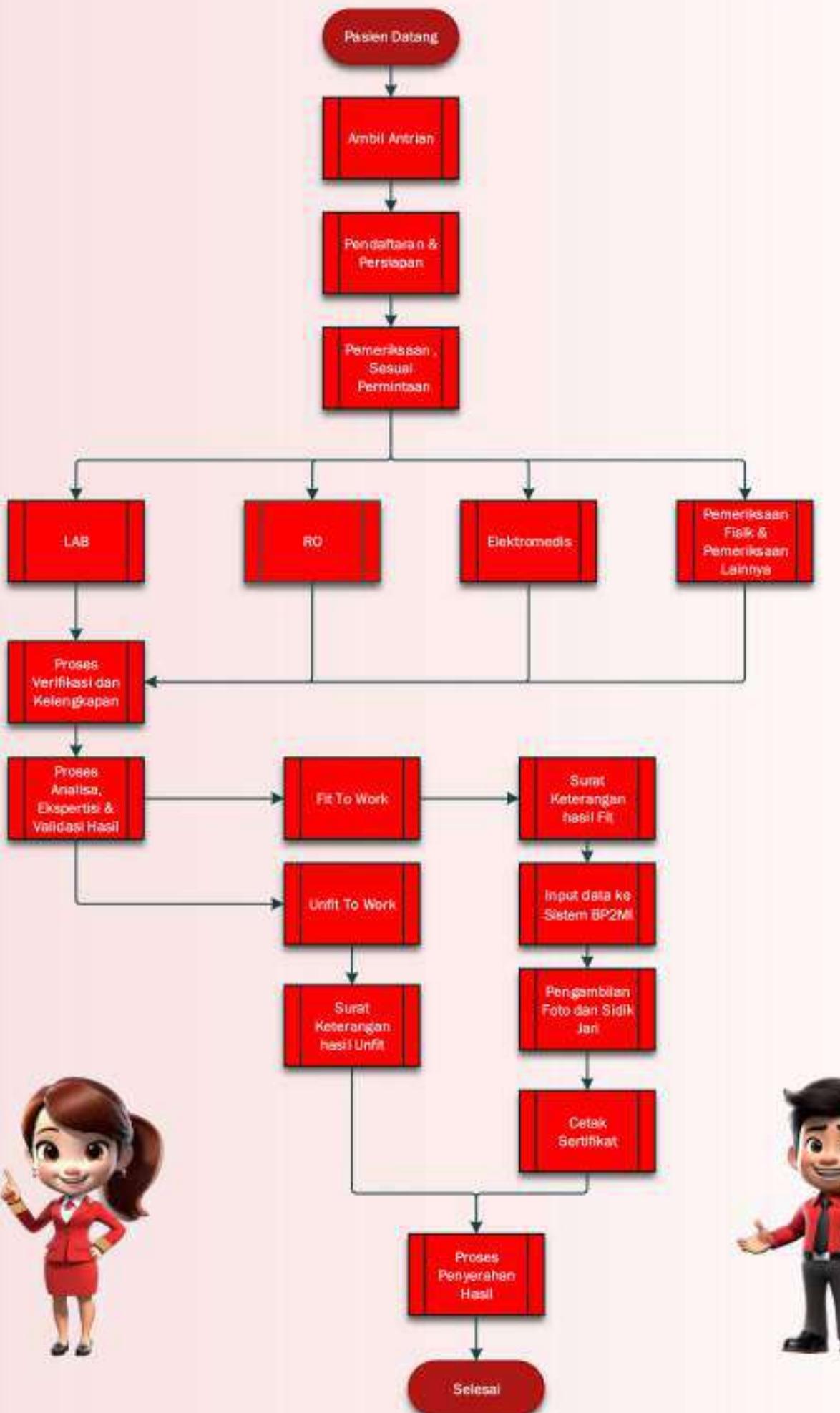


ALUR PELAYANAN MEDICAL CHECK UP CPMI  
( CALON PEKERJA MIGRAN INDONESIA )

# CERTIFICATE OF CALIBRATION



Abbott

presented to

**LAB PRAMITA PONTIANAK**

Architect c4000 S/N c4000916

In recognition of the successful completion of the calibration at  
Pontianak on 6-3-2025

**Novi A. Santoso**  
Sr. Manager Service

This certificate valid until 5-3-2026

**Abbott Diagnostics Division**  
**CERTIFICATE OF CALIBRATION**  
*Final Calibration Result*

Optics (Cuvette 82)	Shutter Opened				Shutter Closed				Processing Area	Temp/ Range	Status
	Mean	Result	Range	Result	Mean	Result	Range	Result			
340 nm	≥10000	18739	≤100	16	<10000	2605	≤15	5	Water Bath	37.05 °C	OK
380 nm	≥10000	26066	≤100	19	<10000	2563	≤15	5	Reagent Supply Center	6.40 °C	OK
404 nm	≥10000	27345	≤100	19	<10000	2609	≤15	5	Instrument Internal	29.80 °C	OK
412/416 nm	≥10000	28357	≤100	23	<10000	2552	≤15	5			
444/450 nm	≥10000	27855	≤100	21	<10000	2616	≤15	3			
476 nm	≥10000	21953	≤100	13	<10000	2537	≤15	4			
500 nm	≥10000	31761	≤100	20	<10000	2548	≤15	5			
524 nm	≥10000	31936	≤100	19	<10000	2500	≤15	4			
548 nm	≥10000	31039	≤100	20	<10000	2555	≤15	5			
572 nm	≥10000	30338	≤100	18	<10000	2584	≤15	6			
604 nm	≥10000	26269	≤100	13	<10000	2530	≤15	5			
628 nm	≥10000	28963	≤100	13	<10000	2518	≤15	4			
660 nm	≥10000	27781	≤100	11	<10000	2589	≤15	3			
700 nm	≥10000	30021	≤100	12	<10000	2544	≤15	4			
748 nm	≥10000	29284	≤100	12	<10000	2565	≤15	4			
804 nm	≥10000	28150	≤100	10	<10000	2579	≤15	5			



# CERTIFICATE OF CALIBRATION



Abbott

presented to

**LAB PRAMITA PONTIANAK**

Architect i1000SR S/N i1SR60637

In recognition of the successful completion of the calibration at  
Pontianak on 6-3-2025

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Novi A. Santoso".

---

**Novi A. Santoso**  
Sr. Service Manager

This certificate valid until 5-3-2026

Abbott Diagnostics Division

# CERTIFICATE OF CALIBRATION

## *Final Calibration Result*

Temperature Zone	Temperature Range	Temperature	Status
Process Path Zone 1	36.4 - 37.6 °C	37.0 °C	OK
Process Path Zone 2	36.4 - 37.6 °C	37.0 °C	OK
Process Path Zone 3	36.4 - 37.6 °C	37.0 °C	OK
Trigger & Pretrigger	32.0 - 37.6 °C	35.9 °C	OK
Wash Zone	34.0 - 36.5 °C	36.0 °C	OK
Reagent Cooler	2.0 - 12.0 °C	6.8 °C	OK
Reagent Cover Heater	34.0 - 44.5 °C	35.0 °C	OK

Parameter	Value	Lower Limit	Upper Limit	Status
No RV, Open Position	30	3	500	Pass
Empty RV	20	3	500	Pass
RV With Fluid	22	3	500	Pass



# SERTIFIKAT KALIBRASI

## Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010804  
 Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

### Identitas Alat (Instrument's Identity)

Nama Alat <i>Device</i>	: CENTRIFUGE
Merek <i>Merk</i>	: EPPENDORF
Tipe <i>Type</i>	: CENTRIFUGE 5702
No. Seri <i>Serial Number</i>	: 5702II348649

### Identitas Pemilik (Owner's Identity)

Nama Pelanggan <i>Customer's Name</i>	: LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG PONTIANAK
Alamat <i>Address</i>	: JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima  
*Date of Acceptance* : 04 FEB 2025

Tanggal Kalibrasi  
*Date of Calibration* : 04 FEB 2025

Hasil Kalibrasi  
*Calibration Result* : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026

Diterbitkan Tanggal  
*Issued Date* : 05 FEB 2025

Disetujui Oleh,  
*Approved By*



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy

Arief Rachman Imami  
**Manajemen Teknis**  
*Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
 It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	Eppendorf
3. Tipe	Centrifuge 5702
4. Nomor Seri	5702II348649
5. Resolusi Alat	1 rpm
6. Rentang Ukur	1000 rpm s/d 4400 rpm
7. Ruangan	Laboratorium
8. Tempat Kalibrasi	Laboratorium

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	( 23,0 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	( 50 ± 2,7 ) % RH
3. Sumber Tegangan Tegangan Utama L - N	222 Vac

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
Tachometer	Krisbow	KW06-563	160812201
Stopwatch	CASIO	HS-3	MUG-INV-CAL.04-003
Electrical Safety Analyzer	Rigel Medical	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MUG-INV-CAL.03-006

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekering pengaman	Baik
5	Tombol, saklar dan kontrol	Baik
6	Tampilan dan indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel dapat dilepas (DPS)	0,02 D	≤ 0,3 D
2	Arus bocor peralatan metode langsung kelas I tipe B	53,5 μA	≤ 500 μA
3	Resistansi isolasi	100 MO	> 2 MO

**F. PENGUKURAN KINERJA**

## Kalibrasi Kecepatan Putar

Penunjukan Alat (rpm)	Koreksi (rpm)	Ketidakpastian Pengukuran (rpm)	Penyimpangan yang dijinkan
1000	9	1,5	± 10 %
2000	18	1,2	
3000	20	1,4	
4000	76	1,3	
4400	-3	1,4	

## Akurasi Waktu

Setting Alat (detik)	Koreksi (detik)	Ketidakpastian Pengukuran (detik)	Penyimpangan yang dijinkan
300	5,70	1,46	± 10 %

## G. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-26 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

**ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI**

## H. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Kelidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95% dengan faktor cakupan  $k = 2$
2. Hasil kalibrasi kelistrikan yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil kalibrasi putaran yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
4. Hasil kalibrasi pewaktu yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-280-IDN
5. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan
6. Penunjukan Sebenarnya = Penunjukan Alat + Koreksi

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak dibenarkan merangkapnya dan/atau menyalin/pikasikan sebagian atau seluruh isi Sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Asia Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Asia Global's approval.



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)



# S E R T I F I K A T

PT. Roche Indonesia, Diagnostics Division  
Menerangkan bahwa alat tersebut dibawah ini

*Cobas U411*

Seri No. : 13606

***Laboratorium Pramita***

***Kota Pontianak***

Sesuai dengan hasil service dan kalibrasi

Dinyatakan layak pakai

Berlaku sampai dengan : 12 Februari 2026

Jakarta, 12 Februari 2025

A black ink signature of the name "Heri Januar" is placed over a stylized, oval-shaped underline.

**Heri Januar**  
Technical Support Manager  
Kalimantan, Sulawesi & Papua Area

# SERTIFIKAT KALIBRASI

## *Calibration Certificate*

Nomor Sertifikat : 2025010809

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : INCUBATOR LAB  
Device

Merek : BINDER  
Merk

Tipe : N/A  
Type

No. Seri : 20180000022357  
Serial Number

### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
Customer's Name PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
Address BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 04 FEB 2025  
Date of Acceptance

Tanggal Kalibrasi : 04 FEB 2025  
Date of Calibration

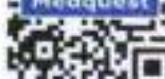
Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026  
Calibration Result

Diterbitkan Tanggal : 05 FEB 2025  
Issued Date

Disetujui Oleh,  
Approved By



Dokumen ini telah ditandatangani  
secara elektronik menggunakan  
Sertifikat Elektronik yang  
diterbitkan oleh Privy



Arief Rachman Irmami

Manajemen Teknis

Technical Management

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	Binder
3. Tipe	N/A
4. Nomor Seri	20180000022357
5. Resolusi	0,1 °C
6. Rentang Ukur	35 °C s/d 37 °C
7. Ruangan	Laboratorium
8. Tempat Kalibrasi	Laboratorium

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	( -24,0 ± 0,9 )°C
2. Kelembaban	( 57 ± 2,7 )% RH
3. Sumber Tegangan	
Tegangan Input L-N	221 Vac

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor seri
Thermometer Digital	HIOKI	LR8450	200924821
Electric Safety Analyzer	Rigel Medical	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL-03-006

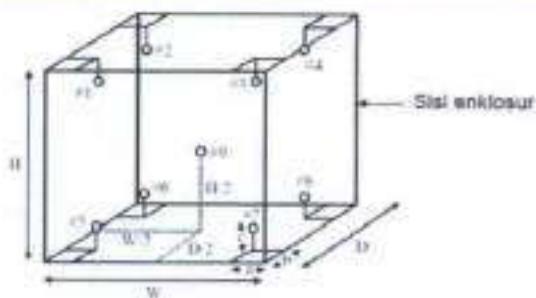
**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan Permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Ulama	Baik
4	Sekering Pengaman	Baik
5	Tombol, Seklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan Indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel dapat dilepas (DPS)	0,04 Ω	≤ 0,2 Ω
2	Arus bocor peralatan metode langsung kelas I tipe B	28,5 μA	≤ 500 μA
3	Resistansi Isolasi	100 MΩ	> 2 MΩ

**F. POSISI TITIK UKUR**



## G. PENGUKURAN KINERJA

### 1. Sebaran Suhu

Pembacaan Indikator (°C)	Posisi Titik Ukur (No.9 Sensor Acuan)									Akurasi (°C)	Ketidakpastian (°C)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
37,2	37,34	37,07	37,66	37,06	37,06	37,38	37,31	37,40	37,11	37,27	± 0,99
	0,19	-0,08	0,51	-0,07	-0,09	0,21	0,16	0,25	-0,04		

### 2. Kinerja Enclosure

Suhu Setting (°C)	Pembacaan Indikator (°C)	Keseragaman Suhu (°C)	Kestabilan Suhu (°C)	Variasi Keseluruhan (°C)
37,0	37,2	0,59	0,06	0,70

## H. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-48 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

## I. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

- Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95% dengan faktor cakupan  $k = 2$
- Hasil pengujian kelistrikan yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
- Hasil kalibrasi Temperature yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-172-IDN
- Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tujuh (7) sertifikat ini merupakan bagian dari sertifikat ini. Sertifikat ini juga dilengkapi dengan logo PT Medquest Jaya Global. It is prohibited to reproduce and/or publish the content of this certificate without PT. Medquest Jaya Global permission.

# Medquest



PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

# SERTIFIKAT KALIBRASI

## Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010800

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

**Identitas Alat (Instrument's Identity)****Nama Alat  
Device** : MEDICAL REFRIGERATOR**Merek  
Merk** : LG**Tipe  
Type** : N/A**No. Seri  
Serial Number** : 9F2R0239**Identitas Pemilik (Owner's Identity)****Nama Pelanggan  
Customer's Name** : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
PONTIANAK**Alamat  
Address** : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA**Tanggal Diterima  
Date of Acceptance** : 04 FEB 2025**Tanggal Kalibrasi  
Date of Calibration** : 04 FEB 2025**Hasil Kalibrasi  
Calibration Result** : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026**Diterbitkan Tanggal  
Issued Date** : 05 FEB 2025**Disetujui Oleh,  
Approved By**

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan  
Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy.

*Arief Rachman Imami***Manajemen Teknis***Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

## A. IDENTITAS ALAT

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	LG
3. Tipe	N/A
4. Nomor Seri	9F2R0239
5. Resolusi	1 °C
6. Rentang Ukur	2 °C s/d 8 °C
7. Ruangan	Laboratorium
8. Tempat Kalibrasi	Laboratorium

Halaman (page) 2 dari (out of) 3

## B. KONDISI LINGKUNGAN

1. Suhu	( 23,1 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	( 52 ± 2,7 ) % RH
3. Sumber Tegangan Tegangan Input	L - N      221 Vac

## C. ALAT YANG DIGUNAKAN

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
Thermometer Digital	HIOKI	LR8450	200924821
Electric Safety Analyzer	Rigel Medical	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006

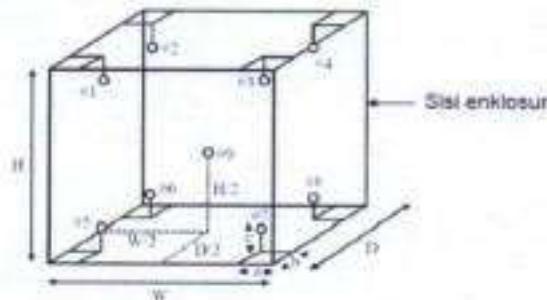
## D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan Permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekering Pengaman	Baik
5	Tombol, Saklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan Indikator	Baik

## E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel tidak dapat dilepas (NPS)	0,06 Ω	≤ 0,3 Ω
2	Anus bocor perlakuan metode langsung kelas I tipe B	45,5 μA	≤ 500 μA
3	Resistansi Isolasi	100 MΩ	> 2 MΩ

## F. POSISI TITIK UKUR



## G. PENGUKURAN KINERJA

Halaman (page) 3 dari (out of) 3

### 1. Sebaran Suhu

Pembacaan Indikator (°C)	Posisi Titik Utkur (No.9 Sensor Acuan)									Akurasi (°C)	Ketidakpastian (°C)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
N/A	3,92	4,01	4,01	4,09	3,54	3,58	3,57	3,91	4,00	3,84	± 1,1
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

### 2. Kinerja Enclosure

Suhu Setting (°C)	Pembacaan Indikator (°C)	Keseragaman Suhu (°C)	Kestabilan Suhu (°C)	Variasi Keseluruhan (°C)
N/A	N/A	0,09	0,28	1,06

## H. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL-06-001-06 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

**ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI**

## I. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95% dengan faktor cakupan  $k = 2$
2. Hasil pengujian kalibrasi yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil kalibrasi yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-172-IDN
4. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak diperbolehkan membuat kopias, atau tidak mempublikasikan sebagian atau seluruh isi sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this certificate without PT Medquest Jaya Global's written consent.



# SERTIFIKAT KALIBRASI

## Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010860  
 Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

### Identitas Alat (Instrument's Identity)

Nama Alat Device	: MIKROPIPET VARIABLE
Merek Merk	: SOCOREX
Tipe Type	: ACURA 825
No. Seri Serial Number	: 28091039

### Identitas Pemilik (Owner's Identity)

Nama Pelanggan Customer's Name	: LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG PONTIANAK
Alamat Address	: JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 04 FEB 2025  
 Date of Acceptance

Tanggal Kalibrasi : 13 FEB 2025  
 Date of Calibration

Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 13 FEB 2026  
 Calibration Result

Diterbitkan Tanggal : 14 FEB 2025  
 Issued Date

Disetujui Oleh,  
 Approved By



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy

Arief Rachman Imami  
**Manajemen Teknis**  
*Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
 It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20  
 Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.  
 Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	:	12500350
2. Merk	:	Socorex
3. Tipe	:	Acura 825
4. Nomor Seri	:	28091039
5. Resolusi Alat	:	1 $\mu$ L
6. Rentang Ukur	:	20 $\mu$ L s/d 200 $\mu$ L
7. Ruangan	:	Laboratorium
8. Tempat Kalibrasi	:	Laboratorium PT Medquest Jaya Global

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	:	( 21,9 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	:	( 47 ± 2,7 ) %RH
3. Tekanan Udara	:	( 1007 ) hPa

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Analytical Balance		Termometer		Thermohygrometer	
Merk	AND	Merk	AND	Merk	BNQ
Type	BM252	Type	AD-56-52	Type	HTC-1
No. Seri	T1002023	No. Seri	MJG-INV-CAL.03-003	No. Seri	MJG-INV-CAL.03-009
Resolusi	0.00001 gr	Resolusi	0,1 °C	Resolusi	0,1 °C
LOP	0.00044 gr	U95	0,30 °C	U95	0,94 °C
Ketertelusuran	LK-023-IDN	Ketertelusuran	LK-280-IDN	Ketertelusuran	LK-280-IDN

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan Permukaan	Baik
2	Tombol, Saklar dan Kontrol	Baik
3	Tampilan dan Indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KINERJA****1. Minimum Volume**

Titik Ukur ( $\mu$ L)	V20 ( $\mu$ L)	tair (°C)	Ketidakpastian ( $\mu$ L)
20	20,0	20,5	± 0,53

Titik Ukur ( $\mu$ L)	Inaccuracy (Es%)			Imprecision (CV%)		
	Actual	MPE	Status	Actual	MPE	Status
20	-0,6	± 1	PASS	0,1	± 0,5	PASS

## 2. Middle Volume

Titik Ukur ( $\mu\text{L}$ )	V20 ( $\mu\text{L}$ )	tair ( $^{\circ}\text{C}$ )	Ketidakpastian ( $\mu\text{L}$ )
100	100,5	20,5	$\pm$ 0,65

Titik Ukur ( $\mu\text{L}$ )	Innacuracy (Es%)			Imprecision (CV%)		
	Actual	MPE	Status	Actual	MPE	Status
100	-0,2	$\pm$ 0,8	PASS	0,0	$\pm$ 0,3	PASS

## 3. Max Volume

Titik Ukur ( $\mu\text{L}$ )	V20 ( $\mu\text{L}$ )	tair ( $^{\circ}\text{C}$ )	Ketidakpastian ( $\mu\text{L}$ )
200	201,4	20,5	$\pm$ 1,2

Titik Ukur ( $\mu\text{L}$ )	Innacuracy (Es%)			Imprecision (CV%)		
	Actual	MPE	Status	Actual	MPE	Status
200	-0,1	$\pm$ 0,8	PASS	0,0	$\pm$ 0,3	PASS

### Catatan :

- Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95% dengan faktor cakupan  $k = 2$
- Hasil kalibrasi volume yang dilaporkan tertekusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
- Pernyataan kesesuaian Pass/Fail berdasarkan MJG-WI-CAL.06-001-07 mengacu kepada ISO 8655:2002 Piston Operated Volumetric Apparatus Part 2:Piston Pipettes
- Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

### Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak diperbolehkan memperbarui dan/atau mempublikasikan sebagian atau seluruh isi Sertifikat ini tanpa seijin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial contents of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval.



# SERTIFIKAT KALIBRASI

## Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010806  
Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : MIKROSKOP  
*Device*

Merek : OLYMPUS  
*Merk*

Tipe : CX23  
*Type*

No. Seri : 2G81067  
*Serial Number*

### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
*Customer's Name* PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI BANGKONG,  
*Address* KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 04 FEB 2025  
*Date of Acceptance*

Tanggal Kalibrasi : 04 FEB 2025  
*Date of Calibration*

Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026  
*Calibration Result*

Diterbitkan Tanggal : 05 FEB 2025  
*Issued Date*

Disetujui Oleh,  
*Approved By*



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy



Arief Rachman Imami  
**Manajemen Teknis**  
*Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	Olympus
3. Tipe	CX23
4. Nomor Seri	2G81067
5. Ruangan	Laboratorium
6. Tempat Kalibrasi	Laboratorium

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	:	( 24,1 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	:	( 61 ± 2,7 ) % RH
3. Sumber Tegangan Tegangan Input	L - N	221 Vac

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor seri
Electrical Safety Analyzer	Rigel Medical	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-008

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekering pengaman	Baik
5	Tombol, saklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan Indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel tidak dapat dilepas (NPS)	0,10 Ω	≤ 0,3 Ω
2	Arus bocor peralatan metoda langsung kelas I tipe B	23,5 μA	≤ 500 μA
3	Resistansi Isolasi	100 MΩ	> 2 MΩ

## F. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.D6-001-55 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

### ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

## G. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95 %
2. Hasil pengujian kelistrikan yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak dibenarkan memperbaiki dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

## SERTIFIKAT KALIBRASI

### Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010802

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

#### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : ROTATOR  
Device

Merek : K  
Merk

Tipe : VRN-200  
Type

No. Seri : 1806347  
Serial Number

#### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
Customer's Name PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
Address BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 04 FEB 2025  
Date of Acceptance

Tanggal Kalibrasi : 04 FEB 2025  
Date of Calibration

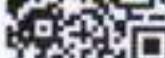
Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026  
Calibration Result

Diterbitkan Tanggal : 05 FEB 2025  
Issued Date

Disetujui Oleh,  
Approved By



Dokumen ini telah ditandatangani  
secara elektronik menggunakan  
Sertifikat Elektronik yang  
diterbitkan oleh Privy.



Arief Rachman Imami

Manajemen Teknis  
Technical Management

Tidak dibenarkan memperbarui dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148, Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	:	12500350
2. Merk	:	K
3. Tipe	:	VRN-200
4. Nomor Seri	:	1806347
5. Ruangan	:	Laboratorium
6. Tempat Kalibrasi	:	Laboratorium

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	:	(	24,5	±	0,9	)°C
2. Kelembaban	:	(	52	±	2,7	)% RH
3. Sumber Tegangan Tegangan Utama L-N	:	221	Vac			

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
Tachometer	Krisbow	KWD6-563	180812201
Stopwatch	CASIO	HS-3	MJG-INV-CAL.04-003
Electrical Safety Analyzer	Rigel Medical	268+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekening pengaman	Baik
5	Tombol, saklar dan kontrol	Baik
6	Tampilan dan indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pemburnian protektif Kabel dapat diepas (DPS)	0,10 Ω	≤ 0,3 Ω
2	Arus bocor peralatan metode langsung kelas I tipe B	35,5 μA	≤ 500 μA
3	Resistansi Isolasi	98 MΩ	> 2 MΩ

**F. PENGUKURAN KINERJA**
**Kalibrasi Kecepatan Putar**

Setting Alat (rpm)	Penunjukan Standar (rpm)	Ketidakpastian Pengukuran (rpm)	Penyimpangan yang dijinkan
Medium	239	8,20	
High	511	8,20	± 10 %

**Akurasi Waktu**

Setting Alat (detik)	Koreksi (detik)	Ketidakpastian Pengukuran (detik)	Penyimpangan yang dijinkan
600	-1,20	0,92	± 10 %

## G. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-69 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

## H. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95% dengan faktor cakupan  $k = 2$
2. Hasil kalibrasi kelistrikan yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil kalibrasi putaran yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
4. Hasil kalibrasi perekalu yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-280-IDN
5. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan
6. Penunjukan Sebenarnya = Penunjukan Alat + Koreksi

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak dibenarkan memperbaiki atau dalam menyediakan sebagian isi Sertifikat ini tanpa sedia PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval.



