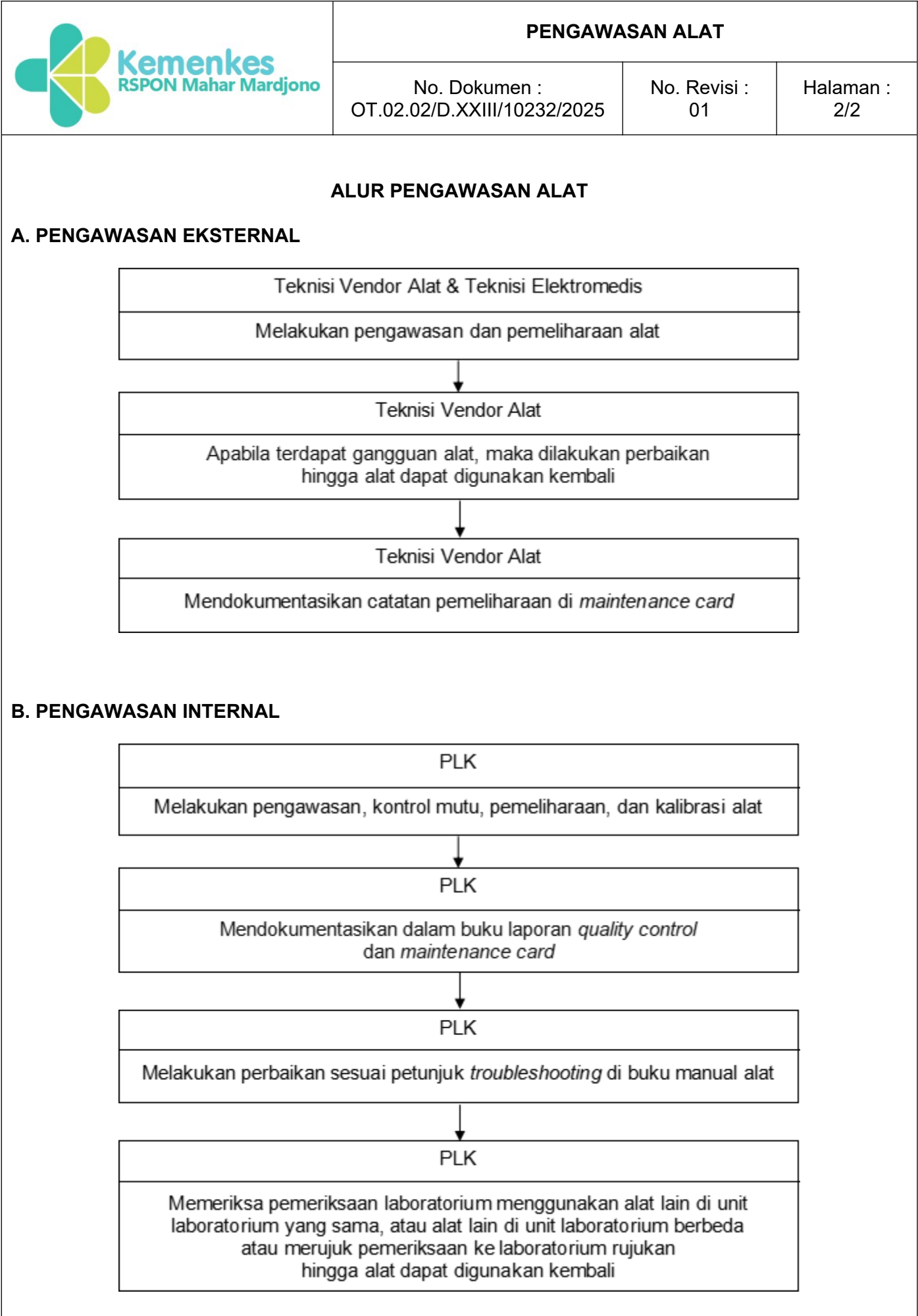


	PENGAWASAN ALAT		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/ 10232/2025	No. Revisi : 01	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 30 Juni 2025	Ditetapkan : Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta,  dr. ADIN NULKHASANAH, Sp.S., MARS	
PENGERTIAN	Merupakan proses pemantauan kondisi dan kerja alat kesehatan di Laboratorium yang mencakup tindakan koreksi dan perbaikan jika alat mengalami gangguan fungsi		
TUJUAN	Sebagai pedoman bagi Pranata Laboratorium Kesehatan (PLK) dalam melaksanakan pengawasan alat kesehatan laboratorium.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Nomor HK.02.03/D.XXIII/828/2024 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Laboratorium dan Bank Darah.		
PROSEDUR	A. Pengawasan Eksternal 1. Teknisi vendor alat melakukan pengawasan alat kesehatan laboratorium serta pemeliharaan alat secara berkala dengan didampingi Teknisi Elektromedis 2. Apabila terjadi gangguan fungsi alat, Teknisi Vendor alat tersebut langsung melakukan perbaikan di tempat hingga alat dapat digunakan kembali 3. Teknisi Vendor alat mendokumentasikan proses pengawasan alat kesehatan laboratorium di dalam <i>maintenance card</i> dalam bentuk catatan pemeliharaan B. Pengawasan Internal 1. PLK melakukan pengawasan alat kesehatan laboratorium setiap hari berbarengan dengan proses kontrol mutu, pemeliharaan, dan kalibrasi alat 2. PLK mendokumentasikan proses pengawasan alat kesehatan laboratorium di dalam buku laporan <i>quality control</i> dan <i>maintenance card</i> 3. Apabila terjadi gangguan fungsi alat yang bukan berasal dari reagensia maupun kontrol, dan gangguan tetap ada meskipun perbaikan telah dilakukan sesuai petunjuk <i>troubleshooting</i> yang terdapat di buku manual alat, maka PLK menghubungi Teknisi Vendor alat untuk melakukan perbaikan 4. Pemeriksaan laboratorium yang seharusnya diperiksa menggunakan alat tersebut dialihkan ke alat lain di unit laboratorium yang sama, atau alat lain di unit laboratorium yang berbeda, atau di laboratorium rujukan hingga alat dapat digunakan kembali.