

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA

No.1756, 2014

KEMENKES. Pelayanan Darah. Unit Transfusi
Darah. Bank Darah. Pencabutan.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 83 TAHUN 2014

UNIT TRANSFUSI DARAH, BANK DARAH RUMAH SAKIT, DAN JEJARING
PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 37, Pasal 39 ayat (3), Pasal 40 ayat (4), Pasal 41 ayat (3) dan Pasal 42 ayat (6) Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah dengan Peraturan Menteri;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);

2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5197);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 288);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG UNIT TRANSFUSI DARAH, BANK DARAH RUMAH SAKIT, DAN JEJARING PELAYANAN DARAH.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

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. Palang Merah Indonesia yang selanjutnya disingkat PMI, adalah organisasi sosial yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kepalangmerahan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Unit Transfusi Darah, yang selanjutnya disingkat UTD, adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pendonor darah, penyediaan darah, dan pendistribusian darah.
5. Bank Darah Rumah Sakit, yang selanjutnya disingkat BDRS, adalah suatu 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.
6. Pendonor Darah adalah orang yang menyumbangkan darah atau komponennya kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
7. Direktur Jenderal adalah Direktur Jenderal pada Kementerian Kesehatan yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang pembinaan Sarana Kesehatan.
8. Pemerintah Pusat selanjutnya disebut Pemerintah adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan, Negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
9. Pemerintah Daerah adalah Gubernur, Bupati atau Walikota dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
10. Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

BAB II

UTD

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 2

- (1) UTD hanya diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau PMI.
- (2) UTD yang diselenggarakan oleh Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk unit pelaksana teknis atau unit pelayanan di rumah sakit milik Pemerintah.
- (3) UTD yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berbentuk lembaga teknis daerah, Unit

pelaksana teknis daerah, atau unit pelayanan di rumah sakit milik pemerintah daerah.

Bagian Kedua

Jenis UTD

Pasal 3

- (1) Berdasarkan tingkatannya, UTD terdiri atas UTD:
 - a. tingkat nasional;
 - b. tingkat provinsi; dan
 - c. tingkat kabupaten/kota.
- (2) Berdasarkan kemampuan pelayanan, UTD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:
 - a. kelas utama;
 - b. kelas madya; dan
 - c. kelas pratama.

Pasal 4

- (1) UTD tingkat nasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf a harus memiliki kemampuan pelayanan kelas utama.
- (2) UTD tingkat nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berjumlah 1 (satu) di Indonesia dan ditetapkan oleh Menteri.
- (3) UTD tingkat nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas:
 - a. menyusun perencanaan kebutuhan darah;
 - b. melakukan pengerahan dan pelestarian pendonor darah;
 - c. melakukan penyediaan darah dan komponen darah;
 - d. melakukan pendistribusian darah;
 - e. melakukan pelacakan penyebab reaksi transfusi atau kejadian ikutan akibat transfusi darah;
 - f. melakukan pemusnahan darah yang tidak layak pakai;
 - g. melakukan pembinaan teknis dan pemantauan kualitas pelayanan darah di tingkat provinsi;
 - h. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan;
 - i. pusat rujukan nasional untuk pelayanan transfusi darah yang melayani rujukan pemeriksaan, rujukan pengetahuan, rujukan informasi dan data;
 - j. pusat penelitian dan pengembangan dalam penapisan teknologi

transfusi darah untuk penerapan yang sesuai dengan kebutuhan setempat;

- k. koordinator sistem jejaring penyediaan darah dalam merancang jejaring pelayanan transfusi darah lintas wilayah dalam bentuk sistem informasi teknologi dan bekerja sama dengan UTD negara-negara lain dan lembaga swadaya masyarakat;
- l. koordinator pengumpulan plasma tingkat nasional;
- m. melakukan penyediaan logistik; dan
- n. penyediaan darah pendonor secara nasional.

Pasal 5

- (1) Berdasarkan peraturan menteri ini UTD PMI Pusat Jakarta ditetapkan sebagai UTD tingkat nasional dengan kelas utama.
- (2) Pemerintah dan PMI bertanggung jawab terhadap pembiayaan penyelenggaraan Pelayanan Darah pada UTD tingkat nasional.
- (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan UTD tingkat nasional diatur dengan Peraturan Menteri.

Pasal 6

- (1) UTD tingkat provinsi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf b harus memiliki kemampuan pelayanan paling rendah kelas madya.
- (2) UTD tingkat provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mempunyai tugas:
 - a. menyusun perencanaan kebutuhan darah;
 - b. melakukan pengerahan dan pelestarian pendonor darah;
 - c. melakukan penyediaan darah dan komponen darah;
 - d. melakukan pendistribusian darah;
 - e. melakukan pelacakan penyebab reaksi transfusi atau kejadian ikutan akibat transfusi darah;
 - f. melakukan pemusnahan darah yang tidak layak pakai;
 - g. menyediakan darah pendonor;
 - h. melakukan pembinaan teknis dan pemantauan kualitas pelayanan darah tingkat kabupaten/kota;
 - i. menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan;
 - j. pusat rujukan tingkat provinsi untuk pelayanan transfusi darah yang melayani rujukan pemeriksaan, rujukan pengetahuan, rujukan informasi dan data;

- k. pusat penelitian dan pengembangan dalam penapisan teknologi transfusi darah untuk penerapan yang sesuai dengan kebutuhan setempat; dan
 - l. koordinator sistem jejaring penyediaan darah pada provinsi atau wilayah binaan.
- (3) Pemerintah daerah provinsi bertanggung jawab terhadap pembiayaan penyelenggaraan Pelayanan Darah pada UTD tingkat provinsi.
- (4) Dalam hal terdapat lebih dari 1 (satu) UTD tingkat provinsi pada provinsi yang sama, Gubernur menetapkan pembagian wilayah binaan untuk setiap UTD dan jejaring Pelayanan Transfusi Darah.

Pasal 7

- (1) UTD tingkat kabupaten/kota sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) huruf c memiliki kemampuan pelayanan paling rendah kelas pratama.
- (2) UTD tingkat kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas:
- a. menyusun perencanaan kebutuhan darah;
 - b. melakukan pengerahan dan pelestarian pendonor darah;
 - c. melakukan penyediaan darah dan komponen darah;
 - d. melakukan pendistribusian darah;
 - e. melakukan pelacakan penyebab reaksi transfusi atau kejadian ikutan akibat transfusi darah; dan
 - f. melakukan pemusnahan darah yang tidak layak pakai.
- (3) Pemerintah Daerah kabupaten/kota bertanggung jawab terhadap pembiayaan penyelenggaraan Pelayanan Darah pada UTD tingkat kabupaten/kota.

Pasal 8

- (1) UTD dengan kelas utama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b paling sedikit memiliki kemampuan pelayanan:
- a. melakukan uji saring darah terhadap Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD) dengan metode *Nucleic Acid Amplification Technology* (NAT), *Chemiluminescence Immuno Assay* (ChLIA)/ *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), *Rapid Test*, dan *slide test* malaria untuk daerah endemis;
 - b. melakukan uji kontaminasi bakteri;
 - c. melakukan uji golongan darah ABO dan *rhesus*, uji silang serasi, serta skrining dan identifikasi antibodi dengan metode otomatis/*slide*/tabung/gel;

- d. berfungsi sebagai rujukan uji saring darah terhadap Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD), kasus serologi golongan darah dan kasus reaksi transfusi darah secara laboratoris;
 - e. mengolah sekurang-kurangnya 80% dari *Whole Blood* menjadi komponen darah; dan
 - f. memproduksi jenis komponen darah *Whole Blood*, *Packed Red Cell*, *Thrombocyte Concetrate*, *Fresh Frozen Plasma*, dan *Cryoprecipitate* tanpa atau dengan *leukodepleted*.
- (2) UTD dengan kelas madya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf b paling sedikit memiliki kemampuan pelayanan:
- a. melakukan uji saring darah terhadap Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD) dengan *Chemiluminescence Immuno Assay* (ChLIA)/*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), *Rapid Test*, dan *slide test* malaria untuk daerah endemis;
 - b. melakukan uji golongan darah ABO dan *rhesus*, serta uji silang serasi dengan metode *slide*/tabung/gel;
 - c. mengolah sekurang-kurangnya 50% dari *Whole Blood* menjadi komponen darah; dan
 - d. memproduksi jenis komponen darah *Whole Blood*, *Packed Red Cell*, dan *Thrombocyte Concetrate*.
- (3) UTD dengan kelas pratama sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) huruf c paling sedikit memiliki kemampuan pelayanan:
- a. melakukan uji saring darah dengan metode *rapid test* dan *slide test* malaria untuk daerah endemis;
 - b. melakukan uji golongan darah ABO dan *Rhesus*, serta uji silang serasi dengan metode *slide*/tabung/gel;
 - c. mengolah *Whole Blood* menjadi komponen darah atas permintaan klinisi; dan
 - d. memproduksi jenis komponen darah *Whole Blood* dan *Packed Red Cell*.

Bagian Ketiga

Pengorganisasian UTD

Pasal 9

- (1) Struktur organisasi UTD paling sedikit terdiri atas:
- a. kepala UTD;
 - b. penanggung jawab teknis pelayanan;
 - c. penanggung jawab administrasi; dan
 - d. penanggung jawab mutu.

- (2) Kepala UTD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a mempunyai tugas dan tanggung jawab :
 - a. menetapkan kebijakan teknis dan rencana kerja UTD;
 - b. menentukan pola dan tata cara kerja;
 - c. memimpin pelaksanaan kegiatan teknis UTD;
 - d. melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi kegiatan UTD; dan
 - e. melakukan koordinasi teknis dengan lintas sektor.
- (3) Penanggung jawab teknis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b memiliki tugas dan tanggung jawab:
 - a. melaksanakan kebijakan teknis dan rencana kerja UTD;
 - b. melaksanakan pola dan tata cara kerja pelayanan darah;
 - c. melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi kegiatan pelayanan darah; dan
 - d. melakukan koordinasi teknis pelayanan.
- (4) Penanggung jawab administrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c memiliki tugas dan tanggung jawab:
 - a. melaksanakan kegiatan teknis administrasi;
 - b. melaksanakan fungsi koordinasi; dan
 - c. melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi administrasi.
- (5) penanggung jawab mutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d memiliki tugas dan tanggung jawab :
 - a. melaksanakan kebijakan teknis dan rencana kerja pengendalian mutu;
 - b. melaksanakan pola dan tata cara kerja;
 - c. melaksanakan kegiatan pengawasan, pengendalian mutudan evaluasi kegiatan mutu; dan
 - d. melakukan koordinasi teknis pengendalian mutu.