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

# SERTIFIKAT KALIBRASI

## *Calibration Certificate*

Nomor Sertifikat : 2025010811

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

**Identitas Alat (Instrument's Identity)****Nama Alat  
Device** : SPECTROPHOTOMETER**Merek  
Merk** : RIELE**Tipe  
Type** : PHOTOMETER 5010 V5+**No. Seri  
Serial Number** : 21954**Identitas Pemilik (Owner's Identity)****Nama Pelanggan  
Customer's Name** : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG PONTIANAK**Alamat  
Address** : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA**Tanggal Diterima  
Date of Acceptance** : 04 FEB 2025**Tanggal Kalibrasi  
Date of Calibration** : 04 FEB 2025**Hasil Kalibrasi  
Calibration Result** : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026**Diterbitkan Tanggal  
Issued Date** : 05 FEB 2025**Disetujui Oleh,  
Approved By**

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy

**Arief Rachman Imami****Manajemen Teknis****Technical Management**

Tidak dibenarkan memperbaik dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

**PT. Medquest Jaya Global**

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	Riele
3. Tipe	PHOTOMETER 5010 V5+
4. Nomor Seri	21954
5. Ruangan	Laboratorium
9. Tempat Kalibrasi	Laboratorium

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	( 23,7 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	( 53 ± 2,7 ) % RH
3. Sumber Tegangan Tegangan Input	L - N      222,8 Vac

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor seri	Exp Date
Electrical Safety Analyzer	Rigel Medical	288+	14P-1003	N/A
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006	N/A

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekering pengaman	Baik
5	Tombol, saklar dan kontrol	Baik
6	Tampilan dan indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel dapat dilepas (DPS)	0,13 Ω	≤ 0,2 Ω
2	Arus bocor peralatan metode langsung kelas I tipe B	57,5 μA	≤ 500 μA
3	Resistansi Isolasi	100 MΩ	> 2 MΩ

## F. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-99 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

### ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

## G. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95 %
2. Hasil pengujian kelistrikan yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

---

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Jika diketahui bahwa isi sertifikat ini merupakan bagian dari suatu dokumen yang diungkapkan dalam bentuk elektronik, maka isi sertifikat ini tetap sah dan berlaku meskipun tidak ada tanda tangan atau tanda tangan digital di bagian akhir sertifikat.



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

# SERTIFIKAT KALIBRASI

## Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010805

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

**Identitas Alat (Instrument's Identity)**Nama Alat : STERILISATOR  
DeviceMerek : BINDER  
MerkTipe : N/A  
TypeNo. Seri : 20170000012835  
Serial Number**Identitas Pemilik (Owner's Identity)**Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
Customer's Name PONTIANAKAlamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
Address BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTATanggal Diterima : 04 FEB 2025  
Date of AcceptanceTanggal Kalibrasi : 04 FEB 2025  
Date of CalibrationHasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026  
Calibration ResultDiterbitkan Tanggal : 05 FEB 2025  
Issued DateDisetujui Oleh,  
Approved By

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Prixy

Arief Rachman Imami**Manajemen Teknis***Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	Binder
3. Tipe	N/A
4. Nomor Seri	20170000012835
5. Resolusi	1 °C
6. Rentang Ukur	0 °C s/d 170 °C
7. Ruangan	Laboratorium
8. Tempat Kalibrasi	Laboratorium

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	( 22,5 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	( 39 ± 2,7 ) % RH
3. Sumber Tegangan Tegangan Input L-N	222 Vac

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

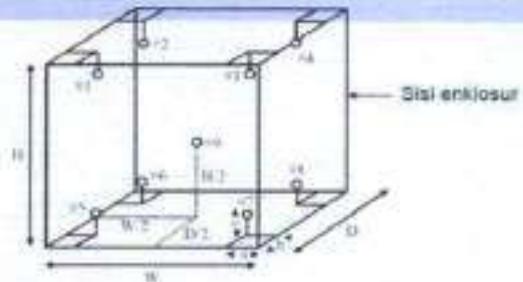
Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor seri
Thermometer Digital	HIOKI	LRB450	200924821
Electric Safety Analyzer	Rigel Medical	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL_03-008

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan Permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekering Pengaman	Baik
5	Tombol, Saklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan Indikator	Baik

**E. PENGIKUTAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pemburnian protektif Kabel dapat dilepas (DPS)	0,05 Ω	≤ 0,2 Ω
2	Arus bocor plesalatan metode langsung kelas I tipe B	35,5 μA	≤ 500 μA
3	Resistansi Isolasi	100 MO	> 2 MO

**F. POSISI TITIK UKUR**


## G. PENGUKURAN KINERJA

### 1. Sebaran Suhu

Pembacaan Indikator (°C)	Posisi Titik Ukur (No.9 Sensor Acuan)									Akurasi (°C)	Ketidakpastian (°C)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
171,0	171,22	171,24	171,22	171,30	171,31	171,00	171,37	171,13	171,20	171,22	± 1,0
	0,22	0,24	0,22	0,30	0,31	0,00	0,37	0,13	0,20		

### 2. Kinerja Enclosure

Suhu Setting (°C)	Pembacaan Indikator (°C)	Keseragaman Suhu (°C)	Kestabilan Suhu (°C)	Variasi Keseluruhan (°C)
170,0	171,0	0,17	0,08	0,45

## H. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.08-001-71 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

### ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

## I. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

### Catatan :

- Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95% dengan faktor cakupan  $k = 2$
- Hasil pengujian kelistrikan yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
- Hasil kalibrasi Temperature yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-172-IDN
- Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak dibenarkan menyebarkan sertifikat ini tanpa izin. Sertifikat ini hanya bukti PT Medquest Jaya Global  
Bisa diambil di website [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id) atau [certifid.com](http://www.certifid.com) atau [www.certifid.id](http://www.certifid.id)



# meaquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

# CERTIFICATE OF CALIBRATION

Presented to

**PRAMITA - PONTIANAK, LAB**

XN-550 17751

Successfully completed the calibration

on 07 May 2025



---

**Alex Setiawan**  
Customer Support Manager



**PT SABA INDOMEDIKA**

National Diagnostics Distributor

**SURAT KETERANGAN KALIBRASI**

Nomor (*Number*) : SABA/CSL-7039/ASE/V/2025

**Identitas Alat (*Instrument Identity*)**

**Merek Pabrik** : Sysmex  
*Manufacturer*

**Jenis Alat** : XN-550  
*Instrument Type*

**Nomor Seri** : 17751  
*Serial Number*

**Identitas Pelanggan (*Customer's Identity*)**

**Nama Pelanggan** : Pramita - Pontianak, Lab  
*Customer's Name*

**Alamat** : Jl. Slt. Abdurrahman, Sungai Bangkong, Kec. Pontianak Kota, Kota Pontianak, Kalimantan Barat 78113  
*Address*

**Tanggal Kalibrasi** : 07 May 2025  
*Date of Calibration*

**Kalibrasi Selanjutnya** : 06 May 2026  
*Next Calibration*

Telah dilakukan kalibrasi dan pemeriksaan segala fungsinya. Alat dapat memberikan hasil pemeriksaan yang akurat selama dilakukan juga prosedur kerja dan perawatan rutin sesuai dengan yang dianjurkan.



Alex Setiawan

Customer Support Manager

## SERTIFIKAT KALIBRASI

### *Calibration Certificate*

Nomor Sertifikat : 2025010862  
Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

#### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : THERMOHYGROMETER  
*Device*

Merek : N/A  
*Merk*

Tipe : HTC-1  
*Type*

No. Seri : PMT-THG-001  
*Serial Number*

#### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
*Customer's Name* PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI BANGKONG,  
*Address* KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 04 FEB 2025  
*Date of Acceptance*

Tanggal Kalibrasi : 13 FEB 2025  
*Date of Calibration*

Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 13 FEB 2026  
*Calibration Result*

Diterbitkan Tanggal : 14 FEB 2025  
*Issued Date*

Disetujui Oleh,  
*Approved By*



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy.

Arief Rachman Imam

**Manajemen Teknis**  
*Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbarui dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	N/A
3. Tipe	HTC-1
4. Nomor Seri	PMT-THG-001
5. Resolusi Alat	0,1 °C / 1 %RH
6. Rentang Ukur	20 °C s/d 35 °C 40 %RH s/d 70 %RH
7. Ruangan	Laboretorium
8. Tempat Kalibrasi	Laboretorium PT Medquest Jaya Global

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	( 21,6 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	( 57 ± 2,7 ) % RH

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
Thermometer Reference	HIOKI	LR8450	200924821
Climatic Chamber	B-ONE	SHI 70	213108
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan Permukaan	Baik
2	Tombol, Saklar dan Kontrol	Baik
3	Tampilan dan Indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KINERJA****1. Akurasi Suhu**

Setting Suhu pada Kelembaban 50%RH

Settingan Suhu Climatic Chamber (°C)	Penunjukan Standar (°C)	Pembacaan Alat (°C)	Koreksi (°C)	Ambang Batas
20,0	20,34	20,2	0,1	± 10%
25,0	25,56	24,3	1,3	
30,0	30,75	30,5	0,3	
35,0	36,96	35,4	0,6	
Ketidakpastian Pengukuran :				± 0,62 °C

**2. Akurasi Kelembaban**

Setting Kelembaban pada Suhu 23°C

Settingan Kelembaban Climatic Chamber (%RH)	Penunjukan Standar (%RH)	Pembacaan Alat (%RH)	Koreksi (%RH)	Ambang Batas
40	40,1	41	-0,9	± 10%
50	50,2	51	-0,8	
60	60,2	62	-1,8	
70	70,2	70	0,2	
Ketidakpastian Pengukuran :				± 2,9 %RH

## F. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-75 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

### ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

## G. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala.

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95 %
2. Hasil kalibrasi Suhu yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-172-IDN
3. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak diperkenan menyebarkan dan atau mempublikasikan sebagian atau seluruh isi sertifikat ini kepada siapa pun. PT Medquest Jaya Global  
Has prohibited to reproduce and/or publish part/part content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's permission



# Medquest



**PT.GRACIA VISI PRATAMA**  
Healthcare Solution and Supplies



ACCREDITED  
Independent Testing  
Contract Laboratory  
NBBG-109

ISO 9001:2015 & ISO 13485:2016

No: 280/CC/01/24/FSE

# *Certificate Of Calibration*

## **ESR Analyzer**

## **VISION-B**

is hereby granted to:

**Lab. Klinik Pramita Pontianak**  
**Pontianak**

For final test to the instrument parameter

Serial Number : VS20069194  
Date of Calibration : 2025-01-21  
Valid Until : 2026-01-20

## **The Final Result**

**PASSED**

Albertus Antok S, S. T  
FSE Manager



Stefanus Kurniawan, S. E  
Director

## SERTIFIKAT KALIBRASI

### Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010810  
Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

#### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : WATERBATH  
*Device*

Merek : N/A  
*Merk*

Tipe : H-WBE-8L  
*Type*

No. Seri : 140618714  
*Serial Number*

#### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
*Customer's Name* PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
*Address* BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 04 FEB 2025  
*Date of Acceptance*

Tanggal Kalibrasi : 04 FEB 2025  
*Date of Calibration*

Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 04 FEB 2026  
*Calibration Result*

Diterbitkan Tanggal : 05 FEB 2025  
*Issued Date*

Disetujui Oleh,  
*Approved By*



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy



Arief Rachman Imami

Manajemen Teknis

Technical Management

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	:	12500350
2. Merk	:	N/A
3. Tipe	:	H-WBE-BL
4. Nomor Seri	:	140618714
5. Resolusi	:	0,1 °C
6. Rentang Ukur	:	40 °C s/d 80 °C
7. Ruangan	:	Laboratorium
8. Tempat Kalibrasi	:	Laboratorium

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	:	( -24,3 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	:	( 53 ± 2,7 ) %RH
3. Tegangan Utama L-N	:	222 Vac

**C. DAFTAR ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
Thermometer Reference	Fluke Biomedical	1552A Ex	5383006
Electrical Safety Analyzer	Rigel Medical	268+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006

**D. PEMERIKSAAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI (CEK KUALITATIF)**

No	Bagian Alat	Hasil Pengamatan
1	Badan dan Pemukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekering Pengaman	Baik
5	Tombol, Saklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan Indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

Parameter	Terukur	Ambang Batas
Resistansi Pemburnian Protektif Kabel Dapat Dilepas (DPS)	0,14 Ω	≤ 0,2 Ω
Arus Bocor Peralatan Metode Langsung Kelas I Tipe B	32,5 μA	≤ 500 μA
Resistansi Isolasi	99,5 MO	> 2 MO

**F. PENGUKURAN KINERJA**

Ketidak Seragaman Suhu dalam Alat

Pengaturan (°C)	Penunjukan Alat (°C)	Penunjukan Standar (°C)				
		T.Ref	TU.1	TU.2	TU.3	TU.4
40,0	39,9	40,20	39,87	40,07	40,27	40,37
60,0	60,1	60,01	60,88	59,58	61,08	60,78
80,0	79,9	79,84	80,09	79,99	80,89	80,39

Pengaturan (°C)	Keseragaman (°C)	Stabilitas (°C)	Ketidakpastian (°C)
40,0	0,70	0,16	± 0,04
60,0	1,50	0,16	± 0,04
80,0	0,90	0,24	± 0,04

Catatan :

- TU adalah Titik Ukur
- T.Ref adalah Suhu Acuan dalam bath

TU.1	TU.3
T.Ref	
TU.2	TU.4

Gambar tampak dari atas alat

**G. KESIMPULAN**

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-84 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN ATAU KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

**ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI**

**H. SARAN**

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

**KETERANGAN**

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran dinyatakan pada tingkat kepercayaan 95 %, k = 2
2. Hasil pengujian kalibrasi yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil kalibrasi suhu tertelusur ke sistem satuan internasional (SI) melalui LK-280-IDN
4. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Dokumen merupakan hasil dari inspeksi kalibrasi oleh PT Medquest Jaya Global  
It is a result of inspection and calibration by PT Medquest Jaya Global company



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

# SERTIFIKAT PENGUJIAN

Nomor YK.05.02/E.IX/3456/2025

No. Order : 2412.99  
Instansi Pemilik : Laboratorium Klinik Pramita Pontianak  
Alamat : Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak  
Tanggal Pengujian : 21 Januari 2025

## IDENTITAS ALAT

Nama Alat : Dental X-Ray Panoramic with Cephalometric  
Generator / Panel Kontrol  
- Merk / Pabrikan : ASAHI  
- Tipe / Model : AUTO ZERO III CM  
- Nomor Seri : A2502601

Wadah Tabung  
- Merk / Pabrikan : ASAHI  
- Tipe / Model : AUTO ZERO III CM  
- Nomor Seri : A2502601

Tabung Insersi  
- Merk / Pabrikan : TOSHIBA  
- Tipe / Model : D-052SB  
- Nomor Seri : 8A30160

## RESUME HASIL

Diterbitkan : 16 Februari 2025  
Hasil Uji : Laik Pakai,  
Masa Berlaku Sertifikat s.d : 21 Januari 2026  
Sertifikat / LHU ini terdiri dari : 4 (Empat) halaman

Kepala Balai Pengamanan Alat dan Fasilitas  
Kesehatan Jakarta



Subadri, ST, M.Si  
NIP. 197611122005011003

\* Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikat Elektronik (BSrE), BSSN  
\* Sertifikat ini hanya berlaku untuk peralatan dengan spesifikasi yang dinyatakan diatas  
\* Dilarang mengutip atau mempublikasikan isi sertifikat ini tanpa izin

**LAPORAN HASIL PENGUJIAN**  
**PESAWAT SINAR X DENTAL PANORAMIK**  
**No. PRUK.1.25010028**

**A. DATA ADMINISTRASI**

Pemilik : Klinik Utama Pramita Pontianak  
 Alamat : Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A, Sungaibangkong  
 Kec. Pontianak, Kota Pontianak, Kalimantan Barat 78113  
 No. Telp / Fax : (0561) 8101400 /(0561) 8101778  
 No. Izin pesawat : 12740.384.1.081223 (0092036)  
 Berlaku sampai dengan : 07 Desember 2028  
 Nama pemegang izin : PT. Mitra Pramita Medika  
 Tanggal Pengujian : 21 Januari 2025  
 Lokasi unit : Ruang Panoramilk

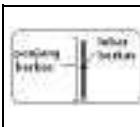
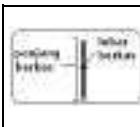
**B. DATA ALAT**

1. Meja Kontrol
  - a. Merk / Pabrikan : ASAHI
  - b. Model / Tipe : AUTO ZERO III CM
  - c. Nomor Seri : A2502601
2. Wadah Tabung
  - a. Merk / Pabrikan : ASAHI
  - b. Model / Tipe : AUTO ZERO III CM
  - c. Nomor Seri : A2502601
3. Tabung Inersi
  - a. Merk / Pabrikan : TOSHIBA
  - b. Model / Tipe : D-052SB
  - c. Nomor Seri : 8A30160

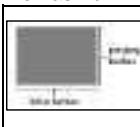
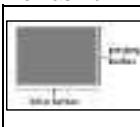
**1. Lebar Berkas**

**a. Mode Panoramik**

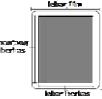
Dimensi slit

	Parameter	Data alat (mm)	Hasil Ukur (mm)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	1. Lebar	6	5.1	Lebar/panjang permukaan slit	Lolos
	2. Panjang	150	135.2		Lolos

Berkas Full

	Parameter	Data alat (mm)	Ukuran Berkas (mm)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	1. Lebar	300	273.7	Lebar/panjang window kaset	Lolos
	2. Panjang	150	140.4		Lolos

**b. Mode Cephalo**

	Parameter		Uk. Film (mm)	Ukuran Berkas (mm)	Nilai Lulus Uji	Kesimpulan
	1. Lebar		240	166.3	Lebar/panjang film Lebar/panjang berkas	Lulus
	2. Panjang		300	186.3		Lulus
	Jarak fokus ke mid sagital pasien (mm)		:	1520	1500 mm	Lulus

**2. Akurasi Tegangan Tabung (kV)**
**Mode Cephalometri**

No.	Setting			Hasil Ukur Tegangan (kV)	Error Max (%)	Nilai Lulus Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	60	10	2	60.94	2.3	$e \pm 6\%$	Lulus
2	70			70.91			
3	75			76.29			
4	80			81.47			
5	90			91.73			

**3. Akurasi Waktu (s)**

No.	Setting			Hasil Ukur Pewaktu (s)	Error Max (%)	Nilai Lulus Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	70	10	0.40	0.408	0.34	$e \pm 10\%$	Lulus
2			0.80	0.796			
3			1.00	0.997			
4			1.25	1.250			
5			1.60	1.598			

**4. Keluaran Radiasi dan Linieritas Keluaran**

No.	Setting			Hasil Ukur Dosis (mGy)	Koefisien Linieritas	Nilai Lulus Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	70	2	2	0.028	0.02	CL 0,1	Lulus
2			4	0.058			
3			6	0.087			
4			8	0.117			
5			10	0.142			

**5. Reproduksibilitas Tegangan Tabung (kV), Waktu (s), dan Dosis (mGy)**

Setting	Parameter Pengukuran	Hasil Ukur			Nilai Lulus Uji
		kV	s	Dosis (mGy)	
70 kV 10 mA	Rerata Standard Deviasi Koefisien Variasi = CV	71.04	1.999	0.138	CV 0,05
		0.114	0.000	0.002	
		0.002	0.000	0.015	
		Lulos	Lulos	Lulos	

**6. Kualitas Berkas Sinar X ( HVL )**

No.	Setting (kV)	Hasil Ukur (mmAl)	Nilai Lulus Uji ( mmAl )	Kesimpulan
1	60	-	1.8	#VALUE!
2	70	4.12	2.1	Lulus
3	80	4.73	2.3	Lulus
3	90	5.34	2.5	Lulus

**D. ALAT UKUR DAN ALAT BANTU**

No.	Nama Alat Ukur	Merk / model	No Seri	Kalibrasi berlaku s.d
1	Multimeter	RaySafe X2 / R/F Sensor	208366	13 November 2026
2	Meteran	SOLIGEN / JC-181	J	12 Mei 2025
3	Waterpass	-	-	-

**E. KESIMPULAN DAN SARAN HASIL PENGUJIAN**

1. Kesimpulan Hasil Pengujian
  - Pesawat dinyatakan memenuhi syarat **LAIK PAKAI**, dengan masa berlaku sertifikat pengujian hingga **20 Januari 2026** sesuai ketentuan Permenkes No. 54 Tahun 2015.
2. Saran
  - Lakukan pengujian ulang secara berkala.

**Catatan:**

- Pengujian menggunakan Metode Kerja Dental Panoramik No. I-01-MK-PRUK/BPAFKJ/20/DP/0
- Kriteria nilai lolos uji mengacu pada Peraturan Bapeten No. 2 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Badan Pengawas Tenaga Nuklir No. 2 tahun 2018 tentang Uji Kesesuaian Pesawat Sinar-X Radiologi Diagnostik dan Konvensional
- Perhitungan ketidakpastian dan aturan keputusan hasil pengujian mengacu pada Metode Kerja Perhitungan Ketidakpastian Pengujian Pesawat Sinar-X No. I-01-MK-PRUK/BPAFKJ/15/KTPS/0
- Pengukuran ketidakpastian dilakukan dengan tingkat kepercayaan 95% dan faktor cakupan  $k=2$

Jakarta, 30 Januari 2025  
 Kepala Instalasi Lab PRUK

Penguji : Riffatul Fatma, S.Tr.T  
 Nur Aida, S.Si

ttd

M. Leo Eriyanto, M.Si  
 NIP. 198907212009121001

\* UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1

\* Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat

\* Dokumen ini telah di tandatangani secara elektronik.

\* Dilarang memberikan/menjanjikan sesuatu yang dapat mengakibatkan KKN.

\* Dilarang mengutip atau mempublikasikan sebagian isi sertifikat ini tanpa izin



## SERTIFIKAT KALIBRASI

### Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010789

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 4

#### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : ELECTROCARDIOGRAPH  
Device

Merek : SCHILLER  
Merk

Tipe : CARDIOVIT MS-2010  
Type

No. Seri : 09200584  
Serial Number

#### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
Customer's Name PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
Address BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 03 FEB 2025  
Date of Acceptance

Tanggal Kalibrasi : 03 FEB 2025  
Date of Calibration

Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 03 FEB 2026  
Calibration Result

Diterbitkan Tanggal : 04 FEB 2025  
Issued Date

Disetujui Oleh,  
Approved By



Dokumen ini telah ditandatangani  
secara elektronik menggunakan  
Sertifikat Elektronik yang  
diterbitkan oleh Privy

Arief Rachman Imami

Manajemen Teknis

Technical Management

Tidak diperbolehkan memperbarui dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	:	12500350
2. Merk	:	Schiller
3. Tipe	:	Cardiovit MS-2010
4. Nomor Seri	:	092.00584
5. Resolusi Alat	:	1 mm
6. Rentang Ukur	:	5 mm s/d 100 mm
7. Ruangan	:	Ruang ECG
8. Tempat Kalibrasi	:	Ruang ECG

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	:	( 25,1 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	:	( 55 ± 2,7 ) % RH
3. Tegangan Input L - N	:	222 Vac

**C. DAFTAR ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
ECG Simulator	RIGEL MEDICAL	UNI-SM	37M-0214
Digital Caliper	KRISBOW	QRC5	MJG-INV-CAL.04-027
Electrical Safety Analyzer	RIGEL MEDICAL	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006

**D. PEMERIKSAAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI ( CEK KUALITATIF)**

No	Bagian Alat	Hasil Pengamatan
1	Badan dan permukaan	Baik
2	Kotak kontak alat	Baik
3	Kabel catu utama	Baik
4	Sekering pengaman	Baik
5	Tombol, saklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan indikator	Baik
7	Baterai/Charger	Baik
8	Aksesoris	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel dapat dilepas (DPS)	0,085 Ω	≤ 0,2 Ω
2	Arus bocor peralatan metode langsung kelas I tipe CF	38 μA	≤ 500 μA
3	Arus bocor bagian yang diaplikasikan metode langsung tipe CF	11 μA	≤ 50 μA
4	Resistansi Isolasi	99,0 MΩ	> 2 MΩ

**F. PENGUKURAN KINERJA****1. PENGAMATAN VISUAL 12 LEAD**

Parameter	Hasil Visual	Batasan
Output sinyal 12 Channel	SESUAI	Semua channel terlihat jelas dan tidak terjadi vibrasi
Step respon 1 mV	Sesuai	Tapi terlihat jelas dan tajam, tidak lonjong dan respon berbentuk persegi empat

## 2. LEVEL TEGANGAN

Level Tegangan pada Kecepatan Kertas 25 mm/s dan Amplitudo ECG Simulator 1 mV

Setting Gain ECG ( mm/mV )	Tinggi Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
5	5	4,94	-0,06	± 5 %
10	10	9,94	-0,06	
20	20	19,96	-0,04	
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

## 3. LAJU REKAMAN

Laju Rekaman pada Kecepatan Kertas 25 mm/s dan Gain ECG 10 mm/mV

Setting ECG Simulator ( BPM )	Lebar Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
120	100	99,95	-0,05	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

Laju Rekaman pada Kecepatan Kertas 50 mm/s dan Gain ECG 10 mm/mV

Setting ECG Simulator ( BPM )	Lebar Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
120	100	99,93	-0,07	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

## 4. PENGUJIAN SINYAL SINUSIODAL

Pengujian pada Sinyal Sinusiodal dengan amplitudo 1 mV, Kecepatan Kertas 25 mm/s dan Gain ECG 20 mm/mV

Setting Frekuensi ECG Simulator (Hz)	Tinggi Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
10	20	19,95	-0,05	± 10 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

## 5. UJI SINYAL ECG NORMAL

Pengujian pada Setting ECG Simulator 60 BPM dan Amplitudo 2 mV

Setting ECG Simulator ( BPM )	Tinggi Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
Kec. 25 mm/s Gain 10 mm/mV	20	19,95	-0,05	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

**G. KESIMPULAN**

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-38 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

**ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI**

**H. SARAN**

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95 %
2. Hasil pengujian kelistrikan yang dilaporkan terelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil kalibrasi yang dilaporkan terelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-280-IDN
4. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

---

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak diperbolehkan memperbarui dan/atau memuat ulang sebagian atau seluruh isi Sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of the Certificate without PT Medquest Jaya Global's written consent.



