

PEDOMAN UNIT PELAYANAN DARAH



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

TAHUN 2023

**PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 009/PER-DIR/RSDN/IV/2023**

TENTANG

**PENYELENGGARAAN PELAYANAN UNIT LABORATORIUM
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang : a. bahwa proses pemeriksaan penunjang laboratorium pasien yang efektif akan menghasilkan diagnose untuk ketepatan tatlaksana pada pasien;
- b. bahwa analisis informasi dan data masuk hasil laboratorium diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien;
- c. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien diperlukan adanya kualifikasi staf dan mutu laboratorium yang diakui berdasarkan undang-undang;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan c di atas perlu dibuat Peraturan Direktur tentang Penyelenggaraan Pelayanan Instalasi Laboratorium di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang–Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang–Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang–Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Undang–Undang RI No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah No 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 657/MENKES/PER/VIII/2009 tentang Pengiriman dan Penggunaan Spesimen Klinik, Materi Biologik dan Muatan Informasinya
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 658/MENKES/PER/VIII/2009 tentang Jejaring Laboratorium Diagnosis Penyakit Infeksi New-Emerging dan Re-Emerging
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 43/MENKES/PER/2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik

11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 83/MENKES/PER/2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 42/MENKES/PER/VI/2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktek Ahli Teknologi Laboratorium Medik
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 91/MENKES/PER/2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11/MENKES/PER/2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 423/MENKES/IV/2007 tentang Kebijakan Peningkatan Akses Pelayanan Darah
16. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
17. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 835/MENKES/SK/IX/2009 tentang Pedoman Keselamatan dan Keamanan Laboratorium Mikrobiologik dan Biomedik
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
19. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit.
20. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
21. Keputusan dirjen pelayanan keehatan No. HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TENTANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN LABORATORIUM DI
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

- (1) Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien, meliputi pelayanan laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, penyediaan labu darah dan mikrobiologi sesuai kondisi rumah sakit dan berpedoman kepada peraturan perundangan.
- (2) Pelayanan laboratorium memberikan pelayanan selama 24 jam termasuk untuk pelayanan gawat darurat, diberikan didalam rumah sakit dan rujukan sesuai dengan peraturan perundangan.
- (3) Pelayanan laboratorium harus adekuat, teratur, nyaman dan tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- (4) Pelayanan laboratorium didalam rumah sakit terdiri dari pelayanan yang dilakukan di unit laboratorium dan instalasi lain yang mempergunakan alat laboratorium dan dilakukan selain oleh staf laboratorium yang telah mendapat pelatihan (POCT)

BAB II

MANAJEMEN DAN ORGANISASI

Pasal 2

Ketentuan Staf Yang Kompeten

- (1) Pelayanan laboratorium berada di bawah pimpinan seseorang yang kompeten dan berwenang yang bertanggung jawab mengelola pelayanan laboratorium, yaitu seorang dokter spesialis Patologi Klinik sebagai kepala unit laboratorium.
- (2) Pelayanan laboratorium memiliki staf yang kompeten selama seluruh jam pelayanan dan untuk gawat darurat.
- (3) Pelayanan laboratorium menunjuk dan menghubungi para spesialis di bidang diagnostik spesialis khusus seperti parasitologi, virologi dan toksikologi sesuai kebutuhan.
- (4) Pelayanan laboratorium menetapkan semua staf laboratorium mempunyai pendidikan pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan.
- (5) Pelayanan laboratorium menetapkan program terkait risiko dan bahaya di laboratorium

program menangani kebiasaan dan praktik kerja secara aman, tindakan pencegahan serta dikoordinasikan dengan program manajemen risiko dan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit

BAB III

KERANGKA WAKTU

Pasal 3

Penetapan Kerangka Waktu Untuk Hasil-hasil Laboratorium

- (1) Pelayanan laboratorium menetapkan kerangka waktu yang dibutuhkan untuk melaporkan hasil tes laboratorium termasuk pemeriksaan yang sifatnya cito.
- (2) Hasil pemeriksaan cito antara lain dari IGD dan pelayanan intensif, kamar operasi dan kamar bersalin.
- (3) Kerangka waktu melaporkan hasil pemeriksaan laboratorium rujukan mengikuti ketentuan Rumah Sakit dan MOU dengan laboratorium rujukan.

BAB IV

RENTANG NILAI NORMAL

Pasal 4

Penetapan Rentang Nilai Normal

- (1) Unit laboratorium Rumah Sakit Dharma Nugraha perlu menetapkan rentang nilai normal untuk membantu klinisi dalam menegakkan diagnosa.
- (2) Pelayanan laboratorium menetapkan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium, sedangkan untuk pemeriksaan rujukan rentang nilai disesuaikan dengan rentang nilai laboratorium rujukan.
- (3) Pelayanan laboratorium menyesuaikan rentang nilai normal dengan Satuan Internasional (SI) unit jika terjadi perubahan maka nilai normal juga berubah.

BAB V

NILAI KRITIS

Pasal 5

Penetapan Nilai Kritis

- (1) Rumah sakit menetapkan hasil nilai laboratorium yang kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, untuk setiap pelayanan laboratorium yang ada (laboratorium klinik,

laboratorium patalogi anatomi, dan laboratorium mikrobiologi).