Pasal 10

- (1) Kepala UTD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a memiliki kualifikasi:
 - a. latar belakang pendidikan dokter;
 - b. memiliki sertifikat pelatihan teknis dan manajemen di bidang pelayanan darah; dan
 - c. bersedia bekerja penuh waktu di UTD.

- (2) Penanggung jawab teknis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf b memiliki persyaratan :
 - a. tenaga kesehatan dengan pendidikan paling rendah diploma;
 - b. bersedia bekerja penuh waktu di UTD; dan
 - c. memiliki kompetensi di bidang pelayanan darah berdasarkan sertifikat pelatihan teknis dan manajemen pelayanan darah.
- (3) Penanggung jawab administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c harus memenuhi persyaratan:
 - a. paling rendah pendidikan diploma; dan
 - b. bersedia bekerja penuh waktu di UTD.
- (4) Penanggung jawab mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf d memiliki persyaratan:
 - a. tenaga teknisi transfusi darah atau tenaga ahli teknologi laboratorium medik yang memiliki sertifikat pelatihan teknis pengendalian mutu dalam Pelayanan Darah;
 - b. bersedia bekerja penuh waktu di UTD; dan
 - c. memiliki kompetensi di bidang pelayanan darah berdasarkan sertifikat pelatihan teknis dan manajemen pelayanan darah.

Pasal 11

Penanggung jawab administrasi, penanggung jawab teknis dan penanggung jawab mutu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 dalam menjalankan tugasnya berada di bawah pengawasan kepala UTD.

Bagian Keempat

Persyaratan UTD

Pasal 12

UTD harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, sarana dan prasarana, peralatan, serta ketenagaan.

Pasal 13

Lokasi UTD harus memenuhi persyaratan kesehatan lingkungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

- (1) Bangunan UTD harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan.
- (2) Bangunan UTD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas :

- a. ruang administrasi;
 - b. ruang pelayanan pendonor;
 - c. ruang laboratorium;
 - d. ruang penyimpanan darah;
 - e. ruang distribusi;
 - f. ruang pertemuan; dan
 - g. kamar mandi/WC.
- (3) Jumlah serta luas dari ruang sebagaimana dimaksud pada ayat (2) disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan.

Pasal 15

- (1) UTD harus memiliki sarana dan prasarana yang memadai sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
- (2) Sarana dan prasarana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik.

Pasal 16

UTD harus memiliki peralatan yang memadai sesuai dengan kemampuan pelayanan UTD. Pasal 16 ...

Pasal 17

Ketenagaan di UTD terdiri atas:

- a. staf medis;
- b. tenaga pelaksana teknis;
- c. pelaksana administrasi/keuangan; dan
- d. tenaga penunjang.

Pasal 18

- (1) Staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf a memiliki kualifikasi:
 - a. latar belakang pendidikan dokter dan telah mendapatkan pelatihan di bidang transfusi darah; dan
 - b. keterampilan dalam bidang organisasi, manajemen dan teknis pelayanan darah.
- (2) Tenaga pelaksana teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf b memiliki kualifikasi:
 - a. Teknisi transfusi darah dengan mempunyai latar belakang pendidikan minimal Diploma Teknologi Transfusi Darah;
 - b. tenaga dengan latar belakang pendidikan Diploma Tiga Ahli

Kesehatan yang mempunyai sertifikat pengetahuan dan keterampilan tentang pengolahan, penyimpanan, distribusi darah, dengan lingkup pekerjaan pada laboratorium uji saring infeksi di UTD; dan/atau

- c. tenaga dengan latar belakang pendidikan Diploma Tiga Keperawatan untuk lingkup pekerjaan pada rekrutmen pendonor, seleksi pendonor, dan pengambilan darah.
- (3) Pelaksana administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf c harus mempunyai keterampilan dalam manajemen data, pencatatan dan pelaporan.
- (4) Tenaga penunjang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 huruf d meliputi tenaga humas, tenaga teknologi informasi, sopir, dan/atau pekarya.

Pasal 19

Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan UTD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 sampai dengan Pasal 18 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Kelima

Perizinan UTD

Pasal 20

- (1) Setiap penyelenggaraan UTD harus memiliki izin.
- (2) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan izin yang diberikan kepada penyelenggara UTD untuk memberikan Pelayanan Darah.
- (3) Izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk jangka waktu 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan.
- (4) Perpanjangan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan dengan mengajukan permohonan perpanjangan paling lambat 6 (enam) bulan sebelum masa berlakunya izin UTD berakhir.

Pasal 21

- (1) Izin UTD tingkat nasional diberikan oleh Menteri.
- (2) Izin UTD tingkat provinsi diberikan oleh Gubernur.
- (3) Izin UTD tingkat kabupaten/kota diberikan oleh Bupati/Walikota.

Pasal 22

- (1) Untuk memperoleh izin, penyelenggara UTD mengajukan permohonan secara tertulis kepada pejabat pemberi izin dengan melampirkan dokumen:

- a. profil UTD, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi;
 - b. denah lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan yang diusulkan;
 - c. surat pernyataan bersedia mengikuti program pemantapan mutu eksternal dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam formulir 6 terlampir; dan
 - d. isian formulir *self assessment* sesuai klasifikasi UTD yang diinginkan yang meliputi bangunan, sarana dan prasarana, peralatan, sumber daya manusia, dan kemampuan pelayanan dengan menggunakan contoh sebagaimana tercantum dalam formulir 7 sampai dengan formulir 10 terlampir;
- (2) Pemberi izin harus menerbitkan bukti penerimaan berkas permohonan yang telah lengkap atau memberikan informasi apabila berkas permohonan belum lengkap kepada penyelenggara UTD yang mengajukan permohonan.
 - (3) Terhadap berkas permohonan izin UTD tingkat provinsi yang telah lengkap, Gubernur menugaskan pejabat yang berwenang di bidang kesehatan di tingkat provinsi untuk membentuk tim penilai yang terdiri atas unsur Komite Pelayanan Darah, Kementerian Kesehatan, Balai Pengawas Obat dan Makanan, dinas kesehatan provinsi, dan UTD tingkat nasional.
 - (4) Terhadap berkas permohonan izin UTD tingkat kabupaten/kota yang telah lengkap, Bupati/Walikota menugaskan pejabat yang berwenang di bidang kesehatan di tingkat kabupaten/kota untuk membentuk tim penilai yang terdiri atas unsur dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, Balai Pengawas Obat dan Makanan, dan UTD tingkat provinsi sesuai wilayah binaan.
 - (5) Tim penilai sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) harus menyampaikan laporan hasil penilaian kepada pejabat yang berwenang di bidang kesehatan di tingkat provinsi atau kabupaten/kota.
 - (6) Berdasarkan laporan hasil penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (5), pejabat yang berwenang di bidang kesehatan di tingkat provinsi atau kabupaten/kota menyampaikan rekomendasi pemberian atau penolakan permohonan izin UTD kepada Gubernur atau Bupati/Walikota.
 - (7) Dalam hal permohonan izin diterima, pemberi izin menerbitkan izin UTD berupa surat keputusan dan sertifikat yang memuat kelas UTD dan jangka waktu berlakunya izin.

- (8) Dalam hal permohonan izin ditolak, pemberi izin harus memberikan alasan penolakan yang disampaikan secara tertulis kepada pemohon.

Pasal 23

- (1) Setiap UTD yang telah memiliki izin dapat mengajukan permohonan perubahan izin.
- (2) Perubahan izin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan jika terjadi perubahan:
- a. kepemilikan;
 - b. alamat;
 - c. kelas UTD; dan/atau
 - d. nama rumah sakit bagi UTD yang diselenggarakan oleh rumah sakit.

Pasal 24

Ketentuan mengenai tata cara proses pengajuan, penerimaan, penerbitan, dan penolakan izin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 berlaku secara mutatis mutandis terhadap tata cara proses pengajuan, penerimaan, penerbitan, dan penolakan atas permohonan perpanjangan dan perubahan izin.

Pasal 25

- (1) Dalam memberikan izin UTD, Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota harus mempertimbangkan kebutuhan darah dan potensi pendonor darah di wilayah yang bersangkutan.
- (2) Gubernur dan Bupati/Walikota sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib melaporkan setiap pemberian izin UTD kepada Menteri.

Bagian Keenam

Penyelenggaraan UTD

Pasal 26

Penyelenggaraan Pelayanan Transfusi Darah di UTD meliputi kegiatan:

- a. rekrutmen pendonor;
- b. seleksi pendonor;
- c. pengambilan darah;
- d. pengamanan darah;
- e. pengolahan darah;
- f. penyimpanan darah;
- g. pendistribusian darah; dan
- h. pemusnahan darah.

Pasal 27

- (1) Rekrutmen pendonor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf a terdiri atas:
 - a. pengerahan pendonor; dan
 - b. pelestarian pendonor darah sukarela.
- (2) Pengerahan pendonor sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf a merupakan kegiatan memotivasi, mengumpulkan dan mengarahkan masyarakat dari kelompok risiko rendah agar bersedia menjadi pendonor darah sukarela.
- (3) Pelestarian pendonor darah sukarela sebagaimana dimaksud ayat (1) huruf b merupakan upaya yang dilakukan untuk mempertahankan pendonor darah sukarela untuk dapat melakukan donor darah secara berkesinambungan dan teratur selama hidupnya.

Pasal 28

- (1) Seleksi pendonor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf b bertujuan untuk mendapatkan pendonor potensial risiko rendah terhadap Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD) demi menjamin kesehatan dan keselamatan pendonor, resipien, dan petugas.
- (2) Seleksi pendonor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan riwayat kesehatan pendonor dan pemeriksaan kesehatan.