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

# SERTIFIKAT PENGUJIAN

Nomor YK.05.02/E.IX/1575/2025

No. Order : 2412.99  
Instansi Pemilik : Laboratorium Klinik Pramita Pontianak  
Alamat : Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak  
Tanggal Pengujian : 20 Januari 2025

## IDENTITAS ALAT

Nama Alat : General Purpose X-Ray  
Generator / Panel Kontrol  
- Merk / Pabrikan : SHIMADZU  
- Tipe / Model : RADspeed Pro / UD150L-40E  
- Nomor Seri : LM5262F93011  
Wadah Tabung  
- Merk / Pabrikan : SHIMADZU  
- Tipe / Model : 0.6/1.2P324DK-85  
- Nomor Seri : RM6D85894036  
Tabung Inersi  
- Merk / Pabrikan : SHIMADZU  
- Tipe / Model : 0.6/1.2P324DK  
- Nomor Seri : 90910

## RESUME HASIL

Diterbitkan : 28 Januari 2025  
Hasil Uji : Laik Pakai,  
Masa Berlaku Sertifikat s.d : 20 Januari 2026  
Sertifikat / LHU ini terdiri dari : 5 (Lima) halaman

Kepala Balai Pengamanan Alat dan Fasilitas  
Kesehatan Jakarta



Subadri, ST, M.Si  
NIP. 19761122005011003

\* Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikat Elektronik (BSrE), BSSN  
\* Sertifikat ini hanya berlaku untuk peralatan dengan spesifikasi yang dinyatakan diatas  
\* Dilarang mengutip atau mempublikasikan isi sertifikat ini tanpa izin

**LAPORAN HASIL PENGUJIAN  
PESAWAT SINAR X DENTAL (RADIOGRAFI DENTAL)**  
**No. PRUK.1.25010027**

**A. DATA ADMINISTRASI**

Instansi	:	Klinik Utama Pramita Pontianak
Alamat	:	Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A, Sungai Bangkong Kecamatan Pontianak, Kota Pontianak,
No. Telp	:	(0561) 8101400
No. Fax	:	(0561) 8101778
No. Izin	:	08876.399.1.110923 (0092391)
Berlaku s.d tanggal	:	10 September 2028
Pemegang Izin	:	PT. Mitra Pramita Medika
Tanggal Pengujian	:	21 Januari 2025
Ruangan Pengujian	:	R. Panoramik

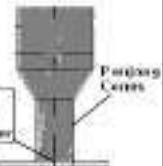
**B. DATA ALAT**

1. Generator dan Panel Kontrol
  - a. Merk / Pabrikan : ASAHI
  - b. Model / Tipe : C610NS
  - c. Nomor Seri : 32812604
2. Wadah Tabung
  - a. Merk / Pabrikan : ASAHI
  - b. Model / Tipe : G610S
  - c. Nomor Seri : 31215702
3. Tabung Insersi
  - a. Merk / Pabrikan : TOSHIBA
  - b. Model / Tipe : D-081B
  - c. Nomor Seri : 8E79845

**C. DATA PENGUJIAN**

1. Uji Conus

Panjang Conus dan Akurasi berkas sinar x dengan diameter conus

		Parameter	Hasil Ukur (mm)	Nilai Lulus Uji (mm)	Kesimpulan
		1. Panjang	200	200	Lulus
	2. Diameter	56.7	60	Lulus	

## 2. Akurasi Tegangan Tabung (kV)

No.	Setting			Hasil Ukur (kV)	Error Max (%)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	60	10	0.2	57.66	4.0	e ± 6 %	Lolos

## 3. Akurasi Pewaktu (s)

No.	Setting			Hasil Ukur s	Error Max (%)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	60	10	0.20	0.204	2.8	e ± 10 %	Lolos
2			0.40	0.403			
3			0.63	0.643			
4			0.80	0.822			
5			1.00	1.022			

\* Parameter uji akurasi waktu tidak termasuk ruang lingkup akreditasi

## 4. Keluaran Radiasi dan Linieritas Keluaran

No.	Setting			Dosis (mGy)	Koefisien Linieritas	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	60	10	0.40	1.114	0.01	0,1	Lolos
2		10	0.63	1.715			
3		10	0.80	2.164			
4		10	1.00	2.722			

## 5. Reproduksibilitas Tegangan tabung (kV) , Waktu (s) dan Dosis (mGy)

Setting : 60 KV 5.0 mAs

Parameter Pengukuran	Hasil Ukur			Nilai Lolos Uji
	kV	s	Dosis (mGy)	
Rerata	57.51	0.522	1.365	CV 0.05
	0.084	0.000	0.010	
	0.001	0.000	0.007	
	Lolos	Lolos	Lolos	

## 6 Kualitas Berkas Sinar X ( HVL )

No.	Setting (kV)	Hasil ukur (mmAl)	Nilai Lolos Uji (mmAl)	Kesimpulan
1	60	2.27	1.5	Lolos

\* Parameter uji HVL tidak termasuk ruang lingkup akreditasi

## D. ALAT UKUR DAN ALAT BANTU

No.	Nama Alat Ukur	Merk / model	No Seri	Kalibrasi berlaku s.d
1	Multimeter	Raysafe X2 / R/F Sensor	208366	13-Nov-26
2	Meteran	Soligen/JC-181	Code : J	12-May-25
3	Waterpass	-	-	-

## E. KESIMPULAN DAN SARAN HASIL PENGUJIAN

### 1. Kesimpulan Hasil Pengujian

- Pesawat dinyatakan **LAIK PAKAI**, dengan masa berlaku sertifikat pengujian hingga 20 Januari 2026 sesuai ketentuan Permenkes No. 54 Tahun 2015.

### 2. Saran

- Lakukan pengujian ulang secara berkala.

### Catatan :

- Pengujian menggunakan Metode Kerja Dental No. I-01-MK-PRUK/BPAFKJ/10/DNT/0
- Kriteria nilai lolos uji mengacu pada Peraturan Bapeten No. 2 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Badan Pengawas Tenaga Nuklir No. 2 tahun 2018 tentang Uji Kesesuaian Pesawat Sinar-X Radiologi Diagnostik dan Konvensional
- Perhitungan ketidakpastian dan aturan keputusan hasil pengujian mengacu Metode Kerja Perhitungan Ketidakpastian dan Pengujian Pesawat Sinar X Kode Dokumen: I-01-MK-PRUK/BPAFKJ/15/KTPS/0
- Pengukuran ketidakpastian dilakukan dengan tingkat kepercayaan 95% dan faktor cakupan  $k = 2$

Jakarta, 21 Januari 2025

Ka. Instalasi Lab PRUK

Penguji 1: Nur Aida, S.Si

Penguji 2: Riffatul Fatma, S.Tr.T

ttd

M. Leo Eriyanto Y., M.Si

NIP. 198907212009121001

\* UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1

'Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah'

\* Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik.

\* Dilarang memberikan/menjanjikan sesuatu yang dapat mengakibatkan KKN.

\* Dilarang mengutip atau mempublikasikan sebagian isi sertifikat ini tanpa izin



# SERTIFIKAT PENGUJIAN

Nomor YK.05.02/E.IX/3455/2025

No. Order : 2412.99  
Instansi Pemilik : Laboratorium Klinik Pramita Pontianak  
Alamat : Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak  
Tanggal Pengujian : 21 Januari 2025

## IDENTITAS ALAT

Nama Alat : Pengujian Dental X-Ray Intra Oral  
Generator / Panel Kontrol  
- Merk / Pabrikan : ASAHI  
- Tipe / Model : C610NS  
- Nomor Seri : 32812604

Wadah Tabung  
- Merk / Pabrikan : ASAHI  
- Tipe / Model : G610S  
- Nomor Seri : 31215702

Tabung Insersi  
- Merk / Pabrikan : TOSHIBA  
- Tipe / Model : D-081B  
- Nomor Seri : 8E79845

## RESUME HASIL

Diterbitkan : 16 Februari 2025  
Hasil Uji : Laik Pakai,  
Masa Berlaku Sertifikat s.d : 21 Januari 2026  
Sertifikat / LHU ini terdiri dari : 4 (Empat) halaman

Kepala Balai Pengamanan Alat dan Fasilitas  
Kesehatan Jakarta



Subadri, ST, M.Si  
NIP. 197611122005011003

\* Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikat Elektronik (BSrE), BSSN  
\* Sertifikat ini hanya berlaku untuk peralatan dengan spesifikasi yang dinyatakan diatas  
\* Dilarang mengutip atau mempublikasikan isi sertifikat ini tanpa izin

**LAPORAN HASIL PENGUJIAN  
PESAWAT SINAR X DENTAL (RADIOGRAFI DENTAL)**  
**No. PRUK.1.25010027**

**A. DATA ADMINISTRASI**

Instansi	:	Klinik Utama Pramita Pontianak
Alamat	:	Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A, Sungai Bangkong Kecamatan Pontianak, Kota Pontianak,
No. Telp	:	(0561) 8101400
No. Fax	:	(0561) 8101778
No. Izin	:	08876.399.1.110923 (0092391)
Berlaku s.d tanggal	:	10 September 2028
Pemegang Izin	:	PT. Mitra Pramita Medika
Tanggal Pengujian	:	21 Januari 2025
Ruangan Pengujian	:	R. Panoramik

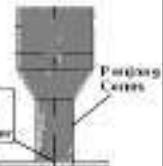
**B. DATA ALAT**

1. Generator dan Panel Kontrol
  - a. Merk / Pabrikan : ASAHI
  - b. Model / Tipe : C610NS
  - c. Nomor Seri : 32812604
2. Wadah Tabung
  - a. Merk / Pabrikan : ASAHI
  - b. Model / Tipe : G610S
  - c. Nomor Seri : 31215702
3. Tabung Insersi
  - a. Merk / Pabrikan : TOSHIBA
  - b. Model / Tipe : D-081B
  - c. Nomor Seri : 8E79845

**C. DATA PENGUJIAN**

1. Uji Conus

Panjang Conus dan Akurasi berkas sinar x dengan diameter conus

		Parameter	Hasil Ukur (mm)	Nilai Lulus Uji (mm)	Kesimpulan
		1. Panjang	200	200	Lulus
	2. Diameter	56.7	60	Lulus	

## 2. Akurasi Tegangan Tabung (kV)

No.	Setting			Hasil Ukur (kV)	Error Max (%)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	60	10	0.2	57.66	4.0	e ± 6 %	Lolos

## 3. Akurasi Pewaktu (s)

No.	Setting			Hasil Ukur s	Error Max (%)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	60	10	0.20	0.204	2.8	e ± 10 %	Lolos
2			0.40	0.403			
3			0.63	0.643			
4			0.80	0.822			
5			1.00	1.022			

\* Parameter uji akurasi waktu tidak termasuk ruang lingkup akreditasi

## 4. Keluaran Radiasi dan Linieritas Keluaran

No.	Setting			Dosis (mGy)	Koefisien Linieritas	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	kV	mA	s				
1	60	10	0.40	1.114	0.01	0,1	Lolos
2		10	0.63	1.715			
3		10	0.80	2.164			
4		10	1.00	2.722			

## 5. Reproduksibilitas Tegangan tabung (kV) , Waktu (s) dan Dosis (mGy)

Setting : 60 KV 5.0 mAs

Parameter Pengukuran	Hasil Ukur			Nilai Lolos Uji
	kV	s	Dosis (mGy)	
Rerata	57.51	0.522	1.365	CV 0.05
	0.084	0.000	0.010	
	0.001	0.000	0.007	
	Lolos	Lolos	Lolos	

## 6 Kualitas Berkas Sinar X ( HVL )

No.	Setting (kV)	Hasil ukur (mmAl)	Nilai Lolos Uji (mmAl)	Kesimpulan
1	60	2.27	1.5	Lolos

\* Parameter uji HVL tidak termasuk ruang lingkup akreditasi

## D. ALAT UKUR DAN ALAT BANTU

No.	Nama Alat Ukur	Merk / model	No Seri	Kalibrasi berlaku s.d
1	Multimeter	Raysafe X2 / R/F Sensor	208366	13-Nov-26
2	Meteran	Soligen/JC-181	Code : J	12-May-25
3	Waterpass	-	-	-

## E. KESIMPULAN DAN SARAN HASIL PENGUJIAN

### 1. Kesimpulan Hasil Pengujian

- Pesawat dinyatakan **LAIK PAKAI**, dengan masa berlaku sertifikat pengujian hingga 20 Januari 2026 sesuai ketentuan Permenkes No. 54 Tahun 2015.

### 2. Saran

- Lakukan pengujian ulang secara berkala.

### Catatan :

- Pengujian menggunakan Metode Kerja Dental No. I-01-MK-PRUK/BPAFKJ/10/DNT/0
- Kriteria nilai lolos uji mengacu pada Peraturan Bapeten No. 2 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Badan Pengawas Tenaga Nuklir No. 2 tahun 2018 tentang Uji Kesesuaian Pesawat Sinar-X Radiologi Diagnostik dan Konvensional
- Perhitungan ketidakpastian dan aturan keputusan hasil pengujian mengacu Metode Kerja Perhitungan Ketidakpastian dan Pengujian Pesawat Sinar X Kode Dokumen: I-01-MK-PRUK/BPAFKJ/15/KTPS/0
- Pengukuran ketidakpastian dilakukan dengan tingkat kepercayaan 95% dan faktor cakupan  $k = 2$

Jakarta, 21 Januari 2025

Ka. Instalasi Lab PRUK

ttd

Penguji 1: Nur Aida, S.Si

Penguji 2: Riffatul Fatma, S.Tr.T

M. Leo Eriyanto Y., M.Si

NIP. 198907212009121001

\* UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 ayat 1

'Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah'

\* Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik.

\* Dilarang memberikan/menjanjikan sesuatu yang dapat mengakibatkan KKN.

\* Dilarang mengutip atau mempublikasikan sebagian isi sertifikat ini tanpa izin



# SERTIFIKAT KALIBRASI

## *Calibration Certificate*

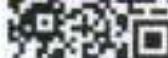
Nomor Sertifikat : 2025010788

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 2

**Identitas Alat (Instrument's Identity)**Nama Alat : THERMOMETER INFRARED  
DeviceMerek : YUWELL  
MerkTipe : YHW-1  
TypeNo. Seri : B2203001845  
Serial Number**Identitas Pemilik (Owner's Identity)**Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
Customer's Name PONTIANAKAlamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
Address BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTATanggal Diterima : 03 FEB 2025  
Date of AcceptanceTanggal Kalibrasi : 03 FEB 2025  
Date of CalibrationHasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 03 FEB 2026  
Calibration ResultDiterbitkan Tanggal : 04 FEB 2025  
Issued DateDisetujui Oleh,  
Approved By

Dokumen ini telah ditandatanganan/  
secara elektronik menggunakan  
Sertifikat Elektronik yang  
diterbitkan oleh Privy.

Arief Rachman Imami**Manajemen Teknis***Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	Yuwel
3. Tipe	YHW-1
4. Nomor Seri	B2203001845
5. Resolusi Alat	0,1 °C
6. Rentang Ukur	35 °C s/d 41 °C
7. Ruangan	Ruang Pemeriksaan
8. Tempat Kalibrasi	Ruang Pemeriksaan

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	( 24,5 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	( 55 ± 2,7 ) % RH

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor seri
Thermometer Reference	HIOKI	LR8450	200924821
Black Body Liquid Calibration Source	TEMPSENS	CALsys 37BB	C37BB/2021/541
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan Permukaan	Baik
2	Tombol, Saklar dan Kontrol	Baik
3	Tampilan dan Indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KINERJA****1. Akurasi Suhu**

Setting Suhu Black Body (°C)	Penunjukan Standar (°C)	Pembacaan Alat (°C)	Koreksi (°C)	Ambang Batas
35,0	35,10	35,1	0,0	± 0,3 °C
37,0	37,14	37,2	-0,1	± 0,2 °C
41,0	41,11	41,1	0,0	± 0,3 °C
Ketidakpastian Pengukuran :			± 1,35 °C	

**F. KESIMPULAN**

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-77 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan : ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

**G. SARAN**

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

- Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95 %
- Hasil kalibrasi Suhu yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-172-IDN
- Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak dibenarkan memperlihatkan dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval



PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

## SERTIFIKAT KALIBRASI *Calibration Certificate*

Nomor Sertifikat : 2025010796  
Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : TIMBANGAN DEWASA  
*Device*

Merek : SECA  
*Merk*

Tipe : N/A  
*Type*

No. Seri : 10000000266404  
*Serial Number*

### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
*Customer's Name* PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
*Address* BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 03 FEB 2025  
*Date of Acceptance*

Tanggal Kalibrasi : 03 FEB 2025  
*Date of Calibration*

Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 03 FEB 2026  
*Calibration Result*

Diterbitkan Tanggal : 04 FEB 2025  
*Issued Date*

Disetujui Oleh,  
*Approved By*



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy.



Arief Rachman Irmami

Manajemen Teknis  
*Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

- |                     |   |                |
|---------------------|---|----------------|
| 1. Nomor Order      | : | 12500350       |
| 2. Merk             | : | Seca           |
| 3. Tipe / Model     | : | N/A            |
| 4. Nomor Seri       | : | 10000000266404 |
| 5. Resolusi         | : | 0,1 Kg         |
| 6. Kapasitas        | : | 120 Kg         |
| 7. Jenis Timbangan  | : | Digital        |
| 8. Ruangan          | : | Ruang Dokter   |
| 9. Tempat Kalibrasi | : | Ruang Dokter   |

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

- |               |   |                   |
|---------------|---|-------------------|
| 1. Suhu       | : | ( 23,6 ± 0,9 ) °C |
| 2. Kelembaban | : | ( 57 ± 2,7 ) % RH |

**C. DAFTAR ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor seri
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL.03-006
Anak Timbangan	N/A	20 Kg M2	MJG-INV-CAL.01-001
Anak Timbangan	N/A	20 Kg M2	MJG-INV-CAL.01-002
Anak Timbangan	N/A	20 Kg M2	MJG-INV-CAL.01-003
Anak Timbangan	N/A	20 Kg M2	MJG-INV-CAL.01-004
Anak Timbangan	N/A	20 Kg M2	MJG-INV-CAL.01-005
Anak Timbangan	N/A	20 Kg M2	MJG-INV-CAL.01-006

**D. PEMERIKSAAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No	Bagian Alat	Hasil Pengamatan
1	Badan / Chassis	Baik
2	Jarum Display	Baik
3	Pegas/ Load Cell	Baik
4	Selektor / Tombol Zero	Baik

**E. HASIL KALIBRASI****1. DAYA ULANG PEMBACAAN**

Beban (Kg)	Standar Deviasi (Kg)	Perbedaan Maksimum (Kg)
20	0,041	0,0
60	0,041	0,0
120	0,041	0,0

**2. PENYIMPANGAN DARI NILAI NOMINAL**

Skala Nominal (Kg)	Koreksi (Kg)	Ketidakpastian (Kg)
20	0,0	± 0,30
40	0,0	± 0,43
60	0,0	± 0,52
80	0,0	± 0,60
100	0,0	± 0,67
120	0,0	± 0,74

**3. EFEK PEMBEBANAN TIDAK DIPUSAT**

Beban (Kg)	Tengah (Kg)	Depan (Kg)	Belakang (Kg)	Kiri (Kg)	Kanan (Kg)
60	0	0	0	0	0
Perbedaan Maksimum : 0 Kg					

**4. BATAS UNJUK KERJA TIMBANGAN (LIMIT OF PERFORMANCE / LOP) : 0,47 Kg**

LOP	Kinerja Timbangan	Saran
1x s/d 2x resolusi	Bagus	
2x s/d 3x resolusi	Rata-rata Bagus	
3x s/d 5x resolusi	Cukup	Servis dianjurkan
5x s/d 7x resolusi	Buruk	Servis dianjurkan
7x s/d 10x resolusi	Sangat Buruk	

**F. KESIMPULAN**

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-24 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUH JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinatakan :

**ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI**

**G. SARAN**

Lakukan Pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95 %
2. Hasil kalibrasi yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-280-IDN
3. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak diperbolehkan meripahkan dan atau mempublikasikan sebagian atau seluruh isi Sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content or this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval.



PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

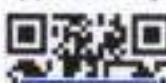
# SERTIFIKAT KALIBRASI

## *Calibration Certificate*

Nomor Sertifikat : 2025010794

Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 4

**Identitas Alat (Instrument's Identity)**Nama Alat : TREADMILL  
DeviceMerek : QUINTON  
MerkTipe : TM55  
TypeNo. Seri : 18430000955  
Serial Number**Identitas Pemilik (Owner's Identity)**Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
Customer's Name PONTIANAKAlamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
Address BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTATanggal Diterima : 03 FEB 2025  
Date of AcceptanceTanggal Kalibrasi : 03 FEB 2025  
Date of CalibrationHasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 03 FEB 2026  
Calibration ResultDiterbitkan Tanggal : 04 FEB 2025  
Issued DateDisetujui Oleh,  
Approved By

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan:  
Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh: Privy

Arief Rachman Irmarni**Manajemen Teknis***Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbarui dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seijin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomer Order	12500350
2. Merk	Quinton
3. Tipe	TM55
4. Nomor Seri	18430000955
5. Resolusi Alat	1 mm
6. Rentang Ukur	5 mm s/d 100 mm
7. Ruangan	Ruang Treadmil
8. Tempat Kalibrasi	Ruang Treadmil

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	(	25,6	±	0,9	) °C
2. Kelembaban	(	61	±	2,7	) % RH
3. Tegangan Input L-N	223	Vac			

**C. DAFTAR ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
ECG Simulator	RIGEL MEDICAL	UNI-SIM	37M-0214
Digital Caliper	KRISBOW	QRC5	MJG-INV-CAL 04-027
Electrical Safety Analyzer	RIGEL MEDICAL	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MJG-INV-CAL 03-006

**D. PEMERIKSAAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI (CEK KUALITATIF)**

No	Bagian Alat	Hasil Pengamatan
1	Badan dan permukaan	Baik
2	Kotak kontak alat	Baik
3	Kabel catu utama	Baik
4	Sekering pengaman	Baik
5	Tombol, saklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan indikator	Baik
7	Baterai/Charger	Baik
8	Aksesoris	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel dapat dilepas (DPS)	0,04 Ω	≤ 0,2 Ω
2	Arus bocor peralatan metode langsung kelas I tipe CF	22,5 μA	≤ 500 μA
3	Arus bocor bagian yang diaplikasikan metode langsung tipe CF	10,5 μA	≤ 50 μA
4	Resistansi isolasi	100 MΩ	> 2 MΩ

## F. PENGUKURAN KINERJA

### 1. PENGAMATAN VISUAL 12 LEAD

Parameter	Hasil Visual	Batasan
Output sinyal 12 Channel	SESUAI	Semua channel terlihat jelas dan tidak terjadi vibrasi
Step respon 1 mV	Sesuai	Tepi terlihat jelas dan tajam, tidak lonjor dan respon berbentuk persegi empat

### 2. LEVEL TEGANGAN

Level Tegangan pada Kecepatan Kertas 25 mm/s dan Amplitudo ECG Simulator 1 mV

Setting Gain ECG ( mm/mV )	Tinggi Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
5	5	5,13	0,13	± 5 %
10	10	10,15	0,15	
20	20	20,20	0,20	
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

### 3. LAJU REKAMAN

Laju Rekaman pada Kecepatan Kertas 25 mm/s dan Gain ECG 10 mm/mV

Setting ECG Simulator ( BPM )	Lebar Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
120	100	100,42	0,42	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

Laju Rekaman pada Kecepatan Kertas 50 mm/s dan Gain ECG 10 mm/mV

Setting ECG Simulator ( BPM )	Lebar Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
120	100	100,62	0,62	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

### 4. PENGUJIAN SINYAL SINUSIODAL

Pengujian pada Sinyal Sinusiodal dengan amplitudo 1 mV, Kecepatan Kertas 25 mm/s dan Gain ECG 20 mm/mV

Setting Frekuensi ECG Simulator (Hz)	Tinggi Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
10	20	20,21	0,21	± 10 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

### 5. UJI SINYAL ECG NORMAL

Pengujian pada Setting ECG Simulator 60 BPM dan Amplitudo 2 mV

Setting ECG Simulator ( BPM )	Tinggi Pulsa (mm)	Penunjukan Standar ( mm )	Koreksi ( mm )	Penyimpangan yang dijinkan
Kec. 25 mm/s Gain 10 mm/mV	20	20,16	0,16	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,23 mm				

## G. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-38 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/V/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

**ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI**

## H. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95 %
2. Hasil pengujian ketelitian yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil kalibrasi yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-280-IDN
4. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Tidak diperbolehkan menyalin dan/atau memperluas isi sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Jaya Global.  
It is prohibited to reproduce and/or publish the parts content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval.



