

LAMPIRAN II
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN
NOMOR 13 TAHUN 2026
TENTANG
PANDUAN PELAYANAN PATOLOGI
KLINIK PADA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN ANALISA SPERMA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.122/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Analisa sperma adalah merupakan salah satu cara untuk mengidentifikas iinfertilitas faktor pria dan menentukan tingkan keburukan infertilitas.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan analisa sperma		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Makroskopis: 1. Warna Prosedur : Diamati pada latar belakang putih ditempat terang melihat semen secara langsung. Nilai rujukan : putih keabu-abuan/putih mutiara. 2. Bau. Nilai rujukan bau seperti bunga akasia/khas. 3. Volume. a. Tuangkan seluruh semen dari wadah ke dalam gelas ukur 5 ml yang berskala b. Catat volume dengan satu angka dibelakang koma dan juga dilihat ada tidaknya koagulum serta warna. 4. Viscositas (Kekentalan) Pemeriksaan viscositas dilakukan setelah 20 menit.		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN ANALISA SPERMA

No. Dokumen
000.8.3.3/8.122/SPO/
2026

No. Revisi
1

Halaman

Prosedur :

a. Pipet Eliasson:

- 1) Isap semen dengan pipet Eliasson sampai tanda 0.1 ml.
- 2) Tekan ujung jari pipet Eliasson dengan ibu jari dan dipegang dengan posisi tegak lurus
- 3) Lepaskan ibu jari dari ujung pipet Eliasson dan secara bersamaan stop watch dijalankan.
- 4) Catat waktu dilepaskan ibu jari pada ujung atas pipet Eliasson sampai keluarnya tetesan pertama di ujung bawah pipet Eliasson.
- 5) Pelaporan dalam satuan detik

b. Pipet pasteur:

- 1) Isap semen ke dalam pipet pasteur
- 2) Teteskan dan amati langsung panjang benang yang terbentuk
- 3) Catat panjang benang yang terbentuk pada waktu menetesnya semen
- 4) Pelaporan dalam cm (< 2 cm).

c. Jarum suntik:

- 1) Hisap semen dengan menggunakan jarum suntik
- 2) Keluarkan semen secara perlahan
- 3) Amati dan ukur panjang benang yang terbentuk pada saat semen mulai menetes
Pelaporan dalam cm (< 2 cm).

d. Batang Pengaduk Gelas:

- 1) Masukkan batang pengaduk gelas ke dalam sampel semen
- 2) Angkat dan amati tetesan/benang cairan yang terjadi.
Pelaporan dalam cm (< 2 cm).

5. Likuefaksi

Likuefaksi adalah proses mencairnya gel dalam sperma.

Prosedur :

- a. Catat jam keluarnya semen (sesuai keterangan pasien).
- b. Amati waktu semen mengalami likuefaksi lengkap (catat waktunya).

Perhitungan

Waktu likuefaksi = likuefaksi lengkap – pengeluaran semen

Pelaporan likuefaksi lengkap dalam menit.

6. PH (keasaman)

Prosedur:

- a. Homogenkan semen secara perlahan
- b. Ambil 1 tetes semen menggunakan pipet Pasteur
- c. Teteskan pada kertas indikator pH
- d. Amati perubahan warna yang terjadi



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN ANALISA SPERMA

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.122/SPO/ 2026	1	

- e. Bandingkan warna dengan standart pH
Pelaporan PH sesuai perubahan warna standar indikator PH.
- Mikroskopis:
1. Hitung persentase sperma motil dan non motil (Motilitas Sperma)
- Prosedur :
- a. Teteskan 1 tetes semen pada obyek glass dan tutup dengan kaca penutup.
 - b. Lihat dengan mikroskop perbesaran 40 x
 - c. Hitung aktifitas spermatozoa dalam 100 spermatozoa (4-6 lapang pandang)
 - d. Catat kualitas gerakannya :
- Perhitungan:
- a. Kategori a = linear cepat
$$\frac{\text{Spermatozoa gerak cepat \& maju lurus}}{100} \times 100\%$$
 - b. Kategori b linear lambat atau motil belok-belok
$$\frac{\text{Spermatozoa gerak belok-belok}}{100} \times 100\%$$
 - c. Kategori c gerak di tempat
$$\frac{\text{Spermatozoa gerak di tempat}}{100} \times 100\%$$
 - d. Kategori d hitung % non motil
$$\frac{\text{Jumlah spermatozoa tidak bergerak non motil}}{100} \times 100\%$$
- Pelaporan hasil :
- a. Total Motility = a + b
 - b. Progresif Motility = a
 - c. Imotil = c + d
- Nilai normal :
- a. Total Motility a + b = 40 %
 - b. Progresif Motility = a = 32 %
- e. Amati juga adanya sel epitel, eritrosit, debris dan aglutinasi.
2. Hitung Konsentrasi
- a. Encerkan semen dengan reagen SDF/ Aquabidest
 - b. Ambil 50 µl semen ditambah 1000 µl aquabidest
 - c. Homogenkan dan hitung dengan bilik hitung seperti hitung lekosit tetapi hanya 1 bidang.
 - d. Hasil yang didapat dikalikan 200.000.
 - e. Hitung jumlah total spermatozoa
Konsentrasi × volume sperma = hasil dalam 10⁶/ ejakulasi.
3. Morfologi



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN ANALISA SPERMA

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.122/SPO/ 2026	1	

- a. Pengecatan Giemsa
- 1) Teteskan 1 tetes semen diatas obyek glass, buat sediaan apus, biarkan kering pada suhu kamar
 - 2) Fiksasi dengan methanol (5 menit)
 - 3) Keringkan pada suhu kamar
 - 4) Teteskan larutan Giemsa (30 menit)
 - 5) Bilas dengan air mengalir, keringkan pada suhu kamar, dan baca dengan mikroskop.
- b. Pelaporan Hasil
- 1) Spermatozoa normal = ...%
 - 2) Spermatozoa abnormal = ...%
- Nilai Normal : Morfologi sperma normal = 4 %
4. Viability
- a. Homogenkan 1 tetes semen dan 1 tetes eosin 1% pada kaca objek, tutup dengan deck glass
 - b. Amati dan hitung persentase (%) spermatozoa yang tidak terwarnai.

UNIT TERKAIT Instalasi laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN BTA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.123/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan dengan bahan pemeriksaan sputum secara mikroskopis dengan menggunakan reagent Ziehl Nelsen untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnosa.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan BTA		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Prosedur a. Buat apusan preparat dengan ose bulat lalu biarkan kering di suhu ruang b. Fiksasi dengan lampu spritus c. Genangi dengan larutan carbol fuchsin selama 3 menit d. Dipanasi hingga timbul uap e. Bilas dengan air mengalir f. Tetesi dengan alkohol asam 1 % g. Bilas dengan air mengalir h. Genangi dengan methylen blue selama 20-30 detik i. Bilas dengan air mengalir j. Keringkan pada suhu ruang k. Amati dengan mikroskop perbesaran obyektif 100x 2. Pembacaan hasil : bakteri tahan asam akan tampak berwarna merah dengan latar belakang biru, laporan hasil dinyatakan dengan tanda : (-) = Tidak ditemukan BTA diseluruh lapangan pandang Tulis jumlah kuman = Jika ditemukan BTA 1 sampai 9 / seluruh lapangan pandang 1 + = Jika ditemukan BTA 10 sampai 99 / 100 lapangan pandang		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN BTA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.123/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	2 + = Jika ditemukan BTA1 sampai10 / lapangan pandang 3 + = Jika ditemukan BTA lebih dari 10 kuman / lapangan pandang		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TERHADAP NEISSERIA GONORHOEAE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.124/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan secret vagina, uretra, mata, secara mikroskopis dengan menggunakan reagent /cat gram untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan Neisseria gonorrhoeae cara manual		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Prosedur a. Buat apusan preparat, keringkan pada suhu ruang b. Fiksasi dengan lampu spritus c. Genangi dengan gentian violet selama 1 menit d. Bilas dengan air mengalir e. Genangi dengan Lugol selama 1 menit f. Bilas dengan air mengalir g. Bilas dengan alkohol absolut sampai semua cat tampak luntur h. Bilas dengan air mengalir i. Genangi dengan safranin selama 30 detik j. Bilas dengan air mengalir k. Amati dengan mikroskop perbesaran obyektif 100X. 2. Pembacaan hasil : Neisseria gonorrhoeae tampak seperti biji kopi yang berpasangan dengan warna biru dan latar belakang merah muda, bakteri tersebut bersifat gram (-).		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN FAECES RUTIN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.126/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemeriksaan faeses adalah pemeriksaan penyaring dengan menggunakan specimen faeses untuk mengetahui fungsi saluran cerna dan hasil metabolisme tubuh		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan feses rutin cara manual		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Makroskopis a. Konsistensi : dinyatakan dengan cair, keras, lunak b. Warna : kuning, coklat, hitam, abu-abu pucat atau putih c. Bau : busuk, asam, tengik d. Sisa-sisa makanan e. Pus, darah, lendir f. Adanya parasitb : cacing ascaris, oxyuris atau vermikularis. 2. Mikroskopis a. Bersihkan obyek glass dengan tissue b. Teteskan larutan eosin 1 % c. Homogan faeces kemudian ambil dengan lidi d. Homogenkan sampel faeces dengan eosin 1% di atas obyek glass e. Tutup dengan deck glass f. Periksa di bawah mikroskop pembesaran 40 X, untuk melihat adanya : eritrosit, leukosit, bakteri, telur cacing, amuba, sisa pencernaan (lemak yaitu adanya sel bulat warna kuning, karbohidrat yaitu adanya serabut berwarna kuning kecoklatan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN ASTO		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.127/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Aris Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah serum,plasma,dengan metode aglutinasi untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan ASTO cara manual		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pipet 20 ul serum pada lingkaran slide 2. Tambah 20 ul reagen ASO latex 3. Homogenkan dengan pengaduk 4. Goyangkan slide dengan rotator pelan-pelan selama 2 menit 5. Amati hasil dengan adanya aglutinasi 6. Intepretasi hasil : (+) terlihat adanya aglutinasi, (-) tidak terjadi aglutinasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN CRP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.128/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah yaitu serum,plasma,dengan metode aglutinasi untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan CRP cara manual		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Kualitatif a. Hangatkan reagen dan sample hingga temperature kamar, lalu kocok pelan-pelan b. Pipet 20 Ul serum ditaruh diatas lingkaran slide c. Tambah 20 Ul reagen CRP latex d. Campur dengan pengaduk e. Goyangkan slide dengan rotator pelan-pelan selama 3 menit f. Amati hasilnya adanya aglutinasi Intepretasi Hasil : Positif (+) : Terlihat adanya aglutinasi Negatif (-): Tidak terjadi aglutinasi. 2. Kuantitatif dengan alat POCT Vivadiag a. Ganti Cheep CRP b. Input data pasien c. Pilih single tes d. Siapkan buffer tube dan tambahkan 10µl darah edta e. Homogenkan campuran buffer tube 10x f. Ambil 75 µl dengan mikropipet g. Teteskan pada lubang device h. Masukkan device ke alat i. Pencet standar tes j. Tunggu 4 menit hasil keluar pada print out.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN RHEUMATOID FACTOR (RF)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.129/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah yaitu serum,plasma,dengan metode aglutinasi untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose.	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan RF cara manual		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Kualitatif 1. Hangatkan reagen dan sample hingga temperature kamar, lalu homogenkan secara perlahan 2. Pipet 20 µl serum pada lingkaran slide 3. Tambah 20 µl reagen RF latex 4. Campur dengan pengaduk 5. Goyangkan slide dengan rotator pelan-pelan selama 3 menit 6. Amati hasilnya adanya aglutinasi Intepretasi Hasil : Positif (+) : Terlihat adanya aglutinasi Negatif (-): Tidak terjadi aglutinasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN SYPHILIS RAPID TEST		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.130/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Aris Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah yaitu serum,plasma,dengan metode rapid untuk mendeteksi antibodi terhadap <i>Treponema pallidum</i> secara kualitatif sebagai penunjang diagnosa siphilis.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan syphilis metode rapid.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Letakkan test device pada tempat datar. 2. Teteskan 1 tetes serum atau plasma (40 µl serum atau plasma) atau 2 tetes <i>whole blood</i> (40 µl <i>whole blood</i>) pada lubang sampel. 3. Tambahkan 1 tetes (40 µl) diluent ke lubang sampel 4. Baca hasilnya hingga 20 menit. Interpretasi Hasil : Positif (+) : Timbul garis merah pada kontrol dan tes Negatif (-) : Timbul garis merah pada kontrol Invalid : Tidak timbul garis merah pada tes		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN IMUNOGLOBULIN DENGUE COMBO DAN NS1		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.131/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Aris Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah yaitu serum/plasma dengan metode rapid tes untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan Imunoglobulin dengue blood metode rapid.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dengue IgG dan IgM Dengue a. Masukkan 1 tetes spesimen plasma/serum ke dalam lubang S pada kaset uji b. Masukkan 2 tetes pengencer sampel ke dalam lubang D pada kaset uji 2. Dengue NS1 a. Masukkan 1 tetes spesimen ke dalam lubang pada kaset uji b. Tambahkan 1 tetes pengencer sampel 3. Baca hasilnya dalam 15 – 20 menit. Jangan sampai melebihi 20 menit. Intepretasi hasil : Negatif (-) : Terbentuk garis keunguan pada kontrol Positif IgM : Terbentuk garis keunguan pada garis M dan kontrol Positif IgG : Terbentuk garis keunguan pada garis G dan kontrol Positif : Terbentuk garis keunguan pada garis IgG/IgM M,G dan kontrol Dengue Positif : Terbentuk garis keunguan pada garis Dengue NS1 tes Invalid : Tidak terbentuk garis keunguan pada kontrol		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN <i>IMUNOGLOBULIN DENGUE COMBO DAN NS1</i>		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.131/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	Catatan : jangan menggunakan sampel keruh, lipemik, ikterik dan hemolisis		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN HBsAg		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.132/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Ari Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah yaitu serum/plasma dengan metode rapid tes untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan HBsAg metode rapid.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Siapkan sampel serum/plasma dan reagen HBsAg 2. Masukkan reagen HBsAg strip pada serum/plasma secara vertical 3. Biarkan 10-15 menit 4. Baca hasilnya. Interpretasi Hasil Positif (+) : Timbul garis merah pada kontrol dan tes Negatif (-) : Timbul garis merah pada kontrol Invalid : Tidak timbul garis merah pada tes		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN IgM DAN IgG SALMONELLA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.133/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Aris Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah yaitu serum/plasma secara kualitatif berdasarkan prinsip sandwich immunokromatografi untuk keperluan menegakkan diagnosa.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan IgM Salmonella guna mendeteksi dini demam typhoid .		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Buka alumunium foil sesat sebelum pengetesan , beri identitas card test 2. Teteskan 5 ul serum/plasma/whole blood pada lubang sampel A 3. Teteskan 5 tetes Diluent pada lubang B 4. Baca hasil tes pada 15 menit. Interpretasi hasil: Positif : Timbul garis merah pada kontrol dan tes IgM (+) IgM Positif : Timbul garis merah pada kontrol dan tes IgG (+) IgG Negatif (-) : Timbul garis merah pada kontrol Invalid : Tidak timbul garis merah pada tes		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TES KEHAMILAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.134/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan urine melalui metode kualitatif menggunakan reagen rapid test guna menegakkan diagnosa kehamilan secara dini.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan tes kehamilan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tampung sampel urin pagi dalam wadah yang bersih 2. Celupkan strip test ke dalam sampel urin sampai garis batas biru selama 30 detik 3. Angkat strip, hasil akan terbaca 1 menit kemudian. Interpretasi hasil: Positif (+) : Timbul garis merah pada kontrol dan tes Negatif (-) : Timbul garis merah pada kontrol Invalid : Tidak timbul garis merah pada tes		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN KEHAMILAN TITER		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.135/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan urine melalui metode kuantitatif menggunakan reagen rapidguna menegakkan diagnosa		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk membantu penegakkan diagnosa kehamilan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Siapkan 1000 ul aquadest (1 tabung) 2. Siapkan 500 ul aquadest (4 tabung) 3. 1000 ul dikurangi 40 ul, kemudian ditambah 40 ul urin, homogenkan 4. Masukkan strip test ke dalam sampel yang tersisa (+)1/25 5. Ambil 500 ul dari yang dicampur pada point no.3 6. Tes strip dimasukkan ke dalam sampel yang tersisa (+)1/50 7. Dimasukkan ke tabung yang berisi aquadest 500 ul 8. Dihomogenkan 9. Ambil 500 ul dari yang dicampur pada point no.6 10. Tes strip dimasukkan ke dalam sampel yang tersisa (+)1/100 11. Dimasukkan ke tabung yang berisi aquadest 500 ul 12. Ambil 500 ul dari yang dicampur pada point no.8 13. Tes strip dimasukkan ke dalam sampel yang tersisa(+)1/200 14. Ambil 500 ul dari yang dicampur pada point no.6 15. Tes strip dimasukkan ke dalam sampel yang tersisa (+)1/400.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN NARKOBA 7 PARAMETER		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.136/SPO/ 2026	No. Revisi 2	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Aris Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan urine untuk keperluan menegakkan /menunjang diagnosa terhadap kandungan narkoba secara kualitatif yang terdiri dari 7 parameter meliputi zat Amphetamine, Met-Amphetamin, Morphin, THC,Benzodiazephine, Coccain dan Carisoprodol (SOMA) dalam sampel urin		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan narkoba yang terdiri dari 7 parameter secara kualitatif		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Celupkan strip test ke sampel urin 2. Biarkan reaksi berlangsung dan biarkan selama 5 menit. Interpretasi Hasil: Positif (+) : Timbul garis merah pada kontrol Negatif (-) : Timbul garis merah pada kontrol dan tes Invalid : Tidak timbul garis merah pada tes		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN GOLONGAN DARAH																	
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.137/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1															
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002																
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah dengan amtikoagulan/kapileri menggunakan reagent anti sera A dan anti sera B untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnosa.																	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan golongan darah cara manual																	
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen																	
PROSEDUR	1. Teteskan 1 tetes serum anti A di kiri obyek glass dan 1 tetes serum anti B di sebelah kanan obyek glass. 2. Tambah 1 tetes kecil darah pada serum tersebut, homogenkan 3. Goyang kaca obyek dengan membuat gerakan lingkaran 4. Amati adanya aglutinasi secara visual atau dengan mikroskop bila perlu 5. Penetapan golongan darah : a. Eritrosit mengandung aglutinogen A dan serum aglutinin anti B b. Eritrosit mengandung aglutinogen B dan serum aglutinin anti A c. Eritrosit tidak mengandung aglutinogen dan serum aglutinin anti A & B d. Eritrosit mengandung aglutinogen A & B dan serum tidak mengandung aglutinin 6. Interpretasi Hasil<table><tr><td>ANTI A</td><td>ANTI B</td><td>GOL DARAH</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>O</td></tr><tr><td>+</td><td>-</td><td>A</td></tr><tr><td>-</td><td>+</td><td>B</td></tr><tr><td>+</td><td>+</td><td>AB</td></tr></table>			ANTI A	ANTI B	GOL DARAH	-	-	O	+	-	A	-	+	B	+	+	AB
ANTI A	ANTI B	GOL DARAH																
-	-	O																
+	-	A																
-	+	B																
+	+	AB																
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium																	

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN RETIKULOSIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.138/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah dengan antikoagulan /kapiler secara mikroskopis dengan menggunakan reagent Brilliant Cresill Blue untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnosa.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan retikulosit cara manual		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Buat campuran sama banyak antara sampel darah dan larutan Brilliant Cresill Blue 2. Ambil 1 tetes campuran tersebut, ditetaskan pada obyek glass dan ditutup deckglass. 3. Diamkan dalam suhu kamar 5 – 10 menit 4. Baca dengan menggunakan mikroskop perbesaran obyektif 100x dihitung retikulosit dalam 1000 eritrosit 5. Catat hasil sampelnya dan dinyatakan dalam satuan %. Perhitungan : Jumlah retikulosit = (Jumlah retikulosit dalam apusan dibagi jumlah eritrosit dalam apusan) dikali 100 % Nilai normal untuk dewasa 0,5-1,5 %		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN MALARIA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.139/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah dengan antikoagulan /kapiler secara mikroskopis dengan menggunakan reagent Giemsa untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnosa.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan malaria cara manual		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tetesan Tebal a. Teteskan sampel darah pasien pada objek glass b. Keringkan dalam suhu ruang c. Fiksasi dengan merendamnya di aquades sampai eritrositnya larut d. Keringkan kembali dalam suhu ruang e. Warnai dengan larutan giemsa selama 30 menit f. Bilas dengan air kran g. Keringkan dalam suhu ruang h. Periksa adanya parasit malaria dengan mikroskop perbesaran obyektif 100x. 2. Tetesan Tipis a. Buat apusan darah b. Keringkan dalam suhu ruangan lalu fiksasi dengan merendamnya di alkohol 96% selama 30 detik. c. Bilas sisa alkohol 96% d. Warnai dengan larutan giemsa selama 30 menit e. Keringkan dalam suhu kamar f. Periksa adanya parasit malaria dengan mikroskop perbesaran obyektif 100x. Catatan : Sebaiknya pengambilan darah dilakukan saat penderita demam tinggi sehingga memudahkan untuk menemukan parasitnya.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN JAMUR		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.140/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen	
			
		dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Pemeriksaan dengan pewarnaan KOH adalah prosedur pengecatan yang menggunakan larutan KOH 10 %.	
	TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan jamur	
	KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen	
PROSEDUR	1. Buat sediaan suspensi pada obyek glass 2. Tetesi 1-2 tetes sediaan dengan KOH 10 % kemudian homogenkan 3. Tutup dengan <i>deck glass</i> 4. Sediaan siap diperiksa dengan mikroskop.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN MORFOLOGI DARAH TEPI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.141/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemeriksaan morfologi darah tepi adalah pemeriksaan mikroskopis untuk melihat sediaan apus darah tepi guna menilai eritrosit, leukosit dan trombosit serta unsur lainnya.		
TUJUAN	1. Menentukan morfologi sel – sel darah. 2. Menentukan etiologi sel – sel darah. 3. Menentukan gambaran eritrosit, leukosit dan trombosit serta unsur-unsur lain, misalnya : parasit, mikrofilaria, sel asing.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Pemeriksaan Morfologi Darah Tepi dilakukan 4 langkah yaitu : 1. Pemeriksaan darah lengkap Mengetahui : kadar Hb, nilai Ht, MCV, MCH, MCHC, RDW, jumlah eritrosit, jumlah leukosit dan hitung jenis leukosit serta jumlah trombosit. 2. Pembuatan sediaan apus darah tepi Dengan metoda <i>two slides / wedge</i> , langkah-langkah a. Letakkan 1 tetes kecil darah ($\pm 5\mu\text{L}$) pada $\pm 1\text{-}2\text{cm}$ ujung kaca objek b. Letakkan kaca objek lain (kaca pendorong) didepan tetesan darah membentuk sudut 45° C dengan kaca objek, dorong kebelakang sehingga menyentuh tetesan darah, setelah tetesan darah menyebar sepanjang kaca pendorong, buatlah apusan dengan cepat namun halus (gerak merata), panjang apusan $\pm 3\text{-}4\text{ cm}$ c. Keringkan sediaan pada suhu ruang d. Setelah sediaan kering, berilah label identitas pada sediaan dengan menggunakan pensil khusus (<i>graphites</i>) e. Fiksasi dengan merendam sediaan dalam methanol selama 10-20 menit f. Genangi dengan giemsa selama 20 menit		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN MORFOLOGI DARAH TEPI

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.141/SPO/ 2026	1	

- g. Bilaslah sediaan dengan air mengalir secara perlahan-lahan
- h. Letakkan sediaan secara vertikal dan keringkan pada suhu ruang.
- 3. Pembacaan Morfologi Darah Tepi
 - a. Amati sediaan pada lensa objektif 10X (Pembesaran 100X) untuk melihat :
 - 1) Melihat keseluruhan lapangan pandang
 - 2) Orientasi zona-zona
 - 3) Melakukan estimasi derajat anemia dan jumlah leukosit (estimasi jumlah leukosit normal, bila rata-rata perlapangan pandang terdapat sekitar 20-30 leukosit pada zona V)
 - 4) Mencari kemungkinan adanya sel asing, kanker, parasit, mikrofilaria dan lain-lain (umumnya didaerah ekor/lebih distal lagi).
 - b. Amati sediaan pada lensa Objektif 40X (Pembesaran 400X) untuk :
 - 1) Evaluasi Eritrosit
 - a) Ukuran eritrosit
 - b) Bentuk eritrosit
 - c) Warna eritrosit
 - d) Ada tidaknya benda inklusi
 - e) Susunan sel yang satu dengan lainnya.
 - 2) Evaluasi Leukosit
 - a) Estimasi jumlah leukosit
 - b) Estimasi jumlah leukosit normal, bila rata-rata perlapangan pandang terdapat sekitar 20-30 leukosit pada zona V)
 - c) Mencari kemungkinan adanya leukosit abnormal, benda inklusi.
 - c. Amati sediaan pada lensa Objektif 100X (Pembesaran 1000X) untuk :
 - 1) Evaluasi Trombosit
 - a) Estimasi jumlah trombosit
(Cara Barbara Brown, yaitu dengan menghitung rata-rata 10 - 15 lapangan pandang pada zona V, Jumlah trombosit yang di dapat dirata - rata kemudian hasil rata - rata dikalikan faktor perkalian ($f = 20.000$))
 - b) Mencari bentuk-bentuk abnormal trombosit
 - c) Menilai distribusi trombosit.
 - 2) Konfirmasi temuan pada pengamatan dengan lensa objektif 40X.
- 4. Interpretasi Hasil Pengamatan