- (2) Pelayanan laboratorium harus menetapkan metode untuk pelaporan hasil-hasil nilai kritis dan pemeriksaan diagnostik.
- (3) Hasil nilai kritis yang ditemukan harus dikonsultasikan dengan dokter spesialis patologi klinik dan segera melaporkan hasil tersebut kepada DPJP atau team medis lainnya kemudian didokumentasikan dicatat terintegrasi dalam berkas rekam medis.
- (4) Waktu penyampaian hasil tersebut harus selesai dalam 30 menit.

BAB VI

ALAT – ALAT LABORATORIUM

Pasal 6

Pengelolaan Peralatan di Unit Laboratorium

- (1) Pelayanan laboratorium mengatur tentang uji fungsi, inspeksi berkala, pemeliharaan berkala, kalibrasi, identifikasi, inventarisasi, monitoring terhadap kegagalan fungsi alat, penarikan alat (*recall* bila ada), pendokumentasian secara tetap terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di laboratorium dengan baik dan aman bagi penggunaanya.
- (2) Alat laboratorium saat ini di Unit lain selain Unit Laboratorium adalah alat gula darah POCT (*Point Of Care Testing*) yang ada di Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan ruang intensif.

BAB VII

REAGEN ESSENSIAL DAN BAHAN LAIN

Pasal 7

Penyediaan Reagen Essensial

- (1) Penyediaan reagen essensial harus selalu di perhatikan untuk menghindari keterlambatan pemeriksaan bila terjadi kekosongan.
- (2) Pelayanan laboratorium menetapkan reagen essensial dan bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan reagen essensial dan bahan lain yang dibutuhkan untuk pelayanan laboratorium selalu tersedia dan di evaluasi (audit reagen) untuk memastikan akurasi dan presisi hasil, serta pengadaan dan pelaporan untuk pelayanan laboratorium jika terjadi kekosongan reagen.

Pasal 8

Penyediaan Reagen Bahan Lain

- (1) Penyediaan reagen bahan lain harus selalu di perhatikan untuk menghindari keterlambatan pemeriksaan bila terjadi kekosongan.
- (2) Pelayanan laboratorium melakukan penyimpanan reagen sesuai dengan yang di sarankan (MSDS) dan reagen atau bahan B3 di beri label secara lengkap dan akurat.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan prosedur untuk permintaan pemeriksaan, pengambilan, pengumpulan, identifikasi spesimen, pengerjaan, pengiriman, pembuangan spesimen dan telusur spesimen (*tracking* spesimen).

BAB VIII

PELAYANAN DARAH

Pasal 9

Pelayanan Darah

- (1) Unit laboratorium Rumah Sakit Dharma Nugraha tidak memiliki Bank Darah sendiri, namun tetap memberikan pelayanan darah untuk penyediaan komponen darah.
- (2) Pelayanan laboratorium melaksanakan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundang-undangan dan standar pelayanan.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan seorang profesional yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab untuk penyelenggaraan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundangan dan standar pelayanan.
- (4) Proses kendali mutu dari semua jenis pelayanan dilaksanakan dan didokumentasikan untuk memastikan terselenggaranya pelayanan darah dan atau transfusi yang aman.
- (5) Sebelum dilakukan pemberian darah harus ada penjelasan dari DPJP tentang manfaat, risiko dan komplikasi pemberian transfusi serta ada persetujuan dari pasien atau keluarganya.
- (6) Selama pemberian transfusi darah harus dilakukan monitor dan evaluasi, serta dilaporkan bila ada reaksi transfusi.
- (7) Pelayanan laboratorium melaksanakan pelayanan darah meliputi permintaan dan pendistribusian darah dalam hal ini bekerja sama dengan PMI (Palang Merah Indonesia).

BAB IX
PELAYANAN PATOLOGI ANATOMI

Pasal 10

Pelayanan Diagnostik dan Laboratorium Patologi Anatomi

- (1) Pelayanan laboratorium mengatur tata cara pelayanan patologi anatomi meliputi administrasi dan pengiriman bahan pemeriksaan ke laboratorium patologi anatomi.
- (2) Pelayanan Patologi Anatomi merupakan pelayanan diagnostik dan laboratorium terhadap jaringan dan cairan tubuh.
- (3) Rumah Sakit Nugraha bekerjasama dengan RS Cipto Mangunkusumo untuk pemeriksaan IHK dan VC.

BAB X
RUJUKAN

Pasal 11

Pelayanan rujukan

- (1) Pelayanan laboratorium melaksanakan rujukan laboratorium keluar rumah sakit untuk fasilitas tertentu dengan melalui laboratorium di dalam rumah sakit.
- (2) Pelayanan laboratorium menetapkan rujukan di luar rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari staf yang bertanggung jawab atas pelayanan laboratorium yang harus memenuhi undang-undang dan peraturan yang ditetapkan, antara lain meliputi : mutu pelayanan, sertifikasi, kelengkapan pemeriksaan, jam pengambilan sampel, pengiriman hasil, informasi kekosongan reagen, dan informasi bila ada pemeriksaan baru.

