

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

NOMOR : 034/PER/DIR/RSIH/III/2022

**TENTANG
PANDUAN MANAJEMEN SAMPEL
DI UNIT LABORATORIUM**

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PANDUAN MANAJEMEN SAMPEL DI UNIT LABORATORIUM
NOMOR: 034/PER/DIR/RSIH/III/2022

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Dimas Asyari, Amd.AK	Kepala Unit Laboratorium		17-03-2022
Verifikator	:	dr. Tena R Iskandar Sp.PK	Dokter Penanggung Jawab Laboratorium		17-03-2022
	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		17-03-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur		17-03-2022

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 034/PER/DIR/RSIH/III/2022
TENTANG
PANDUAN MANAJEMEN SAMPEL DI UNIT LABORATORIUM
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, Rumah Sakit Intan Husada telah memenuhi syarat dan kemampuan pelayanan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C.
- b. bahwa dalam rangka penerapan tata kelola rumah sakit yang baik dan pelayanan rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel di Unit Laboratorium perlu dibuat ketentuan dasar untuk melakukan/melaksanakan kegiatan manajemen sampel di Unit Laboratorium.
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a dan b maka Direktur Rumah Sakit Intan Husada perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Panduan Manajemen Sampel di Unit Laboratorium.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
5. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

7. Peraturan Direktur Nomor 3523/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN MANAJEMEN SAMPEL DI UNIT LABORATORIUM**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 034/PER/DIR/RSIH/III/2022 Tentang Panduan Manajemen Sampel Di Unit Laboratoium
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 034/PER/DIR/RSIH/III/2022 Tentang Tentang Panduan Panduan Manajemen Sampel Di Unit Laboratoium Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Tentang Panduan Manajemen Sampel Di Unit Laboratoium digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Tentang Panduan Manajemen Sampel Di Unit Laboratorium Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Tentang Panduan Manajemen Sampel Di Unit Laboratoium sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 17 Maret 2022

Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
BAB I	1
DEFINISI	1
BAB II	2
RUANG LINGKUP	2
BAB III	3
TATA LAKSANA	3
BAB IV	10
DOKUMENTASI	10
DAFTAR PUSTAKA	11

BAB I. DEFINISI

1. Sampel / Spesimen / Bahan Pemeriksaan adalah sejumlah tertentu bahan berasal dari manusia yang *representative* dan diambil menggunakan metode tertentu, digunakan untuk membantu penegakan diagnosa.
2. Sampel Laboratorium adalah darah, urin, feses, sputum, jaringan tubuh, apus nasofaring, apus tenggorok, cairan tubuh (cairan otak, pleura)
3. Petugas *Sampling* adalah Dokter, Perawat, Analis, Bidan. Petugas *sampling* mempunyai kemampuan dan kewenangan sesuai kompetensi yang dimiliki, kemampuan ini diperoleh dari pelatihan, *workshop* atau pendidikan yang diperoleh baik dari institusi atau lembaga yang berwenang.
4. Petugas Penerima Sampel adalah Petugas Manajemen Sampel, Analis dan Petugas *Resepsionis*.
5. Petugas Pembuang Sampel adalah Analis, Pekarya/*Running Boy*.

BAB II. RUANG LINGKUP

- A. Pengambilan Sampel
- B. Pemberian Identitas
- C. Pengiriman Sampel ke Laboratorium
- D. Penerimaan Sampel di Laboratorium
- E. Identifikasi Sampel
- F. Proses *Sentrifuge*
- G. Penyimpanan Sampel
- H. Pemeriksaan Sampel
- I. Pembuangan Sampel
- J. Telusur Sampel (*Specimen Tracking*)

BAB III. TATA LAKSANA

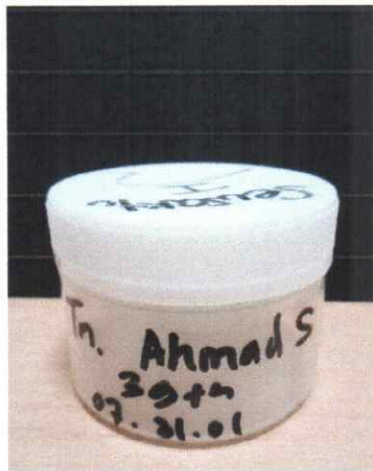
A. Pengambilan Sampel

Tata laksana pengambilan sampel lebih jelas diatur dalam "Panduan Pengambilan Sampel Di Unit Laboratorium".