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN MORFOLOGI DARAH TEPI

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN MORFOLOGI DARAH TEPI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.141/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	a. Pemberian kesan hasil pengamatan b. Pemberian saran (bila diperlukan).		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KOREKSI JUMLAH LEUKOSIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.142/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedhi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Koreksi jumlah leukosit dilakukan bila di dalam sediaan darah tepi terdapat eritrosit berinti yang melebihi 10 dalam 100 lekosit. Hal ini disebabkan eritrosit berinti tidak hancur oleh larutan Turk dan akan ikut terhitung sebagai lekosit.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam koreksi jumlah leukosit sehingga didapatkan jumlah leukosit yang sebenarnya		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Koreksi jumlah leukosit = $(100 \times AL) : (100 + N)$ AL adalah hasil hitung leukosit N adalah jumlah eritrosit berinti Contoh : bila didalam sediaan apus darah tepi terdapat eritrosit sebanyak 25 sel /100 lekosit dan jumlah lekosit 12.500/ul,maka dilakukan koreksi jumlah leukosit Jumlah lekosit yang sebenarnya adalah $= \frac{100}{125} \times \text{Jumlah lekosit}$ $= \frac{100}{125} \times 12.5000$ $= 10.000 / \text{ml}$		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KONFIRMASI JUMLAH LEUKOSIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.143/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedhi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Konfirmasi jumlah leukosit adalah evaluasi jumlah leukosit dibawah 3.000/uL dan diatas 15.000/uL dengan cara manual.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam Pemeriksaan konfirmasi jumlah leukosit		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Analisis hematologi melakukan cek ulang identitas dan riwayat pasien 1. Buat preparat apus kemudian hitung jumlah leukosit dengan pembesaran 100X pada 10-15 lapangan pandang pada zona baca 2. Hasil jumlah leukosit yang didapat di rata-rata 3. Hasil normal bila rata-rata didapatkan leukosit 20-30 sel 4. Lakukan pemeriksaan ulang bila meragukan 5. Konsul dokter penanggungjawab bila tetap meragukan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KONFIRMASI JUMLAH TROMBOSIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.144/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Konfirmasi jumlah trombosit adalah evaluasi jumlah trombosit 0 atau dibawah 50.000/uL dengan metode <i>Barbara-Brown</i> atau <i>Brecheher Cronkrite</i> .		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam Pemeriksaan konfirmasi jumlah trombosit		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Analisis hematologi melakukan cek ulang identitas dan riwayat pasien. 1. Buat sediaan apus darah tepi kemudian hitung jumlah trombosit dengan pembesaran 100X pada 10-20 lapangan pandang pada zona baca 2. Hasil jumlah trombosit yang didapat dikalikan 1.000 3. Hasil normal bila rata rata didapatkan trombosit 20-30 sel 4. Lakukan pemeriksaan ulang bila meragukan 5. Konsul dokter penanggungjawab bila hasil tetap meragukan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAN HIV		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.147/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium dengan bahan pemeriksaan darah yaitu serum/plasma dengan metode rapid tes untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan HIV (Human Immunodeficiency Virus) metode rapid.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Reagen 1 (HIV dan Sifilis) a. Disiapkan sampel (serum/plasma/whole blood) b. Buka kemasan keluarkan strip c. Ditempel identitas d. Masukkan sampel serum/plasma/whole blood sebanyak 2 – 4 tetes pada lubang S e. Teteskan diluents 1 – 2 tetes pada lubang S f. Baca hasil, setelah 10-20 menit Interpretasi hasil Negatif (-) : Terbentuk warna merah pada garis kontrol Positif (+) : Terbentuk warna merah pada garis kontrol dan garis tes sifilis dan atau HIV Invalid : Tidak terbentuk warna merah pada garis kontrol 2. Reagen 2 a. Pastikan hasil HIV reaktif pada pemeriksaan reagen 1 b. Siapkan sampel (serum/plasma/whole blood) c. Buka kemasan keluarkan strip d. Ditempel identitas e. Masukkan 1 tetes sampel serum/plasma/whole blood pada lubang S f. Masukkan diluents 1 – 2 tetes pada lubang S		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAN HIV

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.147/SPO/ 2026	1	

- g. Baca hasil, setelah 15 menit
Interpretasi hasil
Negatif (-) : Terbentuk warna merah pada garis kontrol
Positif (+) : Terbentuk warna merah pada garis HIV 1 kontrol dan pada garis T1
Positif (+) : Terbentuk warna merah pada garis HIV 2 kontrol dan pada garis T2
Invalid : Tidak terbentuk warna merah pada garis kontrol
3. Reagen 2
- a. Pastikan hasil HIV reaktif pada pemeriksaan reagen 2
 - b. Siapkan sampel (serum/plasma/whole blood)
 - c. Buka kemasan keluarkan strip
 - d. Ditempel identitas
 - e. Masukkan serum/plasma/whole blood 1 – 2 tetes pada lubang
 - f. Masukkan diluents 2 – 4 tetes pada lubang S
 - g. Baca hasil, setelah 15 menit
Interpretasi hasil
Negatif (-) : Terbentuk warna merah pada garis kontrol
Positif (+) : Terbentuk warna merah pada garis kontrol dan garis tes sifilis dan atau HIV
Invalid : Tidak terbentuk warna merah pada garis kontrol

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAN ANTIGEN SARCOV-2		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.148/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium antigen sarcov-2 dengan bahan pemeriksaan swab tenggorokan dengan metode rapid tes untuk memperoleh informasi guna keperluan menegakkan diagnose covid-19		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan antigen sarcov-2 metode rapid tes		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Menyesuaikan dengan insert kit yang digunakan - Persiapan Siapkan peralatan dan reagen: flog swab, tabung, penutup tabung berfilter, buffer ekstraksi/diluent, device - Cara: - Siapkan tabung - Isi tabung dengan buffer ekstraksi/diluent sesuai dengan ketentuan di insert kit - Lakukan swab nasofaring dengan menggunakan flog swab - Rendam flog swab spesimen ke dalam tabung yang sudah berisi buffer ekstraksi dan putar 5-10 kali - Ambil flog swab spesimen sambil diperas pada bagian ujung swab - Tutup rapat tabung dengan penutup tabung berfilter - Teteskan 3-4 tetes kedalam well device - Baca hasil setelah 5-10 menit. Interpretasi hasil Positif (+) : Timbul garis merah pada kontrol dan tes Negatif (-) : Timbul garis merah pada kontrol Invalid : Tidak terbentuk garis warna merah pada C Tidak terbentuk garis warna merah pada C dan T		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN GULA DARAH DENGAN POCT (POINT OF CARE TESTING)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.149/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Kegiatan pemeriksaan gula darah dengan alat <i>Point Of Care Testing</i> (POCT) adalah aktivitas pemeriksaan gula darah secara cepat menggunakan alat POCT.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan gula darah dengan POCT		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Prosedur kalibrasi alat POCT gula darah : a. Kalibrasi alat POCT untuk pemeriksaan gula darah dilaksanakan di laboratorium dan dikerjakan setiap bulan b. Tanpa perlu menghidupkan alat (menekan tombol ON) c. Masukkan chip warna putih hijau d. Pada alat POCT akan muncul <i>lot number</i> e. Pastikan <i>lot number</i> sesuai dengan kemasan f. Alat siap dipakai. 2. Prosedur pemeriksaan gula darah dengan alat POCT: a. Bersihkan ujung jari dengan kapas <i>alkohol swab</i> b. Tunggu kering c. Pasang <i>lancet</i> pada <i>pen autolick</i> atau bisa pakai lancet langsung d. Atur kedalaman jarum lancet pada <i>pen autoclick</i> dengan cara memutar ujung <i>pen autoclick</i> e. Masukkan strip glukosa pada alat maka alat akan menyala otomatis dan muncul tampilan “<i>Preparing test</i>” f. Tunggu beberapa saat sampai muncul tampilan “<i>Apply Drop</i>” g. Tusuk ujung jari menggunakan lancet dan tekan supaya darah keluar h. Usap darah yang pertama keluar dengan tisu kering i. Tempelkan darah pada ujung strip sampai bunyi beep. j. Tunggu sebentar, hasil akan keluar beberapa detik pada layar		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN GULA DARAH DENGAN POCT (<i>POINT OF CARE TESTING</i>)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.149/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	k. Cabut lancet jika menggunakan pen autoclick dan strip dibuang pada tempat limbah sesuai jenis limbahnya.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. IGD 3. Rawat Inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TSH MINI VIDAS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.152/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Pemeriksaan TSH adalah tata cara pemeriksaan Thyrolisa TSH dalam darah secara kuantitatif dengan metode ELFA (<i>Enzyme Linked Fluorescent Assay</i>).	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan TSH		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Masukkan 200 µl serum sampel ke dalam strip TSH 2. Masukkan pada <i>section</i> A atau B pada alat minividas 3. Isikan data pasien 4. Pilih parameter yang diinginkan (TSH) 5. Tekan <i>start</i> 6. Alat akan melakukan <i>processing</i> 7. Tunggu sampai hasil keluar 8. Ambil hasil <i>print out</i> .		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN FT4N MINI VIDAS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.153/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Pemeriksaan FT4N adalah tata cara pemeriksaan Thyrolisa FT4N dalam darah secara kuantitatif dengan metode ELFA (<i>Enzyme Linked Fluorescent Assay</i>).	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam Pemeriksaan FT4N		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Masukkan 100 µl serum sample ke dalam strip FT4N 2. Masukkan pada <i>section</i> A atau B pada alat minividas 3. Isikan data pasien 4. Pilih parameter yang diinginkan (FT4N) 5. Tekan <i>start</i> 6. Alat akan melakukan <i>processing</i> 7. Tunggu sampai hasil keluar 8. Ambil hasil <i>print out</i> .		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN HBA1C DENGAN ALAT POCT VIVADIAG		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.154/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium HBA1C dengan bahan pemeriksaan darah EDTA dan alat POCT VivaDiag		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan HBA1C dengan menggunakan alat POCT VivaDiag		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hidupkan power belakang alat 2. Ganti Cheep HBA1C 3. Input data pasien 4. Pilih single tes 5. Siapkan buffer tube dan tambahkan 5 µl darah edta 6. Homogenisasi sebanyak 10x 7. Ambil 75 µl dengan mikropipet 8. Teteskan pada lubang device 9. Masukkan device ke alat 10. Klik standar tes 11. Tunggu 5 menit hasil keluar pada print out 12. Matikan alat jika sudah tidak digunakan dengan mengembalikan pada menu awal dan tekan tombol off di belakang alat. Interpretasi hasil 1. Kontrol DM baik: 2.5-6.0% 2. Kontrol DM sedang: 6.1 – 8,0% 3. Kontrol DM buruk : > 8%		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TROPONIN-I DENGAN ALAT POCT VIVADIAG		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.155/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium Troponin-I dengan bahan pemeriksaan darah EDTA dan alat POCT VivaDiag		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan Troponin-I dengan menggunakan alat POCT VivaDiag		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hidupkan power belakang alat 2. Ganti Cheep Troponin-I 3. Input data pasien 4. Pilih single tes 5. Siapkan buffer tube dan tambahkan 75 µl darah edta 6. Homogenisasi sebanyak10x 7. Ambil 75 µl dengan mikropipet 8. Teteskan pada lubang device 9. Masukkan device ke alat 10. Pencet standar tes 11. Tunggu 15 menit hasil keluar pada print out 12. Jika hasil tidak keluar klik Quick tes 13. Matikan alat jika sudah tidak digunakan dengan mengembalikan pada menu awal dam tekan tombol off di belakang alat. Nilai rujukan : 0.0 – 0.3 ng/mL Nilai kritis : > 0.3 ng/mL		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAN D-DIMER DENGAN ALAT POCT TRIAGE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.156/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium D-Dimer dengan bahan pemeriksaan darah EDTA dan alat POCT Triage		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan D-Dimer dengan menggunakan alat POCT Triage		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Koleksi sampel a. Buka device dari pembungkusnya b. Tulis ID pasien/nama pasien pada kolom device 2. Penambahan sampel ke device a. Gunakan pipet yang tersedia di kit b. Pastikan pipet terisi darah pada garis yang telah ditentukan c. Teteskan perlahan pada lubang device d. Masukkan device ke alat. 3. Menggunakan alat Hidupkan power a. Pilih Run tes pada menu alat → enter b. Pasien sampel → enter c. Masukkan id pasien → enter d. Confirm →enter e. Masukkan device yang sudah terisi sampel sampai bunyi klik →enter f. Tunggu proses berlangsung 15-20 menit g. Hasil akan muncul pada layar atau pada print out h. Keluarkan device dari alat. Nilai rujukan : ≤ 400 ng/mL		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAN ANALISA GAS DARAH DENGAN ALAT POCT I-STAT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.157/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Aris Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara pemeriksaan laboratorium Analisa Gas Darah dengan bahan pemeriksaan darah heparin dan alat POCT I-Stat		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan Analisa Gas Darah dengan menggunakan alat POCT I-stat		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Check Baterai a. Tekan menu → administrasi menu b. Tekan no 1 → Analyser status c. Check kapasitas baterai→ baterai harus > 80% d. Tekan menu 2x untuk kembali ke tes menu. 2. Persiapan pemeriksaan sampel a. Tekan tombol On untuk menyalakan alat b. Tekan nomor 2 pada I-Stat cartridge c. Masukkan /scan operator id (6671), enter d. Masukkan id pasien, enter e. Scan barcode cardridge, keluar angka alat siap digunakan. 3. Pemeriksaan sampel a. Homogenisasi sampel dengan memutar sampel perlahan-lahan b. Buka jarum spuit kemudian buang sampel 2-3 tetes c. Masukkan sampel ke dalam lubang catridge pelan-pelan sesuai aturan d. Tutup lubang catridge dengan penutup (<i>snap closure</i>) e. Masukkan catridge ke dalam alat f. Tunggu proses analyse g. Pada saat ada tulisan calibrating tekan tanda panah kanan h. Tekan enter dan isikan jenis darah yang digunakan (1: Arteri, 2 : Vena) i. Tekan enter dan isikan Temperatur pasien j. Tekan enter dan isikan FIO2 k. Tekane enter dan pencet panah kanan		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PEMERIKSAN ANALISA GAS DARAH
DENGAN ALAT POCT I-STAT**

No. Dokumen 000.8.3.3/8.157/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman
---	-----------------	---------

- 1. Tunggu hasil keluar pada display screen.
- 4. Print Out Hasil
 - a. Hidupkan printer
 - b. Luruskan alat AGD dengan alat printer
 - c. Pencet print pada alat AGD
 - d. Tunggu hasil print out keluar.
- 5. Mengeluarkan catridge dari alat
 - a. Tekan no 1
 - b. Keluarkan catridge dari alat.

UNIT TERKAIT Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN ROTATOR		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.158/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian rotator adalah tata cara penggunaan rotator		
TUJUAN	Untuk menghomogenkan sampel pemeriksaan dengan cara memutar/goyang-goyang dengan waktu dan kecepatan tertentu.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Letakkan tabung / botol darah EDTA yang akan dihomogenkan diatas rotator. 2. Atur kecepatan dan waktu yang diperlukan. 3. Tekan tombol ON 4. Tunggu sampai rotator berhenti lalu ambil botol darah dan siap diperiksa . Catatan: Jika alat sudah tidak dipakai, dibersihkan dengan lap basah yang mengandung desinfektan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN MIKROSKOP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.159/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian mikroskop binakuler adalah tata cara pemakaian mikroskop binokuler.		
TUJUAN	Untuk membantu dalam pembacaan pemeriksaan hematologi, urinalisa, mikrobiologi, parasitologi dengan perbesaran lensa obyektif 10X, 40X dan 100X.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hubungkan kabel alat dengan stopkontak listrik yang ada 2. Tekan tombol ON pada alat 3. Atur lensa obyektif sesuai dengan kebutuhan 4. Lakukan dengan menggunakan perbesaran lensa yang terkecil lebih dulu 5. Pakai minyak emersi pada perbesaran 100 X dan lensa harus dibersihkan dengan xylol/ kertas lensa 6. Bersihkan lensa obyektif dan lensa okuler dengan xylol atau tissue lensa setelah selesai digunakan 7. Tutup alat dengan kain penutup untuk menghindari debu atau kotoran 8. Simpan pada almari atau box mikroskop yang kering dan bersih 9. Hindarkan dari tempat yang lembab, jika perlu diberi penerangan lampu pada tempat penyimpanan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN HEMATOLOGI ANALYSER SYSMEX XN-330		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.194/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian sysmex adalah tata cara pemakaian alat hematology analyzer otomatis untuk pemeriksaan darah lengkap (CBC) dengan sistem 6-part differential menggunakan prinsip <i>Fluorescence Flow Cytometry</i> , <i>Hydrodynamic Focusing</i> , <i>Electrical Impedance</i> dan <i>SLS Hemoglobin Method</i> .		
TUJUAN	Untuk melakukan pemeriksaan hematologi secara otomatis kecuali LED.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Cek status indikator LED pada alat, pastikan dalam keadaan <i>ready</i> 2. Tekan <i>Manual Analysis Button</i> pada kontrol menu 3. Masukkan nomor sampel dengan scan barcode yang tertera pada sampel 4. Pilih mode atau <i>discrete</i> (CBC atau CBC+Diff, RET dan pilih No pada Capillary mode 5. Klik Ok 6. Homogenkan sampel 7. Buka penutup sampel 8. Masukkan ke dalam <i>aspiration port</i> kemudian tekan tombol <i>Start</i>. 9. Hasil akan keluar pada tampilan monitor alat menu <i>Explorer</i>.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN HEMATOLOGI ANALYSER SYSMEX XN-550		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/13.195 /SPO/2026 Tanggal Terbit 6 Januari 2026	No. Revisi 0	Halaman Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002
PENGERTIAN	Pemakaian sysmex adalah tata cara pemakaian alat hematology analyzer otomatis untuk pemeriksaan darah lengkap (CBC) dengan sistem 6-part differential menggunakan prinsip <i>Fluorescence Flow Cytometry</i>, <i>Hydrodynamic Focusing</i>, <i>Electrical Impedance</i> dan <i>SLS Hemoglobin Method</i>.		
TUJUAN	Untuk melakukan pemeriksaan hematologi secara otomatis kecuali LED.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	- Analisa Manual Sampel mode WB (<i>Whole Blood</i>) - Pastikan mode alat dalam keadaan mode manual, ubah mode tombol Switch di alat - Cek status indikator LED pada alat, pastikan dalam keadaan <i>ready</i> - Tekan <i>Manual Analysis Button</i> pada kontrol menu - Masukan nomor sampel dengan scan barcode yang tertera pada sampel - Klik Ok setelah di set, homogenkan sampel - Tetap pasang penutup sampel. Apabila ingin buka penutup sampel, centang <i>Cap Open</i> - Masukan ke dalam <i>aspiration port</i> kemudian tekan tombol <i>Start</i>. - Analisa Sampler mode WB (<i>Whole Blood</i>) - Ubah mode ke Sampler dengan tekan tombol <i>Switch</i> - Jika data masih manual, masukan data worklist, daftarkan sampel dengan klik <i>Regist</i>, masukan data pasien dan jenis pemeriksaan, klik Ok. Klik <i>Countinous Registration</i> apabila lanjut sampel. Pastikan nomer sampel sesuai dengan letak sampel pada sampler - Masukan sampel di sampler, tutup alat - Jika indikator LED sudah menyala, tekan tombol <i>Start</i>		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PEMAKAIAN HEMATOLOGI ANALYSER
SYSMEX XN-550**

No. Dokumen 000.8.3.3/13.195 /SPO/2026	No. Revisi 0	Halaman
--	-----------------	---------

- e. Identitas pasien akan ter-*scan* secara otomatis saat alat sedang *running*
- f. Homogenisasi dilakukan secara otomatis oleh alat
- g. Hasil akan keluar pada tampilan monitor alat menu Explorer.

UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium
---------------------	------------------------

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN INCUBATOR MEMERT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.161/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian incubator memert adalah tata cara pemakaian alat Incubator Memmert.		
TUJUAN	Untuk sterilisasi tabung kaca dan gelas.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hidupkan alat 2. Buka tutup incubator, lalu masukkan tabung yang akan di sterilkan 3. Putar tombol suhu sesuai kebutuhan 4. Putar tombol waktu a. Jika tabung dengan suhu 100° C dengan waktu 15-20 menit b. Jika <i>yellow / blue tip</i> dengan suhu 60° C dengan waktu 15-20 menit 5. Jika alat sudah selesai, lampu akan mati 6. Putar tombol suhu sesuai kebutuhan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN KIMIA KLINIK ANALYSER BIOLIS 24i PREMIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.162/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian kimia klinik analyser BiOLiS 24i Premium adalah tata cara pemakaian Alat kimia klinik BiOLiS 24i Premium secara automatic dengan sistem fotometri.		
TUJUAN	Untuk melakukan pemeriksaan kimia klinik seperti tes glukosa, tes faal hati, tes faal ginjal dan total lipid.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Persiapan a. Bersihkan probe reagen dan sampel dengan tissue bebas serat yang dibasahi larutan alkaline 2%, ulangi dengan tissue yang dibasahi aquadest b. Periksa apakah aquadest, alkaline sol dan acidic sol masih cukup c. Keluarkan reagen dan kontrol dari kulkas. 2. Menyalakan Alat a. Nyalakan komputer, tunggu sampai <i>Menu Utama</i> muncul b. Nyalakan <i>Main Power</i> di samping belakang c. Nyalakan sistem power di samping depan d. Input User Name: <i>User1</i> dalam Login Form e. Setelah masuk menu BiOLiS 24i Premium, alat siap dipakai untuk running setelah proses <i>warming up</i> selesai f. Selama menunggu proses <i>warming up</i> dapat digunakan untuk menyiapkan reagen dan <i>maintenance</i> pagi. 3. Menyiapkan Reagen a. Homogenisasi reagen dengan membolak-balikan botol reagen sebelum membuka tutupnya. b. Jika reagen sudah mencapai <i>dead volume</i>, lakukan penggantian botol (jangan menambah reagen baru lagi) untuk menghindari kontaminasi reagen c. Isi botol reagen dan susun sesuai posisinya pada <i>REAGENT</i>.		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PEMAKAIAN KIMIA KLINIK ANALYSER
BIOLIS 24i PREMIUM**

No. Dokumen
000.8.3.3/8.162/SPO/
2026

No. Revisi
1

Halaman

- d. Input volume reagen yang ditambahkan: Klik *REAGENT* → *T.Counts* → tekan *Ctrl* → input volume (dalam mL) → *Save*.
4. Maintenance Pagi
- a. Klik *Maintenance* → *Cell Check* → pilih panjang gelombang (340, 405,..) → periksa apakah ada kuvet yang merah
- b. Klik *Maintenance* → *User Maint* → *Sample Probe Wash* → menggunakan larutan hipoklorit 1 : 5.
5. Order Pemeriksaan Blangko dengan/tanpa kalibrasi
Klik *Calibration* → centang (✓) pada *CH ODR* atau *BLKODR* → *Save*
6. Order Kontrol dan Running
- a. Klik *input Tray-S No.(C1, C2, dst)* → Enter → pilih *test* → Klik *Order*
- b. Lanjutkan dengan C2, C3, dst
- c. Klik *Start* pada *Menu Utama* untuk memulai running
- d. Jika menggunakan rak sampel → klik *QC Start*.
7. Running Pasien
- a. Manual
- 1) Klik *ORDER* → input *Tray -S No.* sesuai nomor *Tray* dan nomor *Sampel* → Enter → input data pasien → pilih *Test* → klik *order*
- 2) Lanjutkan order dengan sampel berikutnya, Klik *Start* pada *Menu Utama* untuk memulai running.
- b. Barcode
- 1) Masukkan tabung sampel pada *tray* dengan posisi *barcode* menghadap depan
- 2) Masukkan *stopper* pada *tray* dengan posisi paling akhir setelah sampel siap *running*
- 3) Klik *Start* pada *menu utama* untuk memulai *running*.
8. Maintenance Malam
Klik *Maintenance* → *User Maint* → *Cell washing*
9. Mematikan Alat
- a. Keluar dari program
Klik *EXIT* → *OK* → klik tombol *LOG OFF*
Matikan komputer, matikan *System Power* disamping depan, lalu matikan *Main Power* di samping belakang
- b. Tutup botol reagen, masukkan kulkas
- c. Kosongkan wadah limbah.
10. Maintenance Mingguan



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PEMAKAIAN KIMIA KLINIK ANALYSER
BIOLIS 24i PREMIUM**

No. Dokumen 000.8.3.3/8.162/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

- a. *Running* parameter test (Alkaline 2%) sebanyak 60 kali caranya dengan me-*running* 6 sampel, masing-masing sampel diulang 10 kali #of Asp diisi 10.
- b. Membersihkan Fan Filter:
Caranya : Buka penutup fan filter cuci filter di bawah air mengalir, keringkan dengan tissue, lalu dipasang lagi.
11. Maintenance Bulanan
- a. Bersihkan filter larutan Acidic 1% , Alkaline 2% dan Aquadest (dilakukan minimal 1 bulan sekali atau jika filter sudah berwarna abu-abu coklat)
- b. Lepaskan filter, rendam dalam larutan hipoklorit (bayclin) pekat $\pm$ jam, bilas dengan air bersih (dibawah air mengalir) sampai bau bayclin hilang. Pasang kembali filter.

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN SENTRIFUGE		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.163/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian centrifuge adalah cara pemakaian centrifuge untuk tabung reaksi.		
TUJUAN	Untuk memisahkan bahan yang akan diperiksa baik untuk hematologi, kimia klinik, urinalisa dan serologi imunologi dari darah, urine dan presipitat.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Bersihkan dinding bagian dalam dengan larutan antiseptic setiap minggu atau bila terjadi tumpahan atau ada tabung yang pecah 2. Gunakan tabung dengan ukuran dan type yang sesuai untuk tiap centrifuge 3. Beban harus dibuat seimbang sebelum centrifuge dijalankan 4. Pastikan bahwa penutup telah menutup dengan baik dan kencang sebelum centrifuge dijalankan 5. Periksa bantalan pada wadah tabung 6. Atur kecepatan dan waktu yang dibutuhkan 7. Lakukan kalibrasi setiap tahun.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN HEMOSTASIS ANALYSER CA-600		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.164/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Adalah tata cara pemakaian alat hemostasis otomatis Ca-600 meliputi pemeriksaan PT, APTT dan INR dengan metode optik	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemakaian alat hemostasis otomatis Ca-600		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hidupkan alat dengan pencet tombol Power yang terletak di sebelah kiri alat 2. Siapkan reagen dan sampel, kemudian tempatkan sesuai posisinya pastikan barcode menghadap depan 3. Tekan START , jika alat baru running pertama tekan <i>First Tube</i> , untuk running sampel selanjutnya tekan <i>Continue</i> 4. Tunggu hasil keluar pada printer.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN LED ANALYSER		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/8.165/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN Pemakaian LED adalah tata cara pemakaian alat LED secara otomatis dengan sistem rata – rata sedimentasi eritrosit.		
	TUJUAN 1. Untuk mengetahui perbandingan eritrosit dengan plasma. 2. Untuk mengetahui kecepatan endap darah.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tekan tombol power <i>ON</i> untuk menghidupkan alat 2. Tube LED/ESR diisi dengan darah EDTA sampai tanda batas, kemudian masukkan pada lubang sesuai dengan ID pasien 3. Tunggu 1 jam hasil akan terbaca pada layar 4. Tekan <i>Off</i> jika alat tidak terpakai.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN ELEKTROLIT DENGAN <i>EasyLyte Analyzer</i>		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.196/SPO /2026	No. Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemeriksaan elektrolit otomatis dengan <i>EasyLyte Analyzer</i> menggunakan prinsip ISE (<i>Ion Selective Electrode</i>) untuk mengukur kadar elektrolit dalam darah.		
TUJUAN	Untuk pemeriksaan elektrolit (Na, K, Cl) pada sampel darah.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Mengerjakan Sampel a. Pastikan pada mode <i>Analyze Blood</i>, tekan tombol <i>Yes</i> b. Pada tampilan <i>Patient Id# On ?</i>, tekan tombol <i>Yes</i> c. Scan barcode pada tabung sampel 2x, akan muncul tampilan <i>Correct</i>, tekan tombol <i>Yes</i> d. Pada tampilan <i>Probe In Blood</i>, masukan sampel pada probe. Jika posisi sampel sudah tepat dengan lubang probe, tekan <i>Yes</i> e. Tunggu beberapa saat sampai hasil keluar pada layar / <i>Print Out</i>. 2. <i>Daily Maintenance / Daily Cleaning</i> a. Tekan tombol "NO" sampai ke Menu "<i>Daily Maintenance</i>" b. Tekan YES maka muncul "<i>Perform Daily Cleaning</i>" c. Masukkan Cleaning Solution pada Probe, tekan YES d. Jika <i>Daily Maintenance</i> sudah selesai akan muncul tampilan kalibrasi, tekan <i>Yes</i> e. Tunggu sampai kalibrasi selesai sehingga alat kembali dalam posisi <i>Analyze Blood</i>.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN URIN ANALYSER COMBOSTIK R-300		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.168/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian alat Combostik R-300.		
TUJUAN	Untuk pemeriksaan sampel urin.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Menyalakan dan Mematikan Alat a. Pasang plate ke bagian tengah alat dan sambungkan adaptor AC ke bagian belakang alat, lalu nyalakan alat dengan menekan tombol ON/OFF di bagian belakang alat b. Secara otomatis, alat akan melakukan sistem check dan plate akan bergerak menuju ke bagian tengah alat c. Matikan alat cukup dengan menekan tombol ON/OFF di bagian belakang alat 2. Kalibrasi a. Kalibrasi harus dilakukan sebelum alat digunakan pertama kali dan selanjutnya direkomendasikan untuk dilakukan setiap 1 bulan sekali dengan menggunakan strip kalibrasi b. Tekan tombol ESC 2x pada posisi standby c. Pilih menu Calibration - ON lalu tekan ESC d. Siapkan strip kalibrasi, letakkan pada posisi pertama plate lalu tekan ENT e. Setelah proses kalibrasi, hasil akan dicetak secara otomatis. Reagen kalibrasi yang lebih baik adalah 333 = 10. 3. Running Sampel a. Celupkan semua bagian parameter strip combostik ke dalam sampel urin selama 2-3 detik b. Tiriskan sisa urin berbuih yang menempel pada strip menggunakan tissue c. Running sampel dengan alat R-300 d. Sesuaikan mode yang ingin dipilih. Tekan tombol ◀ pada posisi standby untuk memilih mode e. Tekan ENT setelah ONE BY ONE MODE		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMAKAIAN URIN ANALYSER COMBOSTIK R-300

No. Dokumen 000.8.3.3/8.168/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

- f. Tekan ► setelah strip pertama yang basah oleh urin diletakkan diatas plate
- g. Tekan ► setiap kali meletakkan strip baru di atas plate. Dengan menekan tombol ► setiap pemeriksaan 1 strip, alat akan menghitung waktu pengukuran seluruh strip.
- h. Tekan tombol ENT setelah strip terakhir diletakkan pada plate
- i. Tunggu proses inkubasi strip pertama, setelah itu alat akan mulai membaca strip selanjutnya satu per satu
- j. Hasil pemeriksaan anda akan dicetak dan ditampilkan di layar serta tersimpan dalam memory
- k. Tekan tombol “ESC untuk kembali ke posisi awal ONE BY ONE MODE.