BAB XI
PROGRAM MANAJEMEN RISIKO

Pasal 12

Mengurangi Risiko dan Bahaya di Laboratorium

- (1) Pelayanan laboratorium menetapkan program terkait risiko dan bahaya di laboratorium.
- (2) Program menangani kebiasaan dan praktek kerja secara aman, tindakan pencegahan serta dikoordinasikan dengan program manajemen resiko dan program pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.
- (3) Pelayanan laboratorium menetapkan regulasi bahwa unit laboratorium melaksanakan proses untuk mengurangi risiko infeksi akibat paparan bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya

BAB XII
KONTROL MUTU LABORATORIUM

Pasal 13

Pelaksanaan Kontrol Mutu Laboratorium

- (1) Kendali mutu laboratorium perlu di lakukan untuk memberikan pelayanan yang prima dan hasil yang akurat.
- (2) Pelayanan laboratorium melakukan program kontrol mutu internal, yang meliputi validasi tes, surveilens harian, reagensia di tes, koreksi cepat dilaksanakan dan di dokumentasikan.
- (3) Pelayanan laboratorium mengikuti Program Pemantapan Mutu Eksternal yang dilaksanakan oleh Lembaga Pemantapan Mutu Laboratorium Kesehatan Indonesia (LPMLKI) sebanyak 2 siklus dalam setahun.
- (4) Pelayanan laboratorium secara teratur mereview hasil kontrol mutu untuk pelayanan oleh laboratorium luar.

BAB XIII
DOKUMENTASI PENGARSIPAN

Pasal 14

Penyimpanan Hasil Pemeriksaan

- (1) Pelayanan laboratorium mengatur tata cara penyimpanan hasil pemeriksaan laboratorium demi terciptanya aspek hukum medis.
- (2) Semua formulir permintaan pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil laboratorium rujukan didokumentasikan.
- (3) Berkas laboratorium Patologi Klinik disimpan selama 5 tahun, kecuali untuk kasus- kasus khusus sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (4) Berkas laboratorium Patologi Anatomi disimpan selama 10 tahun.
- (5) Pada pelaksanaan pemusahan berkas harus ada berita acara sesuai prosedur yang berlaku, yang berisi tanggal, bulan, tahun pemusnahan dan penanggung jawab pemusnahan dokumen.

BAB XIV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal
Penetapan

Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 12 April 2023

DIREKTUR RS Dharma Nugraha,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a series of loops and a final flourish.

dr. Agung Darmanto, SpA

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya buku Pedoman Pelayanan Darah di Rumah Sakit Dharma Nugraha dapat diselesaikan.

Penyusunan pedoman berdasarkan standar dan ketentuan yang berlaku dengan penyesuaian sumber daya dan peralatan yang dimiliki rumah sakit meliputi standar ketenagaan, standar fasilitas, tata laksana pelayanan, logistik, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, kesehatan dan keselamatan kerja, dokumentasi dan pelaporan

Buku Pedoman Pelayanan Darah di Rumah Sakit Dharma Nugraha ini disusun sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan darah dan keselamatan pasien di rumah sakit serta sebagai acuan bagi seluruh pemberi pelayanan darah di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Dengan terbitnya buku ini diharapkan dapat memberikan pemahaman pelayanan darah bagi dokter, analis laboratorium dan petugas kesehatan lain di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada tim penyusun, yang dengan segala upaya telah berhasil menyusun Pedoman Pelayanan Darah di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Jakarta, 14 April 2023

Direktur RS Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER	1
PERATURAN DIREKTUR	2
KATA PENGANTAR	11
DAFTAR ISI	12
BAB I PENDAHULUAN	14
A. Latar Belakang	14
B. Tujuan Pelayanan Darah	15
C. Definisi Operasional	15
D. Landasan Hukum	15
BAB II RUANG LINGKUP	17
A. Kegiatan Pelayanan Darah	17
B. Cakupan Pelayanan Darah	17
BAB III STANDAR KETENAGAAN	18
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	18
B. Distribusi Ketenagaan	18
C. Pengaturan Jaga	18
BAB IV STANDAR FASILITAS	19
A. Standar Ruangan	19
B. Standar Peralatan dan Bahan Habis Pakai	19
C. Standar Reagen	19
D. Pengelolaan Peralatan	19
BAB V TATA LAKSANA PELAYANAN	
A. Waktu Pelayanan	21
B. Pendaftaran dan Pencatatan	21
C. Penyerahan Darah yang diminta Pasien	21
D. Pencatatan dan Pelaporan dari reaksi yang timbul dari transfusi darah	21
E. Alur Pelayanan Darah	22
BAB VI LOGISTIK	23
A. Penerimaan Darah	23
BAB VII PENGENDALIAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN	24
A. Pengendalian Mutu	24

	B. Keselamatan Pasien	25
BAB VIII	KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA	26
	A. Pencegahan Ancaman Bahaya	26
	B. Penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja	27
BAB IX	DOKUMENTASI DAN PELAPORAN	28
	A. Dokumentasi	28
	B. Pencatatan dan Pelaporan	28
BAB X	PENUTUP	29
	DAFTAR LAMPIRAN	30

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR 009/PER-DIR/RSDN/IV/2023
TENTANG
PENYELENGGARAAN PELAYANAN
LABORATORIUM DI RUMAH SAKIT
DHARMA NUGRAHA

PEDOMAN PELAYANAN DARAH

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu indikator kesehatan suatu negara adalah Angka Kematian Ibu (AKI), dibandingkan dengan negara-negara ASEAN, AKI Indonesia masih sangat tinggi (307 kematian per 100.000 kelahiran hidup). Dari beberapa penelitian menunjukkan penyebab utama adalah kematian ibu melahirkan karena perdarahan sehingga dapat dikatakan tinggi AKI di Indonesia tidak dapat dipisahkan dengan kualitas pelayanan darah.