Pasal 29

- (1) Pengambilan darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf c harus memperhatikan keselamatan pendonor darah, terutama terkait jumlah darah yang diambil dan jangka waktu pengambilan darah.
- (2) Pengambilan darah pendonor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada pendonor yang telah lolos seleksi.
- (3) Pengambilan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan pada lokasi yang menetap (*fixed site*) atau berpindah-pindah (*mobile site*).
- (4) Lokasi pengambilan darah yang menetap (*fixed site*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilaksanakan di gedung UTD atau bangunan lainnya.
- (5) Lokasi pengambilan darah berpindah-pindah (*mobile site*) sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dilaksanakan di dalam kendaraan (*mobile donor*) atau tempat umum yang memenuhi persyaratan.
- (6) Pengambilan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus terdokumentasi dengan baik.

Pasal 30

- (1) Pengamanan darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf d harus dilaksanakan untuk menjaga keselamatan pasien dan mencegah penularan penyakit akibat transfusi darah.
- (2) Pengamanan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilakukan dengan cara pemeriksaan serologi terhadap semua darah sebelum ditransfusikan.
- (3) Pemeriksaan serologi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit meliputi:
 - a. uji saring darah pendonor terhadap Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD); dan
 - b. uji konfirmasi golongan darah.

Pasal 31

- (1) Pengolahan darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf e diutamakan untuk menyiapkan darah yang aman dan siap pakai untuk transfusi atau pengolahan lain menjadi komponen darah sesuai dengan kebutuhan transfusi.
- (2) Pengolahan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui tindakan memisahkan darah lengkap (*Whole Blood*/WB) dengan prosedur tertentu menjadi komponen darah yang siap pakai seperti darah merah pekat (*Packed Red Cell*/PRC), *buffy coat*, konsentrat trombosit (*Thrombocyte Concentrate*/TC), plasma cair, dan plasma segar beku (*Fresh Frozen Plasma* /FFP).

Pasal 32

Penyimpanan darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf f harus memenuhi persyaratan teknis penyimpanan, baik suhu, tempat, lama penyimpanan maupun persyaratan lain untuk terpeliharanya mutu darah.

Pasal 33

- (1) Pendistribusian darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf g merupakan kegiatan penyampaian darah dari UTD ke rumah sakit melalui BDRS dengan sistem distribusi tertutup dan sistem rantai dingin.
- (2) Sistem distribusi tertutup sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan sistem pendistribusian darah yang harus dilakukan oleh petugas UTD dan petugas rumah sakit tanpa melibatkan keluarga pasien.
- (3) Sistem rantai dingin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan sistem penyimpanan dan distribusi darah dan produk darah dalam suhu dan kondisi yang tepat dari tempat pengambilan darah pendonor sampai darah ditransfusikan ke pasien.

Pasal 34

- (1) Pemusnahan darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 huruf h dilakukan terhadap darah yang tidak memenuhi persyaratan dan standar.
- (2) Pemusnahan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh UTD atau bekerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memiliki sarana pengolahan limbah.

Bagian Ketujuh

Pencatatan dan Pelaporan UTD

Pasal 35

- (1) Setiap UTD wajib melaksanakan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kegiatan UTD.
- (2) Pelaporan pelaksanaan kegiatan UTD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa laporan tahunan dan laporan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan.
- (3) Laporan tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib dibuat oleh setiap UTD dan dilaporkan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal.
- (4) Laporan secara berkala setiap 3 (tiga) bulan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib dibuat dan dilaporkan:
 - a. UTD tingkat nasional kepada Menteri; dan
 - b. UTD tingkat provinsi dan tingkat kabupaten/kota kepada UTD pembinaanya dan dinas kesehatan setempat sesuai tingkatan UTD.
- (5) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menggunakan formulir 1, formulir 2, dan formulir 3 terlampir.

Bagian Kedelapan

Pembiayaan UTD

Pasal 36

Penyelenggaraan pelayanan darah merupakan kegiatan yang bersifat nirlaba.

Pasal 37

- (1) Dalam rangka kesinambungan Pelayanan Darah serta untuk menghasilkan darah transfusi dan/atau komponen darah yang berkualitas, UTD dapat memungut biaya pengganti pengolahan darah.
- (2) Biaya pengganti pengolahan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan semua biaya yang digunakan dalam proses menghasilkan darah transfusi dan/atau komponen darah yang aman

sesuai standar, dalam jumlah cukup, dan tersedia setiap saat dibutuhkan yang diperhitungkan secara rasional dan nirlaba.

- (3) Biaya pengganti pengolahan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mempertimbangkan asas keadilan dan kepatutan serta kemampuan masyarakat setempat.

Pasal 38

- (1) Biaya penggantian pengolahan darah di UTD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 37 meliputi komponen biaya penyelenggaraan pelayanan transfusi darah dan komponen biaya operasional.
- (2) Komponen biaya penyelenggaraan pelayanan transfusi darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan yang diterima oleh UTD atas biaya bahan non medis dan bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung dalam rangka kegiatan penyelenggaraan Pelayanan Transfusi Darah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26.
- (3) Komponen biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan yang diterima oleh UTD atas biaya *utilities*, biaya sumber daya manusia, transportasi, makan minum pendonor, penghargaan pendonor, bahan cetak, dan biaya investasi.
- (4) Penetapan besaran biaya penyelenggaraan pengolahan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memperhitungkan subsidi dari Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan kemampuan masyarakat setempat.

Pasal 39

Biaya pengganti pengolahan darah ditetapkan dengan:

- a. Keputusan Direktur Jenderal berdasarkan usulan dari Komite Pelayanan Darah bagi UTD tingkat nasional;
- b. Keputusan Gubernur berdasarkan usulan dari dinas kesehatan provinsi bagi UTD tingkat provinsi; dan
- c. Keputusan Bupati/Walikota berdasarkan usulan dari dinas kesehatan kabupaten/kota bagi UTD tingkat kabupaten/kota.

BAB III

BDRS

Bagian Kesatu

Umum

Pasal 40

- (1) Setiap rumah sakit wajib memiliki BDRS.

- (2) Dalam hal rumah sakit telah memiliki izin penyelenggaraan UTD, pelayanan darah yang dilakukan BDRS harus merupakan pelayanan yang terintegrasi dengan pelayanan UTD.

Pasal 41

- (1) BDRS mempunyai tugas:
- menerima darah yang sudah di uji saring oleh UTD;
 - menyimpan darah dan memantau persediaan darah;
 - melakukan uji silang serasi darah pendonor dan darah pasien;
 - melakukan rujukan bila ada kesulitan hasil uji silang serasi dan golongan darah ABO/*rhesus* ke UTD secara berjenjang;
 - menyerahkan darah yang cocok bagi pasien di rumah sakit;
 - melacak penyebab reaksi transfusi atau kejadian ikutan akibat transfusi darah yang dilaporkan dokter rumah sakit; dan
 - mengembalikan darah yang tidak layak pakai ke UTD untuk dimusnahkan.
- (2) Dalam hal BDRS belum mampu melakukan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dan huruf f, BDRS dapat melakukan kerja sama dengan BDRS lain atau merujuk ke UTD wilayahnya.

Bagian Kedua

Penyelenggaraan BDRS

Pasal 42

- (1) BDRS merupakan unit pelayanan yang ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit dan dapat menjadi bagian dari laboratorium medik di rumah sakit.
- (2) BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib memasang papan nama sebagai petunjuk pelayanan darah yang diberikannya.

Pasal 43

- (1) BDRS harus melakukan perencanaan kebutuhan darah di rumah sakit setiap tahun.
- (2) Perencanaan kebutuhan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaporkan kepada UTD di wilayahnya.

Pasal 44

BDRS dan laboratorium di rumah sakit dilarang melakukan pemeriksaan uji saring Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD) ulang pada darah pendonor.

Bagian Ketiga
Persyaratan BDRS

Pasal 45

- (1) BDRS harus memenuhi persyaratan bangunan, sarana dan prasarana, peralatan, dan ketenagaan.
- (2) Persyaratan bangunan, sarana dan prasarana, peralatan, dan ketenagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Bagian Keempat
Pengorganisasian BDRS

Pasal 46

- (1) Organisasi BDRS terdiri dari :
 - a. penanggung jawab BDRS;
 - b. staf medis;
 - c. pelaksana teknis; dan
 - d. tenaga administrasi; dan
 - e. tenaga penunjang lain antara lain tenaga humas, tenaga teknologi informasi, sopir, dan/atau pekarya sesuai kebutuhan.
- (2) Penanggung jawab BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dapat merangkap sebagai staf medis.

Pasal 47

- (1) Penanggung jawab BDRS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a memiliki kualifikasi paling rendah pendidikan dokter dengan sertifikat pelatihan teknis dan manajemen Pelayanan Transfusi Darah.
- (2) Tugas dan tanggung jawab penanggung jawab BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. menyusun rencana kerja BDRS;
 - b. memimpin pelaksanaan kegiatan teknis BDRS;
 - c. melaksanakan pengawasan, pengendalian, dan evaluasi kegiatan BDRS; dan
 - d. merencanakan, melaksanakan dan mengawasi kegiatan pemantapan mutu.

Pasal 48

Staf medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b memiliki kualifikasi paling rendah pendidikan dokter dan telah mendapatkan pelatihan di bidang transfusi darah dan mempunyai keterampilan dalam bidang teknis dan manajerial pengelolaan Pelayanan Darah di BDRS.

Pasal 49

Pelaksana teknis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c memiliki kualifikasi paling rendah :

- a. teknisi transfusi darah; dan/atau
- b. tenaga lain dengan latar belakang pendidikan Diploma Tiga Ahli Teknologi Laboratorium Medik yang mempunyai sertifikat pengetahuan dan keterampilan tentang pengolahan, penyimpanan, distribusi darah dengan lingkup pekerjaan pada laboratorium uji saring serologi pratreansfusi.

Pasal 50

Tenaga administrasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf d paling rendah mempunyai keterampilan dalam manajemen data, pencatatan dan pelaporan.