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGAWASAN DAN PELAKSANAAN POINT OF CARE TEST (POCT)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.169/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komed, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah tatacara dalam mengendalikan pelaksanaan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan oleh petugas diluar laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengawasan dan pelaksanaan POCT		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Distribusikan peralatan POCT yang telah terkalibrasi ke ruangan rawat inap dan IGD oleh petugas laboratorium 2. Lakukan sosialisasi penggunaan alat POCT oleh petugas laboratorium dan vendor 3. Kalibrasi alat POCT setiap bulan oleh vendor 4. Kendalikan penyimpanan dan penggunaan reagen oleh petugas laboratorium 5. Order hasil pemeriksaan POCT dalam SIMRS oleh perawat 6. Input orderan hasil pemeriksaan POCT dari SIMRS ke LIS oleh petugas laboratorium 7. Ambil hasil pemeriksaan POCT dari LIS ke SIMRS.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN CITO		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.170/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah pemeriksaan laboratorium yang apabila sudah jadi hasil pemeriksaannya segera dikirim atau dibacakan via <i>phone</i> ke klinisi / perawat ruangan.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan CITO		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokter klinisi mengorder pemeriksaan laboratorium pada SIMRS dengan catatan CITO 2. Permintaan pemeriksaan cito meliputi : a. Darah Rutin : bila ada perdarahan akut , post operasi dan operasi cito. b. APTT /PTT, CT / BT) : bila ada perdarahan akut dan operasi cito c. GDS : bila penderita koma dan operasi cito d. Ureum / creatinin : bila penderita koma e. HCG : bila ada perdarahan pervaginaan yang dicurigai abortus / kehamilan ektopik terganggu f. Protein urin: Bila curiga pre eklampsia/eklampsia g. Elektrolit: bila penderita koma , dehidrasi berat dan operasi cito h. BGA (<i>Blood Gas Analyzer</i>) i. Troponin I 3. Hasil jadi segera diambil hasil dari LIS ke SIMRS atau dibacakan via <i>phone</i> ke klinisi / perawat ruangan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi Rawat inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGIRIMAN SAMPEL KE LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.171/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komed, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengiriman sampel adalah tata cara dalam pengiriman sampel untuk pemeriksaan laboratorium baik dari IGD/Rawat Inap		
TUJUAN	Agar sampel memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan laboratorium		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Perawat klinik/IGD/Rawat Inap melakukan pengambilan sampel / sampling ke pasien sesuai permintaan dokter 2. Beri identitas label identitas label (nama, nomor rekam medis, tanggal lahir dan alamat) pada sampel 3. Order pemeriksaan laboratorium melalui SIMRS oleh dokter yang menangani pasien 4. Masukkan sampel pada plastik <i>Biohazard</i> 5. Masukkan pada tabung/<i>pneumatic tube</i> 6. Kirim ke laboratorium melalui <i>pneumatic tube</i> a. Sampel dahak harus dikirim langsung ke laboratorium mikrobiologi (tidak menggunakan <i>pneumatic tube</i>) b. Sampel rujukan disertakan pengantar manual.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Jalan/klinik 3. IGD 4. Rawat Inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	IDENTIFIKASI SPESIMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.172/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu proses mengidentifikasi spesimen laboratorium yang meliputi pencocokan identitas spesimen dengan identitas pada formulir permintaan pemeriksaan laboratorium klinik/job list.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk identifikasi spesimen laboratorium dalam mencapai keamanan pasien		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Cocokkan identitas sampel pasien dengan identitas pasien yang tertera pada SIMRS bagian permintaan pemeriksaan laboratorium klinik yang berisi nama pasien dan nomor rekam medis 2. Input permintaan pemeriksaan pasien ke LIS 3. Cetak barcode, tempelkan pada sampel 4. Setelah terdapat kesesuaian, selanjutnya analis melakukan proses preparasi dan pemeriksaan sampel.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Jalan, IGD, Rawat Inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENERIMAAN, PENCATATAN, DAN PENELUSURAN (TRACKING) SAMPEL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.173/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	adalah penelusuran spesiemn bila ada keluhan tidak ada hasil dari suatu spesimen yang telah dikirim atau bila ada permintaan mengulang pemeriksaan dalam 24 jam		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah penerimaan, pencatatan dan penelusuran (tracking)sampel		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Sampel yang diterima laboratorium harus dilengkapi dengan identitas pasien 2. Nilai sampel yang diterima, baik kualitas dan kuantitasnya 3. Sampel yang tidak memenuhi syarat, maka dilakukan sampel ulang. Jika memenuhi syarat, petugas akan memasukkan permintaan pemeriksaan ke dalam komputer (barcode) 4. Cetak barcode/label yang memuat nama pasien, nomor sampel, no.RM, ruang dan jenis pemeriksaan 5. Tempelkan barcode/label pada wadah sampel oleh petugas 6. Distribusikan sampel ke masing-masing bagian pemeriksaan dan dicatat dalam buku register masing-masing bagian.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PREPARASI SPESIMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.174/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Preparasi laboratorium klinik adalah proses penyiapan sampel sebelum dilakukan pemeriksaan.	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk preparasi spesimen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Serum a. Biarkan darah membeku terlebih dahulu pada suhu kamar selama 20-30 menit b. Sentrifus 3000 rpm selama 5-15 menit. Pemisahan serum dilakukan dalam waktu maksimal 2 jam setelah pengambilan spesimen. 2. Plasma a. Segera homogenkan darah dengan antikoagulan secara perlahan-lahan b. Sentrifus 3000 rpm selama 5-15 menit. Khusus pemeriksaan PT dan APTT (citrata) disentrifus 3600 rpm selama 10 menit. Pemisahan plasma dilakukan maksimal 2 jam setelah pengambilan spesimen. 3. Darah (<i>Whole Blood</i>) a. Tampung darah yang diperoleh pada tabung berisi antikoagulan yang sesuai b. Homogenkan dengan cara membolak-balikan sebanyak 10-12 kali secara perlahan-lahan dan merata. 4. Urin a. Pada uji carik celup (urin rutin) tidak perlu perlakuan khusus, kecuali pemeriksaan harus dilakukan sebelum 1 jam b. Pada pemeriksaan sedimen, harus dilakukan persiapan sebagai berikut :		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PREPARASI SPESIMEN

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.174/SPO/2026	1	

1) Homogenkan sampel urin yang ada

2) Masukkan ± 15 ml urin kedalam tabung sentrifus

3) Sentrifus selama 15 menit, dengan kecepatan 1500 rpm

4) Buang supernatan, sisakan ± 1 ml, homogenkan sedimen yang terbentuk.

UNIT TERKAIT Instalasi laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN SPESIMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.175/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Anif Komedhi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penanganan dan penyimpanan sampel adalah tata cara dalam perlakuan spesimen untuk penundaan pemeriksaan laboratorium.		
TUJUAN	Mempertahankan stabilitas spesimen agar layak dipakai untuk pemeriksaan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Simpan spesimen dalam lemari es dengan suhu 2-8°C, suhu kamar, suhu -20°C, -70°C atau -120°C jangan sampai terjadi beku ulang. (lihat jenis spesimen) 2. Pisahkan plasma atau serum pada jenis pemeriksaan yang menggunakan spesimen plasma atau serum, kemudian disimpan 3. Lama penyimpanan sesuai dengan stabilitas spesimen yang dibutuhkan untuk masing-masing pemeriksaan. 4. Lama penyimpanan spesimen 1x24 jam.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGERJAAN SPESIMEN TAHAP PRA ANALITIK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.176/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengerjaan sampel tahap pra analitik adalah tata cara yang harus dilakukan untuk tahap awal mendapatkan spesimen dan identitas yang benar.		
TUJUAN	Untuk mendapatkan spesimen yang berkualitas dan tidak terjadi kekeliruan spesimen.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Periksa identitas yang ada di sampel sesuai atau tidak dengan orderan permintaan laboratorium pada SIMRS 2. Perhatikan antikoagulan spesimen yang digunakan sudah sesuai atau tidak 3. Perhatikan kualitas dan kuantitas spesimen sudah memenuhi syarat atau tidak (tidak ada bekuan dan volume cukup).		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGERJAAN SPESIMEN TAHAP ANALITIK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.177/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengerjaan spesimen tahap analitik adalah tata cara yang harus dilakukan untuk tahap pemeriksaan spesimen mendapatkan identitas dan spesimen yang baik, reagen dan peralatan yang layak digunakan.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengerjaan spesimen tahap analitik		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Lakukan pengecekan pada : a. Identitas spesimen dengan identitas pada SIMRS bagian permintaan pemeriksaan laboratorium b. Spesimen sesuai dengan identitas atau tidak c. Spesimen memenuhi kualitas (ada lisis atau tidak, ada bekuan atau tidak, ada ikterik atau tidak, ada lipemik atau tidak) dan kuantitas (volume kurang atau tidak) 2. Cek reagensia sudah memenuhi syarat atau tidak (kadaluarsa atau tidak, pengenceran reagen sesuai atau tidak) 3. Cek kontrol kualitas alat baik atau tidak.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGERJAAN SPESIMEN TAHAP PASCA ANALITIK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.178/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arie Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengerjaan spesimen tahap pasca analitik adalah tata cara yang harus dilakukan untuk tahap akhir mendapatkan kesesuaian hasil pemeriksaan laboratorium dengan pasiennya.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengerjaan spesimen tahap pasca analitik		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Cek hasil pemantapan mutu internal 2. Cek kesesuaian antara hasil dan parameter permintaan klinisi di LIS 3. Cek hasil laboratorium apakah sudah sesuai diagnosa pasien dan melihat hasil sebelumnya bila ada atau perlu pengulangan pemeriksaan 4. Komunikasikan dengan dokter pengirim bila diperlukan 5. Kirim hasil pemeriksaan laboratorium dari LIS ke SIMRS, masukan nama petugas dan simpan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYERAHAN HASIL LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.179/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Prosedur ini mengatur tata cara penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium kepada pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.		
TUJUAN	Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah penyerahan hasil laboratorium		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Rawat Jalan a. Kirim hasil laboratorium yang sudah jadi dari LIS ke SIMRS, masukan nama petugas dan simpan b. Cetak hasil pemeriksaan laboratorium dan serahkan kepada pasien. 2. Rawat Inap Kirim hasil laboratorium yang sudah jadi dari LIS ke SIMRS, masukan nama petugas dan simpan. 3. Untuk pemeriksaan <i>CITO</i>, jika hasil sudah jadi segera dikirim dengan respon time maksimal 1 jam.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap 3. Instalasi Rawat Jalan 4. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN AMHP DAN BMHP DI RSUD dr. SOEDIRMAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.180/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arie Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara mengajukan permintaan Alat Medis Habis Pakai (AMHP) dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) ke instalasi farmasi untuk kebutuhan pelayanan di instalasi laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam permintaan AMHP dan BMHP		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Ajukan permintaan bahan medis dan alat medis habis pakai dengan membawa buku permintaan, kemudian ambil barang di gudang farmasi 2. Periksa kuantitas dan kualitas barang yang diterima sesuai dengan permintaan, lalu tanda tangani buku permintaan sebagai bukti serah terima 3. Catat barang yang diterima dalam buku penerimaan bahan medis dan alat medis habis pakai.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PENGADAAN REAGEN KSO dan NON KSO		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.181/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara mengajukan permintaan reagen KSO dan Non KSO untuk kebutuhan pelayanan di instalasi laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam permintaan pengadaan reagen KSO dan non KSO		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Kepala instalasi laboratorium merencanakan kebutuhan reagen dan bahan penunjang lainnya yang dibutuhkan selama 1 tahun kepada gudang farmasi 2. Gudang farmasi menyampaikan daftar kebutuhan tersebut ke bagian UPL 3. Kepala instalasi laboratorium merencanakan kebutuhan reagen dan bahan penunjang lainnya yang dibutuhkan selama 3 bulan kepada gudang farmasi 4. Gudang farmasi segera menghubungi kontak person dari perusahaan yang terkait untuk mengirim reagen dan bahan penunjang lainnya yang dibutuhkan 5. Perusahaan terkait mengirim reagen dan atau bahan penunjang lainnya dengan membawa tanda terima barang 6. Penanggungjawab unit/ analis menerima reagen, menandatangani tanda terima reagen dan menyimpan reagen serta bahan penunjang lainnya pada tempat dengan suhu seperti yang dipersyaratkan 7. Kepala ruangan membuat rekap jumlah tes pemeriksaan alat KSO (Alat Elektrolit) untuk dilaporkan ke instalasi farmasi setiap akhir bulan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN ALAT MEDIS DAN NON MEDIS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.182/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Mekanisme mengajukan permintaan alat medis dan non medis yang tidak habis pakai untuk pelayanan di instalasi laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam permintaan alat medis dan non medis		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Ka.Instalasi bersama ka.ruangan menyusun permintaan alat medis yang diusulkan, kemudian dirapatkan dengan staff 2. Usulan permintaan yang sudah disepakati dimasukkan dalam RKAP 3. Ka.Instalasi mengusulkan permintaan alat medis dan non medis kepada Direktur melalui Kabid Penunjang dengan spesifikasi yang jelas 4. Tunggu ada pengadaan alat.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	SUPLAI DAN PENERIMAAN REAGEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.183/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah tata cara penerimaan reagen/Bahan Habis Pakai (BHP) yang dibeli oleh rumah sakit melalui bagian pengadaan berdasarkan permintaan dari instalasi laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam suplai dan penerimaan reagen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Suplier yang ditunjuk rumah sakit mengirim reagen langsung ke instalasi farmasi dan diterima oleh tim penerima barang medis rumah sakit yang berada di instalasi farmasi. 2. Penerima mencocokkan kuantitas, kualitas, dan merk reagen yang dikirim dengan SPK, melihat tanggal kadaluwarsa (minimal 1 tahun mendatang). 3. Mencatat dalam buku penerimaan reagen yang meliputi (tanggal penerimaan, nama barang, merk, jumlah dan pengiriman). 4. Instalasi farmasi menyerahkan reagen kepada penanggungjawab unit/ analis yang ditunjuk. 5. Penerima mencocokkan dengan reagen yang diminta dan mencatat reagen yang diterima ke dalam buku penerimaan reagen. 6. Kemudian menyerahkannya kepada koordinator logistik. 7. Koordinator logistik mencatat barang yang diterima di buku stock reagen. 8. Barang/reagen disimpan di tempat penyimpanan reagen instalasi laboratorium sesuai dengan persyaratan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGAMBILAN REAGEN DARI GUDANG LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.184/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Adalah tata cara pengambilan kit baru suatu reagen yang akan digunakan untuk pelayanan pemeriksaan di instalasi laboratorium.	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengambilan reagen dari gudang laboratorium		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pengambilan reagen dapat dilakukan oleh setiap analis di unit terkait. 2. Catat pada buku penggunaan reagen yang meliputi nomor, nama barang-merk, jumlah, tandatangan, dan nama terang. 3. Ambil reagen berdasarkan tanggal kadaluwarsa yang paling pendek. 4. Cek stok reagen minimal 1 minggu sekali dan melaporkan ke koordinator pelayanan jika ada reagen yang sudah menipis stoknya oleh masing-masing unit.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN REAGEN ATAU BAHAN HABIS PAKAI		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.185/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah prosedur tata cara pemakaian reagen atau Bahan Habis Pakai (BHP)		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemakaian reagen atau bahan habis pakai		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Catat tanggal dan reagen/ BHP yang diambil pada buku pengambilan barang/reagen. 2. Ambil reagen/BHP sesuai dengan urutan penempatan reagen (mengambil reagen yang ada di urutan depan dulu) 3. Tulis tanggal pengambilan pada bungkus masing-masing kit reagen/BHP yang sudah keluar dari gudang 4. Rekap pemakaian reagen atau BHP pada buku pengambilan barang/reagen setiap bulan oleh koordinator laboratorium.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUATAN LAPORAN PENERIMAAN DAN PENGGUNAAN REAGEN, AMHP DAN BMHP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.186/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ario Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Mekanisme membuat laporan pertanggungjawaban penerimaan dan penggunaan reagen serta bahan penunjang lainnya di instalasi laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pembuatan laporan penerimaan dan penggunaan reagen, AMHP dan BMHP		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hitung jumlah penggunaan reagen (termasuk AMHP dan BMHP) berdasarkan catatan pada buku penggunaan reagen di masing-masing unit oleh koordinator pelayanan 2. Hitung dan catat stok reagen termasuk AMHP dan BMHP yang tersimpan 3. Buat laporan stok awal, penerimaan, penggunaan, dan stok akhir 4. Laporkan ke koordinator pelayanan dilampiri jumlah pemeriksaan yang dilakukan pada bulan yang bersangkutan 5. Rekap laporan penggunaan AMHP dan BMHP oleh koordinator pelayanan, tandatangan kepala instalasi dan sampaikan ke instalasi farmasi / pengadaan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN REAGEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.187/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyimpanan reagen adalah tata cara penyimpanan reagen di laboratorium klinik.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penyimpanan reagen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Reagen disimpan pada suhu 2-8°C atau suhu kamar sesuai dengan yang disarankan dari reaflet reagen 2. Suhu dimonitor setiap hari 3. Reagen disimpan berdasarkan urutan <i>FEFO</i> 4. Semua reagen terlabeli sesuai jenisnya 5. Catat tanggal <i>expired</i> reagen di buku reagen 6. Bila reagen digunakan, catat tanggal keluar pemakainnya.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMUSNAHAN REAGEN YANG KADALUARSA

No. Dokumen
000.8.3.3/8.188/SPO/2
026

No. Revisi
1

Halaman

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit
6 Januari 2026

Ditetapkan Oleh:
Direktur
RSUD dr. Soedirman Kebumen



dr. Arif Komedi, M.Sc
Pembina Tingkat I
NIP. 196801272002121002

PENGERTIAN

Reagen yang sudah kadaluarsa tidak boleh digunakan dan harus dikembalikan ke distributor atau dimusnahkan.

TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemusnahan reagen yang sudah kadaluarsa

KEBIJAKAN

Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen

PROSEDUR

1. Lapor kepada kepala ruang apabila ada reagen yang kadaluarsa ataupun sudah mengalami perubahan warna/fisik
2. Informasikan reagen yang kadaluarsa kepada distributor, apakah barang tersebut dapat ditukar atau tidak
3. Apabila reagen tersebut dapat ditukar maka serahkan barang kepada distributor dan buat tanda terima barang
4. Simpan tanda terima petugas gudang dan serahkan kembali ke distributor apabila barang pengganti datang
5. Apabila reagen yang kadaluarsa tidak dapat ditukar maka lakukan pemusnahan yang bekerja sama dengan Instalasi HS dan disaksikan oleh apoteker dan tenaga teknis kefarmasian RSUD dr. Soedirman Kebumen, serta perwakilan apoteker dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen
6. Pemusnahan dilakukan berdasarkan peraturan pemerintah yang berlaku yaitu :
 - a. Dibuat daftar reagen yang akan dimusnahkan oleh petugas farmasi
 - b. Siapkan Berita Acara Pemusnahan yang memuat:
 - 1) Waktu dan tempat pelaksanaan pemusnahan reagen.
 - 2) Nama dan jumlah reagen.
 - 3) Nama apoteker pelaksana pemusnahan reagen dalam hal ini kepala instalasi farmasi.
 - 4) Nama saksi dalam pelaksanaan pemusnahan reagen yang terdiri dari apoteker dan tenaga teknis kefarmasian RSUD dr. Soedirman Kebumen, serta apoteker dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMUSNAHAN REAGEN YANG KADALUARSA

No. Dokumen
000.8.3.3/8.188/SPO/2
026

No. Revisi
1

Halaman

- 5) Berita acara tersebut ditandatangani oleh saksi dalam pelaksanaan pemusnahan dan diketahui oleh Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen.
- c. Koordinasikan jadwal, metode, dan tempat pemusnahan kepada pihak terkait
 - d. Siapkan tempat pemusnahan
 - e. Lakukan pemusnahan disesuaikan dengan jenis dan bentuk sediaan serta peraturan yang berlaku diantaranya dengan cara ditanam yang sebelumnya reagen tersebut dihancurkan atau dilarutkan atau dengan cara dibakar menggunakan insenerator.