Kebutuhan darah juga meningkat bersamaan dengan meningkatnya jumlah penderita penyakit kelainan darah (haemophilia, thalasemia, dan lain-lain) juga memerlukan transfusi darah untuk tujuan pengobatan dan pemulihan kesehatan pasien.

Pelayanan darah merupakan salah satu bagian dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan khususnya di Rumah Sakit, yang merupakan upaya pelayanan kesehatan yang memanfaatkan darah manusia sebagai bahan dasar, disamping untuk pengobatan juga untuk tujuan kemanusiaan. Pelayanan darah dilaksanakan melalui pelayanan transfusi darah yang aman, berkualitas, terkoordinasi dan sesuai dengan standar prosedur.

Pemahaman penggunaan darah dalam praktik klinis penting menjadi perhatian karena reaksi yang mungkin timbul akibat transfusi darah dalam bentuk reaksi transfusi yang ringan sampai berat, penularan penyakit lewat darah dan dapat membahayakan jiwa pasien.

B. Tujuan Pelayanan Darah

1. Tujuan umum :
Terlaksananya pelayanan transfusi darah aman di rumah sakit dengan sistem tertutup serta berkualitas, terkoordinasi dan sesuai dengan standar
2. Tujuan khusus :
Tersedianya acuan bagi rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan transfusi darah yang berkualitas (aman, tepat waktu, efisien, akses mudah, rasional) sebagai pendukung pelayanan prima rumah sakit

C. Definisi Operasional

1. Pelayanan darah adalah upaya pelayanan kesehatan yang memanfaatkan darah manusia sebagai bahan dasar dengan tujuan kemanusiaan dan tidak untuk tujuan komersial.
2. Pelayanan transfusi darah adalah upaya pelayanan kesehatan yang meliputi perencanaan, pengerahan dan pelestarian pendonor darah, penyediaan darah, pendistribusian darah dan tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
3. Pelayanan bank darah Rumah Sakit adalah unit pelayanan di rumah sakit yang bertanggung jawab atas tersedianya darah untuk transfusi yang aman, berkualitas dan dalam jumlah yang cukup untuk mendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
4. Uji cocok serasi adalah proses mereaksikan silang antara darah donor dengan pasien sehingga didapatkan darah yang cocok untuk pasien tersebut.

D. Landasan Hukum

1. Undang – Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang – Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Undang – Undang RI No. 29 tahun 2004 Praktik Kedokteran
4. Peraturan Pemerintah RI No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah RI No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290/MENKES/PER/VIII/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1691/MENKES/PER/II/2008 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar

Pelayanan Minimal Rumah Sakit

10. Pedoman Pengelolaan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) Direktorat Bina Pelayanan Medik Dasar, Direktorat jenderal Bina Pelayanan medik Departemen RI Jakarta 2008

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup Pedoman Pelayanan Darah di RS Dharma Nugraha meliputi kegiatan dan cakupan pelayanan darah, sebagai berikut :

A. Kegiatan Pelayanan Darah

1. Pelayanan Darah Rumah Sakit
 - a. Permintaan darah tidak cito
 - b. Permintaan darah cito
 - c. Penerimaan darah sesuai permintaan
 - d. Penyerahan darah ke dokter yang meminta melalui perawat yang diberi wewenang
 - e. Pencatatan
 - f. Pelaporan

B. Cakupan Pelayanan Darah

1. Pengambilan contoh darah
 - a. Merupakan kegiatan untuk mengambil sejumlah darah pasien sebagai sampel untuk mencocokkan golongan darah pasien dengan pendonor
 - b. Contoh darah diambil oleh petugas laboratorium dan kemudian dilakukan pemeriksaan skrining blood di laboratorium.
2. Pemeriksaan golongan darah
 - a. Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui golongan darah pasien untuk menghindari kesalahan pemesanan darah atau pemberian transfusi
 - b. Dilakukan untuk setiap pasien yang direncanakan untuk ditransfusi
3. Permintaan darah
 - a. Merupakan permintaan jenis darah tertentu, dalam jumlah dan golongan tertentu yang berasal dari DPJP untuk kepentingan pasien sesuai dengan indikasi
 - b. Permintaan dituliskan pada formulir yang ditentukan
 - c. Permintaan darah ditujukan kepada PMI
4. Pendistribusian Darah
 - a. Darah yang telah diterima di Pelayanan Darah akan diserahkan kepada perawat penanggung jawab pasien
 - b. Distribusi dilakukan sesaat sebelum darah akan digunakan oleh pasien
 - c. Dalam proses distribusi selalu memperhatikan cara dan ketentuan yang berlaku untuk menjamin kualitas darah
 - d. Proses distribusi akan dicatat pada buku registrasi

BAB III

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Untuk pelaksana teknis pelayanan darah dilakukan oleh paramedis Teknologi transfusi Darah (PTTD) atau analis laboratorium / teknis medis yang sudah dilatih di bidang transfusi darah sesuai standar (minimal 80 jam) dan memiliki sertifikasi dari PMI atau Pusdiklat Kemkes. Selain itu untuk melaksanakan kegiatan administrasi pelayanan darah diperlukan tenaga administrasi dengan pendidikan SMU atau sederajat.