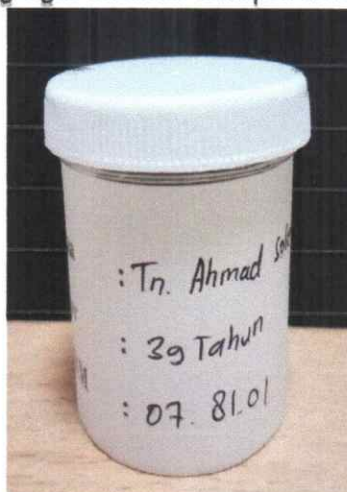
B. Pemberian Identitas Sampel

Petugas sampling memberi identitas pasien dengan benar dan jelas pada wadah sampel (bukan pada tutup wadah) dengan cara :

- Menuliskan nama lengkap pasien dan nomor rekam medis dengan menggunakan pulpen/spidol.

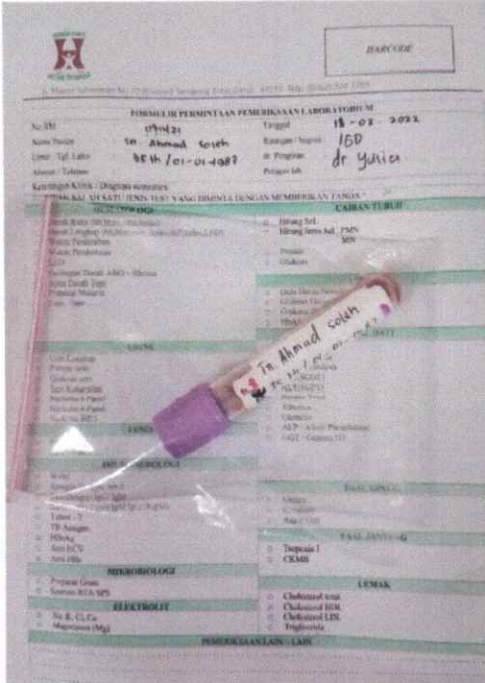


- Menempelkan stiker pasien, ditempelkan pada bagian label tabung, tidak menutupi seluruh permukaan tabung agar kualitas sampel darah bisa terlihat.



C. Pengiriman Sampel ke Laboratorium

1. Petugas *Sampling* memasukkan wadah sampel kedalam plastik klip dan pastikan wadah sampel sudah tertutup rapat agar tidak tumpah selama pengiriman.
2. Petugas *Sampling* menyertakan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium yang diisi lengkap dan jelas, dihektet beserta plastik klip berisi sampel.
3. Petugas *Sampling* memperhatikan stabilitas sampel saat pengiriman.
4. Petugas *Sampling* mengantarkan sampel ke Unit Laboratorium.



Contoh gambar pengiriman sampel dan formulir pemeriksaan

D. Penerimaan Sampel di Laboratorium

1. Penerimaan Sampel

- a. Petugas penerima sampel harus menggunakan Alat Pelindung Diri yang sesuai.
- b. Petugas penerima sampel mengecek sampel yang diterima harus sudah diberi identitas yang jelas dan benar dan disertai formulir permintaan pemeriksaan laboratorium.
- c. Petugas penerima sampel menuliskan jenis sampel yang diterima dalam formulir permintaan pemeriksaan laboratorium.
- d. Petugas penerima sampel melakukan identifikasi stabilitas sampel dengan baik sesuai jenis pemeriksaan yang akan dilakukan, kecukupan volume, tidak lisis, tidak ada bekuan pada sampel EDTA dan citrat, menggunakan antikoagulan yang sesuai dan ditampung dalam wadah yang sesuai.
- e. Petugas penerima sampel mengkonfirmasi ke ruangan pengirim sampel apabila ada ketidaksesuaian sampel dan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium atau sampel tidak memenuhi persyaratan (*sample reject*).

- f. Petugas penerima sampel menyerahkan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium kepada Petugas Admin untuk menginput parameter pemeriksaan pada sistem informasi rumah sakit.
- g. Petugas penerima sampel mencocokkan identitas pada formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dengan data yang terintegrasi pada sistem informasi laboratorium, yaitu nama pasien, nomor rekam medis, nama dokter pengirim (dokter yang menanda tangani form lab), ruangan pengirim, parameter pemeriksaan dan *clinical info*.
- h. Petugas penerima sampel mendistribusikan sampel sesuai dengan jenis pemeriksaan.