Bagian Kelima

Pencatatan dan Pelaporan BDRS

Pasal 51

- (1) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41 ayat (1), BDRS wajib melakukan pencatatan dan pelaporan secara berkala setiap bulan kepada kepala/direktur rumah sakit dan UTD kerja samanya.
- (2) Pencatatan dan pelaporan RS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mencakup seluruh kegiatan dalam penyelenggaraan Pelayanan Transfusi Darah di rumah sakit.
- (3) Pencatatan kegiatan BDRS paling sedikit meliputi :
 - a. permintaan darah ke UTD;
 - b. penerimaan darah dari UTD;
 - c. permintaan darah dari dokter di rumah sakit;
 - d. hasil pemeriksaan uji pra transfusi;
 - e. distribusi /pengeluaran darah;
 - f. reaksi transfusi; dan
 - g. pengembalian darah ke UTD.

- (4) Pelaporan kegiatan BDRS paling sedikit meliputi:
 - a. persediaan darah;
 - b. Pelayanan Darah yang meliputi jumlah permintaan, jumlah darah yang diberikan, jenis darah, pengembalian darah serta alasannya; dan
 - c. reaksi transfusi.
- (5) Pelaporan kegiatan BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dilakukan dengan menggunakan formulir 3 terlampir.

Bagian Keenam
Pembiayaan BDRS

Pasal 52

- (1) Biaya penggantian pengolahan darah di BDRS merupakan biaya yang dibebankan kepada masyarakat atas penyelenggaraan kegiatan pengolahan darah dari UTD dan biaya penyelenggaraan pelayanan darah di BDRS dan ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit.
- (2) Biaya penggantian pengolahan darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling tinggi 50% (lima puluh persen) dari biaya penggantian pengolahan darah perkantong dari UTD yang memiliki kemampuan pelayanan dengan metode konvensional.
- (3) Pelayanan dengan metode konvensional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan pengolahan darah lengkap menjadi komponen darah berupa sel darah merah pekat, plasma segar beku, plasma cair, dan trombosit pekat, serta uji saring menggunakan rapid test, dan *Chemiluminescence Immuno Assay* (ChLIA)/*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA).

Pasal 53

- (1) Biaya penggantian pengolahan darah di BDRS meliputi komponen biaya penyelenggaraan pelayanan transfusi darah di rumah sakit dan komponen biaya operasional.
- (2) Komponen biaya penyelenggaraan pelayanan transfusi darah di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan yang diterima oleh BDRS atas biaya bahan non medis dan bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung dalam rangka Pelayanan Darah.
- (3) Komponen biaya operasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan imbalan yang diterima oleh BDRS atas biaya *utilities*, biaya sumber daya manusia, transportasi, bahan cetak, dan biaya investasi.

BAB IV JEJARING PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

Pasal 54

- (1) Untuk menjamin ketersediaan darah, mutu, keamanan, sistem informasi pendonor darah, akses, rujukan dan efisiensi Pelayanan Darah dibentuk jejaring Pelayanan Transfusi Darah.
- (2) Jejaring Pelayanan Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan wadah dan sarana komunikasi aktif antar UTD, BDRS, dan dinas kesehatan dalam pelayanan transfusi darah.
- (3) Jejaring Pelayanan Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibentuk berjenjang dari tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
- (4) Jejaring Pelayanan Transfusi Darah tingkat nasional sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibentuk oleh Menteri.
- (5) Jejaring Pelayanan Transfusi Darah tingkat provinsi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibentuk oleh Gubernur.
- (6) Jejaring Pelayanan Transfusi Darah tingkat kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dibentuk oleh Bupati/Walikota.
- (7) Pembentukan jejaring Pelayanan Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus didukung oleh sistem informasi sesuai dengan perkembangan teknologi.

Pasal 55

- (1) Setiap UTD dan BDRS harus terdaftar dalam jejaring Pelayanan Transfusi Darah.
- (2) UTD tingkat provinsi berkoordinasi dengan UTD tingkat kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi setempat dalam jejaring Pelayanan Darah tingkat provinsi serta merupakan bagian dari jejaring Pelayanan Transfusi Darah UTD tingkat nasional.
- (3) UTD tingkat kabupaten/kota berkoordinasi dengan BDRS dan dinas kesehatan kabupaten/kota setempat dalam jejaring Pelayanan Darah tingkat kabupaten/kota serta merupakan bagian dari jejaring Pelayanan Transfusi Darah tingkat provinsi.

Pasal 56

- (1) Sebagai bagian dari jejaring Pelayanan Transfusi Darah, UTD sebagai penyedia darah dan BDRS sebagai pengguna darah aman harus melakukan perjanjian kerja sama.
- (2) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit berisi pemenuhan kebutuhan darah rumah sakit,

pengembalian darah yang tidak terpakai dan kadaluarsa, dan kondisi khusus dalam hal UTD tidak dapat memenuhi kebutuhan darah rumah sakit.

- (3) Perjanjian kerja sama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus diberitahukan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.

Pasal 57

- (1) Bimbingan teknis Pelayanan Transfusi Darah dilakukan secara berjenjang dalam jejaring Pelayanan Transfusi Darah.
- (2) Bimbingan teknis Pelayanan Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk Pelayanan Darah melalui sistem distribusi tertutup dan sistem rantai dingin.

Pasal 58

- (1) Penanggung jawab jejaring Pelayanan Transfusi Darah terdiri atas:
 - a. Komite Pelayanan Darah, untuk tingkat nasional :
 - b. gubernur melalui kepala dinas kesehatan provinsi, untuk tingkat provinsi; dan
 - c. bupati/walikota melalui kepala dinas kesehatan kabupaten/kota, untuk tingkat kabupaten/kota.
- (2) Anggota jejaring Pelayanan Transfusi Darah tingkat nasional meliputi dinas kesehatan provinsi, UTD tingkat provinsi, Badan Pengawas Obat dan Makanan, BDRS, unsur rumah sakit, PMI, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan dalam bidang pendonor darah.
- (3) Anggota jejaring Pelayanan Transfusi Darah tingkat provinsi meliputi dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, UTD, Balai POM, BDRS, unsur rumah sakit, PMI, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan dalam bidang pendonor darah.
- (4) Anggota jejaring Pelayanan Transfusi Darah tingkat kabupaten/kota meliputi dinas kesehatan kabupaten/kota, UTD, Balai POM, BDRS, unsur rumah sakit, PMI, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan dalam bidang pendonor darah.

Pasal 59

- (1) Kegiatan jejaring Pelayanan Transfusi Darah dilakukan melalui:
 - a. pertemuan secara berkala paling sedikit 2 (dua) kali setahun;
 - b. pembinaan dan evaluasi terhadap kegiatan jejaring; dan
 - c. pengembangan sistem informasi ketersediaan darah.
- (2) Pembiayaan kegiatan jejaring Pelayanan Transfusi Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari:

- a. Pemerintah/Pemerintah Daerah; dan
- b. sumber dana lain yang tidak meningkat

BAB V

AUDIT PENYELENGGARAAN PELAYANAN DARAH

Pasal 60

- (1) Setiap UTD dan BDRS wajib dilakukan audit penyelenggaraan Pelayanan Darah.
- (2) Audit penyelenggaraan Pelayanan Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan audit teknis Pelayanan Darah.
- (3) Audit penyelenggaraan Pelayanan Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk melakukan evaluasi mutu Pelayanan Darah, mengetahui penerapan standar Pelayanan Darah, dan acuan untuk melakukan perbaikan standar Pelayanan Darah.
- (4) Audit penyelenggaraan Pelayanan Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dilaksanakan secara terbuka, transparan, tidak konfrontasional, tidak menghakimi dan konfidensial.
- (5) Audit penyelenggaraan Pelayanan Darah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui audit internal dan audit eksternal.

Pasal 61

- (1) Pelaksanaan audit internal pada UTD dan BDRS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (5) harus dilakukan oleh petugas terkait yang mempunyai kompetensi, pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan bidang pelayanan yang diaudit.
- (2) Audit internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa *review*, *surveillance* dan asesmen terhadap seluruh rangkaian Pelayanan Darah yang diberikan.
- (3) Hasil audit internal dapat digunakan UTD dan BDRS sebagai hasil evaluasi kerja organisasi.

Pasal 62

- (1) Audit internal pada UTD meliputi audit terhadap mutu kegiatan rekrutmen pendonor, seleksi pendonor, pengambilan darah, pengamanan darah, pengolahan darah, penyimpanan darah, uji silang serasi, pendistribusian darah dan pemusnahan darah.
- (2) Audit internal pada UTD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh petugas bagian mutu disesuaikan dengan tenaga yang ada.

(2) Audit internal ...

- (3) Pelaksanaan audit internal pada UTD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan secara berkala setiap 6 (enam) bulan sekali dan dilaporkan kepada kepala UTD.

Pasal 63

- (1) Audit penyelenggaraan Pelayanan Darah pada BDRS meliputi audit terhadap mutu kegiatan Pelayanan Transfusi Darah yang dilakukan oleh BDRS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 41.
- (2) Audit internal pada BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh petugas BDRS yang ditunjuk oleh penanggung jawab BDRS.
- (3) Audit internal pada BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terintegrasi dengan audit medis yang dilakukan rumah sakit.
- (4) Hasil audit internal BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan secara berkala setiap 6 (enam) bulan sekali kepada kepala/direktur rumah sakit.

Pasal 64

- (1) Audit eksternal pada UTD dan BDRS sebagaimana dimaksud dalam Pasal 60 ayat (5) dilakukan oleh Komite Pelayanan Darah, Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Obat dan Makanan beserta unit pelaksana teknis, dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota, dan UTD secara berjenjang.
- (2) Audit eksternal pada UTD dan BDRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan secara berkala paling sedikit 1 (satu) kali dalam setahun.
- (3) Penilaian audit eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk menilai pemenuhan persyaratan fasilitas dan sarana, implementasi pemastian mutu rekrutmen pendonor, seleksi pendonor, pengambilan darah, pengamanan darah, pengolahan darah, penyimpanan darah, uji silang serasi, pendistribusian darah dan pemusnahan darah serta menjadi bagian dari tim pembinaan dan pengawasan di daerah.
- (4) Penilaian audit eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan dilakukan berdasarkan analisis risiko.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 65

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap semua kegiatan yang berhubungan dengan pelayanan darah dilakukan oleh Pemerintah dan pemerintah daerah.

- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk:
 - a. memastikan pemenuhan persyaratan fasilitas dan sarana sesuai standar yang berlaku;
 - b. implementasi pemastian mutu;
 - c. menyediakan darah yang aman untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan;
 - d. memelihara dan meningkatkan mutu Pelayanan Darah;
 - e. memudahkan akses memperoleh informasi ketersediaan darah untuk kepentingan pelayanan kesehatan; dan
 - f. meningkatkan kerja sama antara UTD dan BDRS.
- (3) Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat melibatkan PMI dan organisasi profesi terkait untuk melakukan pembinaan dan pengawasan Pelayanan Darah.

Pasal 66

- (1) Pengawasan di tingkat pusat dilakukan oleh Menteri dibantu oleh Komite Pelayanan Darah dan Badan Pengawas Obat dan Makanan.
- (2) Pengawasan di tingkat provinsi dilakukan oleh dinas kesehatan provinsi dan unit pelaksana teknis Badan Pengawas Obat dan Makanan.
- (3) Pengawasan di tingkat kabupaten/kota dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan jejaring kabupaten/kota dan unit pelaksana teknis Badan Pengawas Obat dan Makanan.

Pasal 67

- (1) Hasil pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 66 berupa rekomendasi yang dilaporkan kepada Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota dalam melakukan pembinaan dan pemberian sanksi administratif.
- (2) Pemberian sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota sesuai dengan kewenangannya.
- (3) Sanksi administratif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa:
 - a. teguran lisan;
 - b. teguran tertulis;
 - c. penundaan perpanjangan izin penyelenggaraan UTD;
 - d. pencabutan sementara izin penyelenggaraan UTD;
 - e. pencabutan izin penyelenggaraan UTD;

- f. penundaan perpanjangan izin operasional rumah sakit;
- g. pencabutan sementara izin operasional rumah sakit; dan/atau
- h. pencabutan izin operasional Rumah Sakit.

BAB VII

KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 68

- (1) Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, UTD yang telah melakukan penyelenggaraan Pelayanan Darah sebelum diundangkannya Peraturan Menteri ini, dinyatakan telah memiliki izin berdasarkan Peraturan Menteri ini.
- (2) UTD dan BDRS yang telah melakukan penyelenggaraan Pelayanan Darah harus menyesuaikan dengan ketentuan Peraturan Menteri ini paling lambat 2 (dua) tahun sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.

BAB VIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 69

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 478/Menkes/Per/X/1990 tentang Upaya Kesehatan di Bidang Transfusi Darah dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 70

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 17 Oktober 2014
MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

NAFSIAH MBOI

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 17 Oktober 2014
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

YASONNA H. LAOLY



Yth.

1. Instalasi Gawat Darurat
2. Instalasi Rekam Medik
3. Instalasi Radiologi
4. Instalasi Laboratorium
5. Kasir

di RSJ Prof. Dr Soerojo Magelang

PENGUMUMAN

Nomor : 924/DirYanMedKepJang/X/2021

TENTANG

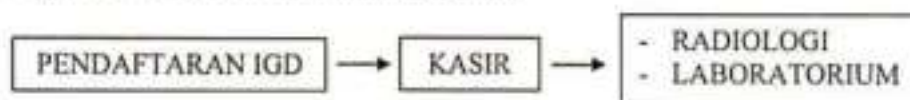
ALUR PEMERIKSAAN PENUNJANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI

MELALUI IGD

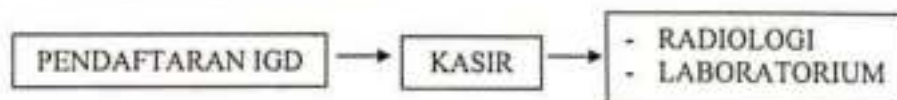
RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

Dalam upaya memfasilitasi permintaan pemeriksaan penunjang atas permintaan sendiri (SOEROJO EXPRESS SERVICE/SES), maka diberlakukan alur layanan sebagai berikut :

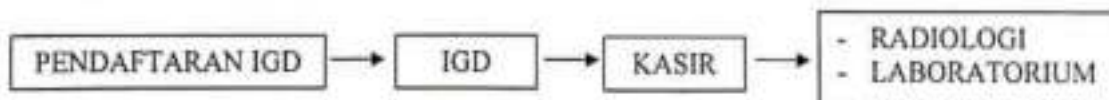
1. Bagi pasien yang sudah memiliki pengantar



2. Bagi pasien yang belum memiliki pengantar tetapi sudah tahu jenis pemeriksaan yang akan dilakukan



3. Bagi pasien yang belum memiliki pengantar tetapi belum tahu jenis pemeriksaan yang akan dilakukan



Penjelasan detail alur layanan ini terlampir. Pengumuman ini berlaku sejak tanggal dikeluarkan.

Demikian pengumuman ini kami sampaikan agar dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Dikeluarkan di Magelang

Pada Tanggal 29 Oktober 2021

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan
dan Penunjang

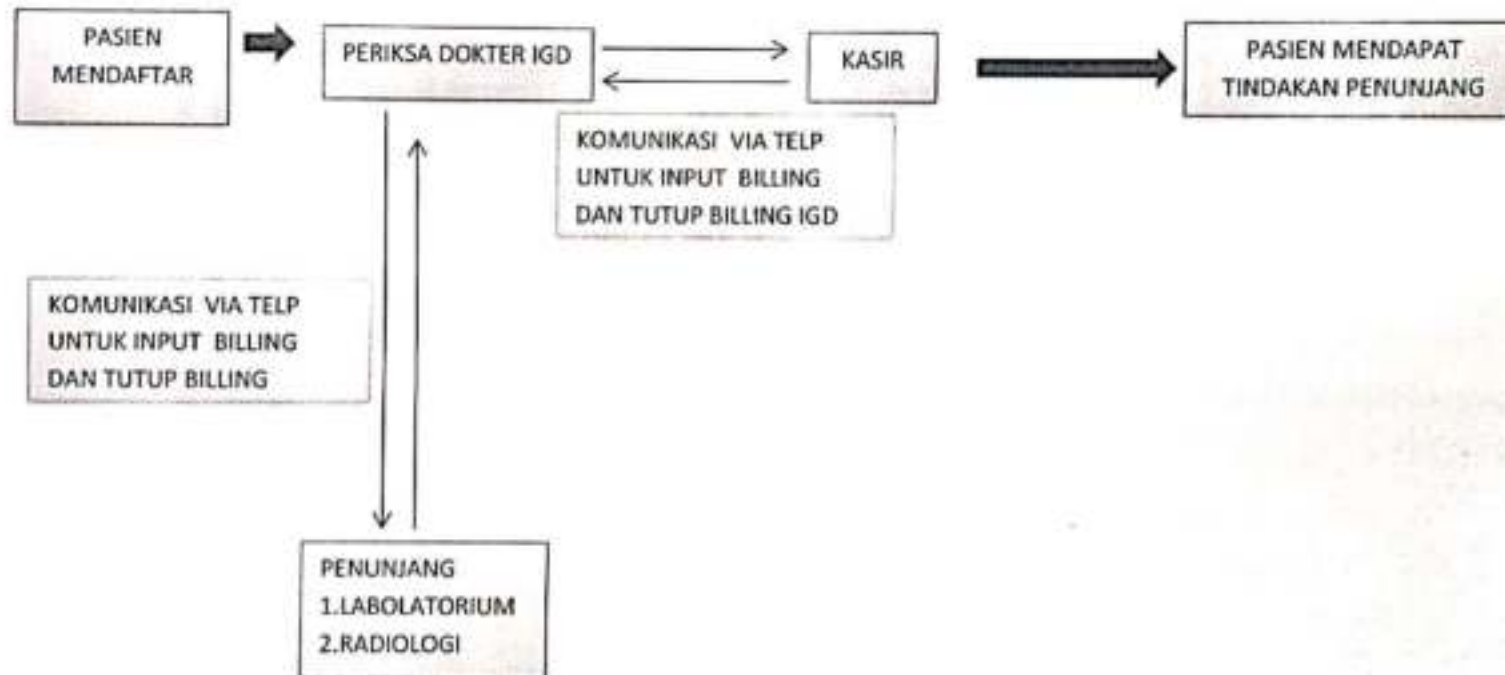
dr. Ratna Dewi Pangestuti, M.Sc., Sp.KJ

NIP. 196609161997032002



PASIEN PERIKSA MELALUI PENDAFTARAN IGD KE PENUNJANG (LABOLATORIUM /RADIOLOGI)

TIDAK MEMBAWA PENGANTAR DARI DOKTER LUAR RSJ DAN TIDAK TAHU JENIS PEMERIKSAAN YANG AKAN DILAKUKAN



CATATAN:

1. SEBELUM PASIEN MENDAPAT TINDAKAN ,PASIEN MEMBAYAR TERLEBIH DAHULU DI KASIR
2. PASIEN MENGAMBIL HASIL DI RADIOLOGI ATAU LABORATORIUM

PASIE PERIKSA MELALUI PENDAFTARAN IGD KE PENUNJANG (LABOLATORIUM /RADIOLOGI)

MEMBAWA PENGANTAR DARI DOKTER LUAR RSJ ATAU TIDAK MEMBAWA PENGANTAR TETAPI TAHU JENIS PEMERIKSAAN YANG AKAN DILAKUKAN



CATATAN:

1. SEBELUM PASIE MENDAPAT TINDAKAN ,PASIE MEMBAYAR TERLEBIH DAHULU DI KASIR
2. PASIE MENGAMBIL HASIL DI RADIOLOGI ATAU LABORATORIUM



Yth.

