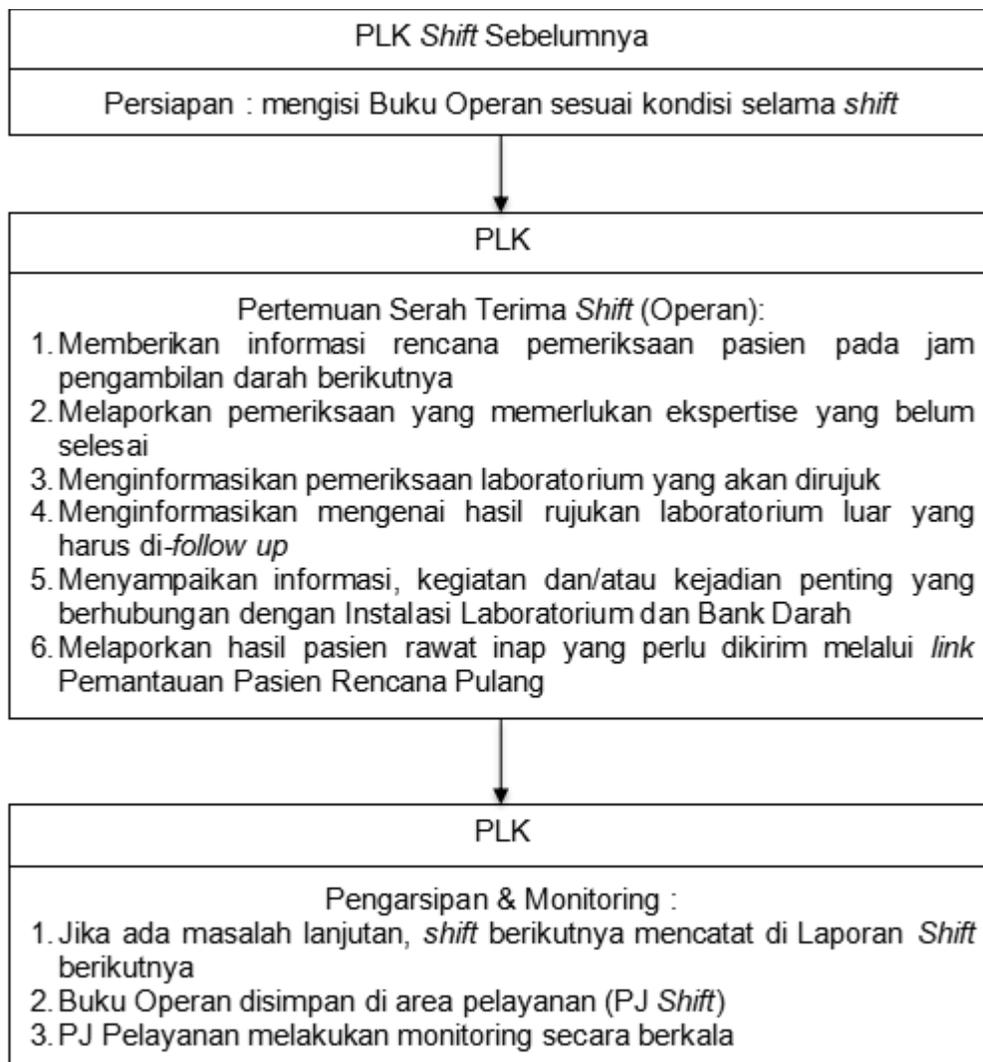


	SERAH TERIMA LAPORAN SHIFT		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/9407/2025	No. Revisi : 01	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 17 Juni 2025	Ditetapkan : Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta,  dr. ADIN NULKHASANAH, Sp.S., MARS	
PENGERTIAN	Merupakan proses komunikasi, koordinasi, penyampaian informasi, dan dokumentasi kondisi terakhir pelayanan di Instalasi Laboratorium dan Bank Darah dari petugas <i>shift</i> sebelumnya kepada petugas <i>shift</i> berikutnya.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjamin kesinambungan pelayanan laboratorium dan bank darah antar <i>shift</i>. 2. Meminimalisir potensi kesalahan penanganan spesimen, hasil, maupun distribusi darah. 3. Mendokumentasikan kegiatan dan kejadian penting yang terjadi selama <i>shift</i>. 4. Memastikan tindak lanjut atas temuan atau masalah dapat diteruskan dengan baik. 		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Nomor HK.02.03/D.XXIII/828/2024 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Laboratorium dan Bank Darah.		
PROSEDUR	<p>A. Persiapan oleh PLK <i>Shift</i> Sebelumnya Mengisi Buku Operan sesuai kondisi selama <i>shift</i></p> <p>B. Pertemuan Serah Terima <i>Shift</i> (Operan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PLK <i>shift</i> sebelumnya memberikan informasi rencana pemeriksaan pasien pada jam pengambilan darah berikutnya 2. PLK <i>shift</i> sebelumnya melaporkan pemeriksaan yang memerlukan ekspertise yang belum selesai 3. PLK <i>shift</i> sebelumnya menginformasikan pemeriksaan laboratorium yang akan dirujuk 4. PLK <i>shift</i> sebelumnya menginformasikan mengenai hasil rujukan laboratorium luar yang harus di-<i>follow up</i> 5. PLK <i>shift</i> sebelumnya menyampaikan informasi, kegiatan dan/atau kejadian penting yang berhubungan dengan Instalasi Laboratorium dan Bank Darah 6. PLK <i>shift</i> sebelumnya melaporkan hasil pasien rawat inap yang perlu dikirim melalui <i>link</i> Pemantauan Pasien Rencana Pulang <p>C. Pengarsipan dan