UNIT TERKAIT

- 1. Instalasi laboratorium
- 2. Petugas Gudang Farmasi
- 3. Instalasi HS

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PROSEDUR REVIEW MUTU LABORATORIUM RUJUKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.189/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Ari Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Tata cara mereview mutu pemeriksaan laboratorium rujukan yang sudah ditunjuk rumah sakit.	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam mereview mutu pemeriksaan laboratorium rujukan yang sudah ditunjuk rumah sakit.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Secara berkala, laboratorium rujukan yang telah ditunjuk mengirimkan data kontrol mutu kepada pihak instalasi laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen, baik diminta maupun tidak diminta 2. Petugas review mutu laboratorium rujukan akan menganalisa data kontrol mutu yang sudah dikirimkan. 3. Petugas review mutu membuat laporan berdasarkan hasil analisis 4. Apabila dari hasil analisis kontrol mutu baik maka pengiriman sampel rujukan akan diteruskan 5. Apabila dari hasil analisis ternyata kontrol mutu kurang baik atau buruk, maka pihak laboratorium akan mengirim surat peringatan kepada laboratorium rujukan 6. Hasil review mutu dapat digunakan sebagai salah satu dasar pertimbangan kerja sama atau pembaharuan kontrak.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENETAPAN NILAI KRITIS PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.190/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Nilai kritis pemeriksaan laboratorium adalah hasil pemeriksaan laboratorium yang ekstrim tinggi atau rendah yang sangat mempengaruhi kondisi pasien terkait <i>live saving</i> .		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi petugas laboratorium untuk : 1. Memberikan informasi kepada dokter yang merawat agar supaya pasien segera dapat ditangani. 2. Mencegah pasien jatuh ke dalam keadaan yang lebih buruk.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pihak laboratorium mengusulkan parameter kritis dan meminta asupan kepada para klinisi untuk menetapkan nilai-nilai kritis yang disepakati. 2. Ditetapkan nilai kritis masing-masing parameter laboratorium yang telah disepakati bersama. 3. Nilai kritis yang sudah disepakati terlampir.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAPORAN NILAI KRITIS PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.191/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ario Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium adalah tata cara melaporkan hasil kritis pemeriksaan laboratorium kepada DPJP dengan kriteria nilai hasil pemeriksaan laboratorium yang sudah ditentukan. DPJP yang dimaksud adalah dokter pengirim yang meminta pemeriksaan laboratorium		
	1.Dokter klinisi segera mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium untuk dilakukan tindakan lebih lanjut. 2. Keselamatan pasien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Jika ditemukan hasil kritis, maka petugas jaga Laboratorium segera melaporkan kepada petugas jaga ruang yang bersangkutan (via telepon) dalam waktu 15 menit setelah hasil kritis ditetapkan. 2. Hal-hal yang dilaporkan meliputi : nama pasien, nomor RM pasien, parameter kritis, hasil parameter kritis, petugas yang melaporkan. 3. Petugas jaga Laboratorium meminta petugas jaga ruang untuk membaca ulang hasil yang sudah disampaikan. 4. Jika pengulangan pembacaan hasil sudah benar maka petugas jaga laboratorium akan mengatakan sudah benar, dan meminta petugas jaga ruang untuk segera melaporkan kepada dokter DPJP. 5. Petugas jaga Laboratorium mendata nilai kritis di LIS dengan cara Klik hasil kritis lalu klik tombol “Telp” dan mengetik nama penerima telpon di kolom “ To: ” dan di kolom “Comment” ditulis nama petugas pelapor (Laboratorium) kemudian Klik <i>Save</i>		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENCATATAN HASIL KRITIS PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.192/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pencatatan hasil kritis pemeriksaan laboratorium adalah tatarutan kegiatan pencatatan hasil kritis pemeriksaan laboratorium di form CPPT pasien.		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi petugas jaga laboratorium dan petugas jaga ruang untuk : 1. Memberikan informasi kepada dokter yang merawat agar pasien segera dapat ditangani. 2. Sebagai bukti bahwa hasil pemeriksaan sudah dilaporkan oleh laboratorium kepada perawat jaga.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Jika ditemukan hasil kritis, segera laporkan hasil kritis oleh petugas jaga laboratorium kepada petugas jaga ruang sesuai dengan SPO yang sudah disepakati 2. Tulis hasil oleh petugas jaga ruang yang sudah dilaporkan oleh petugas jaga Laboratorium ke dalam form CPPT pasien meliputi : a. Jenis parameter yang kritis b. Hasil parameter kritis c. Tanggal dan jam dilaporkan oleh analis d. Petugas laboratorium yang melaporkan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING PELAPORAN HASIL KRITIS PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.193/SPO/2 026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Monitoring pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium adalah tata urutan kegiatan memonitor proses pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium meliputi jumlah hasil kritis dan ketepatan waktu pelaporan (≤15 menit).		
TUJUAN	Sebagai acuan untuk: 1. Memonitor efektivitas proses pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium dari petugas jaga laboratorium kepada petugas jaga ruang. 2. Memperbaiki prosedur pelaporan apabila dinilai kurang efektif.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Lakukan monitoring pelaksanaan pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium setiap bulan melalui LIS hasil kritis 2. Analisis data dalam LIS untuk menilai kesesuaian pelaporan dengan SPO 3. Rekap dan monitor komplain terkait pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium dalam LIS 4. Lakukan perbaikan apabila hasil monitoring menunjukkan prosedur pelaporan kurang efektif.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Jalan 3. Instalasi Rawat Inap 4. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN ARSIP DOKUMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.194/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penyimpanan dokumen adalah tata cara penyimpanan dokumen dilaboratorium klinik.		
TUJUAN	Agar dokumen dapat tersimpan dengan rapi dan tertib sehingga memudahkan pencarian dokumen jika sewaktu-waktu dibutuhkan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Dokumen Umum a. Blanko permintaan pemeriksaan laboratorium rujukan b. Buku pengiriman hasil laboratorium ke ruangan. c. Buku pendaftaran laboratorium pasien rawat jalan. d. Blanko permintaan pemeriksaan laboratorium setiap hari dibendel dan diberi kode tanggal, bulan dan tahun, setelah satu bulan dijadikan satu dan di masukkan kedalam kardus. e. Buku pengiriman hasil dan buku pendaftaran laboratorium pasien rawat jalan jika sudah habis dicatat tanggal, bulan serta tahunnya kemudian disimpan didalam kardus yang telah diberi identitas tanggal. f. Blanko permintaan pemeriksaan laboratorium setiap hari dibendel dan diberi kode tanggal, bulan dan tahun setelah satu bulan dijadikan satu dan di masukkan kedalam kardus. g. Buku pengiriman hasil dan buku pendaftaran laboratorium pasien rawat jalan jika sudah habis dicatat tanggal, bulan serta tahunnya kemudian disimpan didalam kardus yang telah diberi identitas tanggal, bulan dan tahun. 2. Dokumen Khusus File blanko permintaan laboratorium pemeriksaan HIV disimpan dalam almari khusus dan setiap kumpulan file diberi tanggal, bulan dan tahun.		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENYIMPANAN ARSIP DOKUMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.194/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	3. Dokumen administrasi laboratorium apabila sudah satu tahun dibendel dan diberi identitas lalu disimpan di kardus yang telah diberi identitas tanggal, bulan dan tahun.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGIRIMAN SAMPEL BGA KE LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.195/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengiriman sampel BGA adalah tata cara dalam pengiriman sampel untuk pemeriksaan laboratorium rawat inap.		
TUJUAN	Agar sampel memenuhi persyaratan untuk pemeriksaan laboratorium.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Lakukan pengambilan sampel darah arteri minimal 1 cc menggunakan spuit yang telah diisi antikoagulan heparin oleh perawat rawat inap 2. Tutup jarum spuit dengan karet, lalu beri label identitas pasien meliputi nama, nomor rekam medis, tanggal lahir, dan alamat 3. Isi formulir pemeriksaan secara lengkap, termasuk kadar Hb, FiO₂, dan suhu pasien 4. Kirim sampel dan formulir permintaan pemeriksaan ke laboratorium melalui <i>pneumatic tube</i>.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	QUALITY CONTROL POINT OF CARE TEST (POCT)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.196/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah tatacara melakukan perawatan dan optimalisasi alat POCT agar dapat bekerja dengan baik.		
TUJUAN	1. Alat POCT dapat dipakai sebagai pemeriksaan. 2. Memberikan hasil yang cepat dan akurat.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Lakukan <i>Quality control</i> setiap satu bulan sekali 2. Cara melakukan <i>quality control</i> : a. Siapkan larutan uji b. Masukkan strip uji c. Tekan, teteskan larutan uji ke lubang kecil diatas tutup larutan uji d. Pipet larutan kontrol dengan strip e. Alat akan memeriksa dengan hitung mundur dari 5 ke 1 f. Tekan anak panah keatas atau kebawah g. Pilih level kontrol, rendah, sedang, tinggi h. Catat hasil kontrol, jika masuk range nilai kontrol,alat berarti <i>ready</i> 3. Hasil didokumentasikan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	MONITORING SUHU DAN KELEMBABAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/8.197/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Adalah pengawasan terhadap suhu dan kelembaban di ruang, refrigerator dan lemari es laboratorium klinik.	
TUJUAN	Kestabilan suhu dan kelembaban terjaga.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Monitor suhu dan kelembaban ruangan, refrigerator dan lemari es setiap hari sesuai dengan shift jaga petugas laboratorium 2. Catat suhu dan kelembaban tersebut dalam lembar monitor pencatatan suhu dan kelembaban 3. Bila terjadi ketidakstabilan suhu dan kelembaban, segera hubungi bagian IPSRS 4. Dokumentasikan hasil pencatatan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN DI RSUD dr. SOEDIRMAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.198/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara melaporkan insiden keselamatan di instalasi laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi petugas laboratorium di dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan di laboratorium.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Laporkan setiap insiden keselamatan oleh analis jaga kepada dokter penanggung jawab pelayanan serta buat kronologis kejadian 2. Klasifikasikan insiden bersama dokter PK dan analis untuk menentukan apakah termasuk Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Sentinel, atau Kesalahan Medis (Medical Errors) 3. Buat laporan tertulis dengan mengisi blangko yang telah disediakan oleh dokter PK/analisis 4. Kirim laporan tertulis kepada Tim Keselamatan Pasien (Tim KKP) RSUD dr. Soedirman Kebumen 5. Jangan memfotokopi laporan tertulis, jangan menyertakannya dalam rekam medis pasien, dan simpan laporan hanya di kantor Tim KKP RSUD dr. Soedirman Kebumen 6. Lakukan penilaian dampak klinis dan frekuensi insiden oleh Tim KKP RSUD dr. Soedirman Kebumen 7. Berikan rekomendasi perbaikan kepada laboratorium oleh Tim KKP RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN ALAT-ALAT KESELAMATAN KERJA (ALAT PELINDUNG DIRI) DI LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.199/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah tata cara penggunaan alat-alat keselamatan kerja laboratorium.		
TUJUAN	Agar petugas dapat terlindungi dari bahan – bahan berbahaya dan infeksius.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Jas Lab a. Ambil jas kerja dari dalam loker b. Pakai jas kerja dengan benar c. Gunakan jas kerja hanya didalam ruang laboratorium d. Lepas jas kerja jika akan keluar dari ruangan laboratorium e. Masukkan jas kerja yang kotor dalam ember yang telah disediakan. 2. Sarung Tangan a. Keluarkan sarung tangan dari bungkusnya sesuai dengan ukuran tangan yang akan memakai. b. Masukkan tangan ke dalam sarung tangan, jangan sampai terbalik, robek atau terpercik cairan tubuh dari pasien c. Setelah selesai digunakan lepaskan sarung tangan d. Masukkan ke dalam tempat sampah medis. 3. Masker a. Setiap petugas mempunyai masker sendiri-sendiri b. Tutup hidung dan mulut dengan masker c. Letakan tali masker yang atas diatas telinga dan ditarik kearah belakang kepala lalu diikat d. Letakan tali masker yang bawah dibawah rahang dan ditarik kearah belakang leher lalu diikat e. Setelah selesai lepaskan masker f. Kemudian masker yang disposable dibuang kedalam tempat sampah infeksius.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN EYE WASH		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.200/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Alat yang digunakan untuk membersihkan bahan infeksius yang terpercik pada mata.		
TUJUAN	Menghilangkan bahan infeksius di mata.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Bila terpercik bahan infeksius pada mata hal yang dilakukan: 1. Jangan memegang mata dengan tangan/ membersihkan mata dengan tangan 2. Bersihkan dengan menggunakan <i>eyewash</i> dengan cara: a. Buka tutup kran lengkung kanan kiri b. Arahkan kedua mata pada lubang kanan kiri c. Tekan lempeng tegangan (yang bertuliskan PUSH) disebelah kanan bawah kran sehingga air menyembrot dikanan kiri. 3. Setelah selesai, keringkan wajah dengan tissue kering.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN BAHAN INFEKSIUS		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.201/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penanganan bahan infeksius adalah tata cara pencegahan diri terhadap bahan infeksius dengan baik dan benar.		
TUJUAN	Supaya terhindar dari bahan infeksius.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pakai jas laboratorium, masker dan sarung tangan 2. Cara mencegah penyebaran bahan infeksi : a. Lingkaran sengkeli ose harus penuh dan panjang tangkai maksimal 6 cm b. Gunakan alat insenerasi mikro untuk membakar sengkeli c. Tempatkan sisa specimen dan media biakan yang akan disterilkan dalam wadah yang tahan bocor d. Dekontaminasi permukaan meja kerja dengan desinfektan yang sesuai setiap habis kerja. 3. Cara mencegah tertelan dan terkena kulit, mata oleh bahan infeksi: a. Cuci tangan sesering mungkin dengan sabun atau desinfektan b. Jangan menyentuh mulut atau mata selama bekerja. c. Jangan makan, minum, merokok, mengunyah permen atau menyimpan makanan atau minuman dalam laboratorium. d. Jangan membubuhkan kosmetik dalam laboratorium. e. Gunakan alat pelindung muka / mata jika terdapat resiko percikan bahan infeksi saat bekerja. 4. Cara mencegah tertusuk bahan infeksi : a. Bekerja dengan hati-hati. b. Gunakan semprit dengan kumala tumpul sebagai pengganti. 5. Tindakan khusus terhadap darah dan cairan tubuh: a. Mengambil, melabel dan membawa spesimen 1)Gunakan sarung tangan		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENANGANAN BAHAN INFEKSIUS

No. Dokumen 000.8.3.3/8.201/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

- 2)Setelah pengambilan darah, lepaskan jarum dari sempritnya
- 3)Pindahkan darah ke dalam tabung specimen dengan hati-hati dan tutup rapat mulut tabung spesimen
- 4)Membawa tabung secara hati-hati kedalam ruang pemeriksaan laboratorium.
- b. Membuka tabung spesimen dan mengambil sampel
 - 1)Buka tabung spesimen dalam kabinet keamanan biologis.
 - 2)Gunakan sarung tangan.
 - 3)Untuk mencegah percikan buka sumbat tabung setelah dibungkus kain kasa.
- c. Kaca dan benda tajam
 - 1)Jika mungkin gunakan alat dari plastik sebagai pengganti kaca.
- d. Peralatan otomatis
 - 1)Sebaiknya gunakan alat yang tertutup.
 - 2)Cairan yang keluar dari alat harus dialirkan dalam aliran sistem pembuangan limbah.
 - 3)Jika mungkin alirkan larutan hipoklorid ke dalam alat setiap habis pakai.
- e. Melakukan sentrifugasi
 - 1)Gunakan tabung sentrifus yang mempunyai tutup.
 - 2)Gunakan selongsong yang dilengkapi penutup

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN TERKENA BAHAN KIMIA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.202/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penanganan terkena bahan kimia adalah tata cara dalam melakukan penanganan pada seseorang jika terkena bahan kimia.		
TUJUAN	Untuk mencegah kejadian yang lebih parah dan mendapatkan hasil yang lebih baik.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tetaplah tenang dan berfikir jernih 2. Pastikan penyebab masalah (sifat zat kimia) a. Acid korosif 1) Jika terkena kulit segera cuci dengan air yang banyak pada kran terdekat, berikan larutan bikarbonat jenuh lalu cuci dengan air yang banyak, kemudian beri desinfektan, keringkan dengan kapas, olesi salep luka bakar, dibalut dan diplester. 2) Jika terkena mata segera cuci dengan natrium bicarbonat < 1%, diguyur dengan air yang banyak, kemudian dibalut/ ditutup. 3) Jika tertelan segera beri minum yang banyak kira-kira 100 kali yang tertelan, berikan penetralisir yaitu bubuk magnesium (suspensi magnesium hidroksida) kemudian berikan antidotum putih telur (mentah) atau susu untuk mengkoagulasi. b. Alkali korosif 1) Jika terkena kulit segera cuci dengan air yang banyak pada kran terdekat, diberi asam asetat 1%, diberi desinfektan, keringkan dengan kapas, kemudian beri salep luka bakar dan ditutup. 2) Jika terkena mata segera cuci dengan air yang banyak, lalu beri asam borax 1%, kemudian dicuci dengan air yang banyak dan ditutup. 3) Jika tertelan segera beri minum yang banyak, berikan penetralisir antidotum mekanis (putih telur).		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENANGANAN TERKENA BAHAN KIMIA

No. Dokumen 000.8.3.3/8.202/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

- c. Organik korosif
- 1) Jika terkena kulit segera cuci dengan air yang banyak, lalu beri spiritus atau alkohol, kemudian cuci dengan sabun lalu guyur dengan air yang banyak, keringkan dengan kapas lalu beri desinfektan dan salep kemudian dibalut.
 - 2) Segera bawa korban ke Instalasi Gawat Darurat.

UNIT TERKAIT Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN LIMBAH		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.203/SPO/ 2026	No. Revisi 2	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengelolaan limbah laboratorium adalah tata cara pengelolaan limbah laboratorium di instalasi laboratorium.		
TUJUAN	Agar dapat dilakukan pembuangan limbah sesuai prosedur keselamatan kerja laboratorium.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Buang limbah ke pembuangan tersendiri sesuai dengan bentuknya atau sifatnya: a. Limbah padat infeksius : limbah peralatan habis pakai yang terpapar darah/cairan tubuh seperti sarung tangan, kapas, botol spesimen, medium biakan, sisa spesimen feses, sputum) b. Limbah padat non infeksius : limbah padat seperti kemasan reagen, kertas atk c. Limbah benda tajam/Jarum suntik d. Limbah cair : seperti pelarut organik, bahan kimia untuk pengujian, air bekas cucian alat, sisa spesimen. 2. Buang limbah padat infeksius ketempat sampah infeksius yang diberi kantong plastik warna kuning 3. Buang limbah padat non infeksius ketempat sampah non infeksius yang diberi kantong plastik warna hitam 4. Buang limbah benda tajam/jarum suntik di <i>safety box</i> 5. Ambil limbah padat 2 kali sehari atau bila sudah terisi 3/4 bagian oleh petugas kebersihan untuk dibawa ke Tempat Penampungan Sementara Rumah Sakit (TPSRS) 6. Ambil limbah benda tajam/ jarum suntik bila sudah terisi 3/4 bagian oleh petugas kebersihan untuk dibawa ke Tempat Penampungan Sementara Rumah Sakit (TPSRS) 7. Buang limbah cair di wastafel kemudian masuk dalam penampungan limbah cair laborat melalui sampit dialirkan ke IPAL untuk di proses.		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN LIMBAH		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.203/SPO/ 2026	No. Revisi 2	Halaman
	UNIT TERKAIT 1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Higiene Sanitasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN B3 CAIR YANG MUDAH TERBAKAR		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/8.204/SPO/ 2026	No. Revisi : 1	Halaman : 1/1
	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Penanganan B3 bahan cair mudah terbakar adalah ketentuan tentang tata cara untuk bekerja menangani atau memperlakukan bahan cair mudah menyala.	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah – langkah penanganan terhadap bahan yang cair mudah terbakar.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Cari tempat penyimpanan bahan cair yang cukup ventilasi harus jauh dari sumber api dan tidak ada yag berceceran 2. Pastikan ada alat pemadam api di dekat penyimpanan 3. Simpan di kontainer yang tertutup dan aman 4. Beri tanda adanya bahan yang mudah terbakar / meledak 5. Beri tanda larangan merokok secara khusus 6. Pakai alat pelindung diri seperti sarung tangan, masker 7. Semua karyawan yang bertugas melayani bahan cair yang mudah terbakar, harus mengetahui benar sifat-sifatnya antara lain : - a.Berat jenis dari uapnya lebih besar daripada berat jenis udara - b.Uapnya adalah racun - c.Dapat dengan mudah terbakar (disambar api) 8. Letakan lembar data pengaman di dekat tempat penyimpanan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN KONTAMINASI B3		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.205/SPO/ 2026	No. Revisi : 1	Halaman :
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Penanganan kontaminasi bahan berbahaya dan beracun adalah ketentuan tentang tata cara menanggulangi terjadinya kontaminasi bahan berbahaya dan beracun.		
TUJUAN	Untuk mengetahui cara penanganan kontaminasi bahan berbahaya dan beracun di lingkungan kerja.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Cara menangani kontaminasi bahan berbahaya dan beracun: - Pajanan lewat udara (terhirup) - Segera bawa korban segera ke ruang yang terbuka/udara bersih - Longgarkan baju atau aksesoris yang menghambat pernafasan - Atur posisi agar jalan nafas tidak terhambat - Segera lokalisir atau tutup sumber pajanan untuk menghindari korban berikutnya - Segera berikan bantuan pernafasan oksigen - Evaluasi status kondisi klinis. - Pajanan lewat mukosa mata - Lakukan irigasi pada mata sesegera mungkin dengan menggunakan air bersih atau air steril yang fisiologis selama 10-15 menit - Bila menggunakan kontak lensa, lepas sebelum irigasi - Irigasi agar maksimal perlu menggunakan eye washer dengan mengangkat/ membuka kelopak mata - Identifikasi sifat sumber pajanan (asam/basa) - Lanjutkan pertolongan lanjutan ke IGD oleh ahli mata. - Pajanan melalui mukosa hidung - Lakukan pembersihan dengan air bersih atau cairan fisiologis pada mukosa hidung - Pembersihan dibantu dengan menghembuskan udara keluar dari hidung		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN KONTAMINASI B3		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.205/SPO/ 2026	No. Revisi : 1	Halaman :
	c. Sesegera mungkin pembersihan dilakukan agar bahan B3 tidak terhirup masuk saluran pernafasan d. Lanjutkan pertolongan lanjutan oleh ahli THT. 4. Pajanan pada mukosa mulut a. Lakukan pembersihan dengan kumur-kumur menggunakan air bersih atau cairan fisiologis b. Selama proses pembersihan, diusahakan seminimal mungkin menelan ludah atau cairan sehingga risiko B3 tertelan dapat dikurangi c. Bila terdapat kelainan yang berarti segera melanjutkan pada pertolongan lanjutan di IGD. 5. Pajanan tertelan/ termakan a. Sesegera mungkin diludahkan/dikeluarkan dari mulut b. Identifikasi jenis dan sifat pajanan B3 c. Bila bahan korosif, tidak boleh dimuntahkan karena akan merusak saluran cerna lebih luas d. Bila korban masih sadar lakukan pengenceran bahan toksik dengan meminum air (250 ml) atau pemberian arang aktif (tablet Norit®) e. Bila korban muntah, atur dalam posisi aman (recovery position) agar terhindar dari aspirasi f. Minum susu untuk menetralsisir atau mengabsorpsi asam atau basa kuat dan fenol g. Segera dibawa ke IGD untuk pertolongan lanjutan. 6. Pajanan pada kulit a. Lakukan pencucian dengan air mengalir dalam jumlah yang banyak dan sabun pada area yang terkena b. Lepaskan baju atau kain yang menempel kulit yang telah terkena tumpahan B3 c. Jangan kenakan lagi baju yang telah terkena tumpahan sebelum dicuci atau di bersihkan d. Bila terjadi gangguan kulit yang bermakna segera ke IGD untuk pertolongan lanjutan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Laboratorium 3. Unit K3 4. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGUNAAN SPILLKIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.206/SPO/ 2026	No. Revisi : 1	Halaman :
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah tatacara penggunaan spillkit dalam kaitannya dengan penanganan bila terjadi tumpahan darah/ cairan tubuh/bahan berbahaya beracun/pecahan alat gelas di tempat atau lingkungan kerja		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penggunaan spillkit		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Persiapan - Alat Pelindung Diri (APD) - Apron - Masker - Kaca mata google - Tutup kepala - Sepatu - Sarung tangan non steril - Spill Kit - Underpad - Sapu dan Pengki - Wadah untuk pecahan kaca - Pinset / penjepit - Hipoklorit 0,5% - Cairan Sabun / deterjen - Kantong Plastik Kuning - Pasir/serbuk gergaji - Formulir kejadian tumpahan - Bolpoint - Spidol permanen Pelaksanaan - Ambil dan bawa <i>spill kit</i> ke area tumpahan - Pasang tanda peringatan - Buka <i>spill kit</i> dan keluarkan plastik kuning serta beri nomer		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGUNAAN SPILLKIT

No. Dokumen
000.8.3.3/8.206/SPO/
2026

No. Revisi :
1

Halaman :

4. Pakai Alat Pelindung Diri (APD) secara berurutan sebagai berikut :
 - a. Apron
 - b. Masker
 - c. Kaca mata google
 - d. Tutup Kepala
 - e. Sepatu
 - f. Sarung tangan
5. Batasi sisi luar tumpahan menggunakan pasir/serbuk gergaji
6. Tuangkan cairan hipoklorit 0,5% secukupnya untuk mendesinfeksi dan diamkan selama 5 menit. Setelah 5 menit tutup dengan *underpad* kemudian ambil menggunakan pinset dan buang ke dalam plastik kuning pertama
7. Bersihkan sisa pasir/serbuk gergaji dengan sapu hingga bersih dan masukkan dalam plastik kuning pertama
8. Masukkan sapu dan pengki dalam kantong plastik kuning kedua
9. Bersihkan dengan cairan sabun/deterjen untuk menghilangkan sisa kotoran kemudian tutup dengan *underpad*, ambil menggunakan pinset dan buang ke dalam plastik kuning pertama
10. Bilas tempat bekas tumpahan dengan air kemudian tutup dengan *underpad*, ambil menggunakan pinset dan buang ke dalam plastik kuning pertama
11. Apabila terdapat pecahan kaca, ambil dengan sapu dan pengki dan letakkan pada wadah untuk pecahan kaca, kemudian masukan ke dalam plastik kuning pertama
12. Letakan pinset pada kantong plastik kuning kedua untuk dilakukan desinfeksi
13. Petugas melepas semua APD secara berurutan :
 - a. Sarung tangan
 - b. Sepatu
 - c. Tutup Kepala
 - d. Kaca mata google
 - e. Masker
 - f. Apron
14. Kaca mata goole dimasukan ke kantong plastik kedua dan membuang bekas APD ke dalam plastik kuning pertama
15. Ikat plastik kuning pertama dan beri label "B3"
16. Petugas melakukan kebersihan tangan dan merapikan *spill kit*



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGUNAAN SPILLKIT

No. Dokumen 000.8.3.3/8.206/SPO/ 2026	No. Revisi : 1	Halaman :
---	-------------------	-----------

17. Petugas menulis kronologi kejadian tumpahan pada formulir laporan kejadian.

UNIT TERKAIT

- 1. Instalasi Farmasi
- 2. Instalasi Higiene dan Sanitasi
- 3. Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	TINDAKAN PASCA TERTUSUK JARUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.207/SPO/ 2026	No. Revisi : 1	Halaman : 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Adalah upaya keselamatan, kesehatan kerja, dan meminimalisasi dampak yang timbul akibat kecelakaan kerja.	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam tindakan pasca tertusuk jarum		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Berusaha jangan panik 2. Angkat jarum dari kulit dan tutup jarum, kemudian buang 3. Tanggalkan sarung tangan, bilas bagian yang tertusuk dengan air hangat 4. Cuci bersih dengan sabun, bilas dengan air hangat 5. Tanggalkan semua APD 6. Laporkan kepada kepala ruang 7. Lengkapi dan isi formulir kecelakaan kerja untuk dilaporkan ke Tim K3 8. Segera konsultasikan ke dokter bila perlu.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEN POLIKLINIK/RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.208/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara permintaan pemeriksaan laboratorium dari instalasi rawat jalan ke Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi petugas laboratorium di dalam melaksanakan pelayanan laboratorium bagi pasien rawat jalan secara cepat dan tepat.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Poliklinik/Rawat Jalan 2. Jelaskan ke pasien bahwa ada permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter 3. Masukkan data pasien sesuai identitas ke SIM RS 4. Order jenis pemeriksaan sesuai permintaan dokter melalui SIM RS 5. Berikan ke pasien bukti identitas untuk diserahkan ke Laboratorium 6. Pasien diminta ke Laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium 7. Bila pemeriksaan selesai, pasien diminta kembali ke poliklinik untuk menyerahkan hasil Laboratorium ((TAT penyelesaian hasil hematologi dan kimia rutin 2 jam). Catatan: Untuk pasien umum dan permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter luar RS, hasil pemeriksaan laboratorium diserahkan ke dokter pengirim		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Jalan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEEN IGD		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.209/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara permintaan pemeriksaan laboratorium dari IGD ke Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi petugas laboratorium di dalam melaksanakan pelayanan laboratorium bagi pasien IGD secara cepat dan tepat		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Petugas IGD: 1. Jelaskan ke pasien bahwa ada permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter 2. Masukkan data pasien sesuai identitas ke SIM RS 3. Order jenis pemeriksaan sesuai permintaan dokter melalui SIM RS 4. Siapkan tabung spesimen dan beri label sesuai identitas pasien 5. Ambil spesimen pasien sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diminta 6. Kirim spesimen ke Laboratorium menggunakan pneumatic tube 7. Hasil pemeriksaan bila sudah selesai bisa diakses di SIM RS (TAT penyelesaian hasil hematologi dan kimia rutin 1 jam).		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. IGD		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM PASIEH RAWAT INAP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.210/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara permintaan pemeriksaan laboratorium dari ruang rawat inap rawat inap ke Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi petugas laboratorium di dalam melaksanakan pelayanan laboratorium bagi pasien rawat inap secara cepat dan tepat		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Petugas Rawat Inap 1. Jelaskan ke pasien bahwa ada permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter 2. Masukkan data pasien sesuai identitas ke SIM RS 3. Order jenis pemeriksaan sesuai permintaan dokter melalui SIM RS 4. Siapkan tabung spesimen dan beri label sesuai identitas pasien 5. Ambil spesimen pasien sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diminta 6. Kirim spesimen ke Laboratorium menggunakan pneumatic tube 7. Hasil pemeriksaan bila sudah selesai bisa diakses di SIM RS.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KONSULTASI PAKAR DIAGNOSTIK DI LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.211/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tata cara konsultasi kepada pakar diagnostik yang sudah ditunjuk rumah sakit		
TUJUAN	Sebagai acuan bagi dokter laboratorium dalam melakukan konsultasi kepada pakar diagnostik yang sudah ditunjuk oleh rumah sakit		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Lakukan konsultasi via telepon kepada pakar yang telah ditunjuk sesuai bidang masing-masing apabila ditemukan kasus atau hasil laboratorium yang sulit diinterpretasikan atau perlu dikonsultasikan oleh dokter laboratorium 2. Tuliskan hasil konsultasi di buku yang telah disediakan oleh dokter laboratorium 3. Bicarakan proses konsultasi selanjutnya apabila diperlukan konsultasi lebih lanjut 4. Teruskan hasil konsultasi kepada dokter yang merawat pasien.		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGAMBILAN SPESIMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.212/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah pengumpulan sebagian materi atau bahan dalam volume yang cukup kecil yang mewakili materi atau bahan yang akan diperiksa secara tepat atau teliti untuk dapat dibawa dengan mudah dan diperiksa di laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pengambilan spesimen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pengambilan Spesimen Darah a. Pengambilan darah dengan spuit 1) Siapkan tourniquette, kapas alkohol, iodine 10% (untuk kultur) kapas kering, spuit, tabung dan plester 2) Tanyakan identitas pasien sambil menyesuaikan dengan, permintaan laboratorium 3) Perkenalkan diri petugas 4) Informasikan jenis tindakan yang akan dilakukan 5) Minta pasien meletakkan tangannya di atas meja 6) Lakukan perabaan (palpasi) pada lokasi vena yang akan ditusuk 7) Pasang tourniquette pada lengan ± 3 jari di atas lipatan siku. Pemasangan tourniquette tidak boleh lebih dari 1 menit untuk mencegah terjadinya hemokonsentrasi. 8) Desinfeksi lokasi vena yang akan ditusuk dengan kapas alkohol 70 % dengan sekali usapan. (kultur : lakukan tindakan desinfeksi dengan Povidone iodine 10% di atas bagian yang akan ditusuk. Bersihkan sisa Povidone iodine dengan kapas alcohol 70%.) 9) Tusuk vena pasien dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Setelah darah terlihat		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGAMBILAN SPESIMEN