1. Inst. Gawat Darurat, Inst. Rekam Medik, Inst. Radiologi, Inst. Laboratorium, Inst. MCU
 2. Kasir
- di RSJ Prof. Dr Soerojo Magelang

PENGUMUMAN

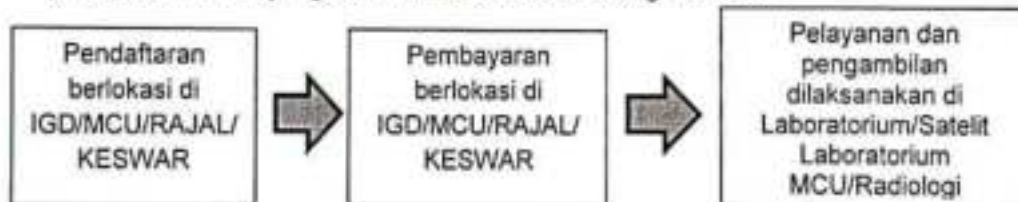
Nomor : 925/DirYanMedKepJang/X/2021

TENTANG

**LAYANAN SOEROJO EXPRESS SERVICE (SES)
RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO MAGELANG**

Layanan SES merupakan layanan inovasi dari pelayanan penunjang (Laboratorium dan Radiologi) yang diberikan kepada pasien yang membutuhkan layanan penunjang (Laboratorium dan Radiologi) atas permintaan sendiri dan status pembayaran cash, maka dengan ini diberlakukan ketentuan sebagai berikut :

1. Pendaftaran dan pembayaran dapat diakses melalui Instalasi Medical Check Up/IGD/ Rawat Jalan/Keswar dan akan dievaluasi dalam 3 bulan. Pendaftaran dan pembayaran selanjutnya diarahkan melalui MCU/ IGD.
2. Khusus pelayanan Rapid Antigen maka pelayanan diberlakukan sebagai berikut :
 - a. Hari Kerja :
 - 1) Jam 07.30 sd 13.00 WIB dilayani di satelit laboratorium Instalasi Medical Check Up
 - 2) Jam 13.00 sd 20.00 dilayani di Laboratorium
 - b. Sabtu/ Minggu/ Libur : jam 07.00 sd 20.00 WIB dilayani di Laboratorium
3. Alur layanan SES bagi pasien yang sudah memiliki pengantar dari dokter/ mengetahui jenis pemeriksaan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut :



4. Alur layanan SES bagi pasien yang belum memiliki pengantar dari dokter dan belum mengetahui jenis pemeriksaan yang akan dilakukan diberlakukan sebagai pasien reguler sesuai indikasi yang ditentukan dokter pemeriksa. Detail alur terlampir.
5. Waktu tunggu pelayanan radiologi bagi pasien SES adalah satu jam ditentukan sejak hasil pemeriksaan jadi. Jika dalam waktu max. 2 jam hasil pembacaan pemeriksaan belum selesai, maka pasien berhak menerima foto basah, sedangkan hasil pembacaan akan diberikan kemudian melalui WA/ Email/ diambil langsung.
6. Waktu tunggu pelayanan laboratorium disesuaikan dengan lama pemeriksaan yang akan dilakukan dengan mengkomunikasikan kepada pasien

Pengumuman ini mengganti pengumuman sebelumnya Nomor 924/DirYanMedKepJang/X/2021 tentang Alur Pemeriksaan Penunjang Atas Permintaan Sendiri Melalui Igd

Demikian pengumuman ini kami sampaikan agar dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Dikeluarkan di Magelang

Pada Tanggal 2 November 2021

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan
dan Penunjang

dr. Ratna Dewi Pangestuti, M.Sc., Sp.KJ

NIP. 196609161997032002



NOMOR EKSTENSI PESAWAT TELEPON RSJ Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

NO	TEMPAT	EXT
1	DIREKTUR UTAMA	301
2	DIR. YANMED, KEP & PENUNJANG	305
3	DIR. PERENCANAAN, KEU & BMN	308
4	DIR. SDMPU	151
5	SEKRETARIS DIREKTUR	313
6	RUMDINAS DIRUT	578
7	KOORD. PELAYANAN MEDKEP	115
8	SUB KOORD PELAYANAN MEDIK	
9	SUB KOORD PELAYANAN KEPERAWATAN	302
10	KOORD. PELAYANAN PENUNJANG	219
11	SUB KOORD PELAYANAN JANGMED	
12	KOORD. PE	309
13	SUB KOORD PERENC. PROGRAM	
14	SUB KOORD EVALUASI & PELAPORAN	
15	KOORD. KEU & BMN	401
16	SUB KOORD. PERBENDAHARAAN	
17	KOORD SDM & PENDIDIKAN	321
18	KOORD. ORGANISASI & UMUM	310
19	SUB KOORD. PENYS & EVALUASI ANGGARAN	311

NO	TEMPAT	EXT
20	SUB KOORD. AKUNTANSI & BMN	143
21	SUB KOORD PSDMP	150
22	SUB KOORD ADM SDM	323
23	SUB KOORD HUKORMAS	133
24	SUB KOORD UMUM	125
25	CODE BLUE	118
26	CODE RED/SECURITY	320
27	KOMITE MEDIK/R. DOKTER	620
28	KOMITE MUTU/AKREDITASI	622
29	KOMITE ETIK	624
30	KOMITE KEPERAWATAN	624/114
31	SPI	623
32	STAFF PPK	581
33	R. GARUDA	319
34	R. MERAH PUTIH	303
35	ULP	127
36	BENDAHARA PENGELUARAN	141
37	GUDANG MATERIAL	315
38	KENDARAAN	603

NOMOR EKSTENSI PESAWAT TELEPON RSJ Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

NO	TEMPAT	EXT
39	INSTALASI DIKLAT	612
40	ADMINISTRASI DIKLAT	613
41	DIKLAT	628
42	SIRS HARDWARE	411
43	SIRS SOFTWARE	328
44	BINATU/CSSD	223
45	PEMULASARAN JENAZAH	224
46	GIZI	567
47	GIZI PG1	577
48	TAJWA	221
49	KESLING	107
50	IPSRs	572
51	ELEKTROMEDIK	570
52	IMCUT ADM	135
53	IMCUT PSIKOLOG	322
54	NURUL QOLBI	410
55	PENDAFTARAN IMCUT	326

NO	TEMPAT	EXT
58	KA. INST RM	523
59	RM FILLING	522
60	PENDOPO RANAP Jiwa	116
61	PENDOPO RANAP NON Jiwa	137
62	PPI	142
63	KETERAPIAN PSIKOSOSIAL/REHAB	216
64	ONE DAY CARE	110
65	PKRS	140
66	IGD	128
67	IGD INFORMASI	625
68	IGD RUANG DOKTER	626
69	IGD RUANG COVID	627
70	IGD PENDAFTARAN/ADMISI	605
71	IGD KASIR	304
72	IGD FARMASI	147
73	IGD ADMIN	584
74	OK 1	126

56	FARMASI GUDANG	574
57	FARMASI RAWAT INAP	145

75	OK 2	124
76	ICU	104

NOMOR EKSTENSI PESAWAT TELEPON RSJ Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

NO	TEMPAT	EXT
77	RADIOLOGI	146
78	LABORATORIUM	327
79	SHINTA / UPI W	604
80	DWARAWATI	568
81	ARIMBI	569
82	SETYAWATI	579
83	DEWI KUNTHI	218
84	ANTASENA/ UPI P	101
85	PUNTADEWA	575
86	DRUPADA	210
87	ABIMANYU/UPI JF	217
88	SADEWA	571
89	ANTAREJA	573
90	ABIYASA	218
91	MANDIRI	112
92	BALADEWA/NAPZA	576

NO	TEMPAT	EXT
96	AMARTA KA. INSTALASI	609
97	AMARTA RAWAT INAP	610
98	INDRALOKA R. DOKTER	563
99	INDRALOKA NURSE STATION	564
100	INDRALOKA R. PERTEMUAN	565
101	INDRALOKA R. KARU	566
102	DEWI RATIH	144
103	PRINGGONDANI 1	161
104	PRINGGONDANI 2	162
105	BASUKARNA/PARIKESIT	105
106	POLI ELEKTROMEDIK	136
107	KOPERASI BINSRA	314
108	KANTOR KOPERASI BINSRA	314
109	APOTEK BINSRA	314
110	PEMULASARAN JENAZAH	621

93	AMARTA FARMASI	606
94	AMARTA PENDAFTARAN	607
95	AMARTA NURSE STATION	608

POLIKLINIK RAWAT JALAN TERPADU

NO	TEMPAT	EXT
1	Informasi	500
2	Pendaftaran	501
3	Klinik Jiwa 1 (Napza&Forensik)	502
4	Klinik Jiwa 2 (Psikiatri Umum)	503
5	Klinik Jiwa 3 (Divisi CLP)	504
6	klินิก Jiwa 4 (Psikogeriatri)	505
7	Klinik Jiwa 5 (Pengkajian Psikiatri)	506
8	Klinik Jiwa 6	513
9	Kasir	507
10	Apotek	508
11	Ruang Bedah Minor	509
12	Klinik Bedah	510
13	Klinik Obgyn (R. Pemeriksaan)	511
14	Klinik Kandungan (KB)	512

NO	TEMPAT	EXT
15	Klinik Syaraf I	514
16	Klinik Syaraf II	515
17	Klinik Gigi	516
18	SEKRETARIAT	517
19	REHAB MEDIK/FISIOTERAPI	518
20	REHAB MEDIK/KEMUNING	519
21	Klinik Geriatri	520
22	Klinik ISPA	521
23	LAB RJT	525
24	R. Edukasi	524
25	Klinik Kulit & Kelamin	562
26	Klinik Penyakit Dalam I	526
27	Klinik Penyakit Dalam II	527
28	Klinik Penyakit Dalam III	528