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Intensif 4. Instalasi Rawat Jalan dan Neurodiagnostik 5. Tim Kerja Pelayanan Penunjang (Teknisi Elektromedis) 6. Pihak Eksternal (Vendor Alat)		



	Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr.dr. Mahar Mardjono Jakarta “Formulir Penambahan / Perubahan Dokumen”	No. Dokumen	: OT.02.02/D.XXIII/10232/2025
		Tanggal Efektif	: 30 Juni 2025
		Halaman	: 2 (dua) halaman

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

Tanggal : 19 Mei 2025

Nama : dr. Hastrina Mailani, Sp.PA

Unit Kerja : Instalasi Laboratorium dan Bank Darah

☐ Penambahan Dokumen

☒ Perubahan Dokumen

☐ Pengurangan Dokumen

Beri tanda ✓ pada kotak yang diperlukan

Ka. Instalasi Laboratorium dan Bank Darah



dr. Hastrina Mailani, Sp.PA

No	Nomor Dokumen (Sebelumnya)	Status Revisi	Dasar Perubahan	Uraian Kondisi Sebelum	Uraian Kondisi Sesudah
1	OT.02.02/XXXIX.1/2969/2018; 09 April 2018	ke-2	1. SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor: HK.02.03/D.XXIII/828/2024 tentang Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan Instalasi Laboratorium. 2. Permenpan Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasioal Prosedur Administrasi Pemerintah. 3. Karena ketentuan pedoman dalam unit kerja diperlukan agar tugas dan fungsi masing-masing PLK dapat dilaksanakan dengan baik dan benar 4. Saat ini status dokumen lama di emisys adalah kadaluwarsa.	Ditetapkan Direktur Utama "dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K) KIC, MARS"	Ditetapkan Direktur Utama "dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS"
				Nomor SK Kebijakan : HK.02.03/D.XXIII/2742/2018	Nomor SK Kebijakan : HK.02.03/D.XXIII/828/2024
				Belum terdapat alur	Menambahkan alur (hal.2)
				Kop dan logo lama	Memperbaiki format sesuai logo dan kop baru, revisi unit terkait