No. Dokumen
000.8.3.3/8.212/SPO/
2026

No. Revisi
1

Halaman

- masuk ke dalam spuit, tarik hingga didapatkan volume darah yang diinginkan
- 10) Lepas tourniquette, tutup tempat jarum ditusukkan dengan kapas dan menarik jarum spuit dari vena dengan segera
 - 11) Minta pasien untuk melipat siku atau menekan kapas selama beberapa saat. Atau dengan cara menutup kapas tersebut dengan plester / heparvyx
 - 12) Pindahkan sample darah dari dalam spuit ke tabung dengan cara melepaskan jarum lalu mengalirkan darah perlahan melalui dinding tabung
 - 13) Jika sampel harus diberi antikoagulan, maka segera mungkin darah masukkan ke dalam tabung berisi antikoagulan (EDTA, Citras, Heparin dll) dan segera mencampurnya dengan cara membolak-balikkan tabung beberapa kali
 - 14) Berikan informasi lama pemeriksaan kepada pasien
- b. Pengambilan darah dengan *vacutainer needle* (jarum vacutainer)
- 1) Siapkan tourniquette, kapas alkohol, kapas kering, jarum, holder, tabung dan plester / heparvyx
 - 2) Pasang jarum pada holder dengan cara memasukkan bagian jarum yang tertutup karet ke dalam lobang holder lalu memutarnya searah jarum jam hingga kencang.
 - 3) Minta pasien untuk meletakkan tangannya di atas meja.
 - 4) Lakukan perabaan (palpasi) untuk mencari lokasi vena yang akan ditusuk.
 - 5) Pasang tourniquette pada lengan $\pm$ 3 jari di atas lipatan siku. Pemasangan tidak boleh lebih dari 1 menit untuk mencegah terjadinya hemokonsentrasi.
 - 6) Desinfeksi lokasi vena yang akan ditusuk dengan kapas alkohol 70 % dengan sekali usapan.
 - 7) Tusuk jarum pada vena pasien dengan posisi lobang jarum menghadap ke atas.
 - 8) Masukkan tabung vakutainer ke dalam holder dengan cara mendorongnya hingga tertancap pada jarum. Selanjutnya darah akan terhisap masuk ke dalam tabung dan akan berhenti



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGAMBILAN SPESIMEN

No. Dokumen
000.8.3.3/8.212/SPO/
2026

No. Revisi
1

Halaman

sendiri jika volume telah sesuai dengan kapasitas isi tabung.

9) Jika diperlukan sejumlah volume darah lagi (misalnya untuk jenis pemeriksaan yang lain), tabung vakutainer pertama ditarik dari holder lalu dimasukkan tabung yang kedua/berikutnya dan seterusnya hingga didapatkan volume darah yang dikehendaki.

10) Lepas tourniquette lalu menarik (mengeluarkan) tabung dari dalam holder

11) Tutup daerah vena yang ditusuk dengan kapas dan segera menarik keluar jarum dari vena.

12) Minta pasien untuk menekan kapas. Atau menutup kapas tersebut dengan plester / heparvix. Catatan : tabung berisi antikoagulan harus segera dihomogenisasi beberapa kali sesaat setelah pengambilan darah.

c. Pengambilan darah vena dengan menggunakan jarum bersayap (*wing needle*)

1) Jika menggunakan spuit

a) Lepas bagian jarum yang berpelindung karet

b) Lepas jarum spuit

c) Pasang selang wing needle pada ujung spuit dengan cara memutar searah jarum jam hingga kencang.

d) Lakukan pengambilan darah seperti pada cara pengambilan darah menggunakan spuit.

2) Jika menggunakan tabung vakutainer

a) Pasang bagian jarum yang berpelindung karet pada holder dengan cara memasukkannya pada lobang holder lalu memutarnya hingga terpasang dengan kencang.

b) Lakukan pengambilan darah dengan cara seperti pada pengambilan darah dengan menggunakan *vacutainer needle* (jarum vakutainer)

2. Pengambilan Spesimen Urin

a. Pasien laki-laki

1) Pasien harus mencuci tangannya dengan memakai sabun lalu mengeringkannya dengan handuk, kain yang bersih atau tissue

2) Jika tidak disunat, tarik preputium ke belakang. Keluarkan urine, aliran urine yang pertama dibuang. Aliran urine selanjutnya ditampung dalam wadah yang telah disediakan. Pengumpulan urine



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGAMBILAN SPESIMEN

No. Dokumen
000.8.3.3/8.212/SPO/
2026

No. Revisi
1

Halaman

selesai sebelum aliran urine habis. Diusahakan agar urine tidak membasahi bagian luar wadah.

- 3) Wadah ditutup rapat dan segera diserahkan kepada petugas sampling

b. Pasien Perempuan

- 1) Pasien harus mencuci tangannya dengan memakai sabun lalu mengeringkannya dengan handuk, kain yang bersih atau tissue
- 2) Tanggalkan pakaian dalam, lebarkan labia dengan satu tangan Bersihkan labia dan vulva menggunakan kasa steril dengan arah dari depan ke belakang Bilas dengan air bersih dan keringkan dengan kasa steril yang lain.
- 3) Selama proses ini berlangsung, labia harus tetap terbuka dan jari tangan jangan menyentuh daerah yang telah dibersihkan.
- 4) Keluarkan urine, aliran urine yang pertama dibuang. Aliran urine selanjutnya ditampung dalam wadah yang telah disediakan. Pengumpulan urine selesai sebelum aliran urine habis.
- 5) Wadah ditutup rapat dan segera diserahkan kepada petugas sampling.

c. Pasien Anak-anak

- 1) Penderita sebelumnya diberi minum untuk memudahkan buang air kecil.
- 2) Keluarga pasien atau petugas (misalnya perawat) harus mencuci tangan dengan sabun lalu mengeringkannya dengan handuk, kain yang bersih atau tissue
- 3) Bersihkan alat kelamin seperti di atas.
- 4) Pengambilan urine dilakukan dengan cara:
 - a) Anak dipangku
 - b) Pengaruhi anak untuk mengeluarkan urine, tampung urine dalam wadah yang telah disediakan
 - c) Untuk bayi dipasang kantung penampung urine pada genitalia.

Jika pasien tidak bisa berkemih sendiri, maka pengambilan sampel dilakukan oleh keluarga pasien :

- a) Keluarga pasien atau petugas (misalnya perawat) harus mencuci tangan seperti diterangkan di atas
- b) Genitalia pasien dibersihkan seperti cara di atas



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGAMBILAN SPESIMEN

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.212/SPO/ 2026	1	

- c) Urine yang ditampung adalah urine pancaran tengah
- d) Wadah ditutup rapat dan segera diserahkan kepada petugas sampling
- d. Urin Kateter
 - 1) Usap bagian selang kateter atau keran pada ujung kantong dengan menggunakan kapas alkohol 70%
 - 2) Buka keran pada ujung kantong atau hisap urine dengan menggunakan spuit sebanyak 10 – 12 ml.
 - 3) Masukkan urine ke dalam wadah dan tutup rapat
 - 4) Segera diserahkan kepada petugas sampling
- 3. Pengambilan Spesimen Feses
 - a. Feses untuk pemeriksaan sebaiknya berasal dari defekasi spontan
 - b. Jumlah spesimen secukupnya saja dimasukkan dalam wadah yang bersih dan ditutup rapat.
- 4. Pengambilan Spesimen Secret Vagina/ Uretra/ Sperma :
 - a. Secret Uretra
 - 1) Berikan penjelasan pada pasien akan tindakan yang dilakukan
 - 2) Siapkan obyek glas untuk mikroskopis dan kapas steril untuk biakan
 - 3) Persilahkan pasien tidur di tempat tidur dan melepas celananya
 - 4) Petugas pakai sarung tangan
 - 5) Jika tidak khitan tarik preputium kearah pangkal
 - 6) Bersihkan sekitar lubang kemaluan dengan NaCl fisiologis kemudian keluarkan sekret dengan jalan menekan dan mengurut uretra
 - 7) Sekret yang keluar diambil dengan lidi kapas steril atau oleskan pada obyek glas jika hanya sedikit atau tidak ada masukkan lidi kapas steril berdiameter 2 mm dalam urethra sedalam 2-3 cm sambil diputar searah jarum jam lalu ditarik keluar.
 - b. Sekret Vagina
 - 1) Berikan penjelasan pada pasien akan tindakan yang dilakukan
 - 2) Siapkan kapas lidi steril oleh petugas
 - 3) Persilahkan pasien tidur di tempat tidur dan melepas celananya
 - 4) Petugas mengenakan sarung tangan
 - 5) Buka labia mayor dan minor dengan jari telunjuk dan ibu jari kearah samping sampai terlihat lubang vagina



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PENGAMBILAN SPESIMEN

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.212/SPO/ 2026	1	

- 6) Masukkan kapas lidi steril dalam lubang vagina sedalam 2-3 cm putar searah jarum jam biarkan sesaat agar sekret meresap dalam kapas
- 7) Keluarkan kapas dari lubang vagina
- 8) Sekret diambil 2 kali untuk pemeriksaan mikroskopis dan biakan
- 9) Oleskan pada obyek glas untuk pemeriksaan mikroskopis. Lidi steril masukkan kedalam 1 cc cairan NaCl 0,9% (Fisologis) dalam tabung reaksi
- 10) Untuk yang selaput daranya masih utuh pengambilan sekret pada vulva atau meatus uretra.

c. Sperma

- 1) Pasien tidak boleh mengadakan kegiatan seksual selama 3-7 hari
- 2) Pengeluaran ejakulat dengan cara masturbasi, tidak dianjurkan senggama terputus
- 3) Pemeriksaan 1 jam setelah dikeluarkan
- 4) Penampung dari gelas atau plastik bermulut lebar dan dapat ditutup
- 5) Pengambilan spesimen
 - a) Berikan penampung pada pasien
 - b) Tanyakan pada pasien apakah sudah beberapa hari tidak melakukan aktifitas seksual
 - c) Persilahkan pasien untuk mengeluarkan ejakulat di kamar kecil atau ditempat yang telah disediakan dengan cara masturbasi
 - d) Tampung semua ejakulat dalam penampung jangan ada yang terbangun / tumpah dan catat jam saat ejakulat keluar
 - e) Tutup wadah dan serahkan ke petugas laboratorium
 - f) Petugas laboratorium melengkapi daftar isian yang diperlukan seperti waktu keluar, lama abstinencia, ada tumpah atau tidak , cara pengeluaran sperma.

5. Pengambilan Spesimen Sputum

- a. Sebelum pengambilan spesimen, persilahkan pasien untuk berkumur. Bila memakai gigi palsu, sebaiknya dilepas
- b. Pasien berdiri tegak atau duduk tegak Pasien diminta untuk menarik nafas dalam 2-3 kali kemudian mengeluarkan nafas bersamaan dengan batuk yang kuat dan berulang kali sampai dahak keluar

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGAMBILAN SPESIMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.212/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	c. Dahak yang keluar langsung dimasukkan dalam wadah yang bersih dengan cara mendekatkan wadah ke mulut d. Jika mengalami kesulitan mengeluarkan dahak, pada malam hari sebelumnya pasien diminta minum the manis atau diberi obat Gliseril guayakolat 200 mg e. Dahak yang berkualitas baik akan terdapat 8/8 gurulen dengan volume cukup (lebih kurang 3-5 ml), f. Wadah ditutup rapat dan segera dikirim atau diserahkan ke laboratorium. Catatan : Pengambilan sampel pasien TBC dilakukan di Poli DOTS oleh perawat Poli DOTS.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMBUANGAN SPESIMEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.213/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Adalah proses pembuangan spesimen oleh petugas laboratorium.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pembuangan spesimen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	- Gunakan APD (Jas Lab, handscon, dan masker. - Buang secara hati-hati sampel yang berupa darah, urin ke dalam wastafel khusus limbah infeksius dan dialiri air mengalir, sedangkan sisa dalam tabung direndam dalam wadah plastik berisi chlorin/Bayclin 0.5 % selama 10 menit kemudian dibuang secara hati-hati ke dalam wastafel khusus limbah infeksius dan dialiri air mengalir atau dengan air dan sabun kemudian dikeringkan serta disterilisasi dengan suhu 121°C selama 15 menit. - Sisa sampel yang berupa sputum diberi chlorin/Bayclin 0,5% langsung pada wadah sampelnya, dibungkus dengan plastik, kemudian dimasukkan ke dalam tempat sampah infeksius. - Pisahkan sampel dengan HIV atau HbsAg positif dan beri desinfektan (chlorin/Bayclin 0,5%) kemudian bungkus rapat dengan plastik dan masukan ke dalam tempat sampah infeksius.		
UNIT TERKAIT	- Instalasi Laboratorium - Instalasi HS		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGIRIMAN SAMPEL PASIEN RAWAT JALAN KE LABORATORIUM RUJUKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.214/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komed, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Merupakan tatacara merujuk parameter pemeriksaan laboratorium yang belum bisa dikerjakan di Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen ke Laboratorium Rujukan	
TUJUAN	1. Sebagai acuan bagi petugas laboratorium di dalam pelaksanaan rujukan pemeriksaan laboratorium. 2. Untuk membantu pelayanan prima terhadap pasien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Petugas administrasi laboratorium : 1. Periksa surat permintaan pemeriksaan laboratorium untuk memastikan apakah terdapat parameter yang harus dirujuk 2. Informasikan kepada pasien atau keluarga pasien apabila terdapat parameter pemeriksaan yang belum dapat dilakukan di Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen, serta jelaskan bahwa sampel harus dikirim ke laboratorium rujukan beserta biaya pemeriksaannya 3. Hubungi petugas pengambil sampel dari laboratorium rujukan untuk memberitahukan adanya sampel rujukan 4. Lakukan pengambilan sampel sesuai dengan permintaan dokter dan input biaya pemeriksaan ke dalam sistem billing 5. Siapkan sampel yang akan dirujuk beserta surat pengantar di tempat yang telah ditentukan 6. Minta petugas pengambil sampel dari laboratorium rujukan untuk mengambil sampel serta mencatat data pasien dan jenis pemeriksaan pada buku rujukan khusus 7. Terima hasil pemeriksaan dari laboratorium rujukan beserta salinan hasilnya 8. Catat hasil yang diterima pada buku rujukan dan simpan dalam arsip pemeriksaan laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGIRIMAN SAMPEL PASIEN RAWAT JALAN KE LABORATORIUM RUJUKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.214/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	9. Serahkan hasil pemeriksaan kepada pasien sesuai dengan jadwal pengambilan hasil untuk disampaikan kepada dokter yang merujuk.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Laboratorium Rujukan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGIRIMAN SAMPEL PASIEN RAWAT INAP KE LABORATORIUM RUJUKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.215/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Merupakan tatacara merujuk parameter pemeriksaan laboratorium yang belum bisa dikerjakan di Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen ke Laboratorium Rujukan		
TUJUAN	1. Sebagai acuan bagi petugas laboratorium di dalam pelaksanaan rujukan pemeriksaan laboratorium 2. Membantu pelayanan prima terhadap pasien.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Rawat Inap a. Jelaskan kepada pasien /keluarga pasien bahwa ada parameter pemeriksaan yang tidak bisa dikerjakan di Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen dan harus dirujuk ke laboratorium rujukan b. Informasikan kepada petugas laboratorium bahwa ada parameter yang harus dirujuk c. Ambil sampel, kemudian kirim sampel beserta formulir permintaan pemeriksaan ke laboratorium 2. Petugas Laboratorium 1. Hubungi laboratorium rujukan bahwa ada sampel rujukan 2. Cek kualitas sampel, kesesuaian sampel dan kelengkapan data pasien pada formulir permintaan pasien 3. Petugas pengambil sampel dari laboratorium rujukan mengambil sampel dengan menulis data pasien dan pemeriksaan yang diminta di buku rujukan khusus 4. Jika hasil sudah jadi, maka petugas dari laboratorium rujukan akan mengirimkan hasil dan <i>copy</i> hasil ke Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGIRIMAN SAMPEL PASIEN RAWAT INAP KE LABORATORIUM RUJUKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.215/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	5. Terima hasil oleh petugas administrasi dan dicatat pada buku rujukan dan dimasukkan dalam arsip pemeriksaan laboratorium 6. Serahkan hasil kepada pasien sesuai dengan perjanjian pengambilan hasil untuk disampaikan kepada dokter yang merujuk.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Laboratorium Rujukan (PRODIA dan CITO)		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	KETENTUAN NILAI NORMAL / RUJUKAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.216/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Ketentuan nilai normal/rujukan pemeriksaan laboratorium adalah nilai yang dijadikan sebagai patokan normal atau abnormalnya suatu hasil pemeriksaan laboratorium berdasarkan referensi yang sudah ditentukan.		
TUJUAN	Untuk mengetahui normal atau abnormalnya suatu hasil pemeriksaan laboratorium.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Hasil pemeriksaaan laboratorium kinik didalam LIS disertai dengan nilai normal/rujukan. Nilai normal/rujukan tersebut ditentukan berdasarkan referensi sebagai berikut: 1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 179/MENKES/SK/XII/2010 2. Tabel Konversi Satuan SI-Konvensional & Nilai Rujukan Dewasa-Anak Parameter Laboratorium Klinik Tahun 2004 (Persatuan Dokter Spesialis Patologi Klinik). 3. Liflet reagen yang dipakai 4. Buku literatur 5. Hasil pemeriksaan laboratorium dicetak di blangko hasil sebelah kiri serta nilai rujukan disebelah kanan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN INSTALASI LABORATORIUM KLINIK OLEH KEPALA INSTALASI LABORATORIUM KLINIK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.217/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	1. Kepala Instalasi Laboratorium Klinik adalah seorang individu yang memiliki kualifikasi untuk melaksanakan tugas dan kewajiban terhadap pelayanan Laboratorium Klinik dan Laboratorium lain di Rumah Sakit. 2. Laboratorium rujukan adalah laboratorium lain yang karena kualifikasinya sehingga memenuhi syarat untuk tempat tujuan merujuk pemeriksaan.	
TUJUAN	Sebagai pedoman pelaksanaan tugas dan kewajiban dari seorang Kepala Instalasi Laboratorium Klinik.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Sediakan sumber daya, fasilitas, dan kompetensi untuk mendukung penyelenggaraan kegiatan pelayanan kimia klinik, pelayanan hematologi klinik, pelayanan mikrobiologi, infeksi dan imunologi di RSUD dr. Soedirman Kebumen. 2. Kembangkan, terapkan dan jaga terlaksananya kebijakan dan prosedur a. Adakan rapat bersama SMF dan koordinasikan prosedur-prosedur yang akan dikembangkan. b. Telaah prosedur-prosedur yang akan dikembangkan. c. Usulkan tarif ke Rumah Sakit. d. Sosialisasikan prosedur yang telah ditetapkan. 3. Lakukan pengawasan terhadap kegiatan administrasi a. Lakukan pengawasan pencatatan pelaksanaan kegiatan laboratorium dan penyimpanan arsip tentang hasil pemeriksaan, hasil pemantapan mutu, dan hasil rujukan b. Buat laporan bulanan, triwulan dan Laporan Tahunan. c. Susun Rencana Kinerja Tahunan bersama staf d. Beri masukan tentang penilaian kinerja pegawai untuk diusulkan kepada Kabid Penunjang Medis		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PENGELOLAAN INSTALASI LABORATORIUM KLINIK
OLEH KEPALA INSTALASI LABORATORIUM KLINIK**

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.217/SPO/ 2026	1	

- e. Buat laporan terkait daftar hadir harian pegawai untuk diajukan kepada Kepala Bagian Umum.
- f. Respon instruksi/disposisi dari direksi.
- g. Berikan teguran baik lisan maupun tertulis kepada staff atau karyawan laboratorium.
- h. Buat laporan penggunaan alat medis habis pakai dan bahan medis habis pakai dari gudang farmasi
- 4. Jaga terlaksananya program kontrol mutu yang sudah ditetapkan.
 - a. Berkoordinasi dengan staf untuk membentuk Tim Mutu
 - b. Lakukan monitor, evaluasi dan memberi masukan terhadap tugas dari Tim Mutu
 - c. Laporkan program Kontrol Mutu kepada Direktur secara berkala
- 5. Rekomendasikan Laboratorium rujukan untuk melaksanakan pelayanan
 - a. Berkoordinasi dengan staf menelaah Laboratorium luar yang akan menjadi rujukan
 - b. telaah kualifikasi dari Laboratorium-laboratorium yang akan menjadi rujukan berdasarkan sertifikasi, PME, PMI, dan kalibrasi alat yang be 3/3
 - c. Tentukan Laboratorium yang akan menjadi rujukan.
 - d. Ajukan surat rekomendasi penunjukkan Laboratorium Rujukan ke Direktur Rumah Sakit
 - e. Laporkan hasil pengendalian mutu Laboratorium Rujukan kepada Direktur Rumah Sakit.
- 6. Monitor dan review semua pelaksanaan Pelayanan Laboratorium di dalam dan di luar Laboratorium
 - a. Laksanakan survei kepuasan pelanggan internal dan eksternal laboratorium dan menindaklanjuti hasil survei
 - b. Monitoring hasil pemeriksaan laboratorium dengan POCT di luar laboratorium di dalam Rumah Sakit
 - c. Monitoring dan mereview pelaksanaan laboratorium di luar Rumah Sakit.