KRITERIA PENILAIAN TIPE ORGANISASI RUMAH SAKIT VERTIKAL

Data tahun 2021

NO	UNSUR	NO	SUB UNSUR	DEFINISI OPERASIONAL	INTERVAL RSK	BOBOT				PIC
	UNSUR UTAMA						Hasil capaian	Nilai	Skor	
1	Kegiatan Pelayanan Kesehatan	1	Jenis pelayanan spesialisistik	jenis pelayanan yang diberikan oleh dokter spesialis, yang terdaftar dalam kolegium	1. ≤ 7 2. 8-10 3. 11 - 13 4. 14-17 5. >17	0,06			0,00	Koord. Medik dan Keperawatan
		2	Jenis pelayanan sub-spesialisistik	jenis pelayanan yang diberikan oleh dokter subspesialis. Termasuk didalamnya pelayanan <i>university based</i> dan <i>hospital based</i>	1. < 2 2. 2 - 5 3. 6 - 8 4. 9 - 11 5. >11	0,06			0,00	
		3	Jumlah Tindakan Operasi	Jumlah tindakan operasi elektif dan emergensi yang dilakukan di ruang operasi dalam satu tahun. Khusus untuk RS Jiwa dan Ketergantungan obat, tindakan operasi disetarakan dengan a. Psikoterapi, b. ECT, c. Detoksifikasi (sesuai Perdirjen Perbendaharaan Kemenkeu No. 24 th 2018)	1. ≤ 170 2. 171 - 920 3. 921 - 1.670 4. 1.771 - 2.420 5. >2.420	0,05			0,00	
		4	Kunjungan Pasien Rawat Jalan	Jumlah seluruh kunjungan pasien rawat jalan dan rawat darurat di rumah sakit dalam satu tahun	1. ≤ 32.000 2. 32.001 - 60.000 3. 60.001 - 88.000 4. 88.001 - 116.000 5. >116.000	0,05			0,00	
		5	Jumlah Pasien Rawat Inap	Jumlah pasien Rawat inap, termasuk rawat inap intensif yang dilayani oleh rumah sakit selama satu tahun	1. ≤ 5.000 2. 5.001 - 6.500 3. 6.001 - 8.000 4. 8.001 - 9.000 5. >9.000	0,05			0,00	
2	Kegiatan Pendidikan dan Pelatihan	6	jumlah peserta didik	Jumlah mahasiswa (dokter, dokter gigi, perawat, dan nakes lainnya) yang menjadi peserta didik di rumah sakit selama satu tahun	1. ≤ 155 2. 156 - 663 3. 664 - 1.171 4. 1.172 - 1.679 5. >1.679	0,02			0,00	
		7	jumlah pelatihan	Jumlah Pelatihan bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit selama satu tahun	1. ≤ 15 2. 16 - 25 3. 26 - 35 4. 36 - 45 5. >45	0,02			0,00	
		8	jumlah peserta pelatihan	Jumlah tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh rumah sakit dalam satu tahun	1. ≤ 700 2. 701 - 1.220 3. 1.221 - 1.740 4. 1.741 - 2.260 5. >2.260	0,02			0,00	
		9	Penetapan Sebagai RS Pendidikan	Rumah sakit yang telah ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan oleh Menteri Kesehatan RI	1. RS Non Pendidikan 5. RS Pendidikan	0,02			0,00	

NO	UNSUR	NO	SUB UNSUR	DEFINISI OPERASIONAL	INTERVAL RSK	BOBOT				PIC
	UNSUR UTAMA						Hasil capaian	Nilai	Skor	
3	Kegiatan Penelitian	10	Jumlah Penelitian	Jumlah Penelitian yang dilakukan di rumah sakit dalam satu tahun	1. ≤ 10 2. 11 - 25 3. 26 - 40 4. 41 - 65 5. >65	0,02			0,00	Koord. SDMP
		11	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan dalam jurnal nasional	Jumlah penelitian yang dilakukan di rumah sakit dan dipublikasikan dalam jurnal nasional dalam satu tahun	1. < 2 3. 2 - 5 5. >5	0,02			0,00	
		12	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan dalam jurnal internasional	Jumlah penelitian yang dilakukan di rumah sakit dan dipublikasikan dalam jurnal internasional dalam satu tahun	1. < 2 3. 2 5. ≥3	0,02			0,00	
4	SDM Teknis (15%)	13	Jumlah Dokter/Dokter gigi	Jumlah Dokter Umum dan Dokter Gigi Umum yang melakukan pelayanan di rumah sakit	1. ≤ 5 2. 6-15 3. 16-25 4. 26-35 5. >35	0,02			0,00	
		14	Jumlah Dokter/Dokter Gigi Spesialis	Jumlah Dokter Spesialis dan Dokter Gigi spesialis yang melakukan pelayanan di rumah sakit	1. ≤ 10 2. 11-20 3. 21-30 4. 31-40 5. >40	0,04			0,00	
		15	Jumlah Dokter/Dokter Gigi Sub Spesialis	Jumlah Dokter Subspesialis dan Dokter Gigi Subspesialis yang melakukan pelayanan di rumah sakit	1. ≤ 2 3. 3 - 8 5. >8	0,04			0,00	
		16	Jumlah Dokter pendidik klinis	Jumlah dokter pendidik klinis yang melakukan pelayanan di rumah sakit	1. ≤ 2 3. 3 - 7 5. >7	0,03			0,00	
		17	Jumlah Perawat dan Bidan	Jumlah Perawat dan Bidan yang melakukan pelayanan di rumah sakit	1. ≤ 100 2. 101 - 200 3. 201 - 300 4. 301 - 400 5. >401	0,04			0,00	
		18	Jumlah Tenaga Kesehatan Lainnya	Jumlah Tenaga Kesehatan lainnya yang melakukan pelayanan di rumah sakit	1. ≤ 56 2. 61 - 89 3. 90 - 122 4. 123 - 155 5. >155	0,04			0,00	

NO	UNSUR	NO	SUB UNSUR	DEFINISI OPERASIONAL	INTERVAL RSK	BOBOT				PIC
	UNSUR UTAMA						Hasil capaian	Nilai	Skor	
5	Status Rumah Sakit	19	Akreditasi rumah sakit	Status Akreditasi yang diperoleh dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)	1. Belum 2. Perdana-Dasar 3. Madya 4. Utama 5. Paripurna	0,02			0,00	Koord. Organisasi dan Umum
6	Penghargaan	20	jumlah penghargaan	Rata-rata Jumlah penghargaan pertahun yang diperoleh baik nasional maupun internasional selama 3 tahun terakhir	1. ≤ 3 2. 4 3. 5 4. 6 5. >6	0,02			0,00	
		21	Penilaian kinerja rumah sakit	Jumlah variabel Indikator Kinerja rumah sakit yang telah mencapai nilai standar (terdapat 18 variabel indikator kinerja rumah sakit)	1. ≤ 14 2. 15 3. 16 4. 17 5. >17	0,02			0,00	
		22	Opini atas Laporan Keuangan	Opini yang diberikan kepada rumah sakit atas Laporan Keuangan tahun anggaran sebelumnya	1. Adverse 2. Disclaimer 4. WDP 5. WTP	0,02			0,00	
7	Sarana Prasarana Teknis	23	Persentase sarana Prasarana dan Alkes	Persentase Kelengkapan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan sesuai Kelas RS yang diperoleh dari Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (ASPAK)	1. ≤65 2. 66-73 3. 74-81 4. 82-89 5. >89	0,03			0,00	Koord. Penunjang
		24	Jumlah Tempat Tidur	Jumlah tempat tidur yang terdapat di ruang rawat inap, IGD, intensif, dan kamar operasi	1. ≤100 2. 101 - 190 3. 191 - 280 4. 281 - 370 5. >370	0,03			0,00	
		25	Jumlah Kendaraan pelayanan	Jumlah Ambulance, Mobil Jenazah, dan kendaraan terkait pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit	1. ≤3 3. 4 - 8 5. >8	0,02			0,00	Koord. Organisasi dan Umum
8	Kerjasama	26	Jumlah Kerjasama	Jumlah kerjasama yang dilakukan RS dibidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian dengan lintas sektor.	1. ≤20 2. 21 - 55 3. 56 - 90 4. 91 - 125 5. >125	0,02			0,00	
UNSUR PENUNJANG										

NO	UNSUR	NO	SUB UNSUR	DEFINISI OPERASIONAL	INTERVAL RSK	BOBOT				PIC
	UNSUR UTAMA						Hasil capaian	Nilai	Skor	
9	Sarana Prasarana Penunjang	27	Luas Bangunan (m²)	Luas bangunan rumah sakit dalam m²	1. ≤16.300 2. >16.300 - 27.450 3. >27.450 - 38.600 4. >38.600 - 49.750 5. >49.750	0,03			0,00	Koord. Organisasi dan Umum
		28	Kendaraan operasional	Jumlah Kendaraan Operasional yang tidak digunakan untuk kegiatan pelayanan rumah sakit (khusus untuk kegiatan operasional manajemen RS)	1. ≤5 3. 5 - 7 5. >7	0,02			0,00	
10	Sistem Informasi	29	Jumlah inovasi Sistem Infomasi	Jumlah inovasi terkait sistem informasi yang dimiliki dan diimplementasikan dalam mendukung pelayanan rumah sakit	1. ≤2 2. 2 - 7 3. 8 - 12 4. 13 - 17 5. >17	0,02			0,00	SIRS
11	Keuangan	30	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional rumah sakit (POBO)	Penilaian Kinerja Keuangan berdasarkan Persentase capaian nilai POBO terhadap standar. Adapun POBO adalah Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional rumah sakit selama satu tahun anggaran. Nilai standar POBO untuk RSU dan RSK adalah 65%. Nilai standar POBO untuk RS Jiwa, RS Penyakit Infeksi, RS Ketergantungan Obat, RS Stroke, dan RS Kusta adalah 45%.	1. ≤100 2. 101 -107 3. 108 - 114 4. 115 - 121 5. > 121	0,07			0,00	Koord. Keuangan
12	SDM Administrasi			jumlah sumber daya manusia yang melaksanakan fungsi administrasi sebagai pendukung teknis dalam pelaksanaan pelayanan RS yang terdiri dari jabatan struktural, jabatan fungsional di lingkup administrasi, jabatan pelaksana, dan tenaga honorer pendukung teknis, di luar tenaga kesehatan, <i>security</i> dan <i>cleaning service</i>	1. ≤155 2. 156 -215 3. 216 - 275 4. 376 - 335 5. > 335	0,06			0,00	Koord. SDMP

TOTAL SKOR

0,00

Keterangan

Kolom H

diisi dengan hasil capaian dalam 1 tahun (boleh thn 2019 atau 2020)
misal: jumlah pelayanan spesialisik diisi dengan angka absolut

Kolom I

diisi dengan hasil sesuai interval di kolom F



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT JIWA Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

Jalan Jenderal Ahmad Yani 169 Magelang Kode Pos 56115 Tromol Pos 5

Telepon (0293) 363601 Faksimile (0293) 365183

Laman : www.rsjsoerojo.co.id Surat Elektronik : admin@rsjsoerojo.co.id



Yth.