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur,

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

# SERTIFIKAT

## UJI KESESUAIAN PESAWAT SINAR X

Nomor YK.05.02/E.IX/1576/2025

No. Order : 2412.99  
Instansi Pemilik : Laboratorium Klinik Pramita Pontianak  
Alamat : Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak  
Tanggal Pengujian : 20 Januari 2025  
Lokasi Unit : Radiologi

### IDENTITAS ALAT

Nama Alat : Mobile X-Ray  
Generator / Panel Kontrol  
- Merk / Pabrikan : AJEX Meditech  
- Tipe / Model : XG-2000HM  
- Nomor Seri : 52XG180003  
Wadah Tabung  
- Merk / Pabrikan : AJEX Meditech  
- Tipe / Model : AJHVT18H  
- Nomor Seri : 52XH180004  
Tabung Inersi  
- Merk / Pabrikan : CEI  
- Tipe / Model : OX/110-15  
- Nomor Seri : 180692

### RESUME HASIL

Diterbitkan : 28 Januari 2025  
Hasil Uji : **ANDAL**  
Masa Berlaku Sertifikat s.d : 20 Januari 2029  
Sertifikat / LHU ini terdiri dari : 4 (Empat) halaman  
Penguji Berkualifikasi : Nur Aida, Bsc,SAP,S.Si  
Tenaga Ahli : M. Leo Eriyanto Yuliansyah, S.Si, M.Si

Kepala Balai Pengamanan Alat dan Fasilitas  
Kesehatan Jakarta



Subadri, ST, M.Si  
NIP. 197611122005011003

**LAPORAN HASIL UJI KESESUAIAN  
PESAWAT SINAR X MOBILE**

**A. INFORMASI PEMOHON UJI**

Pelaku Usaha : PT. Mitra Pramita Medika  
No. Induk Berusaha : 8120216111461  
Alamat Kantor : Jl. KH. Ahmad Dahlan No. 70 RT 032 RW 009,  
Kelurahan 26 Ilir, Kecamatan Bukit Kecil,  
Kota Palembang, Sumatera Selatan 30136

Nama dan Lokasi Usaha : Klinik Utama Pramita Pontianak  
Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A, Sungaibangkong  
Kecamatan Pontianak, Kota Pontianak,  
Kalimantan Barat 78113

No. Kode Fasyankes : -  
No. Telp / No. Fax : (0561) 8101400 /(0561) 8101778  
No. KTUN / Kode Sumber : 086060.010.33.101221

**B. INFORMASI LEMBAGA UJI**

Nama Lembaga Uji Kesesuaian : BPAFK Jakarta  
No. LHU : PRUK.2.25010008  
Tanggal Pengujian : 20 Januari 2025  
Tim Penguji : 1. Nur Aida, S.Si  
2. Riffatul Fatma, S.Tr.T  
Tenaga Ahli : M. Leo Eriyanto Y., M.Si

**C. INFORMASI PESAWAT SINAR-X**

Jenis Pesawat Sinar-X : RADIOGRAFI UMUM [Mobile]  
Lokasi unit : Radiologi

1. Unit Pesawat Sinar-X

a. Merk / Pabrikan : AJEX Meditech  
b. Model / Tipe : AJEX2000HM  
c. Nomor Seri : 52XR170003S

2. Generator

a. Merk / Pabrikan : AJEX Meditech  
b. Model / Tipe : XG-2000HM  
c. Nomor Seri : 52XG180003

3. Wadah Tabung

a. Merk / Pabrikan : AJEX Meditech  
b. Model / Tipe : AJHVT18H  
c. Nomor Seri : 52XH180004

4. Tabung Insersi

a. Merk / Pabrikan : CEI  
b. Model / Tipe : OX/110-15  
c. Nomor Seri : 180692

**D. INFORMASI KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu : ( 21.6 ± 0.7 ) °C  
2. Kelembaban relatif : ( 58.4 ± 2.6 ) % RH

**E. INFORMASI ALAT UKUR DAN ALAT UJI YANG DIGUNAKAN**

No	Alat Ukur	Merk / Model	No Seri	Kalibrasi berlaku s.d
1	Lightmeter	RaySafe X2 / Lightmeter	219226	13 November 2026
2	Collimator Test Tool	LeedsTestObject / TOR ABC	173	-
3	Beam Alignment Test Tool	LeedsTestObject / TOR ABC	173B	-
4	Multimeter	RaySafe X2 / R/F Sensor	208366	13 November 2026
5	Meteran	JC - 181 / J	JC - 181 / J	12 Mei 2025
6	Thermohygrometer	GREISINGER / GFTB 100	'22251	14 Februari 2025

**F. INFORMASI DATA HASIL PENGUJIAN**
**1. Uji Kuat Cahaya Kolimator**

Jarak ukur sumber ke detektor	Hasil Ukur	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
100 cm	167	100 lux	Lolos

**2. Uji Akurasi Kolimasi**

SDD	Hasil Pengukuran (% SID)		Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
Akurasi berkas lampu kolimasi dengan berkas sinar-x pada jarak 100 cm	X	0.4	2.0 %SID	Lolos
	Y	1.1	2.0 %SID	Lolos
Ketegaklurusan berkas Sinar-X		0.0	3°	Lolos

**3. Akurasi Tegangan Tabung (kV)**

Pengaturan			Hasil Ukur	Error Max (%)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
kV	mAs	s	kV			
50	21.6	-	52.58	5.2	e ± 10 %	Lolos
60			62.34			
70			71.80			
80			81.97			
90			91.93			

**4. Akurasi Pewaktu (s)**

- Tidak tersedia setting waktu (s)

**5. Uji Linieritas Keluaran**

Pengaturan			Dosis (mGy)	Koefisien Linearitas	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
kV	mAs	s				
70	21.6	-	0.257	0.03	CL 0.1	Lolos
			0.538			
			0.845			
			1.093			
			1.528			

**6. Uji Reproduksibilitas**

Setting	Parameter Pengukuran	Hasil Ukur			Nilai Lolos Uji
		kV	s	Dosis (mGy)	
70 kV 21.6 mAs	Rerata	71.96	0.328	1.091	CV 0.05
	Standard Deviasi	0.09	0.000	0.001	
	Koefisien Variasi = CV	0.00	0.000	0.001	
	Kesimpulan	Lolos	Lolos	Lolos	

**7. Uji Kualitas Berkas Sinar-X**

No.	Setting		HVL (mmAl)	Nilai Lolos Uji	Kesimpulan
	kV	mAs			
1	80	10	3.18	2.3	Lolos
2	90		3.55	2.5	Lolos

\* Parameter Uji HVL tidak termasuk ruang lingkup akreditasi

**G. INFORMASI DATA DOSIS / LAJU DOSIS**

SDD	Faktor Eksposi				Hasil Pengukuran	
	Teg. (kV)	mA	mAs	sec	Dosis (mGy)	Laju Dosis (mGy/Jam)
100 cm	50		21.6		0.529	0.112
	60		21.6		0.789	0.167
	70		21.6		1.090	0.199
	80		20.0		1.317	0.219
	90		20.0		1.629	0.227

**F. INFORMASI STATUS HASIL PENGUJIAN**
**1. Kesimpulan Hasil Pengujian**

Pesawat Sinar-X dinyatakan **ANDAL**

**2. Rekomendasi**

- Lakukan pengujian rutin atau uji kesesuaian secara berkala sesuai jadwal
- a. Untuk pengujian rutin dilakukan setiap 1 (satu) tahun sekali,
- b. Untuk Uji Kesesuaian dilakukan setiap 4 (empat) tahun sekali

**Keterangan :**

- Pengujian menggunakan Metode Kerja Pesawat Sinar X GP No.I-01-MK-PRUK/BPAFKJ/17/MR/0
- Kriteria nilai lolos uji mengacu pada Peraturan Bapeten No. 2 tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Badan Pengawas Tenaga Nuklir No. 2 tahun 2018 tentang Uji Kesesuaian Pesawat Sinar-X Radiologi Diagnostik dan Konvensional

Jakarta, 22 Januari 2025  
 Ka. Instalasi Lab PRUK

**ttd**

M. Leo Eriyanto Y. M.Si  
 NIP. 198907212009121001



# SERTIFIKAT KALIBRASI

## Calibration Certificate

Nomor Sertifikat : 2025010792  
Certificate Number

Halaman (Page) : 1 dari (out of) 3

### Identitas Alat (*Instrument's Identity*)

Nama Alat : ULTRASONOGRAPH  
*Device*

Merek : SOGATA  
*Merk*

Tipe : SG10  
*Type*

No. Seri : 121110224  
*Serial Number*

### Identitas Pemilik (*Owner's Identity*)

Nama Pelanggan : LABORATORIUM MEDIS DAN KLINIK PRAMITA CABANG  
*Customer's Name* PONTIANAK

Alamat : JL. SULTAN ABDURRAHMAN NO. 9A KEL. SUNGAI  
*Address* BANGKONG, KEC. PONTIANAK KOTA

Tanggal Diterima : 03 FEB 2025  
*Date of Acceptance*

Tanggal Kalibrasi : 03 FEB 2025  
*Date of Calibration*

Hasil Kalibrasi : LAIK PAKAI, berlaku s/d 03 FEB 2026  
*Calibration Result*

Diterbitkan Tanggal : 04 FEB 2025  
*Issued Date*

Disetujui Oleh,  
*Approved By*



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh Privy



Arief Rachman Imami  
**Manajemen Teknis**  
*Technical Management*

Tidak dibenarkan memperbanyak dan/atau mempublikasikan sebagian isi Sertifikat ini tanpa seizin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)

**A. IDENTITAS ALAT**

1. Nomor Order	12500350
2. Merk	Sogata
3. Tipe	SG10
4. Nomor Seri	121110224
5. Resolusi Alat	0,01 mm
6. Rentang Ukur	10 mm
7. Ruangan	Ruang USG
8. Tempat Kalibrasi	Ruang USG

**B. KONDISI LINGKUNGAN**

1. Suhu	( 24,7 ± 0,9 ) °C
2. Kelembaban	( 58 ± 2,7 ) % RH
3. Sumber Tegangan Tegangan Utama L - N	222 Vac

**C. ALAT YANG DIGUNAKAN**

Nama Alat	Merk	Tipe	Nomor Seri
Phantom USG	ERSA	US-01	072122U533
Electrical Safety Analyzer	Rigel Medical	288+	14P-1003
Thermohygrometer	BNQ	HTC-1	MUG-INV-CAL-03-006

**D. PENGAMATAN KONDISI FISIK DAN FUNGSI**

No.	Parameter	Hasil
1	Badan dan permukaan	Baik
2	Kotak Kontak Alat	Baik
3	Kabel Catu Utama	Baik
4	Sekaring pengaman	Baik
5	Tombol saklar dan Kontrol	Baik
6	Tampilan dan indikator	Baik

**E. PENGUKURAN KESELAMATAN LISTRIK**

No.	Parameter	Terukur Hasil	Ambang Batas
1	Resistansi pembumian protektif Kabel dapat dilepas (DPS)	0,06 Ω	≤ 0,2 Ω
2	Arus bocor peralatan metode langsung kelas I tipe BF	40,5 μA	≤ 500 μA
3	Arus bocor bagian yang disiplikasikan metode langsung tipe BF	5,5 μA	≤ 5000 μA
4	Resistansi Isolasi	101 MΩ	> 2 MΩ

**F. PENGUKURAN KINERJA**

## 1. Pengujian Horizontal Distance

Setting Standar (mm)	Pembacaan Pada Alat (mm)	Koreksi (mm)	Penyimpangan yang dijinkan
10	9,9	0,1	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,06 mm			

## 2. Pengujian Vertical Distance

Setting Standar (mm)	Pembacaan Pada Alat (mm)	Koreksi (mm)	Penyimpangan yang dijinkan
10	10,0	0,0	± 5 %
Ketidakpastian Pengukuran : ± 0,06 mm			

## G. KESIMPULAN

Berdasarkan Metode Kerja MJG-WI-CAL.06-001-80 yang mengacu ke KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN NOMOR : HK.02.02/VI/0412/2020, METODE KERJA PENGUJIAN DAN KALIBRASI ALAT KESEHATAN, KEMENTERIAN KESEHATAN RI. Maka peralatan ini dinyatakan :

### ALAT DINYATAKAN LAIK PAKAI

## H. SARAN

Lakukan pengujian dan kalibrasi ulang secara berkala

Catatan :

1. Nilai Ketidakpastian pengukuran mempunyai tingkat kepercayaan 95% dengan faktor cakupan  $k = 2$
2. Hasil pengujian kelestrikan yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui LK-023-IDN
3. Hasil kalibrasi Panjang yang dilaporkan tertelusur ke Sistem Satuan Internasional (SI) melalui ERSA
4. Hasil pengujian dan kalibrasi hanya terkait dengan kondisi barang yang dilaporkan

Akhir Sertifikat / End Of Certificate

Jadi dilarang menyalin dan/atau mempublikasikan sebagian atau seluruh isi Sertifikat ini tanpa izin PT Medquest Jaya Global  
It is prohibited to reproduce and/or publish the partial content of this Certificate without PT Medquest Jaya Global's approval



# Medquest

PT. Medquest Jaya Global

Pusat Perkantoran Mitra Matraman Blok B-20

Jl. Matraman Raya No. 148 , Kebon Manggis, Jakarta Timur.

Website: [www.medquest.co.id](http://www.medquest.co.id)



# SERTIFIKAT

## Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

Diberikan Kepada

Laboratorium Medis dan Klinik Utama Pramita  
Pontianak

**NOMOR: YM.01.03/D.XLVII/4050/2024**

Sebagai Peserta Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Siklus 2 Tahun 2024

Bidang Pengujian Mikroskopis BTA

Jakarta, 19 November 2024

Plt. Kepala Balai Besar Biomedis dan  
Genomika Kesehatan,



**Indri Rooslamiati, M.Sc., Apt.**

NIP. 19791223200512003

0844/BTA/2/2024





Kemenkes  
BB Binomika

# SERTIFIKAT

Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

Diberikan Kepada

Laboratorium Medis dan Klinik Utama Pramita

Pontianak

NOMOR: YM.01.03/D.XLVII/4050/2024

Sebagai Peserta Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Siklus 2 Tahun 2024

Jakarta, 19 November 2024  
Plt. Kepala Balai Besar Biomedis dan  
Genomika Kesehatan,



Indri Rooslamati, M.Sc., Apt.

NIP. 197912232005012003

0844/HBS/2/2024

Kemenkes  
BB Binomika



# SERTIFIKAT

Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

Diberikan Kepada

Laboratorium Medis dan Klinik Utama Pramita

Pontianak

NOMOR: YM.01.03/D.XLVII/4050/2024

Sebagai Peserta Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Siklus 2 Tahun 2024  
Bidang Pengujian Hematologi  
(Hemoglobin, Hematokrit, Eritrosit, Leukosit, Trombosit  $10^3/\mu\text{L}$ , MCV, MCH, MCHC)  
Kepala Balai Besar Biomedis dan  
Genomika Kesehatan,



Indri Rooslamati, M.Sc., Apt.

NIP. 197912232005012003

A-0844/HEM/2/2024



Kemenkes  
BB Binomika

# SERTIFIKAT

Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

Diberikan Kepada

Laboratorium Medis dan Klinik Utama Pramita

Pontianak

NOMOR: YM.01.03/D.XLVII/4050/2024

Sebagai Peserta Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Siklus 2 Tahun 2024

Bidang Pengujian Kimia Klinik  
(Kolesterol, Trigliserida, Bilirubin Total, GOT/ASAT AST, GPT/ALAT ALT, ~~Pliktofikasi~~, ~~Alat Biokimia~~, ~~Biosensorik~~, ~~Biostatistik~~, ~~Analisis Data~~, Genomika Kesehatan, Gamma Glutamil Transferase, Ureum, Kreatinin, Asam Urat, Glukosa)



Indri Rooslamati, M.Sc., Apt.

NIP. 197912232005012003

A-0844/KKL/2/2024



Kemenkes  
BB Binomika

# SERTIFIKAT

Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

Diberikan Kepada

Laboratorium Medis dan Klinik Utama Pramita

Pontianak

NOMOR: YM.01.03/D.XLVII/4050/2024

Sebagai Peserta Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Siklus 2 Tahun 2024  
Bidang Pengujian Mikroskopis Malaria

Jakarta, 6 Desember 2024  
Plt. Kepala Balai Besar Biomedis dan  
Genomika Kesehatan,



Indri Rooslamati, M.Sc., Apt.

NIP. 197912232005012003

0844/MAL/2/2024

Kemenkes  
BB Binomika



# SERTIFIKAT

Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

Diberikan Kepada

Laboratorium Medis dan Klinik Utama Pramita

Pontianak

NOMOR: YM.01.03/D.XLVII/4050/2024

Sebagai Peserta Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Siklus 2 Tahun 2024  
Bidang Pengujian Urinalisis  
(Berat Jenis, pH, Protein, Glukosa, Bilirubin, Urobilinogen, Darah, Keton, Nitrit, Kekelepasan Bahan Organik Medis dan Genomika Kesehatan,



Indri Rooslamati, M.Sc., Apt.

NIP. 197912232005012003

A-0844/URI/2/2024

**SURAT PERJANJIAN KERJASAMA  
JASA PENGELOLaan LIMBAH MEDIS DAN B3  
ANTARA  
PT MITRA PRAMITA MEDIKA  
(LABORATORIUM & KLINIK PRAMITA PONTIANAK)  
DENGAN  
PT. UNIVERSAL ECO PASIFIC**

NO : 186/Cab.3/P.33/VII/2024  
NO : 431/SPKLB3-MDS/UEP/VII/2024

Perjanjian ini dibuat pada tanggal *Empat* bulan *Juli* tahun *Dua Ribu Dua Puluh Empat* (04-07-2024) masing-masing yang bertanda tangan di bawah ini:

1. PT MITRA PRAMITA MEDIKA (LABORATORIUM & KLINIK PRAMITA PONTIANAK), berdomisili di Kalimantan Barat dan beralamat Jl. Sultan Abidurrahman No. 9A, Sungai Bangkong, Kec. Pontianak Kota, Kota Pontianak, Kalimantan Barat 78113, dalam hal ini diwakili oleh Zulhipansa JS, NST, dalam kedudukannya sebagai Kepala Cabang, selanjutnya disebut "PIHAK PERTAMA".
2. PT. UNIVERSAL ECO PASIFIC, beralamat di Jln. Agung Timur 8 Blok 04 No. 12 A, Desa Kelurahan Sunter Agung, Kec. Tanjung Priok, Kota Adm. Jakarta Utara, Provinsi DKI Jakarta 14350 dan Pihak Pengolahan berdomisili Jln. Modern Industri XV Blok AD No. 4 Kawasan Industri Modern, Sukitani, Cikande, Serang Banten 42186 (Titik Koordinat S= 06°11'46,97"; E= 106°19'0,77") dalam hal ini diwakili Bobby Simon dalam kedudukannya sebagai Direktur Utama, untuk selanjutnya disebut "PIHAK KEDUA".

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA untuk selanjutnya masing-masing disebut "PIHAK" dan bersama-sama disebut "DUA PIHAK".

DUA PIHAK sepakat bahwa syarat-syarat dan ketentuan dalam Perjanjian Jasa ini adalah sebagai berikut:

Pasal 1 : Definisi

Syarat-syarat berikut yang digunakan dalam Perjanjian ini mempunyai arti atau arti tambahan sebagai berikut:

"Perjanjian" adalah syarat-syarat dan ketentuan-ketentuan sebagaimana diatur dalam Perjanjian Jasa ini, termasuk syarat-syarat umum, syarat-syarat khusus, lampiran-lampiran dan (jika ada) tambahan-tambahan yang kesemuanya merupakan kesatuan yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.

"Perhitungan Biaya" berarti daftar biaya jasa atas pelaksanaan jasa PIHAK KEDUA.

"Jasa" berarti pekerjaan-pekerjaan yang dilakukan oleh PIHAK KEDUA, yang termasuk analisa, pengungkitan, pengefolsean, pembuangan dan pekerjaan-pekerjaan limbah PIHAK PERTAMA sebagaimana disebutkan dalam Perhitungan Biaya.

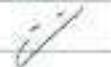
Customer	PT UEP
	

"Fasilitas" berarti fasilitas penyimpanan, pengolahan atau pembuangan limbah yang dimiliki, dioperasikan atau disetujui oleh PIHAK KEDUA, dan diizinkan untuk menerima bahan-bahan limbah berdasarkan undang-undang dan peraturan yang berlaku.

"Transportasi" berarti truk-truk dan/atau kendaraan-kendaraan lainnya yang dimiliki oleh PIHAK KEDUA, yang ditunjuk oleh PIHAK KEDUA atau yang ditunjuk oleh PIHAK PERTAMA.

#### Pasal 2 : Ruang Lingkup Perjanjian Jasa

- 2.1. PIHAK KEDUA akan melaksanakan Jasa-jasa kepada PIHAK PERTAMA dengan lokasi pengangkutan di PIHAK PERTAMA dan berdasarkan Perhitungan Biaya pada saat limbah diterima di fasilitas PIHAK KEDUA.
- 2.2. Transportasi dan Peralatan pengelolaan limbah dianut dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. Dalam hal ini PIHAK KEDUA menyediakan transportasi, berkewajiban untuk menyediakan pengemudi, perangkat keselamatan termasuk peringkat-perangkat dan suku cadang yang diperlukan.
  - b. Dalam hal ini PIHAK PERTAMA menyediakan petugas pengangkut limbah dan peralatan untuk mengangkut limbah ke dalam alat transportasi.
- 2.3. PIHAK PERTAMA akan memberikan perincian yang tepat, benar dan lengkap mengenai bahan-bahan limbahnya kepada PIHAK KEDUA.
- 2.4. Perincian dari PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA sebagaimana dimaksud di atas setidaknya memuat mengenai jenis-jenis dan jumlah Limbah akan diangkut oleh PIHAK KEDUA.
- 2.5. PIHAK KEDUA sebelum melakukan pengangkutan harus mengonfirmasi kepada PIHAK PERTAMA perihal jadwal pengangkutan limbah B3 yang telah disepakati yaitu seminggu sekali.
- 2.6. PIHAK KEDUA akan tetap melakukan pengangkutan diluar jadwal yang ditentukan sebelumnya, dengan catatan PIHAK PERTAMA menginformasikan terlebih dahulu jenis limbah yang akan di angkut dan diolah tanpa ada biaya apapun sesuai dengan MOU yang disepakati.
- 2.7. PIHAK KEDUA tidak akan mengenakan biaya minimal angkut kepada PIHAK PERTAMA.
- 2.8. PIHAK KEDUA wajib menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang standar pada saat melakukan penimbangan dan pengangkutan limbah B3.
- 2.9. PIHAK PERTAMA menyetujui syarat-syarat dalam pelaksanaan Jasa sejak saat penandatanganan perjanjian ini dan Perincian dan Perhitungan Biaya akan dimasukkan didalam Lampiran yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian ini.
- 2.10. PIHAK KEDUA berhak untuk mengetahui limbah dan/atau berdasarkan kesepakatan PARA PIHAK mengenai biaya tambahan kepada PIHAK PERTAMA apabila:

Customer	PT IIEP
	

- a. Limbah yang telah dikirim berbeda dengan jenis limbah yang terdapat dalam Perhitungan Biaya yang telah ditandatangani oleh PIHAK PERTAMA.
  - b. Limbah yang telah dikirim berada dalam keranjang yang tidak layak angkut.
- 2.11. PIHAK KEDUA mempunyai hak untuk menentukan ukuran berat (ton dan drum) atau volume m<sup>3</sup> atas limbah yang diterima difasilitas PIHAK KEDUA berdasarkan timbangan PIHAK PERTAMA dan/atau PIHAK KEDUA.
- 2.12. Hal kerjasama ini terjadi para pihak wajib menjaga mutu pelayanan dengan menjalankan sesuai dengan standar prosedur operasional yg berlaku di masing masing pihak guna menjaga keselamatan pasien.

#### Pasal 3 : Jangka Waktu

Perjanjian Jasa ini berlaku selama Satu Tahun ("Masa Berlaku"), dimulai sejak tanggal 05 Juli 2024 sampai dengan 04 Juli 2025. Mengenai perpanjangan selanjutnya akan dievaluasi oleh PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sehingga membutuhkan kontrak kerja yang baru dan disepakati oleh kedua belah pihak.

#### Pasal 4 : Pembayaran atas Biaya Jasa

- 4.1. PIHAK PERTAMA setuju untuk membayar Biaya Jasa kepada PIHAK KEDUA berdasarkan Perhitungan Biaya dalam waktu maksimal 30 (tiga puluh) hari terhitung sejak tanggal penerbitan invoice.
- 4.2. Apabila terjadi keterlambatan pembayaran melebihi waktu maksimal yang disepakati, PIHAK PERTAMA wajib mengonfirmasi kepada PIHAK KEDUA terkait alasan keterlambatan tersebut.
- 4.3. Pembayaran akan dilakukan oleh PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA setelah pengangkutan selesai adapun pembayarannya diserahkan langsung kepada pihak yang ditunjuk atau secara wire transfer, biaya transfer menjadi tanggungan PIHAK PERTAMA, pada rekening bank PIHAK KEDUA yang ditunjuk, sebagai berikut:

Rekening Bank	: BCA
Nama Rekening	: Universal Eco Pacific
Nomor Rekening	: 3083903020
Kode SWIFT	: [CENATIDJA]

- 4.4. PIHAK PERTAMA setuju untuk membayar Pajak Pertambahan Nilai (PPN) yang dipungut oleh Pemerintah ("Pajak-pajak") selubungan dengan Perjanjian Jasa ini kepada PIHAK KEDUA, dan PIHAK KEDUA akan menyertakan dan melaporkan pembayaran pajak tersebut kepada instansi pajak yang berwenang.
- 4.5. PIHAK PERTAMA setuju untuk membayar tagihan pengolahan limbah kepada PIHAK KEDUA sesuai dengan rincian pada Lampiran I.

Golongan	PT UEP

#### Pasal 5 : Perpajakan

- 5.1. Harga Jasa pada Lampiran 1 tidak termasuk Pajak Pertambahan Nilai (PPN) dan Pajak-pajak lainnya atas pelaksanaan Jasa tersebut.
- 5.2. Setiap jumlah Pajak-pajak lainnya dimana PIHAK PERTAMA yang berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku harus menahan, memotong, menyotorkan dan melaporkan kepada Instansi Pajak yang berwenang sehubungan dengan pembayaran-pembayaran di dalam Perjanjian Jasa ini, akan dianggap sebagai telah dibayarkan oleh PIHAK KEDUA.
- 5.3. PIHAK PERTAMA wajib untuk memberikan dokumen pemotongan pajak penghasilan pada saat pembayaran kepada PIHAK KEDUA, apabila PIHAK PERTAMA tidak memberikan dokumen pemotongan pajak tersebut maka PIHAK KEDUA berhak mengajukan klaim kepada PIHAK PERTAMA atas denda keterlambatan pelaporan pajak tersebut.

#### Pasal 6 : Pernyataan dan Jaminan

- 6.1. PIHAK KEDUA menyatakan dan menjamin PIHAK PERTAMA bahwa:
  - a. PIHAK KEDUA bergerak dalam usaha Pelaksanaan Jasa Penurunan dan/atau Pembakaran dengan Insinerator berkenaan dengan bahan-bahan limbah dan telah mengembangkan keahlian yang disyaratkan untuk melaksanakan Jasa yang disetujui oleh PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA.
  - b. Semua kendaraan dan setiap fasilitas yang digunakan untuk melaksanakan Jasa menurut Perjanjian Jasa ini harus mendapatkan Izin atau Lisensi atau Sertifikat atau Rekomendasi Persetujuan yang disyaratkan oleh Undang-undang dan Peraturan-peraturan yang berlaku.
  - c. PIHAK KEDUA akan melaksanakan jasa pengelolaan limbah untuk PIHAK PERTAMA dengan cara yang aman dan layak kerja dan sesuai dengan semua Undang-undang, Keputusan-keputusan, Perintah-perintah, Ketetapan-ketetapan dan Peraturan-peraturan yang berlaku.
  - d. Limbah dan Pengangkutannya menjadi tanggung jawab PIHAK KEDUA atas resiko dan akibat yang mungkin di timbulkan setelah limbah tersebut keluar dari pintu gerbang area PIHAK PERTAMA ke lokasi PIHAK KEDUA beserta pengolahan limbah tersebut sesuai dengan standar yang berlaku.
  - e. PIHAK KEDUA menjamin bahwa surat legalitas yang dimiliki oleh PIHAK KEDUA sesuai dengan ijin yang dikeluarkan oleh Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan.
  - f. PIHAK KEDUA akan mematuhi *General Safety Regulation* di pabrik PIHAK PERTAMA pada saat truck memasuki area PIHAK PERTAMA termasuk namun tidak terbatas pada Kebijakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dan Kebijakan Lingkungan yang diterapkan oleh PIHAK PERTAMA.

Customer	PT UEP
	

- 6.2. PIHAK PERTAMA menyatakan dan menjamin PIHAK KEDUA bahwa :
- Limbah yang diberikan kepada PIHAK KEDUA adalah sama dengan list daftar jenis limbah terdapat dalam bagian lampiran yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak tersisahkan dari Perjanjian.
  - PIHAK PERTAMA harus menyediakan semua informasi yang dimilikinya tentang limbahnya.
  - PIHAK PERTAMA akan memberikan dan/atau mengirimkan limbah dalam kemasan yang aman dan layak angkut.
  - PIHAK PERTAMA harus mematuhi semua Undang-undang, Keputusan-keputusan, Perintah-perintah, Kelepasan-kelepasan yang berlaku dan harus menyediakan lingkungan kerja yang aman selama PIHAK KEDUA berada di lokasi PIHAK PERTAMA
  - PIHAK PERTAMA dilarang melakukan pengalihan limbah kepada pihak lain selain PIHAK KEDUA selama masa berlakunya perjanjian ini, terkecuali PIHAK KEDUA tidak dapat mengangkut limbah tersebut.

#### Pasal 7 : Jaminan

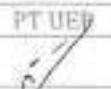
Pihak yang melakukan pelabuhan atau kesalahan atau karena kecerobohan, kelalaihan atau tindak kejahatan yang dilakukan oleh pihak yang bersangkutan yang disengaja atau tidak disengaja oleh para pegawai, agen atau kontraktornya dalam pelaksanaan Perjanjian Jasa ini akan menjamini dan membebaskan pihak lainnya dan para petugas, direktur, pegawai, agen, kontaktor, termasuk perusahaan afiliasinya, sukcesornya dan yang menerima pengalihan dan semua perwakilannya yang bertindak dalam kapasitas profesionalnya, dari dan terhadap suami dan semua hutang, kerugian, deuda, tuntutan, ongkos dan pengeluaran yang ada hubungannya dengan Perjanjian Jasa ini (termasuk ongkos-ongkos pembelaan, penyelesaian dan imbalan jasa pengacara yang layak) yang salah satu atau semuanya menjadi beban, timbul, menjadi tunggung jawab atau mengakibatkan adanya pembayaran akibat dari cedera badan (termasuk kerusakan), kerusakan harta milik, peneemaran atau pengaruh buruk terhadap lingkungan atau pelanggaran terhadap Undang-undang, Peraturan-peraturan atau Keputusan-keputusuan.