NO	JABATAN	KUALIFIKASI	JUMLAH
2	Pelaksana	Analisis di bidang transfusi darah sesuai standar	1 orang
3	Tenaga administrasi	SMU / SMK	1 orang

Dalam melaksanakan program kerja unit pelayanan darah maka RS Dharma Nugraha mengatur pola kebutuhan ketenagaan dan tanggung jawab unit pelayanan darah.

B. Distribusi Ketenagaan

Dalam melakukan pelayanan laboratorium, ketenagaan di laboratorium pengaturannya harus tepat dibuat dalam daftar dinas petugas yang terdiri dari 3 (tiga) *shift*, agar pelayanan dapat berjalan sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan oleh masing-masing Rumah Sakit.

Adapun setiap *shift* ketenagaan di laboratorium dapat diatur sebagai :

1. Menerima contoh darah dan formulir permintaan darah
2. Melakukan pemeriksaan golongan darah
3. Pemeriksaan skrining
4. Distribusi
5. Melakukan pencatatan dan pelaporan

C. Pengaturan Jaga

Jam kerja staf sesuai dengan jam operasional unit pelayanan darah

- Shift pagi : Pkl 07.00 - 14.00
- Shift sore : Pkl 14.00 - 21.00
- Shift malam : Pkl 21.00 - 07.00

BAB IV

STANDAR FASILITAS

A. Standar Ruangan

1. Lokasi mudah dijangkau dari berbagai unit pelayanan di rumah sakit
2. Luas minimal 20 m² dengan cahaya, ventilasi dan sirkulasi yang baik, termasuk ruang administrasi secara terpisah.
3. Fasilitas air mengalir dan listrik yang memadai, generator atau UPS yang mampu mem back up kegiatan pelayanan darah. Pelayanan Darah dilakukan pada ruangan yang cukup untuk melaksanakan kegiatan administrasi dan pelayanan dengan perlengkapan, peralatan dan bahan yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan untuk menciptakan suasana kerja yang optimal, tepat dan akurat, tepat waktu, efisien dan aman.

B. Standar Peralatan dan Bahan Habis Pakai

NO	NAMA PERALATAN	JUMLAH MINIMAL
1.	Centrifuge	1 buah
2.	Cool Box Besar	1 buah
3.	Mikroskop	1 buah
4.	Object Glass	sesuai kebutuhan
5.	Timer	1 buah

C. Standar Reagen

Reagen pelayanan darah terdiri dari :

1. Anti – A
2. Anti – B
3. Anti – AB
4. Anti – D

D. Pengelolaan Peralatan

1. Pemeliharaan peralatan dan prasarana lainnya di Instalasi Laboratorium mengacu pada pedoman K3 Rumah Sakit
2. Pemeliharaan terdiri dari :
 - a. Pemeliharaan rutin yang dilakukan oleh petugas pelayanan darah
 - b. Pemeliharaan yang dilakukan oleh petugas IPSRS dan atau pihak ketiga.
 - c. Kalibrasi peralatan
3. Jadwal pemeliharaan peralatan dan prasarana lainnya di pelayanan darah disusun

oleh petugas pelayanan darah berkoordinasi dengan Tim K3 RS.

4. Evaluasi terhadap pelaksanaan pemeliharaan peralatan dan prasarana dilakukan setiap 3 bulan.

BAB V

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Waktu Pelayanan

Pelayanan darah yang diselenggarakan Rumah Sakit Dharma Nugraha, dilakukan selama 24 jam

B. Pendaftaran dan Pencatatan

1. Setiap permintaan darah harus dilengkapi formulir permintaan darah dari DPJP dan atas persetujuan pasien atau keluarga pasien dan formulir pemeriksaan skrining ulang.
2. Setiap tahap kegiatan pelayanan darah harus dilakukan pencatatan di buku pelayanan darah, mencakup permintaan darah, penerimaan darah, pemeriksaan golongan darah (ABO/Rhesus) dan uji skrining.

C. Penyerahan darah yang diminta pasien

1. Darah yang sudah tersedia di Unit Pelayanan Darah dilakukan pencocokan antara label yang melekat pada labu darah dengan copy formulir permintaan yang terdokumenasi di bagian laboratorium oleh petugas Unit Pelayanan Darah
2. Petugas Unit Pelayanan Darah melakukan pencatatan di buku registrasi Unit Pelayanan Darah
3. Penyerahan labu darah yang telah dilakukan pencocokan identitas segera didistribusikan ke unit perawatan, sesuai dengan formulir permintaan labu darah
4. Formulir permintaan didokumentasikan di unit perawatan terkait, dan dimasukkan ke dalam Berkas Rekam Medis pasien.