2. Penerimaan Sampel Rujukan

- a. Petugas menerima sampel rujukan.
- b. Petugas mengecek sampel yang diterima harus sudah diberi identitas yang jelas dan benar dan disertai formulir permintaan pemeriksaan laboratorium.
- c. Petugas melakukan identifikasi sampel dengan baik.
- d. Petugas menginput parameter pemeriksaan pada SIMRS rumah sakit.
- e. Petugas menginformasikan kepada keluarga pasien untuk melakukan pembayaran pemeriksaan.
- f. Petugas mengerjakan sampel sesuai dengan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium.

E. Identifikasi Sampel

Tabel 1. Identifikasi Sampel

Sampel	Wadah	Syarat
Darah	Tabung K2EDTA 3ml	- Volume \pm 20% - Tidak ada bekuan
	Microtainer EDTA	- Volume 250 – 500 ul - Tidak ada bekuan
	Tabung citrate 2,7ml (1:9)	- Volume \pm 10% - Tidak lisis - Tidak ada bekuan
	Tabung Kultur Darah	- Volume Anak 3-5cc - Volume Dewasa 8-10cc
Urine	Pot urine 60 ml atau pot steril	- Volume minimal 25 ml - Pemeriksaan kultur menggunakan pot steril
Feses	Pot feses 60 ml	Volume minimal dua sendok takar pada wadah feses
Sputum	Pot sputum	- Purulent - Bukan saliva/ludah

Cairan (cairan pleura, asites)	Tubuh otak,	Sput	Volume kebutuhan pemeriksaan.	disesuaikan
--------------------------------------	----------------	------	----------------------------------	-------------

F. Proses *Sentrifuge*

1. Petugas penerima sampel mencampur antikoagulan dengan membolak-balik tabung darah secara hati-hati hingga terlarut sempurna. Pengocokkan yang berlebihan menyebabkan hemolisis.
2. Petugas penerima sampel membiarkan sampel beku sebelum disentrifuge untuk mendapatkan serum
3. Petugas penerima sampel segera mensentrifuge plasma setelah pengambilan sampel.



Gambar *sentrifuge*

4. Petugas penerima sampel memastikan settingan kecepatan dan lama pemutaran sudah tepat.



Gambar kecepatan pada *sentrifuge*

G. Penyimpanan Sampel

Tabel 2. Tata Cara Penyimpanan Sampel

No	Jenis Sampel	Penyimpanan		
		Langsung Diperiksa	Penundaan Pemeriksaan	Selesai Pemeriksaan
1	Darah	Suhu ruang	Suhu 2 – 8 °C, maks 24 jam kecuali darah citrate maksimal 2 jam	Suhu 2 – 8 °C selama 5 hari
2	Urine	Suhu ruang	Suhu 2 – 8 °C, maksimal 2 jam	Suhu 2 – 8 °C khusus urine drug positif selama 30 hari untuk konfirmasi, alasan hukum sampai kasus selesai
3	Feses	Suhu ruang	Suhu 2 – 8 °C, maksima 2 jam kecuali pemeriksaan amuba < 30 menit	Suhu ruang < 24jam Suhu 2 – 8 °C sampai hasil keluar (untuk mikro)
4	Cairan tubuh (cairan otak, pleura, asites)	Suhu ruang	Suhu 2 – 8 °C maksimal 24jam kecuali pemeriksaan sel < 30 menit	Suhu 2 – 8 °C selama 7 hari
5	Sputum	Suhu ruang, maksima 2 jam	Suhu 2 – 8 °C, maksima 8 jam	Suhu 2 – 8 °C sampai hasil keluar

H. Pemeriksaan Sampel

1. Analis melakukan pemeriksaan sampel diruang analisa.
2. Analis yang melakukan pemeriksaan sampel harus menggunakan Alat Pelindung Diri yang sesuai.
3. Analis memastikan peralatan laboratorium dalam keadaan layak pakai, sudah dilakukan pemeliharaan/*maintenance* rutin dan hasil *quality control* reagen masuk dalam rentang nilai kurang dari 2 *Standart Deviasi* (SD).
4. Pemeriksaan sampel diatur dalam panduan terpisah ;
 - a. Panduan Pemeriksaan Kimia Klinik
 - b. Panduan Pemeriksaan Hematologi Klinik & Koagulasi