#### Pasal 8 : Batas Pertanggungjawaban

Tidak ada satu pihak pun bertanggung jawab kepada pihak lainnya atas kerusakan yang timbul baik secara langsung maupun tidak langsung, sebagai akibat sesuatu hal terhadap timbulnya kerugian, termasuk kerugian atas laba usaha sehubungan dengan Perjanjian Jasa ini.

#### Pasal 9 : Penyelesaian Perselisihan

- PARA PIHAK setuju dengan ikatad baik bahwa semua perselisihan/sengketa yang timbul dari Perjanjian ini akan diusahakan untuk diselesaikan secara musyawarah untuk musafakat.
- Apabila tidak dicapai musafakat, maka Para Pihak setuju Apabila musyawarah musafakat tidak dapat diperoleh maka PARA PIHAK sepakat memilih domisili hukum tetap pada Kantor Pengadilan Negeri Jakarta Pusat.

Customer	PT UEP
	

#### Pasal 10 : Pemberitahuan

Setiap pemberitahuan atau dokumen lain yang diberikan berdasarkan Perjanjian ini harus dibuat secara tulis dan dikirimkan ke alamat Para Pihak, sebagai berikut:

#### **PIHAK PERTAMA**

##### **PT MITRA PRAMITA MEDIKA (LABORATORIUM & KLINIK PRAMITA PONTIANAK)**

Nama : Endang Nurhayati  
Alamat : Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A, Sungai Bangkong, Kec. Pontianak Kota, Kota Pontianak, Kalimantan Barat 78113  
Telepon/Fax : 0811-4016-228  
E-mail : [endang.nurhayati@pramita.co.id](mailto:endang.nurhayati@pramita.co.id)

#### **PIHAK KEDUA**

##### **PT. UNIVERSAL ECO PASIFIC**

Nama : Wendi Wedi Putra  
Jabatan : Corporate Relations Officer  
Alamat : Komplek Majapahit Permai Blok C-109 Jl. Majapahit, Jakarta Pusat  
Telepon/Fax : 0896-7811-9889  
E-mail : [cso@universaleco.id](mailto:cso@universaleco.id) / cc: [mundi@universaleco.id](mailto:mundi@universaleco.id)

#### Pasal 11 : Kerahasiaan

Perjanjian Jasa ini menciptakan suatu hubungan rahasia antara PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA berkenaan dengan masalah pokoknya. Kerahasiaan yang mana akan berlangsung terus walaupun Perjanjian Jasa ini sudah berakhir.

#### Pasal 12 : Keadaan Kahir (*Force Majeure*)

Penyimpangan dari pasal – pasal perjanjian ini, tidak berlaku apabila terjadi keadaan kahir (*Force Majeure*) yaitu suatu keadaan yang terjadi di luar kehendak Para Pihak dan tidak dapat diperkirakan sebelumnya, sehingga kewajiban yang ditentukan dalam Perjanjian menjadi tidak dapat dipenuhi, seperti:

- Bencana alam, termasuk diantaranya: gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin putus, dan tanah longsor.
- Bencana non alam, termasuk diantaranya: gagal teknologi, epidemik dan wabah penyakit.
- Bencana sosial, termasuk diantaranya: konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat dari terror.
- Perang, kebakaran, dan/atau gangguan industri lainnya

Apabila Keadaan Kahir berlangsung lebih dari 14 (empat belas) hari, maka Pihak yang bersangkutan akan dibebaskan dari tanggungjawabnya menurut Perjanjian ini, dengan ketentuan bahwa Pihak tersebut harus memberikan bukti yang dikeluarkan otoritas seluruh atau bulan lainnya tentang terjadinya Keadaan Kahir tersebut, dan telah menyelesaikan kewajiban-kewajiban yang ada sebelum terjadinya Keadaan Kahir.

Custodian	PT UEP
<i>On</i>	/

- 16.4 Hal-hal yang belum cukup diatur dalam Perjanjian ini termasuk dalam hal terdapat perubahan terhadapnya, akan diatur kemudian secara terpisah dalam bentuk Addendum, yang merupakan satu kesatuan dan bagian yang tidak terpisahkan dari Perjanjian.
- 16.5. Jika terdapat dari ketentuan pada Perjanjian yang melanggar hukum atau tidak dapat dipaksakan, ketentuan tersebut harus dibentik dan lainnya dari ketentuan tersebut akan tetap mengikat dan berlaku bagi PARA PIHAK.
- 16.6. Setiap dari seluruh sengketa, kontroversi atau klaim yang timbul sehubungan dengan ketentuan dalam Perjanjian ini atau pelaksanaannya ("Sengketa"). Para Pihak wajib untuk mencoba untuk menyelesaikan Sengketa secara damai melalui negosiasi. Setiap Sengketa yang tidak dapat diselesaikan melalui negosiasi dalam 30 (tiga puluh) hari setelah tanggal penerimaan pemberitahuan tertulis oleh satu Pihak dari Pihak lainnya yang menyatakan terdapatnya Sengketa, wajib pada akhirnya diselesaikan melalui Pengadilan Negeri Jakarta Pusat.

**DEMIKIANLAH**, Perjanjian ini dibuat dan ditandatangani oleh Para Pihak pada tanggal sebagai berikut disebutkan pada bagian awal Perjanjian, dalam rangkap 2 (dua), bermaterai cukup, dan masing-masing rangkap mempunyai kekuatan hukum yang sama, dan masing-masing Pihak telah menerima satu rangkap.

**PIHAK PERTAMA**

PT MITRA PRAMITA MEDIKA  
(LABORATORIUM & KLINIK PRAMITA PONTIANAK)



**PIHAK KEDUA**

PT UNIVERSAL ECO PASIFIC



Lampiran 1. Rincian Harga

Biaya Pengelolaan Limbah			
No.	Jenis Limbah	Kode Limbah	Harga (Rp)
1.	Limbah Medis Infeksius (Padat, Cair, Tajam)	A337-1	33.333,- /kg
2.	Produk Farmasi Kedaluwarsa	A337-2	33.333,- /kg
3.	Bahan Kimia Kedaluwarsa	A337-3	33.333,- /kg
4.	Peralatan Lab Terkontaminasi B3	A337-4	33.333,- /kg
5.	Kemasan Produk Farmasi	B337-1	33.333,- /kg
6.	Sludge IPAL	B337-2	33.333,- /kg
7.	Aki / Baterai Bekas	B102d	33.333,- /kg
8.	Kemasan Bekas B3 (Kaleng Cat)	B104d	33.333,- /kg
9.	Oli Bekas	B105d	33.333,- /liter
10.	Kain Majun	B110d	33.333,- /kg
11.	Lampu TL	B107d	175.000,- /kg

Harga di atas tidak termasuk PPN 11%.





**PRAMITA Lab**

Hospitalisasi Konseling Diagnosa & Pelayanan

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN ELEKTROMEDIS

**Cabang Pontianak**  
Jl. Sultan Abdurrahman no.  
9A  
Pontianak

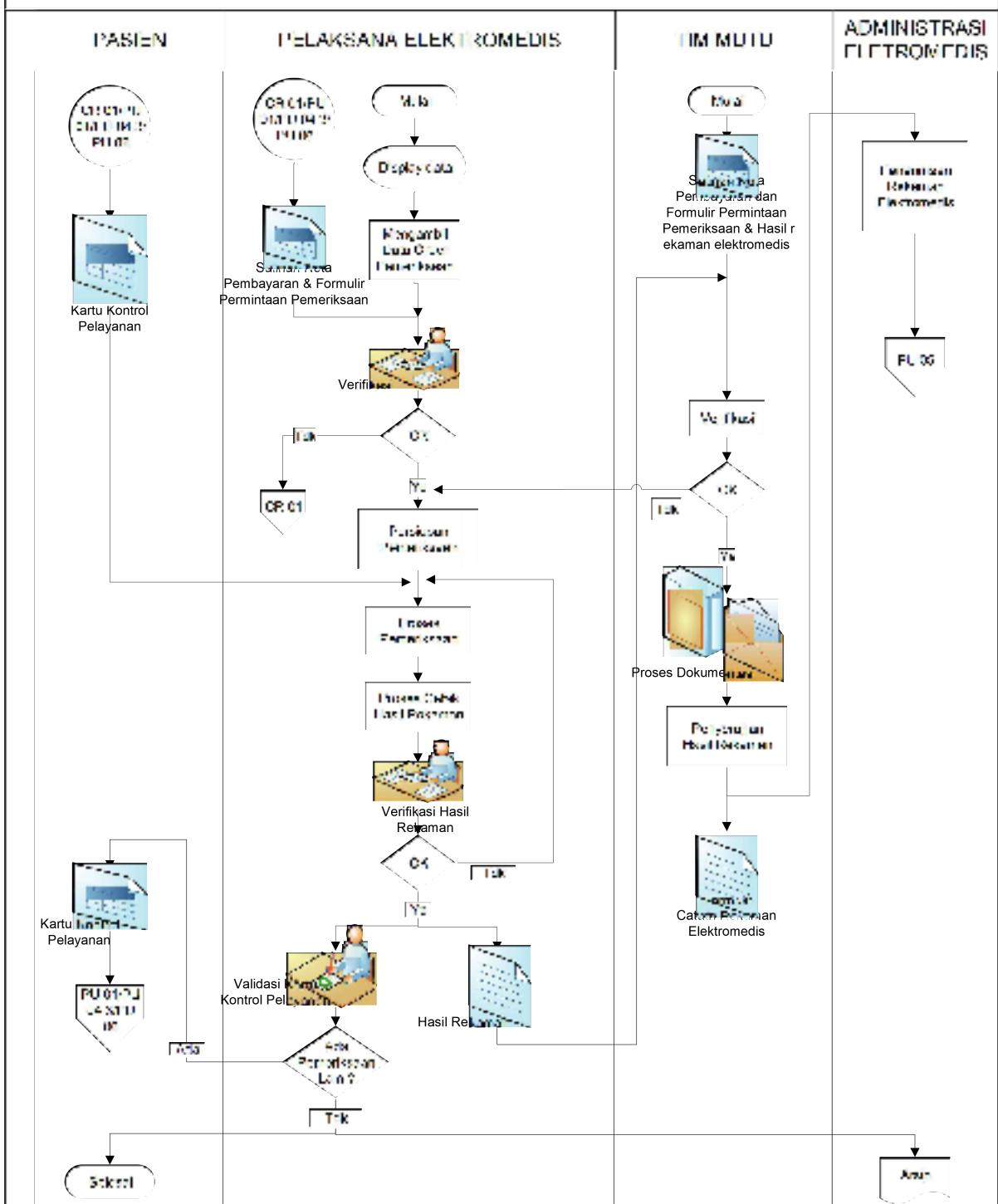
Tanggal Terbit  
15 Mei 2023

No. Dokumen  
YAN.33-SOP-PU-04.3

Kode Rev.  
02

Halaman  
1 dari 6

### ALUR PROSES PEMERIKSAAN ELEKTROMEDIS



 <i>Mengutamakan Kualitas Diagnosa &amp; Pelayanan</i>	 <b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN ELEKTROMEDIS</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman no. 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.3	<b>Kode Rev.</b> 02

**Halaman**  
2 dari 6

<b>1. Tujuan dan Ruang Lingkup</b>	<p>Prosedur tetap ini ditujukan untuk menjadi pedomanbakup proses pemeriksaan Elektromedis untuk mendapatkan hasil rekamanelektromedis yang berkualitas. Pemeriksaan elektromedis meliputi ECG, Treadmill, EEG, Autospirometri dan Audiometri. Prosedur ini dimulai dari tahap pengambilan data permintaanpemeriksaan sampai dengan penyerahan Hasil RekamanpadaPelaksana Administrasi Elektromedis.</p>
<b>2. Tanggung Jawab</b>	<p>Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab Manajer Pelayanan</p>
<b>3. Kebijakan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Setiap pelanggan harus mendapatkan pelayanan pemeriksaan yang baik, profesional, ramah dan nyaman, dan memperoleh hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan .</li> <li>3.2 Agar menghasilkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan selalu memuaskan keinginan pelanggan maka; <ul style="list-style-type: none"> <li>3.2.1 Keseluruhan tahapan proses pemeriksaan harus dikerjakan secara benar.</li> <li>3.2.2 Sarana dan prasarana harus digunakan secara benar dan dalam keadaan yang memadai</li> <li>3.2.3 Penerapan program pengendalian mutu yang menyeluruh</li> </ul> </li> <li>3.3 Laboratorium Klinik PRAMITA menetapkan dan mendokumentasikan proses pelayanan pemeriksaan Elektromedis untuk memastikan bahwa proses pelayanan pemeriksaan elektromedis selalu memenuhi persyaratan</li> <li>3.4 Pengambilan spesimen/pemeriksaan invasive lainnya dilakukan hanya dengan persetujuan dari pasien, persetujuan ini dapat disampaikan secara lisan maupun tertulis.</li> <li>3.5 Pelaksana pemeriksaan elektromedis harus menjaga etika medik, melindungi serta berhati-hati dengan objek pemeriksaan dan terhadap spesimen hasil rekaman.</li> <li>3.6 Tahapan identifikasi dan verifikasi spesimen hasil penyadapan atau rekaman harus selalu dilakukan untuk menjaga dan memenuhi persyaratan mutu pemeriksaan. Catatan mengenai verifikasi bahan harus dipelihara dan disimpan.</li> <li>3.7 Jika terdapat hasil pemeriksaan yang tidak sesuai, hilang, rusak atau tidak layak pakai maka harus segera dikomunikasikan kepada pelanggan dan catatannya harus dipelihara.</li> <li>3.8 Untuk sinkronisasi baik intern maupun dengan bagian-bagian lain yang terkait maka perlu diatur organisasi pelayanan pemeriksaan elektromedis.</li> </ul>

 <b>PRAMITA Lab</b> <i>Hanillahmam Klinik Diagnosa &amp; Pengobatan</i>	 <b>CONTROLLED</b>	 <b>MASTER</b>	
<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN ELEKTROMEDIS</b>			
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman no. 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.3	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 3 dari 6		
<b>4. Pengertian</b>	4.1. Pelaksana Elektromedis adalah petugas yang diberi tugas dan tanggung jawab mengerjakan pemeriksaan-pemeriksaan elektromedis 4.2. Pelaksana administrasi elektromedis adalah petugas yang diberi tugas untuk melakukan kegiatan-kegiatan administrasi sehubungan dengan pemeriksaan elektromedis, untuk sementara ini masih menjadi tanggung jawab pelaksana elektromedis. 4.3. Rekaman adalah hasil pemeriksaan dari alat elektromedis.		
<b>5. Rujukan</b>	5.1. Depkes RI, Pedoman Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan, Jakarta, Depkes RI, 2012 5.2. Standard ISO 9001:2015 5.3. Standard ISO 15189:2012		
<b>6. Pengukuran Hasil Kerja</b>	6.1 Kesesuaian rekaman elektromedis dengan syarat/ standar mutu yang ditentukan (lihat Tabel Sasaran Mutu) 6.2 Jumlah keluhan pasien terhadap pelayanan pemeriksaan elektromedis (lihat Tabel Sasaran Mutu)		
<b>7. Dokumen Terkait</b>	7.1 Instruksi Kerja Pengambilan Data Pemeriksaan Elektromedis (YAN.33-IKA-PU-04.3/01) 7.2 Instruksi Kerja Pengoperasian dan Maintenance Alat Elektromedis (YAN.33-IKA-PU-04.3/02 s/d YAN.33-IKA-PU-04.3/05) 7.3 Instruksi Kerja Masing-masing Jenis Pemeriksaan (YAN.33-IKA-PU-04.3/07 s/d YAN.33-IKA-PU-04.3/11) 7.4 Standar Syarat Mutu Hasil Rekaman Pemeriksaan Elektromedis (YAN.33-STD-PU-04.3) 7.5 Formulir Persetujuan Tindakan Elektromedis (YAN.33-FRM-PU-04.3/01) 7.6 Formulir Permintaan Pemeriksaan (YAN.02-FRM-CR.01.1/01) 7.7 Kartu Kontrol Pelayanan (YAN.33-FRM-CR.01.1/03) 7.8 Formulir Pengulangan Pemeriksaan Elektromedis (YAN.33-FRM-PU-04.3/03)		
<b>8. Prosedur</b>    <b>PELAKSANA ELEKTROMEDIS</b>	8.1 Pelaksana Elektromedis melihat data permintaan pemeriksaan elektromedis pada komputer sesuai lingkup bidang tugasnya masing-masing. 8.2 Mencocokkan data permintaan pemeriksaan dengan formulir Permintaan Pemeriksaan (YAN.02-FRM-CR.01.1/01.1) sebagai data primer sekaligus mengetahui diagnosa/indikasi klinis maupun catatan khusus dari dokter pengirim; 8.2.1 Bila sudah "Sesuai", melanjutkan pada proses persiapan pemeriksaan dan pemanggilan pasien. 8.2.2 Bila tidak benar atau tidak sesuai, segera		



PRAMITA Lab

Harga Terjangkau Kualitas Diunggulkan &amp; Profesional

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN ELEKTROMEDIS

<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman no. 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.3	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 4 dari 6		

	<p>mengkomunikasikan pada SPV Pelayanan untuk dilakukan pemberan dan diinput kembali sesuai prosedur Penerimaan dan Pendaftaran Pemeriksaan (YAN.33-SOP-CR-01.1) proses No 8.4.</p> <p>8.3 Melakukan persiapan pemeriksaan meliputi; Peralatan pemeriksaan sesuai Instruksi Kerja “Pengoperasian dan Maintenance Alat Elektromedis terkait” (YAN.33-IKA-PU-04.3/02... ) Bahan dan identitas pemeriksaan</p> <p>8.4 Melakukan pemanggilan pasien dan kemudian melakukan pemeriksaan sesuai Instruksi kerja yang ditetapkan, <b>khusus untuk Treadmill dan Echocardiografi proses ini langsung dikerjakan oleh Dokter Konsultan.</b></p> <p>8.5 Mencetak hasil rekaman.</p> <p>8.6 Melakukan verifikasi apakah hasil rekaman pemeriksaan sudah baik dan memenuhi standar yang ditetapkan sesuai Instruksi kerja “Syarat Mutu Hasil Rekaman Pemeriksaan Elektromedis” (YAN.33-STD-PU-04.3);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8.6.1 Bila “Sudah”, melanjukan ke proses selanjutnya.</li> <li>8.6.2 Bila “Belum” melakukan pemeriksaan kembali mengikuti prosedur No.8.4</li> </ul> <p>8.7 Memvalidasi Kartu Kontrol Pelayanan (YAN.33-IKA-CR-01.03) sebagai bukti bahwa pemeriksaan sudah dilakukan</p> <p>8.8 Memeriksa catatan pada Kartu Kontrol Pelayanan apakah ada tahapan pemeriksaan lain berikutnya;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>8.8.1 Bila “ada” Kartu Kontrol Pelayanan diserahkan kembali kepada pasien dan dijelaskan tahapan pemeriksaan berikutnya (Prosedur PU-01/PU-06), kemudian menyerahkan formulir permintaan pemeriksaan pada proses tersebut.</li> <li>8.8.2 Bila “tidak ada” berarti semua pemeriksaan telah selesai dan memberikan kartu control kepasien untuk dikembalikan ke Pendaftaran. Pasiendipersilahkan meninggalkan tempat.</li> </ul> <p>8.9 Menyerahkan hasil rekaman dan Formulir Permintaan Pemeriksaan pada Tim Kendali Mutu Elektromedis.</p> <p>8.10 Mengambil data pemeriksaan Elektromedis lewat computer,</p> <p>8.11 Menerima dan mengumpulkan hasil rekaman pemeriksaan Elektromedis</p> <p>8.12 Melakukan verifikasi terhadap hasil rekaman tersebut</p>
2	<b>TIM KENDALI MUTU</b>



**PRAMITA Lab**

Hanjilahana Klinik dan Diagnosa & Pelayanan

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN ELEKTROMEDIS

<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman no. 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.3	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 5 dari 6		

	<p>apakah;</p> <p>Jenis, jumlah dan kualitas hasil rekaman pemeriksaan elektromedis sudah memenuhi persyaratan mutu sebagaimana dalam STD Syarat Mutu Hasil Rekaman Pemeriksaan Elektromedis (YAN.33-STD-PU-04.3);</p> <p>Setiap pasien sudah dilakukan pemeriksaan secara lengkap.</p> <p>8.12.1 Bila " Benar" dilanjutkan dengan melakukan proses pencatatan</p> <p>8.12.2 Bila " Tidak " dikembalikan ke Pelaksana Elektromedis untuk dilakukan pemeriksaan ulang mengikuti prosedur No 8.4.</p> <p>8.13 Menyerahkan Hasil Rekaman pada Pelaksana Customer Service, Administrasi Laboratorium dan Koordinator umum dan kerumahtanggaan</p> <p>8.14 Selesai</p>
<b>9. Risiko Teridentifikasi</b>	<p>9.1 Kesalahan pencatatan data pasien</p> <p>9.2 Pemadaman listrik</p> <p>9.3 Kerusakan peralatan elektromedis</p> <p>9.4 Kekacauan operasional peralatan elektromedis</p>

	Dibuat oleh;	Disetujui oleh
Jabatan :	<b>WK. MANAGER PELAYANAN</b>	<b>KEPALA CABANG</b>
Tanda Tangan :	<p>Veronika Andriani</p> <p>Digitally signed by Veronika Andriani DN: CN=Veronika Andriani, E=pramita.pnk@gmail.com Reason: I am the author of this document Location: your signing location here Date: 2023.06.22 08:39:52+07'00' Foxit PDF Reader Version: 11.2.1</p> <p>VERONIKA ANDRIANI</p>	<p>Zulhipansa Nasution</p> <p>Digitally signed by Zulhipansa Nasution DN: CN=Zulhipansa Nasution, E=pramita.pnk@gmail.com Reason: I am the author of this document Location: your signing location here Date: 2023.06.22 08:37:51+07'00' Foxit PDF Reader Version: 11.2.1</p> <p>ZULHIPANSA NASUTION, S.S.T</p>
Tanggal :	15 Mei 2023	4 Mei 2023

 <i>Mengintegrasikan Kreativitas, Disiplin dan Profesionalisme</i>	<b>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</b>
<b>Cabang Padang</b> Jl. Ahmad Yani No. 39 Padang	

**JUDUL : PU-04.3 SOP PEMERIKSAAN ELEKTROMEDIS**

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO.DOK.& NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1.	01 Nov 2019	YAN.33-SOP- PU-04.3	00	SOP Pemeriksaan Elektromedis	TKM.2, YAN, YAN.3	-	Penerbitan Dokumen Baru
2.	01 April 2021	YAN.33-SOP- PU-04.3	01	SOP Pemeriksaan Elektromedis	TKM.2, YAN, YAN.3	YAN.33-SOP-PU-04.3 (rev 00)	Review Dokumen Perubahan pejabat pengesahan
3.	09 April 2022	YAN.33-SOP- PU-04.3	02	SOP Pemeriksaan Elektromedis	TKM.2, YAN, YAN.3	YAN.33-SOP-PU-04.3 (rev 01)	Review Dokumen Perubahan pejabat pengesahan
4.	15 Mei 2023	YAN.33-SOP- PU-04.3	03	SOP Pemeriksaan Elektromedis	TKM.2, YAN, YAN.3	YAN.33-SOP-PU-04.3 (rev 02)	Review Dokumen Perubahan pejabat pengesahan



PRAMITA Lab

Menjaga Kualitas Diagnosa &amp; Pengobatan

STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR  
PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

Cabang Pontianak  
Jalan Sultan Abdurrahman  
No 9A  
Pontianak

Tanggal Terbit  
04 Mei 2023

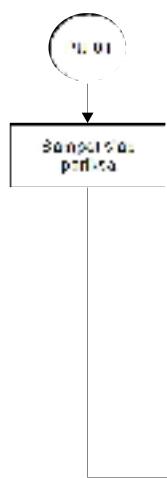
No. Dokumen  
LAB.33-SOP-PU-02.1

Kode Rev.  
02

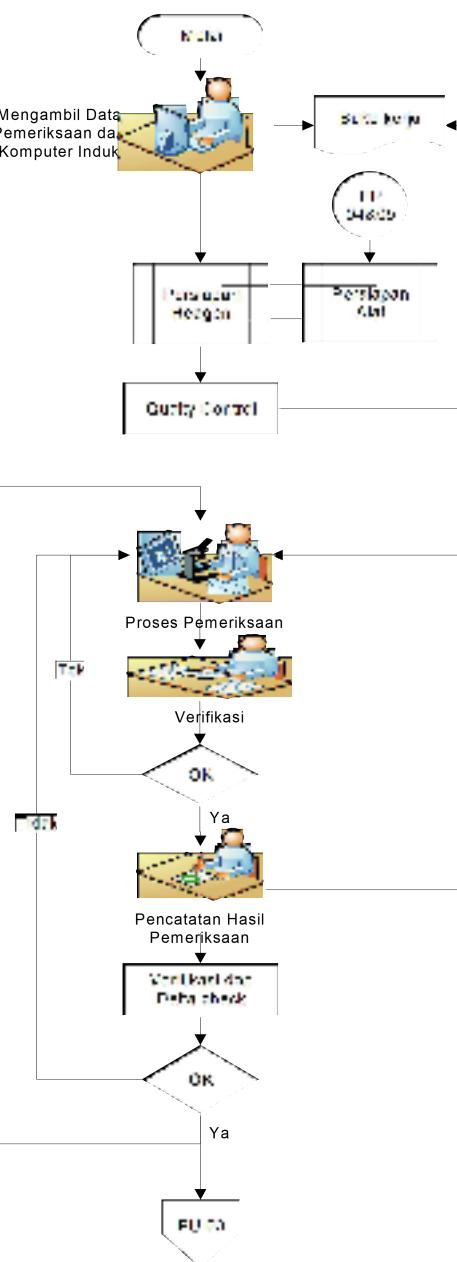
Halaman  
1 dari 8

## PEMERIKSAAN SAMPEL

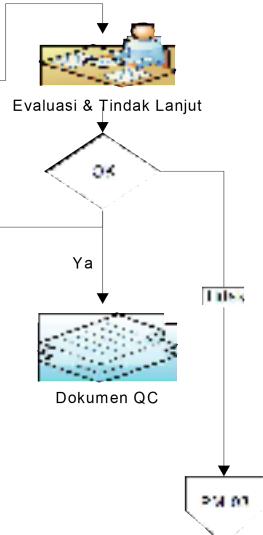
## PELAKSANA PENGELOLAAN SAMPEL



## PELAKSANA ANALIS



## TIM MUTU LABORATORIUM





PRAMITA Lab

Menjalin Kualitas Diagnosa &amp; Pelajaran

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

<b>Cabang Pontianak</b> Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 04 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.1	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 2 dari 8		