D. Pencatatan dan pelaporan dari reaksi yang timbul dari transfusi darah

Reaksi transfusi yang timbul akibat transfusi darah dapat dibagi atas 3 tingkatan yaitu Reaksi demam, menggigil

1. Reaksi alergi seperti gatal, kulit kemerahan
2. Reaksi hemolitik

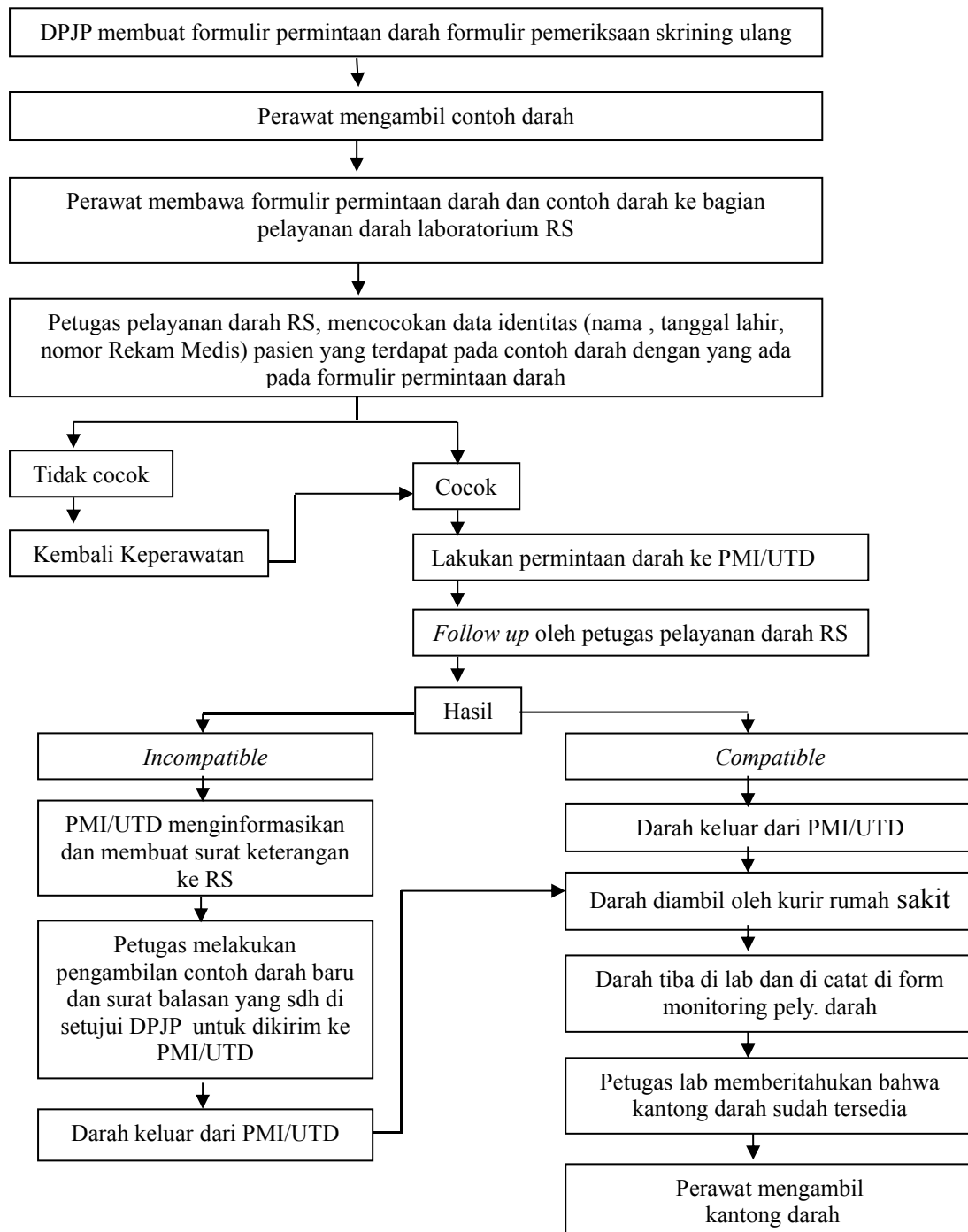
Reaksi akibat transfusi darah dicatat pada buku administrasi pelayanan darah :

1. Jenis reaksi yang diderita pasien
2. Lama waktu antara transfusi dan reaksi terjadi
3. Jumlah darah yang telah ditransfusi
4. Informasi disampaikan ke PMI/UTD dimana darah diperoleh

Reaksi transfusi dilanjutkan dengan pemeriksaan kecocokan serum pasien terhadap sel darah merah donor dan pemeriksaan urin pertama pasien pasca transfusi untuk melihat adanya hemoglobin bebas atau sel darah merah.

E. Alur Pelayanan Darah

1. Rumah Sakit ke PMI/UTD (Unit Transfusi Darah)



BAB VI

LOGISTIK

A. Penerimaan Darah

Mekanisme penerimaan darah sesuai kesepakatan yang tertuang dalam PKS (Perjanjian Kerja Sama)

1. Unit pelayanan darah menerima darah aman dari UTD setempat sesuai permintaan, bila tidak sesuai dengan permintaan dicatat atau disesuaikan dengan kesepakatan yang tertuang dalam PKS
2. Petugas pengantar darah dari UTD maupun petugas penerima darah di Unit pelayanan darah bersama-sama menilai kondisi darah, dan mampu mengenali tanda-tanda fisik darah aman dan standar labeling
3. Dibuat berita acara
4. Tersedia SPO penerimaan darah dari UTD

BAB VII

PENGENDALIAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

A. Pengendalian Mutu

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya di Pelayanan Darah maka disusun suatu indikator untuk mengukur kualitas pelayanan.