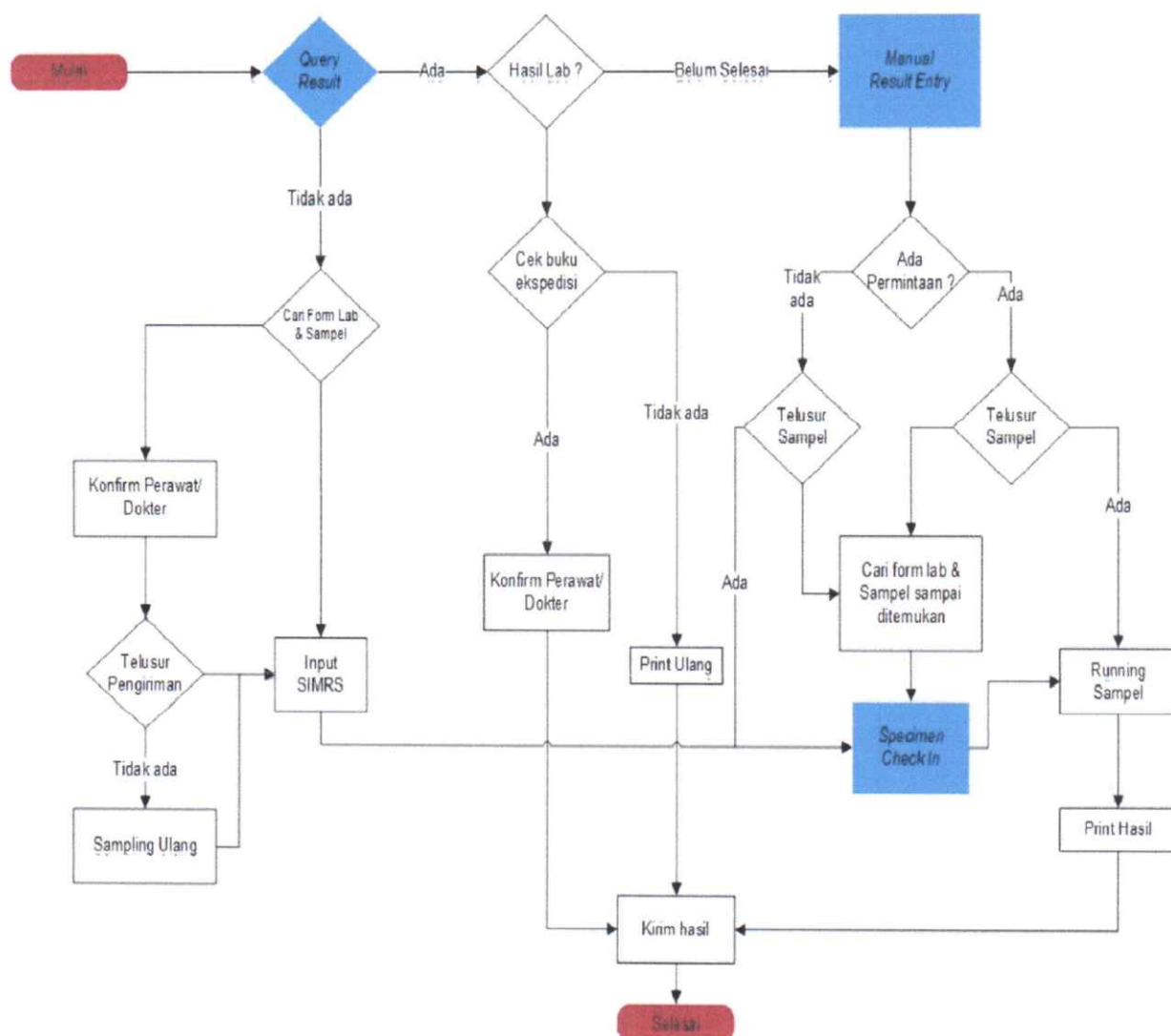
I. Pemusnahan Sampel

1. Petugas membuang sampel memakai Alat Pelindung Diri yang sesuai.
2. Petugas membuang sampel yang telah disimpan sesuai aturan penyimpanan sampel (Tabel 2. Tata Cara Penyimpanan Sampel) kedalam tempat sampah medis.
3. Petugas membuang sampel mengikat kantong sampah medis.
4. Petugas Kebersihan mengangkut kantong sampah medis keluar dari laboratorium.

