanaan *code blue system* dilakukan dengan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang mana penelitian ini kurang tepat dilakukan dengan pendekatan kuantitatif. Dengan menggunakan pendekatan ini diharapkan dapat menggali dan mengkaji secara mendalam pengalaman tim blue

yang mana didalamnya terdapat pengetahuan serta pemahaman dari mekanisme *code blue system* ini.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah “bagaimana pengalaman tim *code blue* dalam pelaksanaan *code blue system* di rumah sakit di Kota Jambi ?”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Mengeksplorasi dan menganalisis pengalaman tim *code blue* dalam pelaksanaan *code blue system* pada *cardiac arrest* dirumah sakit di Kota Jambi.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

1. Hasil penelitian ini diharapkan berguna bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan kritis dan bisa dipergunakan sebagai referensi bagi penelitian selanjutnya.
2. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu refensi untuk materi pelaksanaan *code blue system* sesuai prosedur yang dilakukan oleh tim *code blue* dalam memberikan penanganan kasus henti jantung.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu gambaran pengalaman tim *code blue* dalam pelaksanaan *code blue system* secara menyeluruh dalam penanganan kasus henti jantung
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan untuk kebijakan rumah sakit atau pun sebagai bahan evaluasi dalam merumuskan kebijakan dalam penyusunan SOP terkait pelaksanaan *code blue system* di Rumah sakit di Kota Jambi. Dengan tujuan untuk

meningkatkan pemberian pelayanan yang berkualitas terkait penanganan kasus henti jantung.

### 1.5 Penjelasan Istilah

1. *Code blue system* dalam penelitian ini adalah system yang mengatur kode isyarat yang digunakan dirumah sakit yang menandakan adanya seorang pasien yang sedang mengalami serangan jantung (*cardiac arrest*), atau mengalami situasi gagal nafas akut (*respiratory arrest*) dan situasi gawat lainnya yang menyangkut nyawa pasien.
2. Tim *code blue* dalam penelitian ini adalah tim yang terdiri dari tim primer dan tim sekunder. Tim primer disini adalah tim yang melibatkan seluruh staf rumah sakit baik medis dan non medis (satpam, *cleaning service*, penjaga kantin, maupun staf administrasi rumah sakit) yang sudah menerima pelatihan BHD. Sedangkan Tim sekunder disini adalah tim *code blue* yang disiapkan khusus dari dokter dan perawat terlatih yang menolong kejadian henti jantung atau tindakan lanjutan setelah tim primer melakukan BHD. Tim sekunder harus memiliki pelatihan dasar seperti PPGD, BTCLS, serta ACLS untuk tim dokter.
3. Resusitasi atau penanganan kejadian henti jantung dalam penelitian ini adalah serangkaian upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien atau meningkatkan kelangsungan hidup pasien setelah terjadi serangan jantung (*cardiac arrest*). Proses ini meliputi : pengaktifan *code blue*, pemberian pertolongan resusitasi, perawatan setelah diberi tindakan *code blue*, serta pendokumentasian selama pelaksanaan *code blue*.
4. Pengalaman tim *code blue* dalam penelitian ini adalah segala sesuatu yang dilihat dan dirasakan oleh tim *code blue* pada saat pemberian pertolongan

pada kasus henti jantung yang diungkapkan atau dipersepsikan oleh tim secara verbal.