1. Tujuan Pengendalian Mutu :

- a. Tersusunnya sistem monitoring pelayanan darah melalui indikator mutu pelayanan
- b. Tercapainya mutu pelayanan darah yang dapat menjamin keselamatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan medis sesuai tuntutan dan perkembangan ilmu pengetahuan.

2. Kegiatan Pengendalian Mutu :

- a. Sebagai indikator pengendalian mutu pelayanan darah ditetapkan standar mutu Pelayanan Darah yang merupakan bagian dari standar mutu pelayanan medis.
- b. Standar mutu ditetapkan setiap awal tahun dan akan dievaluasi setiap tahun
- c. Penetapan standar mutu dilakukan berdasarkan hasil evaluasi dan analisa pencapaian standar mutu tahun sebelumnya.
- d. Laporan dan evaluasi pencapaian standar mutu dibuat oleh Kepala Pelayanan Darah berkoordinasi dengan Kepala Instalasi Laboratorium dan dilaporkan setiap triwulan kepada Direktur.

3. Kegiatan Peningkatan Mutu :

- a. Penanggung jawab kegiatan mutu : PIC Pelayanan Darah
- b. Merupakan kegiatan – kegiatan rutin yang dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan sebagai tindak lanjut dari evaluasi program kerja pelayanan darah yang telah dilaksanakan.
- c. Program peningkatan mutu dituangkan dalam program kerja tahun berikutnya meliputi:
 - 1) Program pengembangan staf / SDM : berupa program diklat
 - 2) Program pengembangan sarana dan prasarana
 - 3) Program pengembangan sistem
- d. Program peningkatan mutu disusun setiap tahun dan dimasukkan dalam program kerja tahunan berdasarkan evaluasi pencapaian program kerja tahun sebelumnya untuk membuat program peningkatan mutu tahun berikutnya.
- e. Evaluasi pencapaian program peningkatan mutu dilakukan secara berkala, agar perbaikan mutu dapat segera dilakukan.

B. Keselamatan Pasien

Memberikan pelayanan darah yang aman merupakan hal yang utama dalam pelayanan Unit Pelayanan Darah. Hal ini berarti Unit Pelayanan darah harus menjamin mutu pelayanan dengan mengutamakan keselamatan dan kepentingan pasien.

1. Tujuan Keselamatan Pasien pada Unit Pelayanan Darah antara lain :

- a. Pasien mendapatkan darah yang aman dan berkualitas sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Menghindari terjadinya kesalahan transfusi antara darah donor dan darah penerima.
- c. Dapat memantau kejadian-kejadian reaksi transfusi darah yang timbul dalam pelaksanaan transfusi di Rumah Sakit.

2. Tata Laksana Keselamatan Pasien pada Unit Pelayanan Darah

Langkah-langkah dalam pemantauan keselamatan pasien pada Unit Pelayanan Darah :

- a. Melakukan identifikasi dan inventarisasi risiko kesalahan yang mungkin timbul dalam pelayanan darah dengan melakukan identifikasi yang terdiri dari memastikan kebenaran sample, mencocokkan golongan darah, mencocokkan label pada labu darah dan formulir permintaan darah.
- b. Melakukan evaluasi ketepatan waktu pelayanan di Unit Pelayanan Darah dengan cara pemantauan kecepatan tersedianya darah dalam waktu yang tepat, terutama pada kondisi emergency dimana dibutuhkan darah untuk tindakan live saving pada pasien.
- c. Menjamin kualitas darah yang diberikan kepada pasien dengan menjaga rantai dingin darah yang disiapkan untuk pasien. Rantai dingin harus tetap dijaga sejak darah keluar dari PMI dengan pemantauan suhu 2-6°C oleh petugas saat transportasi ke Unit Pelayanan Darah Rumah Sakit hingga proses transfusi darah.
- d. Melakukan pencatatan semua reaksi transfusi yang timbul akibat proses transfusi
- e. Melakukan evaluasi berkala dan memberikan rekomendasi serta tindak lanjut terhadap kasus-kasus keselamatan pasien yang terjadi selama periode tertentu untuk mencegah terulangnya insiden keselamatan pasien.

BAB VIII

KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

A. Pencegahan Ancaman Bahaya

Ancaman bahaya yang mengakibatkan resiko gangguan kesehatan dan keselamatan bagi petugas Pelayanan Darah Rumah Sakit, perlu diidentifikasi dan dilakukan pencegahan.