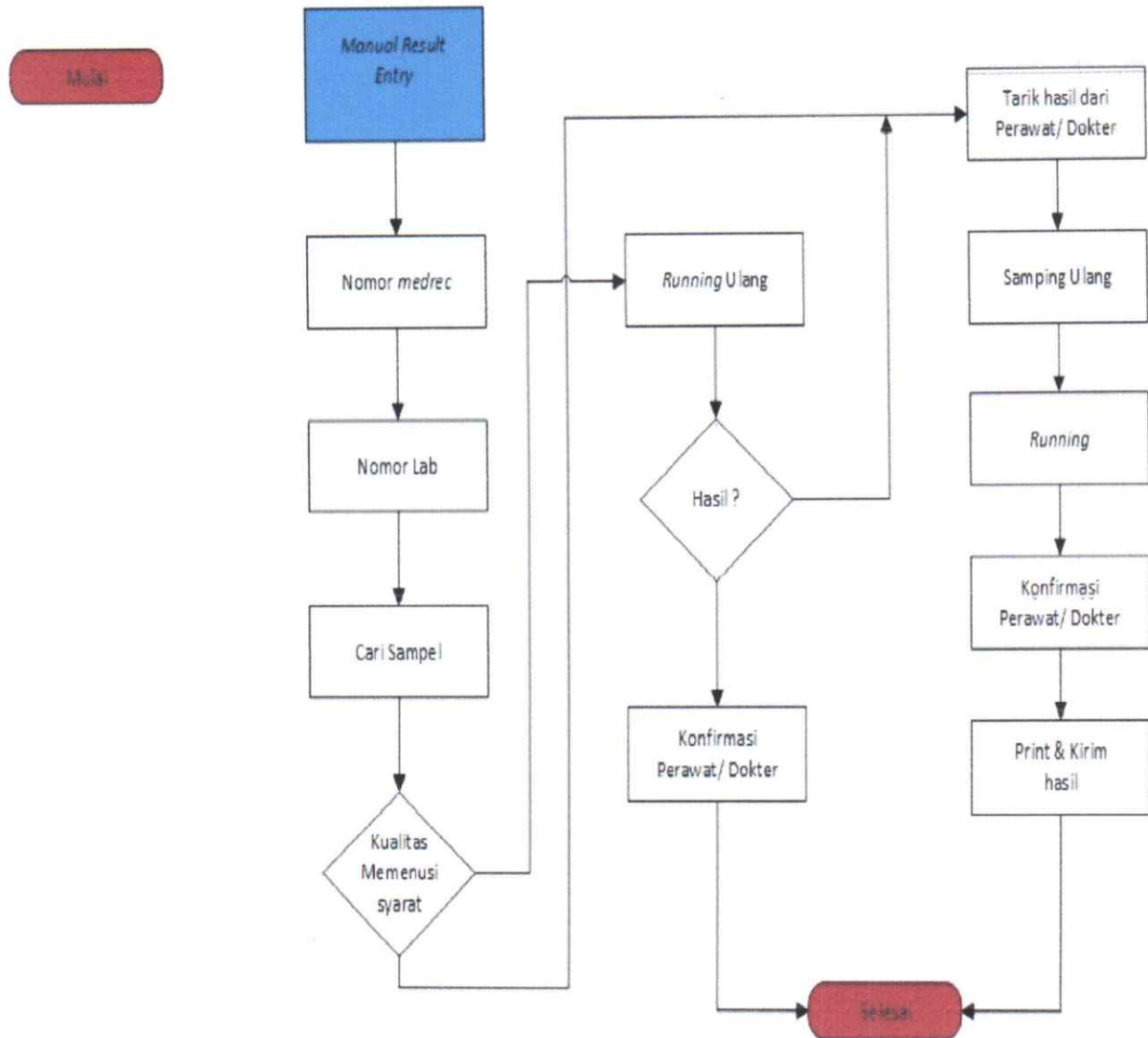
J. Telusur Sampel (*Specimen Tracking*)

Tracking adalah telusur sampel bila ada keluhan tidak ada hasil dari suatu sampel yang telah dikirim atau bila ada permintaan mengulang pemeriksaan. Telusur biasanya untuk sampel yang diambil dalam waktu 24 jam.

1. *Tracking* apabila tidak ada hasil dari sampel yang telah dikirim.



2. Tracking apabila ada permintaan mengulang pemeriksaan.



BAB IV. DOKUMENTASI

1. Formulir Laboratorium Klinik
2. Buku Ekspedisi Pemeriksaan

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik. 2008. Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan yang Benar (Good Laboratory Practice). Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- R. Gandasoebrata. 2013. Penuntun Laboratorium Klinik. Jakarta : Dian Rakyat.