Monitoring</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika ada masalah lanjutan, <i>shift</i> berikutnya mencatat di Laporan <i>Shift</i> berikutnya 2. Buku Operan disimpan di area pelayanan (PJ <i>Shift</i>) 3. PJ Pelayanan melakukan monitoring secara berkala 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Intensif 4. Instalasi Bedah Sentral 5. Instalasi Neurorestorasi 6. Instalasi Rawat Jalan dan Neurodiagnostik 		

ALUR SERAH TERIMA LAPORAN SHIFT



	Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr.dr. Mahar Mardjono Jakarta “Formulir Penambahan / Perubahan Dokumen”	No. Dokumen	: OT.02.02/D.XXIII/9407/2025
		Tanggal Efektif	: 17 Juni 2025
		Halaman	: 2 (dua) halaman

Dengan ini kami mengajukan perubahan dokumen yang ada pada Instalasi Laboratorium dan Bank Darah, sebagai berikut :

Tanggal : 13 Mei 2025 Penambahan Dokumen
 Nama : dr. Hastrina Mailani, Sp.PA Perubahan Dokumen
 Unit Kerja : Instalasi Lab & Bank Darah Pengurangan Dokumen
 Beri tanda ✓ pada kotak yang diperlukan

Ka. Instalasi Laboratorium dan Bank Darah

dr. Hastrina Mailani, Sp.PA

No	Nomor Dokumen (Sebelumnya)	Status Revisi	Dasar Perubahan	Uraian Kondisi Sebelum	Uraian Kondisi Sesudah
1	OT.02.02/ XXXIX.1/3013/2018; 10 April 2018	ke-1	1. SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor: HK.02.03/D.XXIII/828/2024 tentang Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan Instalasi Laboratorium. 2. Permenpan Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasioal Prosedur Administrasi Pemerintah. 3. Karena ketentuan pedoman dalam unit kerja diperlukan agar tugas dan fungsi masing-masing PLK dapat dilaksanakan dengan baik dan benar 4. Saat ini status dokumen lama di emisy adalah kadaluwarsa.	Ditetapkan Direktur Utama "dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K) KIC, MARS"	Ditetapkan Direktur Utama "dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS"
				Nomor SK Kebijakan : HK.02.03/D.XXIII/2742/2018	Nomor SK Kebijakan : HK.02.03/D.XXIII/828/2024
				Belum terdapat alur	Menambahkan alur (hal.2)
				Kop dan logo lama	Memperbaiki format sesuai logo dan kop baru, revisi unit terkait