RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA	**SERAH TERIMA *(HANDOVER)* PEMERIKSAAN PENUNJANG PASIEN DI LABORATORIUM**		
	No. Dokumen SPO/852/SKP.Akr/X/2026	No. Revisi 00	Halaman 1 dari 4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 07 Oktober 2026	Ditetapkan oleh, Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa, dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS. Kolonel Kes NRP 524330	

PENGERTIAN	Serah terima (handover) pemeriksaan penunjang pasien di Laboratorium adalah proses komunikasi dan pemindahan informasi secara terstruktur mengenai pemeriksaan laboratorium pasien dari petugas/unit pengirim kepada petugas Laboratorium, atau dari petugas Laboratorium kepada petugas/unit penerima hasil pemeriksaan. Handover dilakukan untuk memastikan informasi mengenai identitas pasien, jenis pemeriksaan, kondisi pasien, spesimen, status pemeriksaan, hasil pemeriksaan, termasuk hasil kritis, tersampaikan secara tepat, lengkap, akurat, dan dapat ditindaklanjuti.
TUJUAN	A. Tujuan Umum Menjamin kesinambungan pelayanan pemeriksaan laboratorium dan keselamatan pasien melalui proses serah terima informasi pemeriksaan yang efektif, akurat, tepat waktu, dan terdokumentasi. B. Tujuan Khusus 1. Memastikan identitas pasien sesuai dengan permintaan pemeriksaan dan spesimen. 2. Memastikan jenis pemeriksaan yang diminta sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. 3. Memastikan spesimen diterima dalam kondisi yang sesuai untuk pemeriksaan. 4. Mencegah kesalahan identifikasi pasien dan spesimen. 5. Memastikan informasi mengenai kondisi khusus pasien tersampaikan kepada petugas Laboratorium. 6. Memastikan status pemeriksaan pasien dapat diketahui oleh unit pengirim. 7. Memastikan hasil pemeriksaan, terutama hasil kritis, disampaikan kepada petugas yang berwenang secara tepat waktu. 8. Memastikan proses serah terima terdokumentasi dalam sistem atau dokumen pelayanan yang berlaku. 9. Mendukung keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan antarunit.
KEBIJAKAN	Setiap PPA yang melaksanakan tugas berkesinambungan selama 24jam, harus melaksanakan serah terima/ *handover* sesuai Keputusan KA RSAU dr. Esnawan Antariksa No Kep/84/IX/2025 tentang pedoman komunikasi dan pemeberian informasi efektif antar professional pemeri asuhan.
REFERENSI	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan — sebagai dasar umum penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

	2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien — relevan untuk komunikasi efektif dan keselamatan pasien. 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis — relevan karena handover perlu didokumentasikan dalam rekam medis.
PROSEDUR	**A. Persiapan Permintaan Pemeriksaan** 1. Petugas unit pengirim menerima instruksi/permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang. 2. Petugas memastikan formulir atau permintaan pemeriksaan telah diisi secara lengkap. 3. Informasi minimal yang harus tersedia meliputi: • Nama lengkap pasien. • Nomor rekam medis. • Tanggal lahir/identitas lain sesuai kebijakan rumah sakit. • Unit/ruangan pasien. • Jenis pemeriksaan yang diminta. • Diagnosis atau indikasi klinis bila diperlukan. • Tanggal dan waktu pengambilan spesimen. • Nama dokter/petugas yang meminta pemeriksaan. 4. Petugas memastikan jenis spesimen yang diambil sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diminta. 5. Petugas memastikan pasien telah dipersiapkan sesuai persyaratan pemeriksaan, misalnya puasa atau persiapan khusus lainnya apabila diperlukan. **B. Identifikasi Pasien** 1. Petugas melakukan identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas pasien. 2. Identifikasi dilakukan dengan mencocokkan: • Identitas pasien dengan gelang identitas; dan • Formulir/permintaan pemeriksaan atau sistem informasi laboratorium. 3. Petugas tidak menggunakan nomor kamar atau lokasi tempat tidur sebagai satu-satunya identitas pasien. 4. Apabila terdapat ketidaksesuaian identitas, proses pengambilan atau penerimaan spesimen dihentikan sementara sampai dilakukan klarifikasi. **C. Pengambilan dan Pelabelan Spesimen** 1. Petugas mengambil spesimen sesuai prosedur pemeriksaan yang diminta. 2. Spesimen diberi label identitas pasien sesuai kebijakan rumah sakit. 3. Label sekurang-kurangnya memuat informasi yang diperlukan untuk memastikan keterlacakan spesimen. 4. Petugas mencocokkan kembali identitas pasien, formulir permintaan pemeriksaan, dan label spesimen. 5. Spesimen ditempatkan pada wadah yang sesuai. 6. Spesimen disimpan dan dikirim sesuai persyaratan pemeriksaan.