UNIT TERKAIT

- 1. Instalasi Laboratorium
- 2. Bagian Penunjang Medis
- 3. Bagian Umum-Kepegawaian
- 4. Laboratorium Rujukan

 RSUD dr.SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMANTAPAN MUTU INTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.218/SPO/2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Tindakan kegiatan pengawasan dan pencegahan yang dilakukan oleh laboratorium secara terus menerus mulai dari pra analitik, analitik, sampai paska analitik untuk mendapatkan hasil analisis yang teliti dan tepat.		
TUJUAN	Agar hasil pemeriksaan laboratorium cepat, akurat dan teliti.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Instalasi Laboratorium RSUD dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tahap Pra Analitik a. Persiapan Pasien 1) Pengirim pasien bertugas memberitahukan persiapan yang perlu dilakukan sebelum datang di laboratorium 2) Penerima pasien bertugas menanyakan kesiapan yang telah dilakukan sehubungan dengan pemeriksaan yang dilakukan 3) Laboratorium wajib menolak pasien yang tidak memenuhi syarat 4) Jika tidak memungkinkan perlu dicatat pada formulir permintaan, buku penerimaan pasien, hasil laboratorium sehingga pengirim pasien dapat mengetahui keadaan tersebut. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan/ yang perlu pengawasan dari petugas laboratorium yang dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan, antara lain : 1) Makanan dan minuman : Pemeriksaan gula darah puasa dan trigliserid a) Pemeriksaan gula darah puasa pasien perlu dipuasakan 10-12 jam sebelum darah diambil b) Pemeriksaan trigliserid pasien dipuasakan sebelumnya sekurang-kurangnya 12 jam 2) Obat-obatan : Akan mempengaruhi hasil pemeriksaan kreatin Kinase dan Lacticdehydrogenase (LDH) 3) Aktivitas fisik		



**RSUD
dr.SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMANTAPAN MUTU INTERNAL

No. Dokumen
000.8.3.3/8.218/SPO/2026

No. Revisi
1

Halaman

- a) Mengakibatkan peningkatan kadar gula darah dan perbedaan yang besar antara kadar gula darah di arteri dan vena
- b) Konsentrasi gas darah, kreatinin, asam urat, CK, LDH, KED, hemoglobin, hitung jenis/hemogram dan produksi urine.
- 4) Demam :
 - a) Peningkatan kadar gula darah, penurunan kadar kholesterol dan trigliserid
 - b) Lebih mudah menemukan parasit malaria, kenaikan titer Widal
- 5) Trauma
 - a) Penurunan kadar hemoglobin, hematokrit dan produksi urine
 - b) Pada tingkat lanjut akan terjadi kenaikan kadar ureum dan kreatinin serta enzim-enzim yang berasal dari otot.
- 6) Variasi Harian
 - a) Pemeriksaan besi yang diambil sore hari akan lebih tinggi dari pada pagi hari
 - b) Pemeriksaan glukosa, terutama pemeriksaan toleransi glukose yang dilakukan siang hari akan lebih tinggi dari pada pagi hari
 - c) Aktivitas enzim yang diukur akan berfluktuasi disebabkan oleh kadar hormon yang berbeda dari waktu ke waktu
 - d) Eosinofil : hasil pemeriksaan akan lebih rendah pada malam hari sampai pagi hari dari pada siang hari.
- b. Pengambilan Bahan
 - 1) Volume sampel yang diambil harus mencukupi kebutuhan pemeriksaan yang diminta atau dapat mewakili obyek yang diperiksa.
 - 2) Tempat sampel bersih dan kering, terbuat dari gelas atau plastik, tidak bocor atau merembes, ditutup rapat, besar wadah disesuaikan dengan volume sampel, tidak mempengaruhi sifat zat-zat dalam sampel.
 - 3) Pengambilan darah baik melalui vena atau arteri sesuai prosedur pengambilan darah dan hindari terjadinya hematoma dan hemolisis.
 - a) Pencegahan terjadinya hematoma :
 - i. Hindari penusukan ke jaringan lunak(*blood leakage*)
 - ii. Jarum jangan menembus seluruh dinding vena
 - iii. Pilih vena yang besar



**RSUD
dr.SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMANTAPAN MUTU INTERNAL

No. Dokumen
000.8.3.3/8.218/SPO/2026

No. Revisi
1

Halaman

- iv. Lepaskan tourniquet sebelum jarum dicabut
- b) Pencegahan terjadinya hemolisis :
 - i. Gunakan jarum yang ukurannya tidak terlalu kecil
 - ii. Campur darah dan antikoagulan dengan baik
 - iii. Jangan memindahkan darah dari spuit ke dalam vacutainer dengan tekanan.
- 4) Setiap pengambilan darah perlu dicatat waktunya. Pengambilan pada umumnya dilakukan pagi hari. Untuk pemeriksaan tertentu dilakukan pada waktu tertentu pula, misalnya untuk pemeriksaan mikrofilaria dilakukan pada waktu senja atau menjelang tengah malam. Enzim jantung dilakukan setelah serangan akut jantung dan selanjutnya diikuti secara serial.
- 5) Selalu disertakan : label, identifikasi pasien
- 6) Pengambilan darah harus dilakukan pencegahan terjadinya hematoma dan hemolisis, penggunaan antikoagulan disesuaikan dengan pemeriksaan.
- c. Pengiriman Bahan
 - 1) Pengiriman sampel dari ruang rawat inap ke laboratorium dimasukkan dalam plastik Bio Hazard
 - 2) Pengiriman sampel menggunakan *Pneumatic Tube*
 - 3) Sampel yang diterima di Laboratorium dicek kembali ketepatan identitas sampel dengan formulir permintaan
 - 4) Jika sampel tidak memenuhi syarat, diberitahukan ke ruang rawat inap untuk diberikan penambahan atau pengulangan pengambilan.
- d. Penyimpanan Bahan
 - 1) Sampel yang sudah diambil harus segera dikirim ke laboratorium untuk diperiksa karena stabilitas sampel dapat berubah oleh beberapa faktor, antara lain :
 - a) Terkontaminasi oleh kuman dan bahan kimia
 - b) Terjadinya metabolisme oleh sel-sel hidup
 - c) Terjadi penguapan
 - d) Pengaruh suhu
 - e) Terkena paparan sinar matahari
 - 2) Sampel yang tidak langsung diperiksa disimpan dengan memperhatikan jenis pemeriksaan, antara lain disimpan:
 - a) Pada suhu kamar
 - b) Lemari es dengan suhu 0° - 8° c
 - c) Jika lebih dari sehari penyimpanan sebaiknya dalam bentuk serum atau lisat



**RSUD
dr.SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMANTAPAN MUTU INTERNAL

No. Dokumen
000.8.3.3/8.218/SPO/2026

No. Revisi
1

Halaman

2. Tahap Analisis

a. Alat

- 1) Persiapkan alat harus benar dengan melakukan:
 - a) Teliti reagen yang ada
 - b) Lakukan kalibrasi sesuai dengan petunjuk pada alat
 - c) Kontrol sampel
- 2) Lakukan perawatan/pemeliharaan alat dan kalibrasi pada setiap alat laboratorium yang dioperasikan
- 3) Catat trouble shooting setiap alat dan cara mengatasi masalah
- 4) Sediakan alat pendukung yang memadai, antara lain UPS, ruang pendingin dan stavol
Persyaratan layak pakai/siap operasional alat yang dilakukan oleh teknisi laboratorium.

b. Reagensia

- 1) Persipkan reagen yang akan digunakan dengan meliputi :
 - a) Keadaan reagen
 - b) Tanggal kadaluwarsa
 - c) Mengeluarkan reagen dari kulkas, memeriksa kebutuhan reagen cukup atau kurang
Jika reagen kurang atau tidak memenuhi persyaratan, petugas mempersiapkan pembuatan reagen yang baru/mengambil reagen di gudang reagen
- 2) Lakukan pencatatan setiap reagen yang digunakan sesuai prosedur dan lakukan pencatatan nama reagen, nomor pabrik, nomor batch, tanggal diterima, tanggal kadaluwarsa, tanggal dibuka, reagen pengencer.

c. Kontrol

- 1) Petugas selalu menyertakan kontrol dalam setiap pengerjaan serum/bahan.
- 2) Petugas melakukan kontrol pemeriksaan sesuai dengan prosedur, tidak melakukan pemeriksaan dengan kontrol yang sudah kadaluwarsa dan rusak
- 3) Petugas melakukan uji ketelitian dan ketepatan hasil laboratorium serta uji perbandingan alat laboratorium yang dioperasikan dengan kemampuan yang sama
- 4) Petugas memastikan bahwa setiap akan melakukan kontrol, peralatan laboratorium harus dalam keadaan siap pakai.

3. Tahap Pasca Analitik

a. Pelaporan Hasil Pemeriksaan



**RSUD
dr.SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMANTAPAN MUTU INTERNAL

No. Dokumen
000.8.3.3/8.218/SPO/2026

No. Revisi
1

Halaman

- 1) Teliti ulang setiap akan mengeluarkan hasil, sudah sesuai atau belum dengan permintaan, pemeriksaan duplo, kontrol pemeriksaan
 - 2) Bila hasil meragukan, lakukan pengulangan pemeriksaan atau periksa dengan sampel yang baru
 - 3) Hasil pemeriksaan yang sudah jadi ditulis pada buku arsip hasil pemeriksaan
 - 4) Sertakan blanko permintaan pemeriksaan laboratorium pada setiap pelaporan hasil laboratorium dengan dijepit/diklip
 - 5) Semua hasil pemeriksaan laboratorium dikumpulkan untuk dilakukan koreksi oleh dokter penanggungjawab laboratorium
- b. Interpretasi Hasil
- 1) Hasil pemeriksaa yang meragukan (hasil di atas normal / di bawah normal) dilakukan pemeriksaan ulang atau duplo atau pemeriksaan ulang dengan sampel yang baru.
 - 2) Perhatikan setiap sampel : hemolisis, jernih, ikterik kemudian dokter penanggungjawab laboratorium menentukan langkah selanjutnya agar hasil laboratorium dapat dipertanggungjawabkan
 - 3) Lakukan perhitungan hasil laboratorium sesuai dengan prosedur yang benar
 - 4) Untuk pemeriksaan tertentu dokter penanggungjawab laboratorium dapat menanyakan kesimpulan dan diagnosa penyakit ke dokter konsulan.

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/8.219/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN		
	Pemantapan mutu eksternal adalah untuk menilai penampilan pemeriksaan laboratorium pada saat tertentu secara periodik, serentak, dan berkesinambungan yang dilakukan oleh pihak luar laboratorium dengan jalan membandingkan hasil pemeriksaan laboratorium peserta dengan nilai target.		
	TUJUAN		
1. Memberikan kesadaran akan kemungkinan terjadinya kekurangan dalam melaksanakan praktik laboratorium. 2. Memperoleh informasi penampilan dan prinsip, metode, bahan reagen, peralatan pemeriksaan serta melakukan tindakan perbaikan bila diperlukan. 3. Meningkatkan kepercayaan kepada pengguna jasa terhadap hasil pemeriksaan.			
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Prosedur a. Daftarkan ke laboratorium rujukan b. Pemberitahuan pelaksanaan PME dan penerimaan sampel c. Baca petunjuk pelaksanaan d. Periksa keadaan sampel e. Catat hari, tanggal penerimaan dan pelaksanaan PME di papan tulis. f. Kerjakan pemeriksaan sesuai dengan sub bagian masing- masing. g. Catat hasil pemeriksaan pada blangko yang telah disediakan dan kirimkan ke alamat yang telah ditentukan. 2. Pelaksanaan a. Ikuti program pemantapan kualitas laboratorium bidang Kimia Klinik (PNPLK-K) 2 siklus		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL

No. Dokumen 000.8.3.3/8.219/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

- b. Ikuti program pemantapan kualitas laboratorium bidang hematologi (PNPKLK-H) 2 siklus
- c. Ikuti program pemantapan kualitas laboratorium bidang urinalisa (PNPKLK-U) 2 siklus
- d. Ikuti program pemantapan kualitas laboratorium bidang HIV 1 siklus.

UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium
---------------------	------------------------

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PELABELAN REAGEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.220/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pelabelan adalah pemberian label pada kemasan reagensia dengan warna-warna tertentu untuk mempermudah dalam mengetahui waktu kadaluarsa.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memperlancar kegiatan penyimpanan reagensia di nlaboratorium.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	Untuk memudahkan petugas dilakukan pelabelan dengan kriteria sebagai berikut :  → Masa kadaluarsa ≥ 6 bulan  → Masa kadaluarsa 3 bulan s/d 6 bulan  → Masa kadaluarsa ≤ 3 bulan  → Reagen yang sudah kadaluarsa		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGECEKAN STOCK REAGEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.221/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Mekanisme membuat laporan pertanggungjawaban penerimaan dan penggunaan reagen di Instalasi Laboratorium Klinik		
TUJUAN	Agar dapat mempertanggungjawabkan penggunaan reagen Agar dapat mengetahui stok reagen untuk perencanaan kebutuhan berikutnya		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hitung jumlah penggunaan reagen berdasarkan catatan pada buku pengambilan reagen 2. Hitung dan catat stok reagen yang masih tersimpan di ruang penyimpanan reagen laboratorium. 3. Buat laporan stok awal, penerimaan, penggunaan dan stok akhir kemudian laporkan kepada Bagian Gudang Logistik Farmasi.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	AUDIT REAGEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.222/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Ari Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Mekanisme membuat laporan pertanggungjawaban penerimaan dan penggunaan reagen di Instalasi Laboratorium Klinik		
TUJUAN	Agar dapat mempertanggungjawabkan penggunaan reagen Agar dapat mengetahui stok reagen untuk perencanaan kebutuhan berikutnya		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Hitung jumlah penggunaan reagen berdasarkan catatan pada buku pengambilan reagen 2. Hitung dan catat stok reagen yang masih tersimpan di ruang penyimpanan reagen laboratorium 3. Buat laporan stok awal, penerimaan, penggunaan dan stok akhir kemudian laporkan kepada Bagian Gudang Logistik Farmasi.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGELOLAAN LOGISTIK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.223/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Tata cara melakukan pengelolaan logistik untuk kebutuhan pelayanan di instalasi laboratorium.	
TUJUAN	Untuk menjamin ketersediaan reagen dengan lengkap.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Kepala instalasi laboratorium merencanakan kebutuhan logistik dan bahan penunjang lainnya yang dibutuhkan selama 1 tahun kepada gudang farmasi. 2. Gudang farmasi menyampaikan daftar kebutuhan tersebut ke bagian UPL. 3. Kepala instalasi laboratorium merencanakan kebutuhan yang dibutuhkan selama 3 bulan kepada gudang farmasi. 4. Gudang farmasi segera menghubungi kontak person dari perusahaan yang terkait untuk mengirim reagen dan bahan penunjang lainnya yang dibutuhkan. 5. Perusahaan terkait mengirim logistik dan atau bahan penunjang lainnya dengan membawa tanda terima barang. 6. Penanggungjawab unit/ analis menerima logistik, menandatangani tanda terima logistik dan menyimpan pada tempat dengan suhu seperti yang dipersyaratkan.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERUBAHAN WARNA REAGEN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.224/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Perubahan warna reagen adalah apabila reagen mengalami perubahan warna.		
TUJUAN	Menjaga stabilitas dan kualitas reagen		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Cocokkan kualitas dan merek reagen yang dikirim dengan SPK, melihat tanggal kadaluwarsanya oleh penerima reagen. 2. Pisahkan jika ada reagen yang berubah warna atau expired 3. Buat laporan tentang reagen yang expired.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PEMERIKSAAN TES CEPAT MOLEKULER (TCM) TB PASIEN LUAR RUMAH SAKIT		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.225/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Prosedur permintaan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dari RS, puskesmas atau fasilitas kesehatan lain yang dirujuk ke RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
TUJUAN	Agar pemeriksaan TCM TB agar berjalan lancar sesuai dengan prosedur.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Input permintaan pemeriksaan TCM dari RS, puskesmas atau fasilitas kesehatan lain yang dirujuk ke RSUD dr. Soedirman Kebumen pada SITB oleh petugas faskes perujuk 2. Cetak TB 05 pasien oleh petugas faskes perujuk 3. Sampel pemeriksaan TCM akan dikirim ke laboratorium mikrobiologi oleh petugas pos 4. Tulis di buku register penerimaan sampel oleh petugas pos 5. Periksa kelengkapan data dan sampel pasien oleh petugas laboratorium 6. Kerjakan sesuai prosedur pemeriksaan TCM dengan alat GeneXpert oleh petugas laboratorium 7. Tulis hasil di buku register TB 04 serta di buku bantu pengerjaan laboratorium oleh petugas laboratorium 8. Isikan hasil pada SITB oleh petugas laboratorium 9. <i>Print out</i> hasil TCM dan TB 05 akan diambil petugas poli DOTS untuk didaftarkan.		
	1. Instalasi laboratorium 2. Poli DOTS 3. Faskes Perujuk		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PEMERIKSAAN TES CEPAT MOLEKULER (TCM) TB PASIEN RAWAT JALAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/8.226/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Prosedur permintaan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dari rawat jalan.		
TUJUAN	Agar pemeriksaan TCM TB pasien rawat jalan berjalan lancar sesuai dengan prosedur.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Poli DOTS a. Input data dan permintaan pemeriksaan TCM pada SITB dan cetak blanko TB 05 b. Input permintaan pemeriksaan TCM ke SIMRS c. Berikan kepada pasien wadah sputum steril yang telah diberi identitas pasien d. Berikan penjelasan cara penampungan sputum. Penampungan sputum dilakukan pada dua wadah, diutamakan sputum pagi hari (bangun tidur) dan sewaktu sedikitnya 1 cc sputum e. Persilahkan pasien untuk mengeluarkan dahak/ sputum di pojok DOTS yang telah disediakan di selatan poli DOTS. 2. Petugas Laboratorium a. Ambil dahak dan formulir TB 05 pasien pada pojok DOTS b. Bawa sampel ke laboratorium mikrobiologi c. Catat di buku penerimaan sampel dahak di laboratorium mikrobiologi. 3. Petugas Laboratorium Mikrobiologi a. Cek kelengkapan data dan sampel TCM b. Masukkan data permintaan pemeriksaan TCM dari SIMRS ke LIS c. Kerjakan sesuai prosedur pemeriksaan TCM dengan GeneXpert d. Setelah selesai pemeriksaa, cetak hasil dari alat e. Isikan hasil pada komputer LIS dan cetak f. Ambil hasil dari LIS ke SIMRS		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PERMINTAAN PEMERIKSAAN TES CEPAT MOLEKULER
(TCM) TB PASIEN RAWAT JALAN**

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.226/SPO/ 2026	1	

g. Hasil *print out* dari alat TCM, LIS dan blangko TB 05 akan diambil oleh petugas poli DOTS.

UNIT TERKAIT

- 1. Instalasi laboratorium
- 2. Instalasi Rawat Jalan

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TES CEPAT MOLEKULER (TCM) TB DENGAN ALAT GENEXPERT		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/8.227/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemeriksaan TCM merupakan tata cara pemeriksaan Tes Cepat Molekuler TB dengan menggunakan alat Gene Xpert.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah kerja bagi petugas laboratorium dalam melakukan pemeriksaan TCM TB dengan alat GeneXpert		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Pastikan komputer dan alat TCM telah menyala serta telah menjalankan program GeneXpert Dx 2. Pada halaman utama GeneXpert® Dx System, klik “Create Test”, maka akan scan katrid barcode”. 3. Pindai <i>barcode</i> katrid menggunakan <i>barcode scanner</i> dengan cara menekan tombol warna kuning pada <i>barcode scanner</i> atau pilih ‘<i>Manual Entry</i>’ untuk memasukkan 16 digit nomor seri katrid 4. Setelah nomor seri katrid masuk, masukkan: NIK pada kolom Patient ID dan bila tidak ada maka menggunakan no.identitas sediaan. Pada kolom sample ID masukkan No urut register TB 04_Nama_umur. Bagian “Select Module” akan terisi secara otomatis, petugas lab tidak perlu mengubahnya. Kemudian klik “Start Test” 5. Lampu warna hijau di alat TCM akan berkedip-kedip pada modul yang terpilih otomatis. Buka pintu modul dan letakkan katrid TCM. 6. Tutup pintu modul dengan sempurna hingga terdengar bunyi klik. Pemeriksaan akan dimulai dan lampu hijau akan tetap menyala tanpa berkedip. Pemeriksaan akan berlangsung kurang lebih 2 jam. Saat pemeriksaan selesai, lampu akan mati secara otomatis dan pintu modul akan terbuka secara otomatis 7. Buka pintu modul dan keluarkan katrid. Katrid yang telah dipakai harus dibuang ke tempat sampah infeksius		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PEMERIKSAAN TES CEPAT MOLEKULER (TCM) TB
DENGAN ALAT GENEXPERT**

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.227/SPO/ 2026	1	

sesuai dengan SOP yang diterapkan oleh masingmasing institusi.

UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium
---------------------	------------------------

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PEMERIKSAAN TES CEPAT MOLEKULER (TCM) TB PASIEN RAWAT INAP		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.228/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Prosedur permintaan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dari rawat inap.		
TUJUAN	Agar pemeriksaan TCM TB pasien rawat inap berjalan lancar sesuai dengan prosedur.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Petugas Rawat Inap a. Order pemeriksaan TCM pada SIMRS b. Serahkan blangko TB 05 beserta sampel sputum yang telah diberi identitas pasien dan tulis di buku penerimaan sampel dahak di ruang mikrobiologi 2. Petugas laboratorium bagian mikrobiologi a. Cek kelengkapan pengisian blanko pengantar pemeriksan dan blangko TB 05 b. Input pemeriksaan TCM dari SIMRS ke LIS c. Kerjakan sesuai prosedur pemeriksaan TCM dengan GeneXpert d. Setelah selesei cetak hasil dari alat TCM e. Tulis hasil di buku bantu pemeriksaan TB, register TB 04 dan TB 05 f. Input hasil pada LIS dan cetak g. Ambil hasil pemeriksaan TCM dari LIS ke SIMRS h. Hasil print out dari alat, LIS dan TB 05 diambil oleh petugas poli DOTS.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap 3. Poli DOTS		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGAMBILAN DAN PENGUMPULAN SPESIMEN DAHAK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.229/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara untuk mengumpulkan spesimen dahak guna keperluan pemeriksaan		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk keperluan pemeriksaan BTA pada sputum cara manual dan TCM (Tes Cepat Molekuler).		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Sediakan pot dahak tertutup minimal 4 ulir, baru, bersih dan bermulut lebar ($\pm$ diameter 5 cm) 2. Tuliskan nama pasien dan nomor identitas spesimen dahak pada dinding pot dahak sesuai dengan aturan penamaan pedoman nasional 3. Lakukan pengumpulan spesimen dahak di tempat khusus berdahak (<i>sputum booth</i>) yang terdapat di ruang terbuka, mendapat sinar matahari langsung, terdapat wastafel, sabun cuci tangan, tempat sampah infeksius, tisu, dan tidak dilalui banyak. Catatan : Untuk diagnosis TB pada anak, spesimen yang dapat digunakan adalah : 1. Dahak baik melalui berdahak langsung maupun induksi sputum 2. Bilas lambung 3. Feses (jika tidak dapat diperoleh spesimen dahak maupun bilas lambung, sementara kecurigaan TB paru masih ada).		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGOLAHAN SPESIMEN DAHAK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.230/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara untuk melakukan pengolahan spesimen dahak guna keperluan pemeriksaan.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk keperluan pemeriksaan BTA pada sputum cara manual dan TCM (Tes Cepat Molekuler).		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Beri label identitas pada setiap katrid. Identitas spesimen dapat ditempel atau ditulis pada bagian sisi katrid. JANGAN memberikan label pada bagian <i>barcode</i> 2. Bukalah penutup pot dahak, tambahkan Diluent/<i>Sample Reagent</i> yang sudah tersedia sebanyak 2 kali volume spesimen 3. Campur Diluent/<i>Sample Reagent</i> dengan sampel 4. Tutup kembali pot dahak, homogenkan campuran dahak dan Diluent/<i>Sample Reagent</i> 5. Diamkan selama 10 menit pada suhu ruang 6. Homogenkan kembali campuran, lalu diamkan selama 5 menit 7. Bila masih ada gumpalan, homogenkan kembali agar campuran dahak dan Diluent/<i>Sample Reagent</i> menjadi homogen sempurna dan biarkan selama 5 menit pada suhu kamar 8. Ambil spesimen menggunakan pipet sampai garis batas (tanda tera) ke dalam katrid. Pastikan tidak ada gelembung 9. Masukkan ke dalam katrid 10. Katrid yang sudah berisi spesimen dimasukkan ke dalam alat TCM . Catatan: 1. Diluent/<i>Sample Reagent</i> untuk pengolahan 1 spesimen dahak.		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PENGOLAHAN SPESIMEN
DAHAK**

No. Dokumen 000.8.3.3/8.230/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

2. Apabila volume dahak >4 ml, maka disarankan untuk membagi spesimen menjadi 2 bagian dan harus dilakukan dalam BSC.

UNIT TERKAIT Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN LIMBAH PEMERIKSAN TCM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.231/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Suatu cara untuk menangani limbah sisa pemeriksaan TCM.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk menangani limbah TCM (Tes Cepat Molekuler).		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
	1. Rendam pot dahak dan tutupnya, serta limbah padat lain dalam larutan hipoklorit 1% baru atau disinfektan lain selama 12 jam 2. Masukkan limbah katrid pada plastik infeksius kemudian dihancurkan diinsenerator 3. Sterilisasi dengan autoklaf dibutuhkan suhu 121⁰C dengan tekanan udara 1,5 – 2 atm selama 20 menit 4. Limbah cair dibuang melaui sistem IPAL 5. Setelah proses otoklaf penanganan limbah dapat dilanjutkan insenerasi.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN BILA TERJADI KEKOSONGAN REAGEN/BMHP (BARANG MEDIS HABIS PAKAI)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.232/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Reagen/BMHP adalah bahan medis habis pakai yang dibutuhkan untuk pemeriksaan laboratorium. Reagen/BMHP yang dimaksud adalah reagen essensial. Kekosongan reagen/BMHP meliputi: 1. Kekosongan stok dari distributor 2. Kekosongan stok dari pabrik/stop produksi 3. Menjelang ED dari distributror 4. Kekosongan karena terlambat order		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penanganan bila terjadi kekosongan reagen/BMHP (Barang Medis Habis Pakai		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Sampaikan informasi kekosongan reagen/BMHP kepada Kepala Ruang Instalasi Laboratorium oleh petugas logistik 2. Laporkan kekosongan reagen/BMHP oleh kepala ruang laboratorium kepada Kepala Instalasi Laboratorium 3. Laporkan kekosongan reagen/BMHP oleh Kepala Instalasi Laboratorium kepada Kepala Instalasi Farmasi. 4. Laporan kekosongan reagen/BMHP akan ditindaklanjuti oleh Kepala Instalasi Farmasi sesuai kebijakan yang berlaku di Instalasi Laboratorium 5. Kepala Instalasi Farmasi akan menginstruksikan kepada Kepala Instalasi Laboratorium untuk sementara mencari reagen/BMHP tersebut ke rumah sakit lain yang bekerja sama dengan RSUD dr. Soedirman Kebumen 6. Bagian pengadaan di farmasi akan minta surat resmi mengenai kekosongan reagen/BMHP dari distributor atau surat keterangan yang ditandatangani pihak distributor apabila terjadi kekosongan reagen/BMHP. 7. Laporkan kekosongan reagen/BMHP kepada Kepala Instalasi Laboratorium untuk dianalisis dan memperoleh rekomendasi penggunaan reagen/BMHP yang sama dari distributor lain		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENANGANAN BILA TERJADI KEKOSONGAN REAGEN/BMHP (BARANG MEDIS HABIS PAKAI)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.232/SPO/ 2026	No. Revisi 1	Halaman
	8. Gunakan reagen/BMHP lain yang memiliki sensitivitas, spesifisitas, dan harga yang setara apabila reagen/BMHP yang sama dari distributor lain tidak tersedia.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Farmasi		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.237/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Permintaan pemeriksaan Laboratorium adalah tata cara pembuatan perintah, pengiriman dan pengisian formulir pemeriksaan laboratorium		
TUJUAN	Memberikan tata cara yang benar pada permintaan pemeriksaan laboratorium agar tidak terjadi kekeliruan dalam melaksanakan perintah, pengiriman dan pelaksanaan pemeriksaan laboratorium.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Instalasi Laboratorium pada RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Setiap permintaan pemeriksaan laboratorium identitas pasien harus sudah terdaftar di SIMRS 2. Order permintaan laboratorim melalui SIMRS 3. Formulir permintaan sebaiknya diisi lengkap meliputi a. Identitas pasien (Nama,nomor rekam medik, tanggal lahir, alamat, ruang/bangsal) b. Tanggal permintaan c. Diagnosis/keterangan klinik d. Pemeriksaan laboratorium yang diminta e. Jenis spesimen f. Lokasi/pengambilan spesimen g. Volume pemeriksaan.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMANTAPAN MUTU INTERNAL MIKROSKOPIS TBC		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.239/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemantapan mutu laboratorium adalah suatu sistem yang dirancang untuk meningkatkan dan menjamin mutu serta efisiensi pemeriksaan laboratorium secara berkesinambungan sehingga hasilnya dapat dipercaya		
TUJUAN	1. Menjamin bahwa hasil pemeriksaan laboratorium mikroskopis yang dilaporkan akurat dan dapat dipertanggungjawabkan, karena hasil pemeriksaan mikroskopis berperan sebagai penentu diagnosis (untuk wilayah tertentu yang memiliki kesulitan untuk mengakses TCM) dan pemantauan pengobatan pasien TBC. 2. Mengidentifikasi berbagai tindakan yang berpotensi menimbulkan kesalahan. 3. Menjamin bahwa tindakan-tindakan perbaikan yang tepat telah dilakukan.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Instalasi Laboratorium pada RSUD dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Tahap Pra Analisis PMI: a. Pembuatan Sediaan b. Uji Fungsi Reagen Ziehl Neelsen c. Pewarnaan d. Pembacaan Mikroskopik e. Pemeliharaan Mikroskop f. Pencatatan & Pelaporan g. Pengolahan Limbah 2. Tahap Analisis a. Laksanakan kegiatan pembuatan, pewarnaan, pembacaan mikroskopis sediaan dahak harus sesuai SPO b. Lakukan uji reagen setiap selesai membuat reagen, setiap membuka kit baru reagen, bila reagen terjadi pengendapan atau pengkristalan dilakukan penyaringan, reagen yang tidak habis dalam jangka		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMANTAPAN MUTU INTERNAL MIKROSKOPIS TBC

No. Dokumen
000.8.3.3/8.239/SPO
/2026

No. Revisi
1

Halaman

waktu lebih dari 6 bulan masih dapat digunakan selama belum melampaui masa expired.
3. Pasca Analisis
Catat dan laporkan hasil pemeriksaan dahak sesuai petunjuk teknis.