Pencegahan dilakukan terhadap :

1. Ruangan
 - a. Kebersihan ruangan
 - b. Permukaan meja kerja selalu dibersihkan setelah selesai bekerja dan ketika terjadi tumpahan bahan.
 - c. Lantai bersih, kering, tidak licin dan ada saluran pembuangan.
 - d. Suhu ruangan antara 22°C - 27°C dengan kelembaban nisbi 50 – 70 %.
 - e. Udara dalam ruang dibuat mengalir searah (dari ruang bersih ke ruang kotor)
 - f. Dinding dicat dengan bahan epoksi, permukaan rata, mudah dibersihkan, tidak tembus cairan dan tahan terhadap desinfektan
 - g. Pintu ruangan harus selalu tertutup jika petugas sedang bekerja, yang tidak berkepentingan dilarang masuk.
2. Peralatan
 - a. Sarung tangan dilepas bila menerima telepon
 - b. Penyimpanan jas laboratorium tidak dalam satu lemari dengan pakaian lain yang dipakai di luar ruangan Laboratorium
 - c. Diwajibkan memakai sarung tangan selama bekerja
 - d. Penyimpanan peralatan sesuai dengan standar prosedur operasional
3. Sistem/Prosedur
 - a. Penggunaan bahan-bahan sesuai dengan ukuran
 - b. Semua SPO yang tersedia harus dilaksanakan dan diperhatikan untuk mencegah atau meminimalisasi bahaya atau kecelakaan akibat kerja
 - c. Limbah infeksius dimasukkan ke dalam kantong plastik sesuai dengan kode dan warnanya untuk dikelola
 - d. Seluruh petugas laboratorium harus selalu mencuci tangan setelah menangani bahan infeksius, dan sebelum meninggalkan ruangan laboratorium
 - e. Jas laboratorium hanya boleh dipakai di ruang laboratorium
4. Petugas
 - a. Makan, minum, merokok, menyimpan makanan serta menggunakan kosmetik di dalam ruang Laboratorium tidak diperkenankan

- b. Pakailah kacamata pelindung, kaca pelindung wajah (*visors*) atau alat pelindung diri lainnya jika menangani objek yang mudah memercik atau memantul ke tubuh kita
- c. Seluruh petugas yang menangani bahan infeksius harus memakai sarung tangan untuk menghindari penularan melalui kontak langsung dengan spesimen darah

B. Penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Jika terjadi hal yang tidak diinginkan atau bahaya kecelakaan dan kedaruratan di Laboratorium Pelayanan Darah Rumah Sakit harus dilakukan :

1. Tindakan segera (emergency respon) untuk antisipasi bahaya yang lebih besar
2. Melakukan P3K (Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan) agar tidak terjadi akibat yang fatal baik bagi petugas, tempat dan lingkungan kerja

BAB IX

DOKUMENTASI DAN PELAPORAN

A. Dokumentasi

1. Pelayanan darah
 - a. Permintaan rutin dan darurat
 - b. Jumlah pemakaian darah
 - c. Jumlah pemeriksaan
 - d. Kejadian reaksi transfusi darah

B. Pencatatan Dan Pelaporan

1. Pencatatan

Pencatatan dilakukan pada setiap tahap kegiatan di Pelayanan darah setiap hari.

Sistim pencatatan dalam pelayanan darah terdiri dari :

 - a. Permintaan Rutin dan darurat meliputi golongan darah, jenis darah (komponen), jumlah (kantong/unit/cc)
 - b. Jumlah pemakaian darah meliputi : golongan darah, jenis darah (komponen), jumlah (kantong/unit/cc)
 - c. Jumlah pemeriksaan golongan darah (ABO / Rhesus) ,
 - d. Kejadian reaksi transfusi darah meliputi : jumlah, nomor kantong/unit darah, tanggal.
2. Pelaporan
 - a. Sistem pelaporan dalam pelayanan darah meliputi :
 - 1) Rekap Data Permintaan Darah Rutin dan Darurat
 - 2) Rekap Pemakaian Darah
 - 3) Rekap pemeriksaan golongan darah
 - 4) Rekap respon time
 - 5) Rekap kejadian transfusi darah
 - b. Sumber data pelaporan berasal dari pencatatan harian
 - c. Laporan disiapkan oleh Kepala Pelayanan Darah setiap awal bulan untuk dikoreksi oleh Kepala Instalasi Laboratorium
 - d. Kepala Instalasi Laboratorium membuat laporan setiap triwulan kepada Direktur melalui Manajer Penunjang Medis

BAB X

PENUTUP

Pedoman pelayanan darah yang telah disusun dan ditetapkan dan merupakan pelayanan standar yang harus dimiliki oleh laboratorium RS Dharma Nugraha yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing rumah sakit.

Penyusunan pedoman berdasarkan standar dan ketentuan yang berlaku dengan penyesuaian sumber daya dan peralatan yang dimiliki rumah sakit meliputi standar ketenagaan, standar fasilitas, tata laksana pelayanan, logistik, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, kesehatan dan keselamatan kerja, dokumentasi dan pelaporan.

Buku pedoman pelayanan darah ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan pelayanan darah di laboratorium dan dapat dilakukan perubahan sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi pelayanan darah.

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 14 April 2023

DIREKTUR RS DHARMA NUGRAHA,



dr. Agung Darmanto, SpA

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SPO Alur permintaan tindakan transfusi
Lampiran 2	Formulir persetujuan transfusi
Lampiran 4	Formulir PMI
Lampiran 8	Formulir monitoring pelayanan darah
Lampiran 13	Check list pemeriksaan golongan darah abo dan rhesus
Lampiran 25	Laporan reaksi transfusi