<b>1. TUJUAN DAN RUANG LINGKUP</b>	Memperoleh hasil Pemeriksaan yang mempunyai nilai kualitas diagnostik yang tinggi.  Prosedur ini berlaku untuk pengendalian mutu pemeriksaan Hematologi mulai dari penerimaan sampel sampai dengan dikeluarkannya laporan hasil Hematologi.
<b>2. TANGGUNG JAWAB</b>	Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab Manager Laboratorium dan Dokter Penanggung Jawab Pathologi Klinik dengan Petugas Analis sebagai pelaksananya
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>3.1. Layanan pemeriksaan Laboratorium Klinik harus memberikan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan.</li><li>3.2. Bawa untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi tersebut harus didukung pula oleh proses preanalitik, analitik dan post analitik yang benar, sarana dan prasarana yang memadai serta penerapan sistem pemantauan dan pengendalian yang menyeluruh</li><li>3.3. Laboratorium Klinik PRAMITA menetapkan dan mendokumentasikan proses pengujian / pemeriksaan Laboratorium untuk memastikan proses tersebut selalu memenuhi persyaratan mutu yang ditetapkan.</li><li>3.4. Untuk menjamin hasil yang bermutu dan mencegah timbulnya kesalahan, program pengendalian mutu harus dikerjakan pada setiap tahapan proses sesuai prosedur yang ditetapkan</li><li>3.5. Jika dalam pemantauan dan pengendalian mutu ditemukan suatu proses atau hasil yang unik (luar biasa) harus dikomunikasikan pada atasan yang bersangkutan atau dokter penanggungjawab, catatan atas hal ini harus disimpan</li><li>3.6. Tanggung jawab seorang pelaksana analis adalah mulai dari tahap preanalitik (pengambilan <i>specimen</i>) sampai</li></ol>



PRAMITA Lab

Menyediakan Kualitas Diagnosa &amp; Pelayanan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

<b>Cabang Pontianak</b> Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 04 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.1	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 3 dari 8		

	<p>dengan tersedianya laporan data hasil pemeriksaan pada <i>database</i> komputer dengan benar.</p> <p>3.7. Setiap Pelaksana tahapan pemeriksaan harus menjaga, melindungi serta berhati-hati dengan penggunaan dan pengelolaan specimen pemeriksaan</p> <p>Jika terdapat <i>specimen</i> yang tidak sesuai, hilang, rusak atau tidak layak pakai maka harus segera dikomunikasikan kepada pelanggan dan catatannya harus dipelihara.</p>
<b>4. PENGERTIAN</b>	<p>4.1 Nilai Diagnostik yang tinggi adalah hasil pemeriksaan yang memenuhi unsur ketepatan, kecepatan dan ketelitian yang tinggi</p> <p>4.2 Analit adalah zat/unsur yang terdapat di dalam sampel yang dianalisa</p> <p>4.3 Pemeriksaan hematologi adalah pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan sel-sel darah termasuk fungsi fisiologisnya, faal hemostasis dan Tes Agregasi Trombosit</p> <p>4.4 Hasil Hematologi Lengkap adalah pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan hemoglobin, jumlah eritrosit, hematokrit, MCV, MCH, MCHC, RDW, leukosit, hitung jenis, trombosit dan laju endap darah</p> <p>4.5 Hematologi khusus meliputi pemeriksaan hematologi di luar Hematologi Lengkap, yang meliputi Faal Hemostasis, PPT, APTT, BT, CT, Viscositas Darah, dan Sel LE.</p>
<b>5. RUJUKAN</b>	<p>5.1 Departemen Kesehatan RI, 2013, Pedoman Praktek Laboratorium Kesehatan Yang Benar, Jakarta.</p> <p>5.2 Depkes RI, Standar Akreditasi Laboratorium Kesehatan, Jakarta, 2012</p> <p>5.3 ISO 9001:2015 (6.4, 7.5.1, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.3, 8.2.4, 8.3)</p> <p>5.4 ISO 15189:2012 (5.4, 5.5, 5.6, 5.7)</p>
<b>6. PENGUKURAN HASIL KERJA</b>	<p>6.1. Gross Profit Margin</p> <p>6.2. TAT Proses Analitik (rata – rata TAT 1 &amp; 2)</p> <p>6.3. Performance Pelayanan Pada Pelanggan</p> <p>6.4. Performance Proses Pemeriksaan Laboratorium</p>
<b>7. DOKUMEN TERKAIT</b>	<p>7.1 Standar Operasional Prosedur Kalibrasi System Pengukuran &amp; Traceability (TKM.33-SOP-PP-05.02)</p> <p>7.2 Standar Operasional Prosedur Pemantapan Mutu Eksternal</p>



PRAMITA Lab

Menjalin Kualitas Diagnosa &amp; Pengobatan

STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR  
PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

<b>Cabang Pontianak</b> Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 04 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.1	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 4 dari 8		

	(TKM.33-SOP-PM-01.5) 7.3 Instruksi Kerja Pemantapan Mutu Internal Hematologi (TKM.33-IKA-PM-01.1/01) 7.4 Instruksi Kerja Pengambilan Data dan Uji Ketepatan Dan Ketelitian (LAB.33-IKA-PU-02.1/01, LAB.33-IKA-PU-02.1/02) 7.5 Instruksi Kerja Alat Pemeriksaan Hematologi (LAB.33-IKA-PU 02.1/02) 7.6 Instruksi Kerja Verifikasi Data Hasil Pemeriksaan Hematologi (LAB.33-IKA-PU-02.1/29) 7.7 Instruksi Kerja Pemeriksaan Hematologi: (LAB.33-IKA-PU-02.1/04, LAB.33-IKA-PU-02.1/05, LAB.33-IKA-PU-02.1/07, LAB.33-IKA-PU-02.1/09 s/d LAB.33-IKA-PU-02.1/26, LAB.33-IKA-PU-02.1/28, LAB.33-IKA-PU-02.1/30 sd LAB.33-IKA-PU-02.1/31) 7.8 Instruksi Kerja Pemeliharaan Alat: (LAB.33-IKA-PU-02.1/06 dan LAB.33-IKA-PU-02.1/08) 7.9 Instruksi Kerja Penanganan Limbah Hematologi : LAB.33-IKA-PU-02.1/27 7.10 Daftar Nilai Rujukan Pemeriksaan Hematologi : LAB.33-STD-PU-02.1 7.11 Buku Catatan Hasil Pemeriksaan Hematologi : LAB.33-FRM-PU-02.1/01 7.12 Buku Komunikasi Laboratorium : LAB.33-FRM-PU.02 7.13 Formulir QC Internal Sysmex XN-L 550 (TKM.33-FRM-PM-01.1/01) Formulir Kontrol ESR Vision (TKM.33-FRM-PM-01.1/02) dan Formulir QC Internal Sysmex CL Analyzer (TKM.33-FRM-PM-01.1/03)
<b>8. RISIKO TERIDENTIFIKASI</b>	8.1 Keterlambatan Hasil 8.2 Ketidaksesuaian Hasil 8.3 Keluhan Pelanggan 8.4 Peningkatan biaya produksi pemeriksaan 8.5 Kesalahan penginputan data
<b>9. PROSEDUR</b>	9.1 Mengambil data permintaan pemeriksaan hematologi lewat komputer sesuai Instruksi Kerja “Pengambilan Data Pemeriksaan Hematologi” (LAB.33-IKA-PU-02.1-01), kemudian dicatat pada buku “Catatan Pemeriksaan Hematologi” (LAB.33-FRM-02.1-01).



PRAMITA Lab

Menjalin Kualitas Diagnosa &amp; Pengobatan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

<b>Cabang Pontianak</b> Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 04 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.1	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 5 dari 8		

	<p>9.2 Melakukan persiapan pemeriksaan, meliputi;</p> <p>9.2.1 Persiapan alat sesuai Instruksi kerja “Pemeliharaan Sysmex XN-L 550” (LAB.33-IKA-PU-02.1-04)</p> <p>9.2.2 Persiapan reagensia sesuai Instruksi Kerja Masing-masing “Pemeriksaan Hematologi” (LAB.33-IKA-PU-02.1-09 s/d LAB..33-IKA-PU-02-26)</p> <p>9.2.3 Persiapan Bahan Kontrol sesuai Instruksi Kerja “Uji Ketepatan dan Ketelitian Hematologi” (LAB.33-IKA-PU-02.1-02)</p> <p>9.3 Melakukan pengolahan sampel sesuai Instruksi Kerja “Penanganan Limbah Hematologi” (LAB.33-IKA-PU-02.1-27)</p> <p>9.4 Melakukan uji pemantapan mutu internal (quality control) sesuai Instruksi kerja “Uji Ketepatan dan Ketelitian Hematologi” (LAB.33-IKA-PU-02.1-02), kemudian dipastikan bahwa hasil pemeriksaan uji kontrol memenuhi persyaratan yang ditetapkan;</p> <p>9.4.1 Bila kontrol “memenuhi” syarat diteruskan ke proses berikutnya-proses pengujian/pemeriksaan.</p> <p>9.4.2 Bila “tidak memenuhi” dicari penyebabnya sesuai prosedur pengendalian ketidaksesuaian (MR.33-SOP-PM-04.1) dan melakukan proses quality kontrol kembali</p> <p>9.5 Melakukan proses analisa/pengujian sesuai Instruksi kerja dari masing-masing “Pemeriksaan Hematologi” (LAB.33-IKA-PU-02.1), dengan urutan prioritas sebagai berikut;</p> <p>9.5.1 Pemeriksaan Faal Hemostasis</p> <p>9.5.2 Membuat Slide Hapusan Darah Tepi</p> <p>9.5.3 Pemeriksaan Hematologi Analizer</p> <p>9.5.4 Pemeriksaan LED</p>
--	---



PRAMITA Lab

Menyediakan Kualitas Diagnosa &amp; Pengobatan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

<b>Cabang Pontianak</b> Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 04 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.1	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 6 dari 8		

	<p>9.5.5 Pemeriksaan Hematologi khusus.</p> <p>9.6 Melakukan proses pengukuran/pembacaan hasil analisa, kemudian mencatat pada buku “Catatan Pemeriksaan Hematologi” (LAB.33-FRM-PU-02.1/01)</p> <p>9.7 Melakukan verifikasi terhadap kebenaran dan validasi hasil pengujian, sesuai Instruksi Kerja Verifikasi Hasil Pemeriksaan (TKM.33-IKA-PM-01.1-03), Instruksi Kerja Uji Trend (TKM.33-IKA-PM-01.1/06), Instruksi Kerja Delta Check (TKM.33-IKA-PM-01.1-02)</p> <p>9.7.1 Bila sudah memenuhi syarat, melanjutkan pada proses berikutnya yaitu prosedur Dokumentasi dan Validasi Hasil Pemeriksaan Laboratorium (LAB.33-SOP-PU-08) - proses Input hasil pemeriksaan.</p> <p>9.7.2 Bila belum memenuhi syarat, melakukan pemeriksaan ulang kembali mengikuti prosedur No. 9.5</p> <p>9.8 Melakukan maintenance harian peralatan sesuai Instruksi kerja Persiapan alat sesuai Instruksi kerja “Pemeliharaan Sysmex XN-L 550” (LAB.33-IKA-PU-02.1-04)</p> <p>9.9 Menyimpan spesimen yang sudah dikerjakan atau spesimen dengan pemeriksaan “tunda/menyusul” sesuai syarat dan cara penyimpanan spesimen dalam ” Daftar Jenis, Syarat Mutu, Penyimpanan dan pengambilan Spesimen” (LAB.33-STD-PU-01).</p> <p>9.10 Melakukan penanganan limbah pemeriksaan sesuai Instruksi kerja yang ditetapkan (LAB.33-IKA-PU-02.1/27)</p> <p>9.11 Merapikan tempat kerja.</p> <p>9.12 Selesai</p>
--	---



**PRAMITA Lab**

Mengutamakan Kualitas Diagnosa & Pengobatan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN HEMATOLOGI

<b>Cabang Pontianak</b> Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 04 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.1	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 7 dari 8		

	Dibuat oleh :	Diketahui Oleh :
Jabatan	<b>MANAGER LABORATORIUM</b>	<b>KEPALA CABANG</b>
Tanda Tangan	 ARBAIN SEPTIADI	 ZULHIPANSA NASUTION, S. S.T
Tanggal	04 Mei 2023	04 Mei 2023

 <b>Cabang Pontianak</b> Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</b>
--	---

**JUDUL : PU-02.1 SOP PEMERIKSAAN HEMATOLOGI**

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO.DOK.& NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1.	01 November 2019	LAB.33- SOP-PU-02.1	00	SOP Pemeriksaan Hematologi	CAB, TKM, YAN, KEU, MKT, LAB, SDM,TKM.	-	Penerbitan Dokumen Baru
2.	01 April 2021	LAB.33- SOP-PU-02.1	01	SOP Pemeriksaan Hematologi	CAB, TKM, YAN, KEU, MKT, LAB, SDM,TKM.	LAB.33-SOP-PU-02.1 No Rev 00	Review Dokumen, Revisi Point 9, Revisi Pejabat Pengesahan
3.	09 April 2022	LAB.33- SOP-PU-02.1	02	SOP Pemeriksaan Hematologi	CAB, TKM, YAN, KEU, MKT, LAB, SDM,TKM.	LAB.33-SOP-PU-02.1 Rev 01	Review Dokumen dan Revisi Point 7
4.	04 Mei 2023	LAB.33- SOP-PU-02.1	02	SOP Pemeriksaan Hematologi	CAB, TKM, YAN, KEU, MKT, LAB, SDM,TKM.	-	Review Dokumen



PRAMITA Lab

Mengembangkan Kreativitas Diagnosa &amp; Pengobatan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN

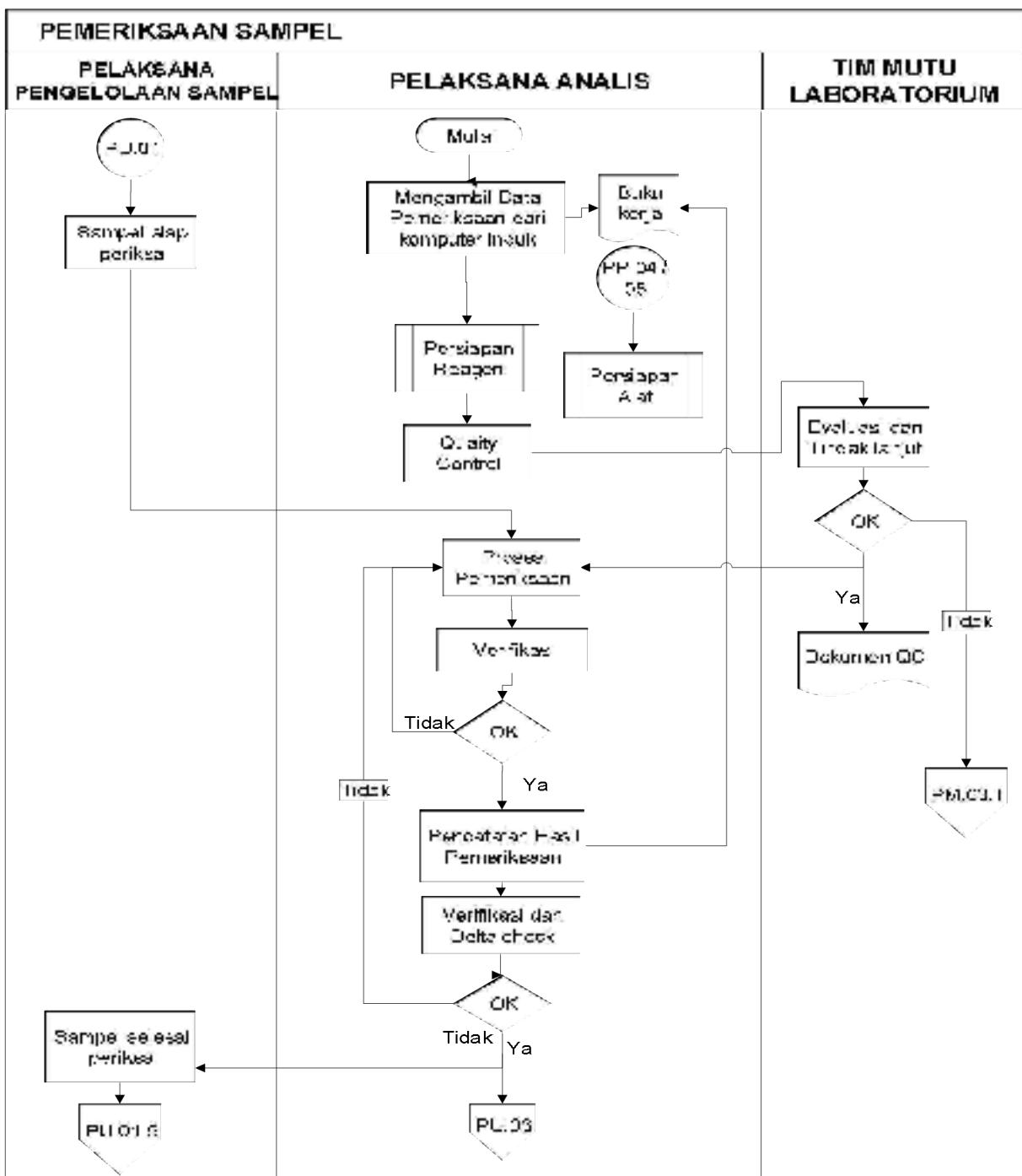
Cabang Pontianak  
Jl. Sultan Abdurrahman  
No 9A  
Pontianak

Tanggal Terbit  
15 Mei 2023

No. Dokumen  
LAB.33-SOP-PU-02.2

Kode Rev.  
02

Halaman  
1 dari 8





<b>PRAMITA Lab</b> Mengintegrasikan Kreativitas Diagnosa & Pengujian	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 2 dari 8		

<b>1. TUJUAN PEMERIKSAAN &amp; RUANG LINGKUP</b>	Prosedur tetap ini ditujukan untuk menjadi pedoman baku proses pemeriksaan Klinik Rutin mulai tahap pengambilan data pemeriksaan sampai dengan pencatatan hasil pengujian dan penyerahan Laporan Pekerjaan Harian dan Verifikasi Pemeriksaan, agar didapatkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan.
<b>2. TANGGUNG JAWAB</b>	Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab Manager Laboratorium dan Dokter Penanggung Jawab Pathologi Klinik dengan Petugas Analis Klinik Rutin sebagai pelaksanaanya.
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>3.1. Layanan pemeriksaan Laboratorium Klinik harus memberikan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan.</li><li>3.2. Bawa untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi tersebut harus didukung pula oleh proses preanalitik, analitik dan post analitik yang benar, sarana dan prasarana yang memadai serta penerapan sistem pemantauan dan pengendalian yang menyeluruh</li><li>3.3. Laboratorium Klinik PRAMITA menetapkan dan mendokumentasikan proses pengujian/pemeriksaan Laboratorium untuk memastikan proses tersebut selalu memenuhi persyaratan mutu yang ditetapkan.</li><li>3.4. Untuk menjamin hasil yang bermutu dan mencegah timbulnya kesalahan, program pengendalian mutu harus dikerjakan pada setiap tahapan proses sesuai prosedur yang ditetapkan .</li><li>3.5. Jika dalam pemantauan dan pengendalian mutu ditemukan suatu proses atau hasil yang unik (luar biasa) harus dikomunikasikan pada atasan yang bersangkutan atau dokter</li></ul>



PRAMITA Lab	STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN		
Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-SOP-PU-02.2	Kode Rev. 02
Halaman 3 dari 8			

	<p>penanggung jawab, catatan atas hal ini harus disimpan.</p> <p>3.6. Tanggung jawab seorang pelaksana analis adalah mulai dari tahap preanalitik (Pengambilan spesimen) sampai dengan tersedianya Laporan Data Hasil Pemeriksaan pada data base komputer dengan benar.</p> <p>3.7. Setiap Pelaksana tahapan pemeriksaan harus menjaga, melindungi serta berhati-hati dengan penggunaan dan pengelolaan spesimen pemeriksaan .</p> <p>3.8. Jika terdapat spesimen yang tidak sesuai, hilang, rusak atau tidak layak pakai maka harus segera dikomunikasikan kepada pelanggan dan catatannya harus dipelihara</p>
<b>4. PENGERTIAN</b>	<p>4.1. Pemeriksaan Klinik Rutin adalah pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan urinalisis, Faeces, dan panel-panel analisa (analisa sperma, analisa transudat eksudat, analisa batu ginjal dll).</p> <p>4.2. Hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi adalah hasil pemeriksaan yang memenuhi unsur ketepatan, ketelitian dan kecepatan yang tinggi serta dapat memenuhi kepuasan pelanggan.</p> <p>4.3. Hasil pemeriksaan yang bisa dipertanggungjawabkan adalah hasil pemeriksaan yang valid yang tidak terbantahkan kebenarannya sehingga dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah maupun secara hukum.</p> <p>4.4. Verifikasi adalah suatu tahapan check ulang terhadap sesuatu proses yang dikerjakan untuk memastikan bahwa semua proses berjalan dengan baik dan tidak ada kesalahan.</p> <p>4.5. Validasi adalah proses pengesahan dari suatu hasil pemeriksaan baik hasil pemeriksaan normal maupun yang</p>



<b>PRAMITA Lab</b> Mengintegrasikan Kreativitas Diagnosa & Pelayanan	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 4 dari 8		

	patologis atau abnormal ekstrim biasanya dengan pengulangan pemeriksaan atau check konfirmasi dengan pemeriksaan lain.  4.6. Quality Control adalah uji ketelitian dan ketepatan dengan mengerjakan bahan kontrol.
<b>5. RUJUKAN</b>	5.1. Standard ISO 9001: 2015  5.2. Sistem Manajemen Mutu Laboratorium, Anwar Hadi, PT Gramedia Pustaka Utama, Tahun 2000  5.3. Standard ISO 15189:2012  5.4. Standard Akreditasi Laboratorium Kesehatan 2012  5.5. Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan Yang Benar (Good Laboratory Practice), Jakarta, Depkes, 2008.  5.6. Depkes RI, Pedoman Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan, Jakarta, Depkes RI, 2008  5.7. Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 43 tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik
<b>6. PENGUKURAN HASIL KERJA</b>	6.1. Jumlah ketidaksesuaian data hasil pengujian yang terkendalikan pada tes konfirmasi (Lihat Tabel Sasaran Mutu).  6.2. Jumlah ketidaksesuaian data hasil pengujian yang terkendalikan pada verifikasi pemeriksaan. (Lihat Tabel Sasaran Mutu)
<b>7. DOKUMEN TERKAIT</b>	7.1. Instruksi Kerja Pengolahan Spesimen Urine (LAB.33-IKA-PU-01.3/05)  7.2. Instruksi Kerja Pengambilan Data Pemeriksaan Klinik Rutin (LAB.33-IKA-PU-02.2/01)  7.3. Instruksi Kerja Pengoperasian (LAB.33-IKA-PU-02.2/02) &



<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>ANALISA DAN PENGUKURAN</b> <b>PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN</b>			
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 02
		<b>Halaman</b> 5 dari 8	

	Maintenance (LAB.33-IKA-PU-02.2/03) Peralatan Klinik Rutin  7.4. Instruksi Kerja Uji Ketelitian dan Ketepatan Klinik Rutin (LAB.33-IKA-PU-02.2/04)  7.5. Instruksi Kerja Masing-masing Pemeriksaan Klinik Rutin (LAB.33-IKA-PU-02.2/05, LAB.33-IKA-PU-02.2/06, LAB.33-IKA-PU-02.2/07, LAB.33-IKA-PU-02.2/08, LAB.33-IKA-PU-02.2/09, LAB.33-IKA-PU-02.2/10, LAB.33-IKA-PU-02.2/11, LAB.33-IKA-PU-02.2/12, LAB.33-IKA-PU-02.2/13, LAB.33-IKA-PU-02.2/14, LAB.33-IKA-PU-02.2/15, LAB.33-IKA-PU-02.2/18 )  7.6. Instruksi Kerja Penanganan Limbah Klinik Rutin (LAB.33-IKA-PU-02.2/16)  7.7. Buku Catatan Pemeriksaan Klinik Rutin (LAB.33-FRM-PU-02.2/01)  7.8. Laporan Hasil Quality Control Klinik Rutin (LAB.33-FRM-PU-02.2/02)  7.9. Daftar Rujukan Nilai Normal Klinik Rutin (LAB.33-STD-PU-02.2)  7.10. Data Base Computer
<b>8. RESIKO TERIDENTIFIKASI</b>	8.1. Keterlambatan Hasil 8.2. Ketidaksesuaian Hasil 8.3. Keluhan Pelanggan 8.4. Peningkatan biaya produksi pemeriksaan 8.5. Kesalahan penginputan data
<b>9. PROSEDUR PELAKSANA</b>	9.1. Mengambil data permintaan pemeriksaan klinik rutin lewat media komputer sesuai Instruksi Kerja "Pengambilan Data



<b>PRAMITA Lab</b> Mengembangkan Kreativitas Diagnosa & Pengujian	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 02

<b>ANALIS</b>	<p>Pemeriksaan Klinik Rutin” (LAB.33-IKA-PU-02.2/01), kemudian dicatat pada buku “Catatan Pemeriksaan Klinik Rutin” (LAB.33-FRM- PU-02.2/01).</p> <p>9.2. Melakukan persiapan pemeriksaan, meliputi;</p> <p>9.2.1. Persiapan alat sesuai Instruksi kerja “Pengoperasian dan Maintenance Alat Klinik Rutin” (LAB.33-IKA-PU-02.2/02, LAB.33-IKA-PU-02.2/03)</p> <p>9.2.2. Persiapan reagensia sesuai Instruksi Kerja Masing-masing “Pemeriksaan Klinik Rutin” (LAB.33-IKA-PU-02.2/05,LAB.33-IKA-PU-02.2/06, LAB.33-IKA-PU-02.2/07,LAB.33-IKA-PU-02.2/08,LA B.33-IKA-PU-02.2/09,LAB.33-IKA-PU-02.2/10,LA B.33-IKA-PU-02.2/11,LAB.33-IKA-PU-02.2/12,LAB.33-IKA-PU-02.2/13,LAB.33-IKA-PU-02.2/14,LAB.33 -IKA-PU-02.2/15,LAB.33-IKA-PU-02.2/18)</p> <p>9.2.3. Persiapan Bahan Kontrol sesuai Instruksi Kerja “Uji Ketelitian dan Ketepatan Bidang Klinik Rutin” (LAB.33-IKA-PU-02.2/04)</p> <p>9.3. Mengambil dan melakukan pengolahan spesimen klinik rutin sesuai prosedur LAB.33-PU-01.3 dalam Instruksi Kerja “Pengolahan Sediment Urine” (LAB.33-IKA-PU- 01.3/05)</p> <p>9.4. Melakukan uji pemantapan mutu internal (quality kontrol) sesuai Instruksi kerja “Uji Ketepatan dan Ketelitian Bidang Klinik Rutin” (LAB.33-IKA-PU- 02.2/04)</p> <p>9.4.1. Bila kontrol “memenuhi” syarat diteruskan ke proses berikutnya proses pengujian / pemeriksaan.</p> <p>9.4.2. Bila “tidak memenuhi” dicari penyebabnya sesuai prosedur Tindakan Koreksi dan Pencegahan</p>
---------------	--