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL MIKROSKOPIS TBC DENGAN UJI SILANG		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.240/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemantapan Mutu Eksternal adalah suatu proses yang berkala dan berkesinambungan yang dilakukan oleh laboratorium yang lebih tinggi jenjangnya dalam jejaring untuk memantau kinerja pemeriksaan TBC.		
TUJUAN	1. Mengetahui kemampuan laboratorium pemeriksa mikroskopis TBC sejak awal pembuatan sediaan, pewarnaan, pembacaan dan pelaporan hasil pemeriksaan 2. Metode pengambilan secara acak dan rutin memastikan pemeriksaan mikroskopis terpantau secara terus menerus. 3. Menerima umpan balik dari pengelola program TBC kab/kota dan atau dari LRI. 4. Mempelajari umpan balik untuk melakukan tindak lanjut untuk peningkatan mutu		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Instalasi Laboratorium pada RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Pisahkan seluruh sediaan positif pada tempat yang berbeda, simpan sediaan negatif dengan urutan penyimpanan berdasarkan urutan di Register TBC 04 2. Hitung jumlah sediaan positif yang akan diambil sesuai ketentuan yang ada 3. Pengambilan sediaan negatif dilakukan sesuai dengan interval 4. Masukkan data sediaan total, positif dan negatif satu triwulan dalam etb12. Interval akan otomatis muncul atau dapat dihitung dengan : Interval = Jumlah total sediaan negatif : jumlah sediaan negatif yang akan di uji silang 5. Jumlah total sediaan untuk uji silang = 100% sediaan positif + sediaan negatif yang dihitung berdasarkan poin 3		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PEMANTAPAN MUTU EKSTERNAL MIKROSKOPIS TBC
DENGAN UJI SILANG**

No. Dokumen 000.8.3.3/8.240/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

6. Tentukan sediaan pertama dan ambil sediaan berdasarkan perhitungan interval
7. Tandai sediaan yang terpilih dengan memberikan bulatan di TBC 04 menggunakan pensil
8. Ambil sediaan positif dan negatif, simpan di kotak terpisah
9. Input data dasar, identitas sediaan terpilih dan hasil pembacaan oleh fasyankes pada file eTBC 12 Fasyankes
10. Kirim sediaan ke Labkesda Kabupaten Kebumen

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Laboratorium
2. Labkesda Kabupaten Kebumen

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGEMASAN DAN PENGIRIMAN SPESIMEN DAHAK/SPUTUM RUJUKAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.241/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pengemasan dan pengiriman spesimen dahak/sputum adalah tata cara pengemasan dan pengiriman spesimen dahak/sputum yang baik dan benar		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pengiriman spesimen dahak/sputum		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Instalasi Laboratorium pada RSUD dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Pengemasan Dahak Bahan yang diperlukan untuk pengemasan dahak adalah sebagai berikut: a. Pot dahak b. Kantung plastik klip c. Tissue towel d. Pendingin (khusus untuk penngemasan rujukan ke laboratorium biakan dan uji kepekaan) e. Wadah pengiriman f. Karet gelang g. Lakban h. Parafilm i. Label j. Kertas k. APD l. Amplop m. Wadah limbah n. Larutan disinfektan o. Sabun p. ATK 2. Cara pengemasan dahak a. Kumpulkan 2 (dua) spesimen dahak dalam 2 wadah pot dahak steril dan beri identitas. b. Rekatkan pot dahak yang berisi spesime dengan parafilm c. Bungkus dengan tissue sebanyak 3-4 lapis		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PENGEMASAN DAN PENGIRIMAN SPESIMEN
DAHAK/SPUTUM RUJUKAN**

No. Dokumen 000.8.3.3/8.241/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
---	-----------------	---------

- d. Masukkan wadah tersebut ke dalam plastik klip kecil, kemudian masukkan 2 plastik klip kecil dari pasien yang sama ke plastik klip sedang
- e. Masukkan ke wadah pengiriman. Pengiriman dahak ke laboratorium biakan dan uji kepekaan wajib menggunakan rantai dingin
- f. Sertakan formulir TBC.05 yang telah diisi ke dalam plastik klip, dan direkatkan di bagian tutup wadah pengiriman
- g. Tulis dan tempelkan alamat laboratorium penerima di atas tutup wadah pengiriman.

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Laboratorium
2. Laboratorium Rujukan

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PENGIRIMAN SPESIMEN DAHAK DARI RUANG RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.242/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Tata cara pengiriman spesimen agar mendapatkan hasil pemeriksaan yang tepat dan akurat	
TUJUAN	1. Mengetahui pengiriman spesimen yang baik dan benar 2. Mendapatkan spesimen yang memenuhi syarat		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Instalasi Laboratorium pada RSUD dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Spesimen dahak dalam 2 wadah pot dahak steril dan diberi identitas dan dimasukkan dalam <i>plastik biohazard</i> 2. Programmer memasukkan data pasien ranap dan poliklinik ke SITB dan cetak form TB.05 3. Lakukan order pemeriksaan ke laboratorium pada SIMRS 4. Sampel beserta form permintaan TB 05 dari ranap dikirim ke laboratorium 5. Perawat pengirim menulis data pasien dan jam pengiriman di buku penerimaan laboratorium mikrobiologi 6. Dahak pasien rawat jalan yang sudah dikumpulkan di poli DOTS/ pojok DOTS beserta form permintaan TB 05 diambil petugas laboratorium setiap hari 7. Tulis data pasien dan jam pengambilan di buku penerimaan sampel laboratorium mikrobiologi oleh petuga laboratorium 8. Sampel akan dikerjakan oleh petugas laboratorium.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. IGD 3. Instalasi Rawat Jalan 4. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN DAHAK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.243/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	TES Cepat Molekuler adalah revolusi baru dalam mendiagnosa TB. Berkontribusi terhadap diagnosa cepat kasus TB dan TB resisten obat. Secara bersamaan dapat mendeteksi M. Tuberculosis dan resistensi terhadap rifampisin. Hasil diagnosa oleh TCM membantu mempercepat pemilihan panduan pengobatan yang tepat		
TUJUAN	1. Diagnosa pasien terduga TB 2. Mendeteksi keberadaan dari kompleks DNA bakteri M. Tuberculosis terhadap pengobatan dan Rifampicin		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Instalasi Laboratorium pada RSUD dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Mempersiapkan spesimen a. Jumlah minimum spesimen yang digunakan adalah 1 ml b. Spesimen dahak tidak boleh tercampur sisa makanan maupun darah c. Spesimen bisa disimpan pada suhu kamar selama 3 hari, dan 4-10 hari pada suhu 2-8 derajat celsius 2. Langkah-langkah persiapan spesimen a. Buka segel reagen dan penutup pot sputum di dalam BSC b. Tuang diluent ke dalam pot sputum sebanyak 2 kali volume dahak kemudian ditutup kembali c. Kocok kuat 10-20 kali dan inkubasi pada suhu ruangan selama 10 menit. Kocok kuat kembali selama 5 menit jika masih terlihat kental tambahkan waktu inkubasi selama 5-10 menit d. Siapkan katridge TCM dan beri identitas pada sisinya e. Buka penutup katridge f. Pipet 2 ml spesimen menggunakan pipet yang sudah disediakan g. Masukkan ke dalam katridge dan jangan terjadi gelembung udara kemudian tutup katridge.		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN DAHAK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.243/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
	3. Menyalakan Alat TCM GeneXpert dan Modulnya - Lakukan alat secara berurutan dari UPS, Intrumen GeneXpert dan komputer - Terlihat tampilan di layar, pilih username <i>Cepheid-Admin</i> dengan password <i>cphd</i> - Tunggu beberapa saat hingga <i>software GenXpert</i> terbuka secara otomatis. Konfirmasi NO pada tab <i>Database Management Task</i> - Pastikan semua modul <i>Available</i>. 4. Memulai Tes - Pastikan komputer dan alat TCM menyala serta telah menjalankan program GeneXpert Dx - Pada halaman utama GeneXpert® Dx System, klik “<i>Create Test</i>”, maka akan <i>scan katrid barcode</i>”. - Pindai <i>barcode</i> katrid menggunakan <i>barcode scanner</i> dengan cara menekan tombol warna kuning pada <i>barcode scanner</i> atau pilih ‘<i>Manual Entry</i>’ untuk memasukkan 16 digit nomor seri katrid - Setelah nomor seri katrid masuk, masukkan: Nama Pasien pada kolom <i>Patient ID</i>, kolom <i>sample ID</i> masukkan kode unik yang ada barcode-nya pada pengantar TB.05. Bagian <i>Patient ID 2</i> masukkan Nomor Register Lab, <i>Last Name</i> masukkan nama fasyankes asal spesimen, <i>First Name</i> masukkan nomor RM pasien, dan <i>Note</i> masukkan NIK atau <i>scan NIK</i> pada pengantar TB.05. Pada bagian “<i>Select Module</i>” akan terisi secara otomatis sesuai letak modul, kemudian klik “<i>Start Test</i>” - Lampu warna hijau di alat TCM akan berkedip-kedip pada modul yang terpilih otomatis. Buka pintu modul dan letakkan katrid TCM - Tutup pintu modul dengan sempurna hingga terdengar bunyi klik. Pemeriksaan akan dimulai dan lampu hijau akan tetap menyala tanpa berkedip. Pemeriksaan akan berlangsung kurang lebih 80-90 menit. Saat pemeriksaan selesai, lampu akan mati secara otomatis dan pintu modul akan terbuka secara otomatis - Buka pintu modul dan keluarkan katrid. Katrid yang telah dipakai harus dibuang ke tempat sampah infeksius sesuai dengan SOP yang diterapkan oleh masingmasing institusi. 5. Melihat Hasil dan Print Hasil - Klik <i>icon view result</i> - Klik <i>view result</i>		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN DAHAK		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.243/SPO /2026	No. Revisi 1	Halaman
	c. Pilih hasil yang ingin ditampilkan dan klik simbol <i>Printer</i> .		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap 3. IGD 4. Instalasi Rawat Jalan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN NON DAHAK (EXSTRA PARU)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.244/SP O/2026	No. Revisi 1	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Prosedur permintaan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dengan spesimen non dahak (ekstra paru) meliputi LCS, cairan lambung, cairan synovial, BAL dan cairan Pleura		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dengan spesimen non dahak (ekstra paru) meliputi LCS, cairan lambung, cairan synovial, BAL dan cairan Pleura		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Jika volume cairan yang didapat 0,1-1 ml, maka: a. Tambahkan <i>Sample Reagent/diluent</i> ke dalam spesimen hingga volume akhir mencapai 2 ml b. Kocok seluruh campuran hingga homogen c. Diamkan selama 5 menit untuk menghindari aerosol. d. Buka penutup katrid, kemudian buka tempat penampung spesimen. Gunakan pipet yang disediakan untuk memindahkan spesimen yang telah diolah sebanyak 2 ml (sampai garis batas pada pipet) ke dalam katrid secara perlahan-lahan untuk mencegah terjadinya gelembung yang bisa menyebabkan eror e. Tutup katrid secara perlahan dan masukan katrid ke dalam alat TCM GeneXpert®. 2. Jika volume cairan yang didapat >1-5 ml, maka: a. Tambahkan <i>Sample Reagent/diluent</i> sesuai volume spesimen (rasio 1:1) b. Kocok seluruh campuran hingga homogen c. Diamkan selama 5 menit untuk menghindari aerosol d. Buka penutup katrid, kemudian buka tempat penampung spesimen. Gunakan pipet yang disediakan untuk memindahkan spesimen yang telah diolah sebanyak 2 ml (sampai garis batas pada pipet) ke		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN NON DAHAK (EXSTRA PARU)		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.244/SP O/2026	No. Revisi 1	Halaman
	dalam katrid secara perlahan-lahan untuk mencegah terjadinya gelembung yang bisa menyebabkan <i>error</i> e. Tutup katrid secara perlahan dan masukan katrid ke dalam alat TCM. 3. Jika volume cairan yang didapat > 5 ml, maka: a. Seluruh spesimen dipindahkan ke dalam tabung konikal steril, kemudian disentrifugasi pada kecepatan 3000 g selama 15 menit. b. Supernatan kemudian dibuang ke dalam wadah yang berisi disinfektan (contoh: fenol 5%). c. Pelet diresuspensi dengan <i>Sample Reagent/diluent</i> hingga volume akhir mencapai 2 ml. d. Kocok seluruh campuran hingga homogen. e. Diamkan selama 5 menit untuk menghindari <i>aerosol</i>. f. Buka penutup katrid, kemudian buka tempat penampung spesimen. Gunakan pipet yang disediakan untuk memindahkan spesimen yang telah diolah sebanyak 2 ml (sampai garis batas pada pipet) ke dalam katrid secara perlahan-lahan untuk mencegah terjadinya gelembung yang bisa menyebabkan <i>error</i>. g. Tutup katrid secara perlahan dan masukan katrid ke dalam alat TCM GeneXpert® sesuai prosedur.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap 3. IGD 4. Instalasi Rawat Jalan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN KELENJAR GETAH BENING DAN JARINGAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.245/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
	PENGERTIAN	Prosedur permintaan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dengan spesimen kelenjar getah bening dan jaringan	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dengan spesimen kelenjar getah bening dan jaringan		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Perlakukan spesimen yan akan dilakukan pemeriksaan TCM, sebagai berikut : a. Potong spesimen jaringan hingga kecil dalam mortar steril b. Tambahkan 2 ml PBS 1× pada spesimen c. Gerus jaringan sampai homogen d. Pindahkan campuran sebanyak ± 0,7 ml menggunakan mikropipet ke dalam tabung konikal steril. CATATAN: Jangan memindahkan campuran yang masih menggumpal atau tidak dapat dihancurkan. 2. Tambahkan Sample Reagent 2x dari volume campuran (1,4 ml) 3. Kocok campuran sebanyak 10-20 kali hingga homogen 4. Diamkan campuran selama 10 menit pada suhu ruang, kemudian kocok kembali 10- 20 kali atau vorteks selama 10 detik 5. Diamkan campuran selama 5 menit pada suhu ruang 6. Buka penutup katrid, kemudian buka tempat penampung spesimen. Gunakan pipet yang disediakan untuk memindahkan spesimen yang telah diolah sebanyak 2 ml (sampai garis batas pada pipet) ke dalam katrid secara perlahan-lahan untuk mencegah terjadinya gelembung yang bisa menyebabkan eror 7. Tutup katrid secara perlahan dan masukan katrid ke dalam alat TCM GeneXpert® sesuai prosedur.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN KELENJAR GETAH BENING DAN JARINGAN		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.245/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman
	3. IGD 4. Instalasi Rawat Jalan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TCM MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DENGAN SPESIMEN FESES		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.246/SPO/ 2026	No. Revisi 0	Halaman 1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Prosedur permintaan pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dengan spesimen feses		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan Tes Cepat Molekuler (TCM) TB dengan spesimen feses		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Masukkan spesimen feses (0,3 – 1gr) langsung ke dalam botol <i>Sample Reagent</i> kemudian tutup kembali botolnya 2. Kocok selama 30 detik dan inkubasi pada suhu ruang selama 10 menit 3. Kocok kembali selama 30 detik dan inkubasi pada suhu ruang selama 10 menit sampai debris mengendap 4. Buka penutup katrid, kemudian buka botol <i>Sample Reagent</i> 5. Pipet dengan pipet yang telah disediakan sebanyak 2 ml supernatant (<i>debris free</i>) ke dalam katrid secara perlahan-lahan 6. Tutup katrid secara perlahan dan masukan katrid ke dalam alat TCM GeneXpert® sesuai prosedur.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Laboratorium 2. Instalasi Rawat Inap 3. IGD 4. Instalasi Rawat Jalan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER <i>EARLY INFANT</i> DIAGNODID HIV HIV (TCM EID HIV) UNTUK PASIEN EKSTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.247/SPO/2 026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	EID HIV adalah jumlah HIV dalam darah yang dilaporkan sebagai jumlah salinan RNA HIV per mililiter darah atau satuan <i>copies/mL</i> yang digunakan sebagai pengukuran monitoring dan keberhasilan <i>antiretroviral therapy</i> bagi ODHIV.		
TUJUAN	Mempercepat deteksi dini HIV pada bayi yang lahir dari ibu HIV positif serta mengurangi waktu tunggu hasil pemeriksaan yang selama ini terendala karena keterbatasan laboratorium		
KEBIJAKAN	1. Rencana Aksi Nasionall (RAN) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020 – 2024 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2026 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, dan Infeksi Menular Seksual		
PROSEDUR	1. Petugas faskes perujuk datang ke RSUD Dr Soedirman dengan membawa kelengkapan : a. Sampel berupa BDS/ <i>Whole Blood</i> b. Fotokopi identitas (KTP/KK) dan No. HP pasien c. Surat rujukan dari faskes perujuk yang dilengkapi tanggal pemeriksaan EID terakhir, ditandatangani dokter pengirim dan distempel basah d. Formulir permintaan pemeriksaan EID HIV yang sudah diisi lengkap, ditandatangani dokter pengirim dan distempel basah. 2. Order pemeriksaan EID di SIHA 2.1 oleh petugas faskes perujuk 3. Lakukan pendaftaran oleh petugas pendaftaran rawat jalan 4. Bawa sampel dan kelengkapannya ke laboratorium oleh petugas faskes perujuk 5. Lakukan pemeriksaan sampel pasien dengan alat TCM EID HIV oleh petugas laboratorium 6. Keluarkan hasil pemeriksaan VL HIV dalam bentuk print out dari alat dan Laboratory Information System (LIS), serta memasukkan hasil pemeriksaan VL HIV dalam SIHA 2.1 oleh petugas laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER <i>EARLY INFANT</i> DIAGNODID HIV HIV (TCM EID HIV) UNTUK PASIEN EKSTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.247/SPO/2 026	No. Revisi 0	Halaman
	7. Petugas faskes perujuk dapat melihat hasil pemeriksaan VL HIV melalui SIHA 2.1 8. Hasil pemeriksaan VL HIV dan kelengkapannya akan diambil oleh petugas admin klinik PDP 9. Petugas bidang keuangan akan mengambil berkas klaim ke klinik PDP 10. Bidang keuangan akan memproses klaim ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.		
UNIT TERKAIT	1. Klinik HIV(PDP) 2. Laboratorium 3. Bidang keuangan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER <i>EARLY INFANT DIAGNODID</i> HIV (TCM EID HIV) UNTUK PASIEN INTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.248/SPO/2 026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Ari Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	EID HIV adalah jumlah HIV dalam darah yang dilaporkan sebagai jumlah salinan RNA HIV per mililiter darah atau satuan <i>copies/mL</i> yang digunakan sebagai pengukuran monitoring dan keberhasilan <i>antiretroviral therapy</i> bagi ODHIV.		
TUJUAN	Mempercepat deteksi dini HIV pada bayi yang lahir dari ibu HIV positif serta mengurangi waktu tunggu hasil pemeriksaan yang selama ini terendala karena keterbatasan laboratorium		
KEBIJAKAN	1. Rencana Aksi Nasionall (RAN) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020 – 2024 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2026 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, dan Infeksi Menular Seksual		
PROSEDUR	1. Administrasi Pasien a. Pasien datang ke klinik PDP b. Lakukan pendaftaran pasien oleh petugas admin klinik PDP dengan menyertakan fotokopi identitas (KTP/KK) c. Order pemeriksaan VL di SIHA 2.1 dan berikan formulir permintaan pemeriksaan VL HIV kepada pasien oleh petugas admin klinik PDP d. Pasien datang ke laboratorium. 2. Pengambilan Spesimen Darah <i>Whole Blood</i> a. Dianjurkan berpuasa (tidak makan atau minum, kecuali air putih) selama 8-12 jam untuk pasien yang akan diambil darahnya (darah keruh/lipemik) b. Pastikan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium diisi dengan lengkap dan telah ditanda tangani oleh dokter c. Cocokkan identitas pasien dengan formulir pemeriksaan oleh flebotomis d. Selain itu, jika fasilitas kesehatan telah menggunakan sistem terkomputerisasi (label barcode) dapat dilakukan scanning terlebih dahulu pada barcode yang diberikan pasien dan dikonfirmasi identitasnya kepada pasien dengan menanyakan hal berikut ini:		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER *EARLY INFANT*
DIAGNODID HIV (TCM EID HIV) UNTUK PASIEN INTERNAL**

No. Dokumen
000.8.3.3/8.248/SPO/2
026

No. Revisi
0

Halaman

- 1) Nama Lengkap Pasien
- 2) Tanggal Lahir
- 3) Alamat
- e. Cuci tangan flebotomis lalu keringkan dan gunakan sarung tangan/handscon
- f. Tunjukkan alat yang akan digunakan masih baru dan tersegel
- g. Posisikan lengan pasien dan periksa pembuluh darah vena yang akan ditusuk, ada 3 pilihan pembuluh darah vena untuk pengambilan darah di fossa anticubiti:
 - 1) *Vena basilica*
 - 2) *Vena mediana cubiti*
 - 3) *Vena cephalica*
- h. Bersihkan area penusukan menggunakan alcohol swab dengan satu kali swab
- i. Pasang torniquet dengan jarak 7 – 10 cm dari tempat penusukan
- j. Pasang jarum pada holder, lalu buka tutup jarum dan pastikan bevel jarum menghadap ke atas ketika melakukan penusukan
- k. Lakukan penusukan dengan sudut 30o ke pembuluh darah vena
- l. Pastikan jarum masuk ke dalam pembuluh darah vena dengan melihat adanya darah yang terisi ke dalam chamber. Saat darah sudah mengisi tabung EDTA, lepaskan torniquet lalu isi sampai batas volume yang tertera pada tabung. Usahakan volume darah didapatkan cukup untuk memenuhi kebutuhan pemeriksaan VL HIV yakni volume penuh dari volume tabung EDTA
- m. Sebelum mencabut jarum dari pembuluh darah vena, tekan kassa di atas titik penusukan untuk menghentikan perdarahan
- n. Cabut jarum lalu aktifkan pengaman pada jarum dan segera buang ke dalam sharp container
- o. Lakukan mixing/homogenisasi pada tabung EDTA yang sudah terisi dengan darah pasien sebanyak delapan kali dengan gerakan memutar.
- p. Pasang label pasien dan konfirmasi kembali identitas pada label kepada pasien, lalu letakkan tabung EDTA di rak
- q. Buka kassa yang menutupi di titik penusukan dan pastikan darah sudah tidak ada yang mengalir, lalu pasang plester.



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER *EARLY INFANT
DIAGNODID* HIV (TCM EID HIV) UNTUK PASIEN INTERNAL**

No. Dokumen
000.8.3.3/8.248/SPO/2
026

No. Revisi
0

Halaman

3. Pemeriksaan TCM EID
 - a. Homogenkan tabung EDTA sebanyak 10 kali
 - b. Berikan label specimen pada katride dan buka penutup katride
 - c. Pipet spesimen sebanyak 100 uL (sampai garis batas pada pipet, pastikan jumlah specimen sesuai dengan yang dibutuhkan) ke dalam kartrid secara perlahan-lahan untuk mencegah terjadinya gelembung yang dapat menyebabkan error.
 - d. Tutup kartrid secara perlahan, lakukan input data yang dibutuhkan pada computer alat TCM Genxpert®. Kemudian scan barcode yang tersedia pada kartrid
 - e. Masukkan kartrid ke dalam alat TCM Genxpert®, kemudian tunggu hasil.
4. Pengambilan specimen DBS (*Dried Blood Spot*)
 - a. Pastikan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium diisi dengan lengkap dan telah ditanda tangani oleh dokter
 - b. Cocokkan identitas pasien dengan formulir pemeriksaan
 - c. Berikan identitas pasien pada *Filter Paper Card*
 - d. Cuci tangan lalu keringkan dan gunakan sarung tangan / *Handscoone*
 - e. Hangatkan bagian tumit yang akan dilukai, bersihkan area penusukan dengan *alkohol swab*
 - f. Lakukan penusukan pada tumit bayi (*Heel Stick*), jari tangan (*Finger stick*), atau jari kaki (*Toe stick*).
 - g. Hapus darah pertama yang keluar, kemudian beri pijatan pada kaki agar darah terkumpul dan teteskan disetiap lingkaran pada *filter paper card*, pastikan seluruh lingkaran tertutupi darah sekitar (60-70 uL) minimum 4 lingkaran harus diisi untuk tiap specimen untuk keperluan pengulangan test jika diperlukan
 - h. Tekan dengan kasa pada bagian yang telah dilukai untuk menghentikan pendarahan dan pasangkan plester.
5. Pengolahan specimen DBS
 - a. Keringkan *Filter Paper Card* pada suhu ruang selama minimum 4 jam
 - b. Masukkan *Filter Paper Card* dalam kantong plastik yang berisi silica gel.
6. Pemeriksaan TCM EID
 - a. Berikan identitas sampel pada katride menggunakan spidol
 - b. Buka penutup katride secara perlahan



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER *EARLY INFANT*
DIAGNODID HIV (TCM EID HIV) UNTUK PASIEN INTERNAL**

No. Dokumen
000.8.3.3/8.248/SPO/2
026

No. Revisi
0

Halaman

- c. Potong dua spot area specimen DBS pada kertas dilter mengikuti garis dengna menggunakan gunting steril
- d. Masukkan BDS yang telah dipotong ke dalam katride
- e. Dorong perlahan ke dasar tabung dan pastikan DBS bercampur dengan reagen (menggunakan pinset steril)
- f. Tutup rapat katride
- g. Lalukan input data yang dibutuhkan pada computer alat TCM Genxpert®. Kemudian scan barcode yang tersedia pada kartrid
- h. Masukkan kartrid ke dalam alat TCM Genxpert®, kemudian tunggu hasil.