1. KSM Psikiatri
 2. KSM Non Psikiatri
 3. KSM Umum
 4. Instalasi Rekam Medis
- di RSJ Prof. Dr Soerojo Magelang

PENGUMUMAN

Nomor : 924/DirYanMedKepJang/X/2021

TENTANG

DIAGNOSIS SEPSIS

RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

Berdasarkan berita acara kesepakatan bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG Tahun 2019 Nomor : JP.02.03/3/1693/2020 dan Nomor : 411/BA/0720, dengan ini disampaikan bahwa :

1. Sesuai dengan ICD 10 Tahun 2010 Sock Sepsis menggunakan kode R57.2
2. Penegakan Diagnosis sepsis dapat mengikuti kriteria SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) yaitu terdiri dari minimal 2 keadaan
 - Temperatur $>38,5$ derajat celcius atau <36 derajat celcius
 - Denyut jantung >90 x/menit
 - Frekuensi pernafasan >20 x/menit atau $\text{PaCO}_2 <32$ mmHg (pada pemeriksaan AGDA)
 - Terdapat respons tubuh terhadap fokal infeksi peradangan dan stress dengan hasil laboratorium menunjukkan leukosit dan wajib melaporkan bukti kultur darah dengan hasil bakterimia

Apabila diagnosis sepsis dapat ditegakkan maka harus diikuti dengan tata laksana sepsis.

Demikian pengumuman ini kami sampaikan agar dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Dikeluarkan di Magelang

Pada Tanggal 2 November 2021

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan
dan Penunjang

dr. Ratna Dewi Pangestuti, M.Sc., Sp.KJ

NIP. 196609161997032002

PRODUK SOEROJO HOSPITAL

The advertisement features a blue and green gradient background. At the top left is the Soerojo Hospital logo, which includes a stylized 'S' icon and the text 'soerojo HOSPITAL' with a tagline 'Taman Harapan, Berkualitas, World Class Hospital'. To the right are four accreditation logos: 'KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA', a circular award logo, 'BLU', and a gold medal logo. The main text 'Layanan SOS Ambulance Gratis' is prominently displayed in white, with 'SOS' in a larger, stylized font. Below this, 'Untuk kebutuhan Emergency' is written in a smaller font. A red circular badge with '24 JAM' in white indicates 24-hour service. The central image shows two white ambulances with 'soerojo' and 'SOS' branding, and 'AMBULANCE FREE' written on their sides. A large green and blue banner at the bottom displays the phone number '0811 2955 133'. The bottom of the ad contains social media icons for Twitter, Instagram, Facebook, and YouTube, followed by the handle '@soerojohospital', the website 'www.rsjsoerojo.co.id', and the hashtags '#PercayaSoerojo' and '#SoerojoMenujuWBBM'.

soerojo
HOSPITAL
Taman Harapan, Berkualitas, World Class Hospital

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BLU

Layanan SOS Ambulance Gratis

Untuk kebutuhan Emergency

24 JAM

soerojo

soerojo

AMBULANCE FREE

SOS

Layanan AMBULANCE FREE

Call Center : 0811 2955 133

0811 2955 133

@soerojohospital

www.rsjsoerojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM



PELAYANAN KLINIK SORE SOEROJO HOSPITAL

***Berlaku Juga Bagi Pasien BPJS Kesehatan**

0811 2955 133

Setiap Hari pukul 07.00 - 21.00 WIB



**Pendaftaran Online
melalui website kami**

bit.ly/rsjsdaftaronline



@soerojohospital



www.rsjssoerojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM



JADWAL KLINIK SORE

POLIKLINIK	HARI	DOKTER
Jiwa / Psikiatri	Senin & Kamis	dr. Ratna Dewi Pangestuti, M. Sc., Sp.KJ
	Selasa	dr. Susi Rutmalem B., M. Sc., Sp.KJ (K)
	Rabu	dr. Kornelis Ibrawansyah, M. Sc., Sp.KJ
	Jumat	dr. Bayu Soenarsana Putra, Sp.KJ
Saraf	Senin	dr. Windri Kartikasari, Sp.S
	Rabu	dr. Dyah Wiratmi P, Sp.S
Thyroid Penyakit dalam	Senin & Kamis	dr. Harli Amir Mahmudji, Sp.PD-KEMD
	Selasa, Rabu & Jumat	dr. Fatnan Setyo Hariwibowo, Sp.PD

Jam Pendaftaran

Pukul 07.30 - 16.00 Wib

Jam Pelayanan

Pukul 15.00 WIB - Selesai

***Berlaku Juga Bagi Pasien BPJS Kesehatan**



@soerojohospital



www.rsjsorojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM



soerojo
HOSPITAL

Pusat Unggulan Kesehatan Mental Integratif

LAYANAN TEST PCR SOEROJO HOSPITAL

Rp. 275.000,-

KRITERIA PESERTA PCR

- Untuk Tujuan Sekolah
- Untuk Tujuan Pekerjaan
- Untuk Tujuan Masuk Asrama/
Pondok Pesantren

Jadwal

Senin
Jum'at

Sabtu,
Minggu,
&
Libur

Instalasi *
medical check up

Pukul
07.30 - 13.00

Instalasi
Gawat Darurat

Pukul
13.00 - 20.00

Pukul
07.30 - 13.00

Info selengkapnya :
☎ 0811 2955 133

Lokasi Test PCR di Laboratorium

* Jika ada gejala klinis bisa melalui KESWAR / Poliklinik Rawat Jalan



@soerojohospital



www.rsjsorojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM



Periksakan
Dirimu
ke soerojo hospital

Kini Tersedia layanan

SES
LAYANAN SOEROJO EXPRESS

Layanan Penunjang (Laboratorium & Radiologi)

Dengan Status Pembayaran **Cash**



Alur Layanan SES

Pemeriksaan Laboratorium

Hari	Senin - Jum'at		Sabtu/ Minggu/ Libur
	Jam: 07.30 - 13.00	Jam: 13.00 - 20.00	Jam: 07.30 - 20.00
Pendaftaran	Instalasi* Medical Check Up	Instalasi Rawat Darurat	Instalasi Rawat Darurat
Pembayaran	Instalasi* Medical Check Up	Instalasi Rawat Darurat	Instalasi Rawat Darurat
Pemeriksaan	Instalasi* Medical Check Up	Laboratorium	Laboratorium

Pemeriksaan Radiologi

Hari	Senin - Jum'at		Sabtu/ Minggu/ Libur
	Jam: 07.30 - 13.00	Jam: 13.00 - 20.00	Jam: 07.30 - 20.00
Pendaftaran	Instalasi* Medical Check Up	Instalasi Rawat Darurat	Instalasi Rawat Darurat
Pembayaran	Instalasi* Medical Check Up	Instalasi Rawat Darurat	Instalasi Rawat Darurat
Pemeriksaan	Radiologi	Radiologi	Radiologi

* Jika ada gejala klinis bisa melalui KESWAR / Poliklinik Rawat Jalan



Pemeriksaan ± 1 Jam

(Kecuali, Kimia Darah & Radiologi Expertise)

Info selengkapnya

0811 2955 133



@soerojohospital



www.rsjssoerojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM



soerojo
HOSPITAL

RSJ Soerojo Hospital Menoreh Integrated

**TELAH HADIR
Metode Persalinan**

ERACS

Enhanced Recovery After Caesarean Surgery

Di Soerojo Hospital

**Solusi Cepat Bugar
Setelah Persalinan Cesar**

Kelebihan ERACS

- Proses persalinan dengan operasi cesar lebih nyaman
- Nyeri pasca operasi minimal
- Pemulihan lebih cepat
- Lebih cepat interaksi dengan bayi

Segera konsultasikan persalinan
Anda ke Dokter Soerojo Hospital

Info lebih lanjut hubungi :
0811 2955 133



@soerojohospital



www.rsjsorojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM

RAPID TES ANTIGEN

RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

JADWAL

Senin - Jumat

0811 2955 134

Pukul 07.30 - 13.00 di
Instalasi Medical Check Up Terpadu

Senin - Jumat

0811 2955 133

Pukul 13.00 - 20.00 di
Instalasi Gawat Darurat

Sabtu, Minggu & Hari Libur

0811 2955 133

Pukul 07.00 - 20.00 WIB di
Instalasi Gawat Darurat

Rp 98.000,-

60 MENIT JADI



@soerojohospital



www.rsjsorojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM

VAKSIN MENINGITIS

305
ribu

Info Pelayanan

PENDAFTARAN
Senin - Jum'at
08.00 - 14.00

PELAYANAN
Senin - Jum'at
08.00 - 16.00

1 Dose
Meningococcal
Vaccine
(Groups A, C,
Y and W-135)

Info Lebih Lanjut

Senin - Jumat
0811 2955 134

Hari Libur Nasional, Sabtu & Minggu
0811 2955 133



@soerojohospital



www.rsjsorojo.co.id

#PercayaSoerojo #SoerojoMenujuWBBM



Yth.

1. Dokter Penanggung Jawab Pasien Covid-19
 2. Instalasi Gawat Darurat
 3. Instalasi Rawat Inap
 4. Instalasi Rawat Jalan Terpadu
 5. Instalasi Kesehatan Jiwa Remaja
- di RSJ Prof. Dr Soerojo Magelang

SURAT EDARAN

Nomor : 923/DirYanMedKepJang/X/2021

TENTANG

**PELAYANAN PEMERIKSAAN TCM-PCR 24 JAM
RUMAH SAKIT Jiwa PROF. DR. SOEROJO MAGELANG**

Sehubungan dengan peningkatan kontinuitas pelayanan pemeriksaan TCM-PCR Instalasi Laboratorium Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, kami sampaikan mulai **Kamis, 28 Oktober 2021**, Instalasi Laboratorium Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang menambah waktu pelayanan pemeriksaan TCM-PCR menjadi **24 Jam (Non Stop)**.

Demikian pengumuman ini kami sampaikan agar dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Dikeluarkan di Magelang

Pada Tanggal 28 Oktober 2021

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan
dan Penunjang

dr. Ratna Dewi Pangestuti, M.Sc., Sp.KJ
NIP. 196609161997032002