	D. Handover Spesimen dari Unit Pelayanan Ke Laboratorium 1. Petugas unit pengirim menyerahkan spesimen kepada petugas Laboratorium. 2. Handover dilakukan dengan menyampaikan informasi: • Identitas pasien. • Unit asal. • Jenis pemeriksaan. • Jenis spesimen. • Waktu pengambilan spesimen. • Kondisi khusus pasien apabila ada. • Pemeriksaan yang bersifat segera/cito apabila ada. • Informasi lain yang diperlukan untuk pemeriksaan. 3. Petugas Laboratorium mencocokkan spesimen dengan formulir permintaan pemeriksaan atau data pada sistem. 4. Petugas Laboratorium melakukan pemeriksaan terhadap: • Identitas pasien. • Label spesimen. • Jenis spesimen. • Volume spesimen. • Kondisi spesimen. • Waktu pengambilan. • Jenis pemeriksaan. 5. Apabila spesimen memenuhi persyaratan, petugas Laboratorium menerima dan mencatat/memasukkan spesimen ke dalam sistem. 6. Apabila spesimen tidak memenuhi persyaratan, petugas Laboratorium melakukan komunikasi dengan unit pengirim dan menindaklanjuti sesuai prosedur spesimen tidak layak. 7. Petugas Laboratorium memastikan status spesimen dapat ditelusuri. **E. Handover untuk Pemeriksaan Cito / Segera** 1. Unit pengirim menyampaikan bahwa pemeriksaan diperlukan secara **cito/segera** sesuai kriteria rumah sakit. 2. Petugas unit pengirim menginformasikan kepada Laboratorium mengenai urgensi pemeriksaan. 3. Petugas Laboratorium mengonfirmasi penerimaan permintaan pemeriksaan cito. 4. Spesimen diproses sesuai prioritas yang telah ditetapkan. 5. Hasil pemeriksaan disampaikan kepada unit yang membutuhkan sesuai waktu pelayanan yang berlaku. 6. Apabila terjadi kendala atau keterlambatan yang berpotensi memengaruhi pelayanan pasien, petugas Laboratorium menginformasikan kepada unit terkait. **F. Handover Hasil Pemeriksaan Laboratorium** 1. Petugas Laboratorium memastikan hasil pemeriksaan telah diverifikasi sesuai kewenangan dan prosedur Laboratorium. 2. Hasil pemeriksaan disampaikan melalui sistem informasi rumah sakit/Laboratorium atau media resmi yang ditetapkan. 3. Petugas/unit penerima memastikan hasil pemeriksaan telah diterima. 4. Hasil pemeriksaan dicatat dalam sistem atau rekam medis sesuai ketentuan. 5. Apabila hasil pemeriksaan membutuhkan tindak lanjut segera, petugas Laboratorium menghubungi dokter/PPA/unit yang bertanggung jawab.

	G. Handover Hasil Pemeriksaan Kritis 1. Petugas Laboratorium mengidentifikasi hasil yang termasuk kategori **hasil kritis** sesuai daftar nilai kritis yang ditetapkan rumah sakit. 2. Hasil kritis segera dikomunikasikan kepada dokter/PPA/unit yang bertanggung jawab terhadap pasien. 3. Informasi yang disampaikan sekurang-kurangnya meliputi: • Identitas pasien. • Jenis pemeriksaan. • Hasil pemeriksaan. • Nilai kritis yang ditemukan. • Waktu hasil diperoleh. 4. Petugas penerima melakukan **read back/repeat back** terhadap hasil yang disampaikan untuk memastikan tidak terjadi kesalahan komunikasi. 5. Petugas Laboratorium mencatat: • Waktu penyampaian. • Nama petugas yang menyampaikan. • Nama petugas/dokter yang menerima. • Hasil kritis yang disampaikan. • Konfirmasi/read back. • Tindak lanjut bila dipersyaratkan. 6. Apabila dokter/PPA yang dituju tidak dapat dihubungi, petugas mengikuti alur eskalasi yang telah ditetapkan rumah sakit. 7. Hasil kritis tidak hanya disampaikan tetapi harus dipastikan diterima oleh petugas yang berwenang. **H. Handover Pasien yang Berpindah Unit** Apabila pasien berpindah dari satu unit ke unit lainnya dan masih terdapat pemeriksaan laboratorium yang sedang berlangsung: 1. Unit asal menginformasikan kepada unit penerima mengenai pemeriksaan laboratorium yang telah dilakukan. 2. Disampaikan status pemeriksaan yang masih menunggu hasil. 3. Disampaikan pemeriksaan yang masih perlu dilakukan. 4. Disampaikan hasil pemeriksaan yang telah tersedia dan relevan terhadap kondisi pasien. 5. Disampaikan hasil kritis yang telah ditemukan beserta tindak lanjutnya. 6. Unit penerima memastikan informasi tersebut diterima dan diketahui oleh petugas yang bertanggung jawab terhadap pasien. 7. Informasi tersebut didokumentasikan sesuai ketentuan rekam medis.
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium. 2. Intalasi Gawat Darurat. 3. Instalasi Rawat Inap. 4. Instalasi Rawat Jalan. 5. ICU / HCU. 6. Kamar Operasi. 7. Unit Pelayanan lainnya. 8. DPJP / Dokter 9. Perawat / Bidan 10. Tim / Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

	11. Rekam Medis. 12. Instalasi Sistem Informasi / IT