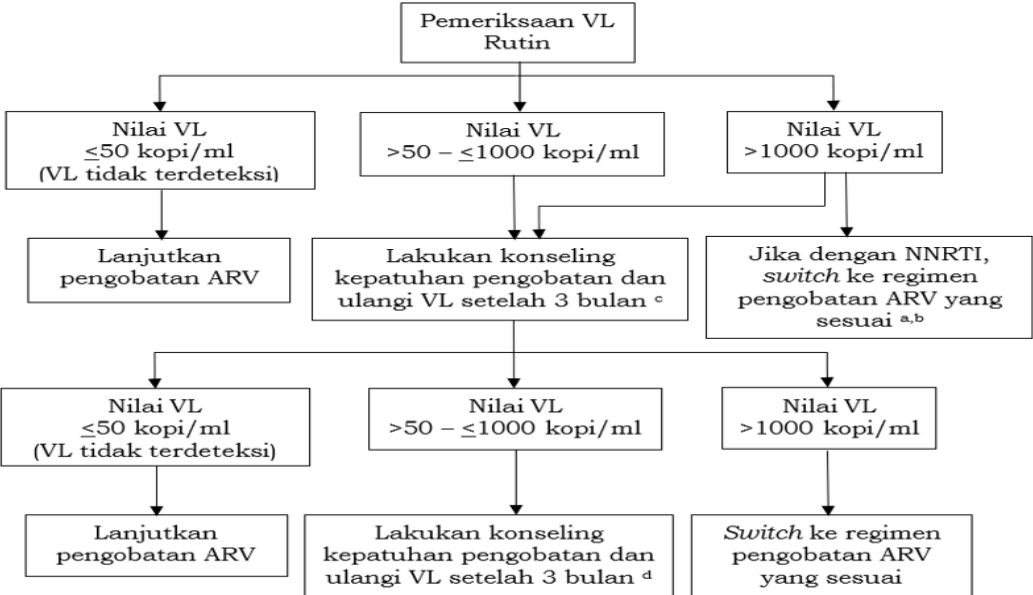
**INTERPRETASI
HASIL**

Interpretasi hasil :
1. Negatif
2. Positif

UNIT TERKAIT

- 1. Klinik HIV(PDP)
- 2. Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER VIRAL LOAD HIV (TCM VL HIV) UNTUK PASIEN EKSTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.249/SPO/2026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	VL HIV adalah jumlah HIV dalam darah yang dilaporkan sebagai jumlah salinan RNA HIV per mililiter darah atau satuan <i>copies/mL</i> yang digunakan sebagai pengukuran monitoring dan keberhasilan <i>antiretroviral therapy</i> bagi ODHIV.		
TUJUAN	Memberikan acuan bagi petugas kesehatan di RSUD Dr Soedirman dalam melakukan pemeriksaan VL HIV bagi ODHIV on ART.		
KEBIJAKAN	1. Rencana Aksi Nasionall (RAN) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020 – 2024 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2026 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, dan Infeksi Menular Seksual		
PROSEDUR	1. Petugas faskes perujuk datang ke RSUD Dr Soedirman dengan membawa kelengkapan : a. Sampel berupa plasma EDTA minimal 3 ml b. Fotokopi identitas (KTP/KK) dan No. HP pasien c. Surat rujukan dari faskes perujuk yang dilengkapi tanggal pemeriksaan VL terakhir, ditandatangani dokter pengirim dan distempel basah d. Formulir permintaan pemeriksaan VL HIV yang sudah diisi lengkap, ditandatangani dokter pengirim dan distempel basah. 2. Order pemeriksaan VL di SIHA 2.1 ole faskes perujuk 3. Lakukan pendaftaran oleh petugas pendaftaran rawat jalan 4. Bawa sampel dan kelengkapannya ke laboratorium oleh petugas faskes perujuk 5. Lakukan pemeriksaan sampel pasien dengan alat TCM viral load HIV oleh petugas laboratorium 6. Keluarkan hasil pemeriksaan VL HIV dalam bentuk print out dari alat dan Laboratory Information System (LIS), serta memasukkan hasil pemeriksaan VL HIV dalam SIHA 2.1 oleh petugas laboratorium 7. Petugas faskes perujuk dapat melihat hasil pemeriksaan VL HIV melalui SIHA 2.1 8. Hasil pemeriksaan VL HIV dan kelengkapannya akan diambil oleh petugas admin klinik PDP		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER VIRAL LOAD HIV (TCM VL HIV) UNTUK PASIEN EKSTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.249/SPO/2026	No. Revisi 0	Halaman
	9. Petugas bidang keuangan akan mengambil berkas klaim ke klinik PDP 10. Bidang keuangan akan memproses klaim ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.		
ALGORITMA	 <pre> graph TD A[Pemeriksaan VL Rutin] --> B[Nilai VL ≤50 kopi/ml (VL tidak terdeteksi)] A --> C[Nilai VL >50 – ≤1000 kopi/ml] A --> D[Nilai VL >1000 kopi/ml] B --> E[Lanjutkan pengobatan ARV] C --> F[Lakukan konseling kepatuhan pengobatan dan ulangi VL setelah 3 bulan^c] D --> G[Jika dengan NNRTI, switch ke regimen pengobatan ARV yang sesuai^{a,b}] E --> A F --> A G --> A </pre>		
UNIT TERKAIT	1. Klinik HIV(PDP) 2. Laboratorium 3. Bidang keuangan		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER VIRAL LOAD HIV (TCM VL HIV) UNTUK PASIEN INTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.249.1/SPO/2026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedl, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	VL HIV adalah jumlah HIV dalam darah yang dilaporkan sebagai jumlah salinan RNA HIV per mililiter darah atau satuan <i>copies/mL</i> yang digunakan sebagai pengukuran monitoring dan keberhasilan <i>antiretroviral therapy</i> bagi ODHIV.		
TUJUAN	Memberikan acuan bagi petugas kesehatan di RSUD Dr Soedirman dalam melakukan pemeriksaan spesimen VL HIV bagi ODHIV on ART.		
KEBIJAKAN	1. Rencana Aksi Nasionall (RAN) Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2020 – 2024 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2026 tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, dan Infeksi Menular Seksual		
PROSEDUR	1. Administrasi Pasien a. Pasien datang ke klinik PDP b. Lakukan pendaftaran pasien oleh petugas admin klinik PDP dengan menyertakan fotokopi identitas (KTP/KK) c. Order pemeriksaan VL di SIHA 2.1 dan berikan formulir permintaan pemeriksaan VL HIV kepada pasien oleh petugas admin klinik PDP d. Pasien datang ke laboratorium. 2. Pengambilan Spesimen Darah <i>Whole Blood</i> a. Dianjurkan berpuasa (tidak makan atau minum, kecuali air putih) selama 8-12 jam untuk pasien yang akan diambil darahnya (darah keruh/lipemik) b. Pastikan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium diisi dengan lengkap dan telah ditanda tangani oleh dokter c. Cocokan identitas pasien dengan formulir pemeriksaan oleh flebotomis d. Selain itu, jika fasilitas kesehatan telah menggunakan sistem terkomputerisasi (label <i>barcode</i>) dapat dilakukan <i>scanning</i> terlebih dahulu pada <i>barcode</i> yang diberikan pasien dan dikonfirmasi identitasnya kepada pasien dengan menanyakan hal berikut ini: 1) Nama Lengkap Pasien 2) Tanggal Lahir 3) Alamat		



RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN

**ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER VIRAL LOAD HIV
(TCM VL HIV) UNTUK PASIEN INTERNAL**

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/8.249.1/SPO/2026	0	

- e. Cuci tangan flebotomis lalu keringkan dan gunakan sarung tangan/*handscon*
 - f. Tunjukkan alat yang akan digunakan masih baru dan tersegel
 - g. Posisikan lengan pasien dan periksa pembuluh darah vena yang akan ditusuk, ada 3 pilihan pembuluh darah vena untuk pengambilan darah di *fossa anticubiti*:
 - 1) *Vena basilica*
 - 2) *Vena mediana cubiti*
 - 3) *Vena cephalica*
 - h. Bersihkan area penusukan menggunakan *alcohol swab* dengan satu kali swab
 - i. Pasang *torniquet* dengan jarak 7 – 10 cm dari tempat penusukan
 - j. Pasang jarum pada *holder*, lalu buka tutup jarum dan pastikan *bevel* jarum menghadap ke atas ketika melakukan penusukan
 - k. Lakukan penusukan dengan sudut 30° ke pembuluh darah vena
 - l. Pastikan jarum masuk ke dalam pembuluh darah vena dengan melihat adanya darah yang terisi ke dalam chamber. Saat darah sudah mengisi tabung EDTA, lepaskan *torniquet* lalu isi sampai batas volume yang tertera pada tabung. Usahakan volume darah didapatkan cukup untuk memenuhi kebutuhan pemeriksaan VL HIV yakni volume penuh dari volume tabung EDTA
 - m. Sebelum mencabut jarum dari pembuluh darah vena, tekan kassa di atas titik penusukan untuk menghentikan perdarahan
 - n. Cabut jarum lalu aktifkan pengaman pada jarum dan segera buang ke dalam *sharp container*
 - o. Lakukan *mixing/homogenisasi* pada tabung EDTA yang sudah terisi dengan darah pasien sebanyak delapan kali dengan gerakan memutar.
 - p. Pasang label pasien dan konfirmasi kembali identitas pada label kepada pasien, lalu letakkan tabung EDTA di rak
 - q. Buka kassa yang menutupi di titik penusukan dan pastikan darah sudah tidak ada yang mengalir, lalu pasang plester.
3. Pengolahan Spesimen Darah Whole Blood Menjadi Plasma
- a. Lakukan proses sentrifugasi pada tabung EDTA yang terisi darah pasien dengan kecepatan 2.000G selama 15 menit (setara dengan 1.500 – 3.000 RPM selama 5 – 15 menit).

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	ALUR PELAYANAN TES CEPAT MOLEKULER VIRAL LOAD HIV (TCM VL HIV) UNTUK PASIEN INTERNAL		
	No. Dokumen 000.8.3.3/8.249.1/SPO/2026	No. Revisi 0	Halaman
	b. Proses pemisahan plasma dengan sentrifugasi idealnya dilakukan dalam waktu 2 jam setelah proses pengambilan darah c. Pastikan plasma tidak boleh keruh dan tidak terjadi hemolisis. 4. Pemeriksaan TCM Viral Load a. Beri identitas pada kartird b. Buka tutup kartird, kemudian buka tabung EDTA, gunakan pipet yang tersedia untuk memindahkan spesimen sebanyak 2 ml (sampai garis batas pada pipet, pastikan jumlah specimen sesuai dengan yang dibutuhkan) ke dalam kartrid secara perlahan-lahan untuk mencegah terjadinya gelembung yang dapat menyebabkan error c. Tutup kartrid secara perlahan, lakukan input data yang dibutuhkan pada computer alat TCM Genxpert®. Kemudian scan barcode yang tersedia pada kartrid d. Masukkan kartrid ke dalam alat TCM Genxpert®, kemudian tunggu hasil.		
INTERPRETASI HASIL	Pemeriksaan VL Rutin Nilai VL ≤50 kopi/ml (VL tidak terdeteksi) Nilai VL >50 – ≤1000 kopi/ml Nilai VL >1000 kopi/ml		
UNIT TERKAIT	1. Klinik HIV(PDP) 2. Laboratorium		

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TPHA		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.197/SPO /2026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	TPHA digunakan untuk mendeteksi antibody spesifik terhadap Treponema pallidum dalam serum specimen menggunakan metode indirect haemaglutinasi (IHA).		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam pemeriksaan TPHA merupakan uji serologi yang mendeteksi antibody spesifik terhadap infeksi Treponema pallidum dan mempunyai spesifikasi yang sama dengan uji TPI dan sensitifitas yang sebanding dengan FTA-ABS.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.		
PROSEDUR	1. Teteskan 190 ul diluents ke lubang 1 2. Tambahkan 10 ul serum ke lubang 1 3. Dengan menggunakan mikropipet , campur rata serum yang ada pada lubang 1 dan pipet 25 ul larutan tersebut ke lubang 2 dan 3 4. Tambahkan 75 ul control cell ke lubang 2 dan 75 ul test cells ke lubang 3 5. Ketuk-ketuk an plate untuk menghomogenkan larutan yang ada pada tiap lubang 6. Inkubasi selama 45-60 menit pada suhu ruang dan baca hasil pemeriksaan. Interpretasi Hasil Negatif (-) : Tidak terbentuk aglutinasi pada test cells dan control cells sehingga keduanya terbentuk titik pada dasar well. Positif (+) : Terbentuk aglutinasi pada test cells sehingga menyebar ke seluruh dasar well dan tidak terbentuk aglutinasi pada control cell sehingga avian eritrosit berkumpul membentuk titik pada dasar sumuran.		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN TPHA

No. Dokumen 000.8.3.3/13.197/SPO /2026	No. Revisi 0	Halaman
--	-----------------	---------

Invalid : Terbentuk aglutinasi/ tidak terbentuk
titik pada control cells.

UNIT TERKAIT Instalasi Labortorium



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN HBA1C DENGAN ALAT AT-5600

No. Dokumen
000.8.3.3/13.198/SPO
/2026

No. Revisi
0

Halaman

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit
6 Januari 2026

Ditetapkan Oleh:
Direktur
RSUD dr. Soedirman Kebumen

dr. Arif Komedi, M.Sc
Pembina Tingkat I
NIP. 196801272002121002

PENGERTIAN

Suatu cara pemeriksaan laboratorium HBA1C dengan bahan pemeriksaan darah EDTA dan alat Ayo Tes secara otomatis

TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pemeriksaan HBA1C dengan menggunakan alat Ayo Tes

KEBIJAKAN

Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen

PROSEDUR

1. Pengujian Sampel :
 - a. Pastikan bagian kanan layar tampilan tertulis *Ready*
 - b. Masukkan sampel ke dalam tray secara berurutan
 - c. Klik *START TEST* (WB_Fast) untuk memulai uji
 - d. Jika sampel kurang dari 20, sampel dapat ditambahkan ditengah pengujian sampel
 - e. Hasil akan muncul pada layar bagian *result*
2. Pengujian Kalibrator
 - a. Pastikan bagian kanan layar tampilan tertulis *Ready*
 - b. Masukkan larutan kalibrator level 1 pada posisi 1, masukkan larutan kalibrator level 2 pada posisi 2
 - c. Klik tombol edit pada bagian kanan atas dan masukkan informasi pada table mulai target yang sesuai pada dialog box
 - d. Klik start kalibrasi untuk memulai kalibrasi.
3. Pengujian QC rutin
 - a. Pastikan bagian atas kanan layar tampilan tertulis *Ready*
 - b. Masukkan larutan QC level 1 pada posisi 1, masukkan larutan QC 2 level 2 di posisi 2
 - c. Klik tombol *START* pada posisi kanan atas dan masukkan informasi pada table nilai target QC yang sesuai pada dialog box
 - d. Pilih CRL-2 pada level CRL untuk ubah informasi QC level 2
 - e. Klik *START QC* untuk memulai QC.



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

UNIT TERKAIT

PEMERIKSAAN HBA1C DENGAN ALAT AT-5600

No. Dokumen
000.8.3.3/13.198/SPO
/2026

No. Revisi
0

Halaman

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN TUBEX			
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	No. Dokumen 000.8.3.3/13.199 /SPO/2026	No. Revisi 0	Halaman	
	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen		
		 <u>dr. Arif Komedi, M.Sc</u> Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002		
	PENGERTIAN	Tubex TF mendeteksi keberadaan antibodi anti o9 dalam serum pasien dengan cara mengukur kemampuan serum antibodi IgM dalam menghambat reaksi antara reagen warna coklat yang mengandung antigen berlabel partikel lateks magnetik dan monoklonal antibodi berlabel lateks warna dalam reagen biru.		
	TUJUAN	Tubex wash merupakan suatu pemeriksaan diagnostik in vitro yang menggunakan serum untuk mendeteksi infeksi ndemam tifoid akut yang disebabkan oleh <i>Salmonella typhi</i> .		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen			
PROSEDUR	1. Sampel Tidak Berwarna dan Kontrol a. Tempatkan TUBEX TF Reaction well strip dengan tegak, dengan nomor well menghadap ke depan b. Tambahkan 45 ul TUBEK TF wash brown pada masing-masing well atau lubang c. Tambahkan sampel 45 ul TUBEK TF positipe control atau negatip control atau sampel serum tidak berwarna pada well yang sesuai dan campur secara hati-hati dengan menyedot dan mengeluarkan sebanyak 5-10 kali menggunakan pipet. Pencampuran jangan sampai terbentuk busa d. Inkubasi selama 2 menit e. Tambahkan 90 ul TUBEX TF wash blue reagen pada masing-masing well, homogenkan f. Tutup dengan rapat TUBEX Reaction dengan TUBEX sealing tape, jangan sampai ada kebocoran g. Homogenkan dengan rotator selama 2 menit h. Tempatkan TUBEX Reaction well strip pada TUBEX color scale mulai dari kiri i. Inkubasi selama 5 menit kemudian baca hasilnya. 2. Sampel Berwarna			



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN TUBEX

No. Dokumen 000.8.3.3/13.199 /SPO/2026	No. Revisi 0	Halaman
--	-----------------	---------

- a. Tempatkan TUBEX TF Reaction well strip dengan tegak, dengan nomor well menghadap ke depan
 - b. Tambahkan 45 ul TUBEK TF wash brown pada masing-masing well atau lubang
 - c. Tambahkan sampel 45 ul TUBEK TF sampel serum berwarna pada well yang sesuai dan campur secara hati-hati dengan menyedot dan mengeluarkan sebanyak 5-10 kali menggunakan pipet. Pencampuran jangan sampai terbentuk busa
 - d. Tempatkan TUBEX Reaction well strip pada tubek color scale sebisa mungkin mulai dari kiri. Biarkan pemisahan terjadi selama 5 menit
 - e. Buang 90 ul supernatan
 - f. Pindahkan TUBEX Reaction well strip dari TUBEX color scale
 - g. Tambahkan 90 ul TUBEX TF wash buffer, homogenkan 20-30 kali, sampai semua partikel tercampur menggunakan pipet untuk setiap sampel
 - h. Tambahkan 90 ul TUBEX TF wash blue reagen, homogenkan
 - i. Tutup dengan rapat TUBEX Reaction dengan TUBEX sealing tape, jangan sampai ada kebocoran
 - j. Homogenkan dengan rotator selama 2 menit
 - k. Tempatkan TUBEX Reaction well strip pada TUBEX color scale mulai dari kiri
 - l. Inkubasi selama 5 menit kemudian baca hasilnya.
- Pembacaan Hasil :
- 1. Skor 0-2 (negatif) tidak mengindikasikan terjadinya infeksi dengan tifoid
 - 2. > 2 atau < 4 (tidak konklusif) ulangi pengujian jika masih (tidak konklusif) ulangi pengambilan sampel pada hari berikutnya
 - 3. 4-10 (positif) semakin tinggi skor maka semakin kuat indikasi terjadinya infeksi dengan tifoid.

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMERIKSAAN GRAM														
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.200/SPO /2026	No. Revisi 0	Halaman												
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 06 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002													
PENGERTIAN	Pemeriksaan Gram adalah metode pewarnaan mikroskopis untuk membedakan bakteri berdasarkan kemampuan dinding sel dalam mempertahankan zat warna Gram.														
TUJUAN	Sebagai acuan untuk membedakan bakteri Gram berdasarkan kemampuan mempertahankan warna Gram.														
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen.														
PROSEDUR	1. Pembuatan Preparat a. Bersihkan kaca objek yang akan digunakan b. Oleskan sampel pada kaca objek, keringkan c. Fiksasi dengan melidapkan kaca objek pada api. 2. Pewarnaan Gram a. Genangi preparat dengan cat Gram 1 yang berisi kristal violet selama 60 detik b. Bilas dengan air mengalir c. Genangi preparat dengan cat Gram 2 berupa iodine selama 30 detik d. Bilas dengan air mengalir e. Bilas dengan Cat Gram 3 berupa alkohol asam sampai tidak ada warna yang tersisa f. Genangi dengan Cat Gram 4 berupa safranin selama 10 detik g. Bilas dengan air mengalir, keringkan. Interprestasi Pewarnaan <table><tr><td>Warna</td><td>Jenis Bakteri</td></tr><tr><td>Ungu</td><td>Bakteri Gram Positif</td></tr><tr><td>Merah</td><td>Bakteri Gram Negatif</td></tr></table> <table><tr><td>Batang</td><td>a. Negatif</td></tr><tr><td>Gram Positif</td><td>b. 1+ (<10/seluruh LP, susunan: rantai/dua-dua/berkelompok)</td></tr><tr><td></td><td>c. 2+ (1-5/LP, susunan: rantai/dua-dua/berkelompok)</td></tr></table>			Warna	Jenis Bakteri	Ungu	Bakteri Gram Positif	Merah	Bakteri Gram Negatif	Batang	a. Negatif	Gram Positif	b. 1+ (<10/seluruh LP, susunan: rantai/dua-dua/berkelompok)		c. 2+ (1-5/LP, susunan: rantai/dua-dua/berkelompok)
Warna	Jenis Bakteri														
Ungu	Bakteri Gram Positif														
Merah	Bakteri Gram Negatif														
Batang	a. Negatif														
Gram Positif	b. 1+ (<10/seluruh LP, susunan: rantai/dua-dua/berkelompok)														
	c. 2+ (1-5/LP, susunan: rantai/dua-dua/berkelompok)														



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

PEMERIKSAAN GRAM

No. Dokumen 000.8.3.3/13.200/SPO /2026	No. Revisi 0	Halaman
--	-----------------	---------

Batang
Gram
Negatif

- d. 3+ (6-30/LP, susunan: rantai/
dua-dua/berkelompok)
- e. 4+ (>30/LP, susunan:
rantai/dua-dua/berkelompok).
- a. Negatif
- b. 1+ (<10/seluruh LP, susunan:
rantai/dua-dua/berkelompok)
- c. 2+ (1-5/LP, susunan: rantai/
dua-dua/berkelompok)
- d. 3+ (6-30/LP, susunan: rantai/
dua-dua/berkelompok)
- 4+ (>30/LP, susunan: rantai/dua-
dua/berkelompok).

Kokus Gram
Positif

- a. Negatif
- b. 1+ (<10/seluruh LP, susunan:
rantai/dua-dua/berkelompok)
- c. 2+ (1-5/LP, susunan: rantai/
dua-dua/berkelompok)
- d. 3+ (6-30/LP, susunan: rantai/
dua-dua/berkelompok)
- 4+ (>30/LP, susunan: rantai/dua-
dua/berkelompok).

Kokus Gram
Negatif

- a. Negatif
- b. 1+ (<10/seluruh LP, susunan:
rantai/dua-dua/berkelompok)
- c. 2+ (1-5/LP, susunan: rantai/
dua-dua/berkelompok)
- d. 3+ (6-30/LP, susunan: rantai/
dua-dua/berkelompok)
- 4+ (>30/LP, susunan: rantai/dua-
dua/berkelompok).

UNIT TERKAIT

Instalasi Laboratorium

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN KIMIA KLINIK ANALYSER BIOLIS 30i		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.201/SPO /2026	No. Revisi 0	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 6 Januari 2026	Ditetapkan Oleh: Direktur RSUD dr. Soedirman Kebumen  dr. Arif Komedi, M.Sc Pembina Tingkat I NIP. 196801272002121002	
PENGERTIAN	Pemakaian kimia klinik analyser BiOLiS 30i Premium adalah tata cara pemakaian Alat kimia klinik BiOLiS 30i secara automatic dengan sistem fotometri.		
TUJUAN	Untuk melakukan pemeriksaan kimia klinik seperti tes glukosa, tes faal hati, tes faal ginjal dan total lipid.		
KEBIJAKAN	Peraturan Direktur Nomor 13 Tahun 2026 Tentang Panduan Pelayanan Patologi Klinik Pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Kebumen		
PROSEDUR	1. Persiapan a. Bersihkan probe reagen dan sampel dengan tissue bebas serat yang dibasahi larutan alkaline 2%, ulangi dengan tissue yang dibasahi aquadest b. Periksa apakah aquadest, alakaline sol dan acidic sol masih cukup c. Keluarkan reagen dan kontrol dari kulkas. 2. Menyalakan Alat a. Nyalakan komputer, tunggu sampai <i>Menu Utama</i> muncul b. Nyalakan <i>Main Power</i> di samping belakang c. Nyalakan sistem power di samping depan d. Input User Name: <i>User1</i> dalam Login Form e. Setelah masuk menu BiOLiS 30i Premium, alat siap dipakai untuk running setelah proses <i>warming up</i> selesai f. Selama menunggu proses <i>warming up</i> dapat digunakan untuk menyiapkan reagen dan <i>maintenance</i> pagi. 3. Menyiapkan Reagen a. Homogenisasi reagen dengan membolak-balikan botol reagen sebelum membuka tutupnya. b. Jika reagen sudah mencapai <i>dead volume</i>, lakukan penggantian botol (jangan menambah reagen baru lagi) untuk menghindari kontaminasi reagen c. Isi botol reagen dan susun sesuai posisinya pada <i>REAGENT</i>.		



**RSUD
dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN**

**PEMAKAIAN KIMIA KLINIK ANALYSER
BIOLIS 30i**

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
000.8.3.3/13.201/SPO /2026	0	

- d. Input volume reagen yang ditambahkan: Klik *REAGENT* → *T.Counts* → tekan *Ctrl* → input volume (dalam mL) → *Save*.
4. Maintenance Pagi
- a. Klik *Maintenance* → *Cell Check* → pilih panjang gelombang (340, 405,..) → periksa apakah ada kuvet yang merah
- b. Klik *Maintenance* → *User Maint* → *Sample Probe Wash* → menggunakan larutan hipoklorit 1 : 5.
5. Order Pemeriksaan Blangko dengan/tanpa kalibrasi
Klik *Calibration* → centang (✓) pada *CH ODR* atau *BLKODR* → *Save*
6. Order Kontrol dan Running
- a. Klik *input Tray-S No.(C1, C2, dst)* → *Enter* → pilih *test* → Klik *Order*
- b. Lanjutkan dengan C2, C3, dst
- c. Klik *Start* pada *Menu Utama* untuk memulai running
- d. Jika menggunakan rak sampel → klik *QC Start*.
7. Running Pasien
- a. Manual
- 1) Klik *ORDER* → input *Tray -S No.* sesuai nomor *Tray* dan nomor *Sampel* → *Enter* → input data pasien → pilih *Test* → klik *order*
- 2) Lanjutkan order dengan sampel berikutnya, Klik *Start* pada *Menu Utama* untuk memulai running.
- b. Barcode
- 1) Masukkan tabung sampel pada *tray* dengan posisi *barcode* menghadap depan
- 2) Klik *Start* pada *menu utama* untuk memulai running.
8. Maintenance Malam
Klik *Maintenance* → *User Maint* → *Cell washing*
9. Mematikan Alat
- a. Keluar dari program
Klik *EXIT* → *OK* → klik tombol *LOG OFF*
Matikan komputer, matikan *System Power* disamping depan, lalu matikan *Main Power* di samping belakang
- b. Tutup botol reagen, masukkan kulkas
10. Maintenance Mingguan
- c. *Running* parameter test (Alkaline 2%) sebanyak 60 kali caranya dengan *me-running* 6 sampel, masing-masing sampel diulang 10 kali #of *Asp* diisi 10.
- d. Membersihkan Fan Filter:

 RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN	PEMAKAIAN KIMIA KLINIK ANALYSER BIOLIS 30i		
	No. Dokumen 000.8.3.3/13.201/SPO /2026	No. Revisi 0	Halaman
	Caranya : Buka penutup fan filter cuci filter di bawah air mengalir, keringkan dengan tissue, lalu dipasang lagi. 11. Maintenance Bulanan c. Bersihkan filter larutan Acidic 1% , Alkaline 2% dan Aquadest (dilakukan minimal 1 bulan sekali atau jika filter sudah berwarna abu-abu coklat) d. Lepaskan filter, rendam dalam larutan hipoklorit (bayclin) pekat ± jam, bilas dengan air bersih (dibawah air mengalir) sampai bau bayclin hilang. Pasang kembali filter.		
UNIT TERKAIT	Instalasi Laboratorium		



DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.
SOEDIRMAN KEBUMEN

ARIF KOMEDI