<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>ANALISA DAN PENGUKURAN</b> <b>PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN</b>			
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> 7 dari 8		

	<p>(LAB.33-PM-03.1) dan melakukan proses Quality Control kembali.</p> <p>9.5. Melakukan proses analisa/pengujian sesuai Instruksi kerja dari masing-masing “Pemeriksaan Klinik Rutin” (LAB.33-IKA-PU-02.2/05,LAB.33-IKA-PU-02.2/06,LAB.33-IKA-PU-02.2/07,LAB.33-IKA-PU-02.2/08,LAB.33-IKA-PU-02.2/09,LAB.33-IKA-PU-02.2/10,LAB.33-IKA-PU-02.2/11,LAB.33-IKA-PU-02.2/12,LAB.33-IKA-PU-02.2/13,LAB.33-IKA-PU-02.2/14,LAB.33-IKA-PU-02.2/15,LAB.33-IKA-PU-02.2/18)</p> <p>9.6. Melakukan proses pengukuran/pembacaan dari analit hasil analisa, kemudian mencatat pada buku “Catatan Pemeriksaan Klinik Rutin ” (LAB.33-FRM-PU-02.2/01)</p> <p>9.7. Melakukan verifikasi terhadap kebenaran dan validasi hasil pengujian, sesuai Instruksi Kerja “Verifikasi Data Hasil Pemeriksaan Klinik Rutin ” (LAB.33-IKA-PU-02.2/17)</p> <p>9.7.1. Bila sudah memenuhi syarat, melanjutkan pada proses berikutnya yaitu prosedur Dokumentasi dan Validasi Hasil Pemeriksaan Laboratorium (LAB.33-SOP-PU-03.1) – Input hasil pemeriksaan.</p> <p>9.7.2. Bila belum memenuhi syarat, melakukan pemeriksaan ulang kembali mengikuti prosedur E</p> <p>7.11. Melakukan Maintenance harian peralatan sesuai Instruksi Kerja Pengoperasian (LAB.33-IKA-PU-02.2/02) &amp; Maintenance (LAB.33-IKA-PU-02.2/03) Peralatan Klinik Rutin</p> <p>9.8. Melakukan penanganan limbah pemeriksaan sesuai Instruksi kerja yang ditetapkan (LAB.33-IKA-PU- 02.2.16)</p>
--	--



<b>PRAMITA Lab</b> Mengintegrasikan Kreativitas Diagnosa & Pengobatan	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN KLINIK RUTIN</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 02
<b>Halaman</b> 8 dari 8			

	9.9. Merapikan tempat kerja.
--	------------------------------

	Dibuat oleh	Disetujui oleh
Jabatan	<b>MANAGER LABORATORIUM</b>	<b>KEPALA CABANG</b>
Tanda Tangan	 ARBAIN SEPTIADI	 ZULHIPANSA NASUTION, S.ST
Tanggal	15 Mei 2023	15 Mei 2023

 <b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	<h3>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</h3>
---	---

**JUDUL : PU-02.2 SOP ANALISA DAN PENGUKURAN KLINIK RUTIN**

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO.DOK.& NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1.	01 November 2019	LAB.33-SOP-PU-02.2	00	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN KLINIK RUTIN	LAB, TKM	-	Penerbitan Dokumen Baru
2.	01 April 2021	LAB.33-SOP-PU-02.2	01	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN KLINIK RUTIN	LAB, TKM	LAB.33-SOP-PU-02.2 REV.00	Review Dokumen, Revisi Pejabat Pengesahan
3.	09 April 2022	LAB.33-SOP-PU-02.2	01	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN KLINIK RUTIN	LAB, TKM	-	Review Dokumen
4.	15 Mei 2023	LAB.33-SOP-PU-02.2	01	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN KLINIK RUTIN	LAB, TKM	-	Review Dokumen

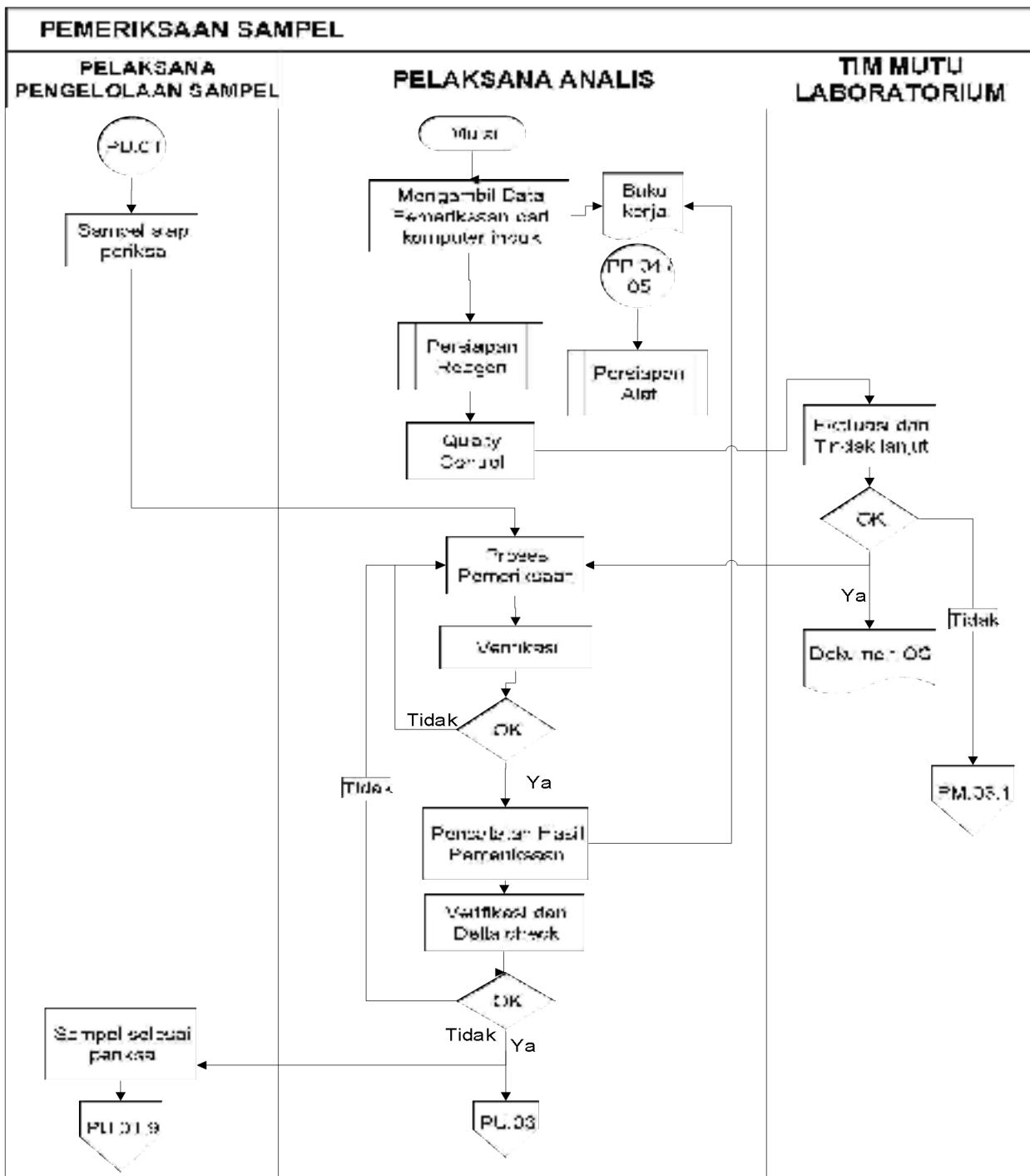
<p><b>PRAMITA Ltd</b> Handuk Kreatif Dengan Rasa Paling Segar™</p> <p><b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak</p>	<p><b>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</b></p>
---	--



**PRAMITA Lab**  
Laboratorium Klinis Diagnosa & Pengobatan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN KIMIA KLINIK

Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-IKA-PU-02.3	Kode Rev. 03
Halaman 1 dari 8			





## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN KIMIA KLINIK

Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-IKA-PU-02.3	Kode Rev. 03
	Halaman 2 dari 8		

<b>1. TUJUAN DAN RUANG LINGKUP</b>	Memperoleh hasil Pemeriksaan yang mempunyai nilai kualitas diagnostik yang tinggi. Prosedur ini berlaku untuk pengendalian mutu pemeriksaan Kimia Klinik mulai dari penerimaan sampel sampai dengan dikeluarkannya laporan hasil Kimia Klinik.
<b>2. TANGGUNG JAWAB</b>	Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab Manager Laboratorium dan Dokter Penanggung Jawab Pathologi Klinik dengan Petugas Analis Klinik Klinik sebagai pelaksananya
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Layanan pemeriksaan Laboratorium Klinik harus memberikan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan.</li><li>2. Bahwa untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi tersebut harus didukung pula oleh proses preanalitik, analitik dan post analitik yang benar, sarana dan prasarana yang memadai serta penerapan sistem pemantauan dan pengendalian yang menyeluruh</li><li>3. Laboratorium Klinik PRAMITA menetapkan dan mendokumentasikan proses pengujian/pemeriksaan Laboratorium untuk memastikan proses tersebut selalu memenuhi persyaratan mutu yang ditetapkan.</li><li>4. Untuk menjamin hasil yang bermutu dan mencegah timbulnya kesalahan, program pengendalian mutu harus dikerjakan pada setiap tahapan proses sesuai prosedur yang ditetapkan.</li><li>5. Jika dalam pemantauan dan pengendalian mutu ditemukan suatu proses atau hasil yang unik (luar biasa) harus dikomunikasikan pada atasan yang bersangkutan atau dokter penanggung jawab, catatan atas hal ini harus disimpan</li><li>6. Tanggung jawab seorang pelaksana analis adalah mulai dari tahap preanalitik (pengambilan spesimen) sampai dengan tersedianya laporan data hasil pemeriksaan pada data base komputer dengan benar.</li><li>7. Setiap pelaksana tahapan pemeriksaan harus menjaga, melindungi serta berhati-hati dengan penggunaan dan</li></ol>



## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN KIMIA KLINIK

Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-IKA-PU-02.3	Kode Rev. 03
	Halaman 3 dari 8		

	<p>pengelolaan spesimen pemeriksaan</p> <p>8. Jika terdapat spesimen yang tidak sesuai, hilang, rusak atau tidak layak pakai maka harus segera dikomunikasikan kepada pelanggan dan catatannya harus dipelihara.</p> <p>9. Hasil pemeriksaan/analisa kimia klinik abnormal atau hasil dengan tanda khusus “flag” dari alat autoanaliser dikonfirmasi dengan metode/pemeriksaan manual.</p>
<b>4. PENGERTIAN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Nilai Diagnostik yang tinggi adalah hasil pemeriksaan yang memenuhi unsur ketepatan, kecepatan dan ketelitian yang tinggi</li><li>Analit adalah zat/unsur yang terdapat di dalam sampel yang dianalisa.</li><li>Pemeriksaan Kimia Klinik adalah pemeriksaan kimia darah dengan menggunakan metode pengukuran kolorimetrik fotometris, turbidimetri, enzimatic dan ISE.</li><li>Kimia Klinik Rutin adalah pemeriksaan kimia klinik yang dikerjakan secara rutin dengan jumlah pemeriksannya banyak/memadai, diantaranya meliputi pemeriksaan Albumin, Globulin, Total Protein, SGOT, SGPT, Gamma GT, Alkali Fosfatase, Bilirubin, Cholesterol Total, Trigliserida, HDL Cholesterol, LDL Direk, BUN, Creatinin, Asam urat, Kreatinin, Glukosa darah puasa, glukosa darah 2 JPP, glukosa darah acak, Natrium, Kalium, Clorida, HbA1c.</li><li>Kimia Klinik Khusus adalah pemeriksaan kimia klinik yang jumlah permintaannya masih belum banyak dan tidak rutin dikerjakan diantaranya meliputi : Cholinesterase.</li></ol>
<b>5. RUJUKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Pedoman Praktek Laboratorium Yang Benar, Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2008</li><li>International Standard ISO 9001 : 2008 (6.4, 7.5.1, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.3, 8.2.4, 8.3)</li><li>International Standard ISO 15189 : 2012 (5.5, 5.6, 5.7, 5.8)</li><li>Standar Akreditasi Laboratorium Kesehatan 2012</li><li>International Standard ISO 9001 : 2015</li></ol>



PRAMITA LAB

Mengintegrasikan Konseling, Diagnosis &amp; Pengobatan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN KIMIA KLINIK

<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-IKA-PU-02.3	<b>Kode Rev.</b> 03
	<b>Halaman</b> 4 dari 8		

<b>6. PENGUKURAN HASIL KERJA</b>	1. Performance jumlah keluhan pelanggan terhadap ketidak sesuaian hasil pemeriksaan. 2. Hasil Pemantapan mutu internal dan eksternal 3. Performance ketepatan penyerahan hasil ke FO / Pengantaran.
<b>7. DOKUMEN TERKAIT</b>	1. Instruksi Kerja Pemantapan Mutu Internal (Uji Ketelitian & Ketepatan): TKM.33-SOP-PM-01.1 2. Instruksi Kerja Pemantapan Mutu Eksternal (Uji Ketelitian dan Ketepatan): TKM.33-SOP-PM-01.4 3. Instruksi Kerja Delta Check & Verifikasi Hasil Pemeriksaan (TKM.33-IKA-PM-01.1/07) 4. Instruksi Kerja Centrifuge (LAB.33-IKA-PU-01.3/10) 5. Instruksi Kerja Pemeriksaan Kimia Klinik: (LAB.33-IKA-PU-02.3/03) s/d (LAB.33-IKA-PU-02.3/18), (LAB.33-IKA-PU-02.3/21) s/d (LAB.33-IKA-PU-02.3/25), (LAB.33-IKA-PU-02.3/28), (LAB.33-IKA-PU-02.3/30) s/d LAB.33-IKA-PU-02.3/34) dan (LAB.33-IKA-PU-02.3/36). 6. Instruksi Kerja Pengoperasian dan Maintenance Alat (LAB.33-IKA-PU-02.3/02, LAB.33-IKA-PU-02.3/20, LAB.33-IKA-PU-02.3/29 dan LAB.33-IKA-PU-02.3/35) 7. Formulir Kontrol Kimia Klinik : (TKM.33-FRM-PM-01.1/05) 8. Daftar Nilai Rujukan Pemeriksaan Kimia Klinik : (LAB.33-STD-PU-02.3)
<b>8. PROSEDUR</b>	1. Analis Pelaksana Kimia Klinik mengambil data Pemeriksaan Kimia Klinik dari komputer induk (BISONE), melalui “Laboratorium - Result Entry” dan mencatat pada Buku Kerja (LAB.33-FRM-PU-02.3/01) 2. Menyiapkan alat dan reagensia, melakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai instruksi kerja yang ditetapkan. 3. Bersama Tim Mutu Laboratorium melakukan pemantapan mutu dengan mengerjakan bahan kontrol. Bila pemantapan mutu sudah memenuhi syarat sebagaimana ditetapkan, pemeriksaan dapat dilanjutkan 4. Bila kontrol “memenuhi” syarat diteruskan ke proses



PRAMITA Lab

Handiklinik Kimia Klinik Diagnosa &amp; Pengobatan

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN KIMIA KLINIK

<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-IKA-PU-02.3	<b>Kode Rev.</b> 03
	<b>Halaman</b> 5 dari 8		

	<p>berikutnya proses pengujian / pemeriksaan.</p> <p>5. Bila “tidak memenuhi” dicari penyebabnya dan melakukan proses pemeriksaan bahan kontrol kembali.</p> <p>6. Mencatat hasil kontrol pada form Pemeriksaan Kontrol. (TKM.33-FRM-PM-01.1/05)</p> <p>Catatan: Tim Mutu melakukan program Quality Control Pemantapan Mutu Internal dan Eksternal pada jadwal dan waktu yang telah ditentukan sesuai dengan Instruksi Kerja Pemantapan Mutu Internal (TKM.33-SOP-PM-01.1) dan Instruksi kerja Pemantapan Mutu Eksternal (TKM.33-SOP-PM-01.4).</p> <p>7. Mengajukan order dan mengambil sampel kepada petugas Pengelolaan Sampel setelah dilakukan proses Specimen Handling dan Sample Handling lalu melakukan verifikasi kelengkapan dan mutu sampelnya. Bila ada yang belum terpenuhi segera dikonfirmasikan ke petugas Pengelolaan Sampel untuk diambil tindakan segera (LAB.33-FRM-PU-01.3/02).</p> <p>8. Melakukan proses analisa / pengujian sesuai intruksi kerja dari masing-masing “Pemeriksaan Kimia Klinik” (LAB.33-IKA-PU-02.3/03) s/d (LAB.33-IKA-PU-02.3/18), (LAB.33-IKA-PU-02.3/21) s/d (LAB.33-IKA-PU-02.3/25), (LAB.33-IKA-PU-02.3/28), (LAB.33-IKA-PU-02.3/30) s/d LAB.33-IKA-PU-02.3/34) dan (LAB.33-IKA-PU-02.3/36).</p> <p>9. Pada progarm LIS, pilih menu Analysis kemudian pilih Process Sample pilih berdasarkan Analyzer yang digunakan lalu klik kanan, pilih hari sesuai yang diinginkan. Kemudian arahkan cursor ke bagian bawah pada kolom sample lalu dilakukan draw Process dan Received. Setelah itu lakukan draw Process yang ada di kolom Test sebelah kanan atas.</p> <p>10. Kemudian melakukan verifikasi hasil-hasil pemeriksaan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan, melakukan pemeriksaan ulang dan pemeriksaan konfirmasi bila ada hasil pemeriksaan yang pathologis ekstrim, tidak relevan dan tidak</p>
--	---



## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN KIMIA KLINIK

Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-IKA-PU-02.3	Kode Rev. 03
		Halaman 6 dari 8	

	<p>masuk akal sesuai dengan Instruksi Kerja Delta Check &amp; Verifikasi Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik (LAB.33-IKA-PU-02.3/27).</p> <p>11. Bila hasil sudah keluar, mencatat hasil pemeriksaan pada Buku Kerja Kimia Klinik (LAB.33-FRM-PU-02.3/01) untuk dokumentasi.</p> <p>12. Hasil yang sudah keluar dari alat dapat diinput baik secara manual maupun kirim BisOne.</p> <p>13. Penginputan manual pada program BisOne, pilih menu Analysis kemudian pilih Result pilih berdasarkan Analyzer yang digunakan lalu klik kanan, pilih hari sesuai yang diinginkan. Kemudian arahkan cursor ke bagian kolom Test sebelah kanan, input hasil dilakukan di kolom Result. Setelah input data dilakukan draw pada kolom INP. Penginputan hasil melalui BisOne dapat dilakukan langsung, dikirim melalui send host dari alat. Setelah hasil masuk pada komputer induk, pada program BisOne dilakukan draw pada kolom INP.</p> <p>14. Bila hasil sudah sesuai antara alat dan computer induk dilakukan verifikasi. Melakukan verifikasi dan delta check terhadap hasil pemeriksaan yang telah dimasukkan pada komputer induk terhadap kemungkinan adanya kesalahan ketik dan adanya kecenderungan atau trend hasil, sesuai dengan Instruksi Kerja Delta Check &amp; Verifikasi Hasil Pemeriksaan (LAB.33-IKA-PU-02.3/27).</p> <p>15. Verifikasi pada program LIS, pilih menu Analysis kemudian pilih Verification, klik kanan pilih hari yang diinginkan, pilih berdasarkan no.Reg / nama yang melakukan pemeriksaan. Kemudian melakukan draw “Ver” pada kolom Test disebelah kanan.</p> <p>16. Bila sudah selesai semua, petugas melakukan pemeliharaan alat sebelum mematikannya, sesuai dengan instruksi kerja yang telah ditentukan.</p> <p>17. Membersihkan dan merapihkan tempat kerja, menyimpan kembali reagensia</p>
--	---



<b>PRAMITA Lab</b>				<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN KIMIA KLINIK</b>		
Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak		Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-IKA-PU-02.3	Kode Rev. 03	Halaman 7 dari 8	

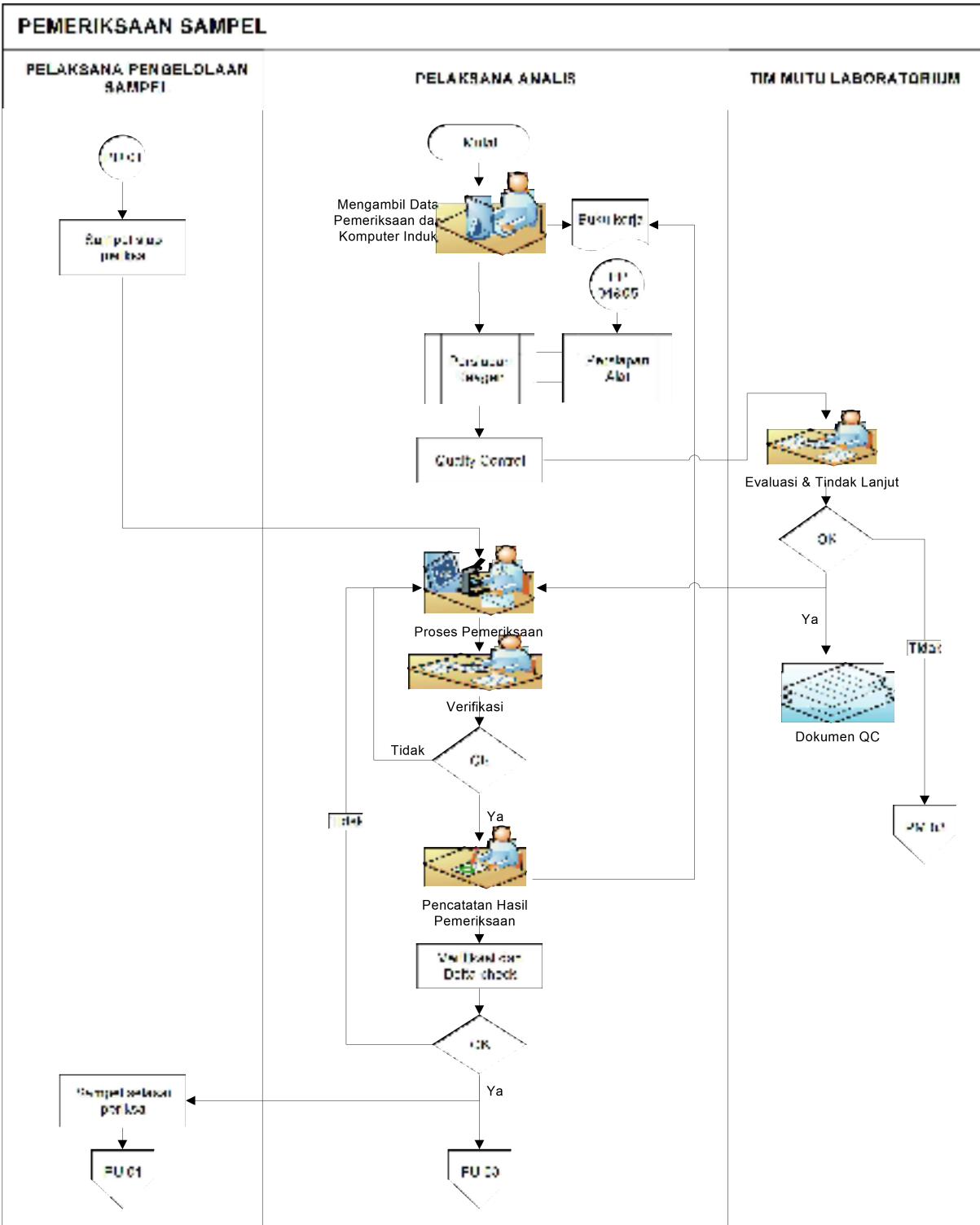
	Dibuat oleh	Disetujui oleh
Jabatan	<b>MANAGER LABORATORIUM</b>	<b>KEPALA CABANG</b>
Tanda Tangan	 <b>ARBAIN SEPTIADI</b>	 <b>ZULHIPANSA NASUTION, S.ST</b>
Tanggal	15 Mei 2023	15 Mei 2023

 <b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<b>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</b>
--	---

**JUDUL : LAB.33-SOP-PU-02.3 SOP KIMIA KLINIK**

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO. DOK. & NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1.	01 Agustus 2019	LAB.33-SOP- PU-02.3	00	SOP KIMIA KLINIK	CAB,LAB,TKM	-	Penerbitan Dokumen Baru
2.	01 April 2021	LAB.33-SOP- PU-02.3	01	SOP KIMIA KLINIK	CAB,LAB,TKM	LAB.33-SOP-PU-02.3 REV 00	Review dokumen, perubahan poin 4, 7, 8, pembuat dokumen, dan revisi pejabat pengesahan
3.	09 April 2022	LAB.33-SOP- PU-02.3	02	SOP KIMIA KLINIK	CAB,LAB,TKM	LAB.33-SOP-PU-02.3 REV 01	Review dokumen, perubahan poin 7
4.	15 Mei 2023	LAB.33-SOP- PU-02.3	03	SOP KIMIA KLINIK	CAB,LAB,TKM	LAB.33-SOP-PU-02.3 REV 02	Review Dokumen, Revisi Pelaksana

 <p><b>PRAMITA Lab</b> Laboratorium Konseling Diagnosa &amp; Pengobatan</p>	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN IMMUNOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.4	<b>Kode Rev.</b> 02  <b>Halaman</b> <b>1 dari 8</b>



 <b>PRAMITA Lab</b> <i>Mengintegrasikan Diagnosa &amp; Patologi</i>	 <b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN IMMUNOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.4	<b>Kode Rev.</b> 02
	Halaman <b>2 dari 8</b>		
<b>1. TUJUAN DAN RUANG LINGKUP</b>	<p>Prosedur tetap ini ditujukan untuk menjadi pedoman baku proses pemeriksaan Immunologi mulai tahap pengambilan data pemeriksaan sampai dengan pencatatan hasil pengujian dan penyerahan Laporan Verifikasi Pemeriksaan, agar didapatkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan bisa dipertanggungjawabkan.</p>		
<b>2. TANGGUNG JAWAB</b>	<p>Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab Manager Laboratorium dan Dokter Penanggung Jawab Patologi Klinik dengan Petugas Analis Immunologi sebagai pelaksananya</p>		
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Layanan pemeriksaan Laboratorium Klinik harus memberikan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan.</li> <li>3.2. Bawa untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi tersebut harus didukung pula oleh proses preanalitik, analitik dan post analitik yang benar, sarana dan prasarana yang memadai serta penerapan sistem pemantauan dan pengendalian yang menyeluruh</li> <li>3.3. Laboratorium Klinik PRAMITA menetapkan dan mendokumentasikan proses pengujian/pemeriksaan Laboratorium untuk memastikan proses tersebut selalu memenuhi persyaratan mutu yang ditetapkan.</li> <li>3.4. Untuk menjamin hasil yang bermutu dan mencegah timbulnya kesalahan, program pengendalian mutu harus dikerjakan pada setiap tahapan proses sesuai prosedur yang ditetapkan</li> <li>3.5. Jika dalam pemantauan dan pengendalian mutu ditemukan suatu proses atau hasil yang unik (luar biasa) harus dikomunikasikan pada atasan yang bersangkutan atau dokter penanggung jawab, catatan atas hal ini harus disimpan</li> <li>3.6. Tanggung jawab seorang pelaksana analis adalah mulai dari tahap preanalitik (Pengambilan spesimen) sampai dengan</li> </ol>		



 <b>PRAMITA Lab</b> <i>Mengintegrasikan Diagnosa &amp; Pengobatan</i>	 <b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN IMMUNOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.4	<b>Kode Rev.</b> 02
	Halaman <b>3 dari 8</b>		
	<p>tersedianya laporan data hasil pemeriksaan pada data base komputer dengan benar.</p> <p>3.8. Setiap pelaksana tahapan pemeriksaan harus menjaga, melindungi serta berhati-hati dengan penggunaan dan pengelolaan spesimen pemeriksaan.</p> <p>3.9. Jika terdapat spesimen yang tidak sesuai, hilang, rusak atau tidak layak pakai maka harus segera dikomunikasikan kepada pelanggan dan catatannya harus dipelihara.</p>		
<b>4. PENGERTIAN</b>	<p>4.1. Pemeriksaan Immunologi adalah pemeriksaan yang menggunakan prinsip reaksi antigen antibodi sebagai dasar analisanya.</p> <p>4.2. Hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi adalah hasil pemeriksaan yang memenuhi unsur ketepatan, ketelitian dan kecepatan yang tinggi serta dapat memenuhi kepuasan pelanggan.</p> <p>4.3. Hasil pemeriksaan yang bisa dipertanggungjawabkan adalah hasil pemeriksaan yang valid yang tidak terbantahkan kebenarannya sehingga dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah maupun secara hukum.</p> <p>4.4. Verifikasi adalah suatu tahapan check ulang terhadap sesuatu proses yang dikerjakan untuk memastikan bahwa semua proses berjalan dengan baik dan tidak ada kesalahan.</p> <p>4.5. Quality Control adalah uji ketelitian dan ketepatan dengan mengerjakan serum kontrol.</p> <p>4.6. Validasi adalah proses pengesahan dari suatu hasil pemeriksaan baik hasil pemeriksaan normal maupun yang patologis atau abnormal ekstrim biasanya dengan pengulangan pemeriksaan atau check konfirmasi dengan pemeriksaan lain.</p>		



<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN IMMUNOLOGI</b>					
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.4	<b>Kode Rev.</b> 02		
		Halaman <b>4 dari 8</b>			
<b>5. RUJUKAN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>5.1. Standard ISO 9001:2018</li><li>5.2. Sistem Manajemen Mutu Laboratorium, Anwar Hadi, PT Gramedia Pustaka Utama, Tahun 2000</li><li>5.3. Standard ISO 15189:2012</li><li>5.4. Standard Akreditasi Laboratorium Kesehatan 2012</li><li>5.5. Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan Yang Benar (Good Laboratory Practice), Jakarta, Depkes, 2008.</li><li>5.6. Depkes RI, Pedoman Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan, Jakarta, Depkes RI, 2008</li><li>5.7. Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 43 tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik</li></ul>				
<b>6. PENGUKURAN HASIL KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>6.1. Jumlah ketidaksesuaian " method performance" (CV, Bias, TE) dengan persyaratan mutu yang ditentukan (TEa)</li><li>6.2. Jumlah ketidaksesuaian data hasil pengujian yang terkendalikan pada tes konfirmasi (Lihat Tabel Sasaran Mutu).</li><li>6.3. Jumlah ketidaksesuaian data hasil pengujian yang terkendalikan pada verifikasi pemeriksaan. (Lihat Tabel Sasaran Mutu)</li></ul>				
<b>7. DOKUMEN TERKAIT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>7.1. Instruksi Kerja Pengelolaan Spesimen Serum (LAB.33-IKA-PU-01.3/03)</li><li>7.2. Instruksi Kerja Pengambilan Data Pemeriksaan Immunologi (LAB.33-IKA-PU-02.4/01)</li><li>7.3. Instruksi Kerja Pengoperasian &amp; Maintenance alat Immunologi (LAB.33-IKA-PU-02.4/05 dan LAB.33-IKA-PU-02.4/06)</li><li>7.4. Instruksi Kerja Uji Ketelitian dan Ketepatan Bidang Imunologi (LAB.33-IKA-PU-02.4/03)</li><li>7.5. Instruksi Kerja Masing-masing Pemeriksaan Immunologi</li></ul>				

 <b>PRAMITA LAB</b> <i>Mengintegrasikan Diagnosa &amp; Pengobatan</i>	 <b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN IMMUNOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.4	<b>Kode Rev.</b> 02
	<b>Halaman</b> <b>5 dari 8</b>		
	<p>(LAB.33-IKA-PU-02.4/07...)</p> <p>7.6. Instruksi Kerja Penanganan Limbah Immunologi (LAB.33-IKA-PU-02.4/04)</p> <p>7.7. Instruksi Kerja Uji Trend (TKM.33-IKA-PM-01.1/06)</p> <p>7.8. Instruksi Kerja Verifikasi Data Hasil Pemeriksaan Immunologi (LAB.33-IKA-PU-02.4/02)</p> <p>7.9. Buku Catatan Pemeriksaan Immunologi (LAB.33-FRM-PU-02.4/03)</p> <p>7.10. Laporan Hasil Quality Control Immunologi (TKM.33-FRM-PM-01.1/06)</p> <p>7.11. Standard Nilai Rujukan Pemeriksaan Laboratorium (LAB.33-STD-PU-02.4)</p> <p>7.12. Data Base Komputer</p>		
<b>8. RISIKO TERIDENTIFIKASI</b>	8.1 Keterlambatan Hasil 8.2 Ketidaksesuaian Hasil 8.3 Keluhan Pelanggan 8.4 Peningkatan biaya produksi pemeriksaan 8.5 Kesalahan penginputan data		
<b>9. PROSEDUR</b>	9.1. Analis Pelaksana mengambil data permintaan pemeriksaan Immunologi lewat media komputer sesuai Instruksi Kerja “Pengambilan Data Pemeriksaan Immunologi” (LAB.33-IKA-PU-02.4/01). 9.2. Melakukan persiapan pemeriksaan, meliputi; <ul style="list-style-type: none"> <li>9.2.1. Persiapan alat sesuai Instruksi kerja “Pengoperasian dan Maintenance Alat Immunologi” (LAB.33-IKA-PU-02.4/05 dan LAB.33-IKA-PU-02.4/06)</li> <li>9.2.2. Persiapan reagensia sesuai Instruksi Kerja Masing-masing “Pemeriksaan Immunologi” (LAB.33-IKA-PU-02.4/07...)</li> <li>9.2.3. Persiapan Bahan Kontrol sesuai Instruksi Kerja “Uji Ketelitian dan Ketepatan Bidang Immunologi”</li> </ul>		





## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN IMMUNOLOGI

Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-SOP-PU-02.4	Kode Rev. 02
	Halaman <b>6 dari 8</b>		

	<p>(LAB.33-IKA-PU-02.4/03)</p> <p>9.3. Mengambil dan melakukan pengolahan spesimen immunologi sesuai prosedur dalam Instruksi Kerja “Pengelolaan Spesimen Serum” (LAB.33-IKA-PU-01.3/03).</p> <p>9.4. Melakukan uji pemantapan mutu internal (quality control) sesuai Instruksi kerja “Uji Ketelitian dan Ketepatan Immunologi” (LAB.33-IKA-PU-02.4/03),</p> <p>9.4.1. Bila kontrol “memenuhi” syarat diteruskan ke proses berikutnya yaitu proses pengujian/pemeriksaan.</p> <p>9.4.2. Bila “tidak memenuhi” dicari penyebabnya sesuai prosedur Pengendalian Ketidaksesuaian (MR.33-SOP-PM-04.1) dan melakukan proses quality control kembali.</p> <p>9.5. Melakukan proses analisa/pengujian sesuai Instruksi kerja dari masing-masing “Pemeriksaan Immunologi” (LAB.33-IKA-PU-02.4/07...), pola dan urutan pemeriksaan menggunakan prinsip “random access” berdasarkan urutan pasien datang, kecuali untuk pemeriksaan immunologi manual.</p> <p>9.6. Melakukan proses pengukuran/pembacaan dari analit hasil analisa, kemudian untuk pemeriksaan immunologi yang tidak terkoneksi langsung ke LIS dicatat pada buku “Catatan Pemeriksaan Immunologi” (LAB.33-FRM-PU-02.4/03)</p> <p>9.7. Melakukan verifikasi terhadap kebenaran dan validasi hasil pengujian, sesuai Instruksi Kerja Verifikasi Hasil Pemeriksaan Immunologi (LAB.33-IKA-PU-02.4/02) dan Instruksi Kerja Uji Trend (TKM.33-IKA-PM-01.1/06).</p> <p>9.7.1. Bila sudah memenuhi syarat, melanjutkan pada proses berikutnya yaitu prosedur Dokumentasi dan Validasi Hasil Pemeriksaan Laboratorium (LAB.33-PU-03) – Input hasil pemeriksaan.</p> <p>9.7.2. Bila belum memenuhi syarat, melakukan pemeriksaan</p>
--	--

 <b>PRAMITA LAB</b> <i>Mengintegrasikan Diagnosa &amp; Pengobatan</i>	 <b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN IMMUNOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.4	<b>Kode Rev.</b> 02

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ulang kembali mengikuti prosedur No. 9.5.</li> <li>9.8. Menyimpan spesimen yang sudah dikerjakan atau spesimen dengan pemeriksaan “tunda/menyusul” sesuai syarat dan cara penyimpanan spesimen dalam ”Daftar Jenis, Syarat Mutu, Penyimpanan dan pengambilan Spesimen” (LAB.33-STD-PU-01).</li> <li>9.9. Melakukan penanganan limbah pemeriksaan sesuai Instruksi kerja yang ditetapkan (LAB.33-IKA-PU- 02.4/04)</li> <li>9.10. Merapihkan tempat kerja</li> </ul>
--	---

	Dibuat oleh :	Disetujui oleh :
Jabatan	MANAGER LABORATORIUM	KEPALA CABANG
Tanda Tangan	 ARBAIN SEPTIADI	 ZULHIPANSA NASUTION S.S.T.
Tanggal	15 Mei 2023	15 Mei 2023



 <b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No.9A Pontianak	<h3>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</h3>
--	---

**JUDUL : PU-02.4 SOP Pemeriksaan Immunologi**

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO.DOK.& NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1.	01 November 2019	LAB.33-SOP-PU-02.4	00	SOP Pemeriksaan Immunologi	YAN, TKM, LAB	-	Penerbitan Dokumen Baru
2.	01 April 2021	LAB.33-SOP-PU-02.4	01	SOP Pemeriksaan Immunologi	YAN, TKM, LAB	LAB.33-SOP-PU-02.4 Rev 00	Review dokumen, revisi pejabat pengesahan
3.	09 April 2022	LAB.33-SOP-PU-02.4	02	SOP Pemeriksaan Immunologi	YAN, TKM, LAB	LAB.33-SOP-PU-02.4 Rev 01	Perubahan pada Poin 7 dan 9
4.	15 Mei 2023	LAB.33-SOP-PU-02.4	02	SOP Pemeriksaan Immunologi	YAN, TKM, LAB	-	Review Dokumen



## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

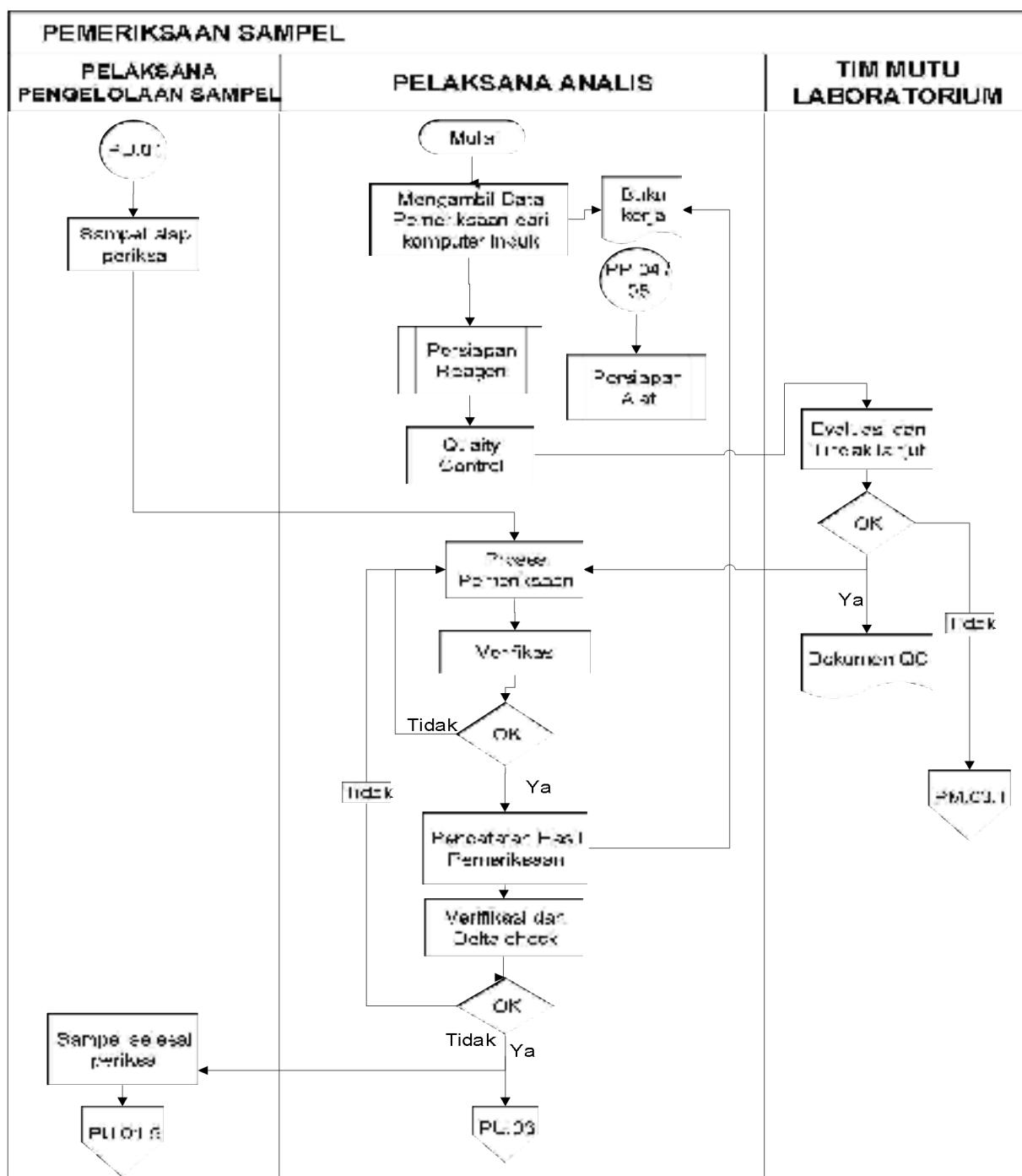
Cabang Pontianak  
Jl. Sultan Abdurrahman  
No 9A  
Pontianak

Tanggal Terbit  
15 Mei 2023

No. Dokumen  
LAB.33-SOP-PU-02.2

Kode Rev.  
01

Halaman  
1 dari 9





O	STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 01
	<b>Halaman</b> 2 dari 9		

<b>1. TUJUAN PEMERIKSAAN &amp; RUANG LINGKUP</b>	Prosedur tetap ini menjelaskan pedoman baku proses pemeriksaan mikrobiologi mulai tahap pengambilan data pemeriksaan sampai dengan pencatatan hasil pengujian dan pembuatan dokumen hasil pemeriksaan, agar didapatkan hasil pemeriksaan mikrobiologi yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan.
<b>2. TANGGUNG JAWAB</b>	Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab Manager Laboratorium dan Dokter Penanggung Jawab Pathologi Klinik dengan Petugas Analis Mikrobiologi sebagai pelaksananya
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<p>3.1. Layanan pemeriksaan Laboratorium Klinik harus memberikan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan.</p> <p>3.2. Bahwa untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi tersebut harus didukung pula oleh proses preanalitik, analitik dan post analitik yang benar, sarana dan prasarana yang memadai serta penerapan sistem pemantauan dan pengendalian yang menyeluruh</p> <p>3.3. Laboratorium Klinik PRAMITA menetapkan dan mendokumentasikan proses pengujian/pemeriksaan Laboratorium untuk memastikan proses tersebut selalu memenuhi persyaratan mutu yang ditetapkan.</p> <p>3.4. Untuk menjamin hasil yang bermutu dan mencegah timbulnya kesalahan, program pengendalian mutu harus dikerjakan pada setiap tahapan proses sesuai prosedur yang ditetapkan.</p> <p>3.5. Jika dalam pemantauan dan pengendalian mutu ditemukan suatu proses atau hasil yang unik (luar biasa) harus dikomunikasikan pada atasan yang bersangkutan atau dokter</p>



O	<b>PRAMITA Lab</b> Mengabdikan Kreativitas Dalam Analisa & Pengukuran
---	--

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

**Cabang Pontianak**  
Jl. Sultan Abdurrahman  
No 9A  
Pontianak

**Tanggal Terbit**  
15 Mei 2023

**No. Dokumen**  
LAB.33-SOP-PU-02.2

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
3 dari 9

	<p>penanggung jawab, catatan atas hal ini harus disimpan</p> <p>3.6. Tanggung jawab seorang pelaksana analis adalah mulai dari tahap preanalitik (pengambilan spesimen) sampai dengan tersedianya laporan data hasil pemeriksaan pada data base komputer dengan benar.</p> <p>3.7. Setiap pelaksana tahapan pemeriksaan harus menjaga, melindungi serta berhati-hati dengan penggunaan dan pengelolaan spesimen pemeriksaan .</p> <p>3.8. Jika terdapat spesimen yang tidak sesuai, hilang, rusak atau tidak layak pakai maka harus segera dikomunikasikan kepada pelanggan dan catatannya harus dipelihara.</p>
<b>4. PENGERTIAN</b>	<p>4.1. Pemeriksaan Mikrobiologi adalah pemeriksaan mikrobiologi klinik yang meliputi pemeriksaan bakteriologi (preparat direct dan kultur) dan mikologi terbatas pada preparat direct.</p> <p>4.2. Hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi adalah hasil pemeriksaan yang memenuhi unsur ketepatan, ketelitian dan kecepatan yang tinggi serta dapat memenuhi kepuasan pelanggan.</p> <p>4.3. Hasil pemeriksaan yang bisa dipertanggungjawabkan adalah hasil pemeriksaan yang valid yang tidak terbantahkan kebenarannya sehingga dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah maupun secara hukum.</p> <p>4.4. Verifikasi adalah suatu tahapan check ulang terhadap sesuatu proses yang dikerjakan untuk memastikan bahwa semua proses berjalan dengan baik dan tidak ada kesalahan.</p> <p>4.5. Validasi adalah proses pengesahan dari suatu hasil</p>



O	STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI		
Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023	No. Dokumen LAB.33-SOP-PU-02.2	Kode Rev. 01
	Halaman 4 dari 9		

	<p>pemeriksaan baik hasil pemeriksaan normal maupun yang patologis atau abnormal ekstrim biasanya dengan pengulangan pemeriksaan atau check konfirmasi dengan pemeriksaan lain.</p> <p>4.6. Quality Control adalah uji ketelitian dan ketepatan dengan mengerjakan bahan kontrol, pemantauan terhadap sterilisasi ruangan dan kualitas antibiotik.</p>
<b>5. RUJUKAN</b>	<p>5.1. Standard ISO 9001 : 2018</p> <p>5.2. Sistem Manajemen Mutu Laboratorium, Anwar Hadi, PT Gramedia Pustaka Utama, Tahun 2000</p> <p>5.3. Standard ISO 15189:2012</p> <p>5.4. Standard Akreditasi Laboratorium Kesehatan 2012</p> <p>5.5. Depkes RI, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Pedoman Praktik Laboratorium Kesehatan Yang Benar (Good Laboratory Practice), Jakarta, Depkes, 2008.</p> <p>5.6. Depkes RI, Pedoman Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan, Jakarta, Depkes RI, 2008</p> <p>5.7. Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 43 tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik</p>
<b>6. PENGUKURAN HASIL KERJA</b>	<p>6.1. Jumlah ketidaksesuaian data hasil pengujian yang terkendalikan pada tes konfirmasi (Lihat Tabel Sasaran Mutu).</p> <p>6.2. Jumlah ketidaksesuaian data hasil pengujian yang terkendalikan pada verifikasi pemeriksaan. (Lihat Tabel</p>



O	<b>PRAMITA Lab</b> Mengabdikan Kreativitas Dalam Analisa & Pengujian
Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	Tanggal Terbit 15 Mei 2023

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

No. Dokumen  
LAB.33-SOP-PU-02.2

Kode Rev.  
01

Halaman  
5 dari 9

Sasaran Mutu)	
<b>7. DOKUMEN TERKAIT</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>7.1. Instruksi Kerja Pengolahan Spesimen Mikrobiologi (LAB.33-IKA-PU-01.3/07)</li><li>7.2. Instruksi Kerja Pengambilan Data Pemeriksaan Mikrobiologi (LAB.33-IKA-PU-02.5/01)</li><li>7.3. Instruksi Kerja Pengoperasian &amp; Maintenance Peralatan Mikrobiologi (LAB.33-IKA-PU-02.5/02)</li><li>7.4. Instruksi Kerja Uji Ketelitian dan Ketepatan Bidang Mikrobiologi (LAB.33-IKA-PU-02.5/10)</li><li>7.5. Instruksi Kerja Masing-masing Pemeriksaan Mikrobiologi (LAB.33-IKA-PU-02.5/11...)</li><li>7.6. Instruksi Kerja Uji Trend (TKM.33-IKA-PM-01.1.06)</li><li>7.7. Instruksi Kerja Verifikasi Data Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi (LAB.33-IKA-PU-02.5/19)</li><li>7.8. Instruksi Kerja Penanganan Limbah Mikrobiologi (LAB.33-IKA-PU-02.5/18)</li><li>7.9. Buku Catatan Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi (LAB.02-FRM-PU-02.5/01)</li><li>7.10. Daftar Rujukan Nilai Normal Mikrobiologi (LAB.33-STD-PU-02.5)</li><li>7.11. Data Base Komputer</li></ul>
<b>8. RESIKO TERIDENTIFIKASI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>8.1. Keterlambatan Hasil</li><li>8.2. Ketidaksesuaian Hasil</li></ul>



## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

O <b>PRAMITA Lab</b> Mengabdikan Kiatnya Dalamnya & Pengujinya	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 01
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Halaman</b> 6 dari 9		

	8.3. Keluhan Pelanggan  8.4. Peningkatan biaya produksi pemeriksaan  8.5. Kesalahan penginputan data
<b>9. PROSEDUR PELAKSANA ANALIS</b>	9.1 Mengambil data permintaan pemeriksaan mikrobiologi lewat komputer sesuai Instruksi Kerja “Pengambilan Data Pemeriksaan Mikrobiologi” (LAB.33-IKA-PU-02.5/01), kemudian dicatat pada buku “Catatan Pemeriksaan Mikrobiologi” (LAB.33-FRM-PU-02.5/01).  9.2 Melakukan persiapan pemeriksaan, meliputi;  9.2.1 Persiapan alat sesuai instruksi kerja “Pengoperasian dan Maintenance Alat Mikrobiologi” (LAB.33-IKA-PU-02.5/02)  9.2.2 Persiapan bahan & reagensia sesuai Instruksi Kerja Masing-masing “Pemeriksaan Mikrobiologi” (LAB.33-IKA-PU-02.5/11-LAB.33-IKA-PU-02.5/17)  9.2.3 Persiapan Bahan Kontrol sesuai Instruksi Kerja “Uji Ketelitian dan Ketepatan Bidang Mikrobiologi” (LAB.33-IKA-PU-02.5/10)  9.3 Mengambil dan melakukan pengolahan spesimen mikrobiologi sesuai prosedur LAB.33-SOP-PU-02.5 dalam Instruksi Kerja “Pengolahan Sampel Mikrobiologi” (LAB.33-IKA-PU-01.3/07)  9.4 Melakukan uji pemantapan mutu internal (quality control) bersama-sama dengan penggerjaan sampel uji, sesuai instruksi kerja “Uji Ketelitian dan Ketepatan Bidang Mikrobiologi”



O	<b>PRAMITA Lab</b> Mengembangkan Kreativitas Diagnosa & Pengujian
---	--

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

**Cabang Pontianak**  
Jl. Sultan Abdurrahman  
No 9A  
Pontianak

**Tanggal Terbit**  
15 Mei 2023

**No. Dokumen**  
LAB.33-SOP-PU-02.2

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
7 dari 9

	(LAB.33-IKA-PU-02.5/10).
	9.5 Melakukan proses pemeriksaan sesuai instruksi kerja dari masing-masing “Pemeriksaan Mikrobiologi” (LAB.33-IKA-PU-02.5/11-LAB.33-IKA-PU-02.5/17)
	9.6 Melakukan proses pembacaan atau identifikasi hasil pemeriksaan dari sampel termasuk juga hasil pemeriksaan bahan kontrol;  9.6.1 Bila kontrol “memenuhi” syarat berarti hasil pemeriksaan pada sampel valid dan diteruskan ke proses berikutnya - proses pencatatan hasil uji/pemeriksaan.  9.6.2 Bila “tidak memenuhi” dicari penyebabnya sesuai prosedur Pengendalian Ketidaksesuaian (MR.02-SOP-PM-04.1) dan melakukan proses quality control kembali.
	9.7 Mencatat pada buku “Catatan Pemeriksaan ” (FRM-PU-02.5/01)
	9.8 Melakukan verifikasi terhadap kebenaran dan validasi hasil pengujian, sesuai Instruksi Kerja Verifikasi Hasil Pemeriksaan dan Delta Check (LAB.33-IKA-PU-02.1/29), Instruksi Kerja Uji Trend (TKM.33-IKA-PM-01.1/06).  9.8.1 Bila sudah memenuhi syarat, melanjutkan pada proses berikutnya yaitu prosedur Dokumentasi dan Validasi Hasil Pemeriksaan Laboratorium (LAB.33-SOP-PU-02) – proses input hasil pemeriksaan.  9.8.2 Bila belum memenuhi syarat, melakukan



O	<b>PRAMITA Lab</b> Mengoptimalkan Kualitas Diagnosa & Pengobatan
---	---

## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

**Cabang Pontianak**  
Jl. Sultan Abdurrahman  
No 9A  
Pontianak

**Tanggal Terbit**  
15 Mei 2023

**No. Dokumen**  
LAB.33-SOP-PU-02.2

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
8 dari 9

	<p>pemeriksaan ulang kembali mengikuti prosedur No.9.5.</p> <p>9.9 Menginput hasil pemeriksaan Mikrobiologi, khusus untuk pemeriksaan kultur proses ini dilanjutkan dengan pembuatan dokumen hasil pemeriksaan</p> <p>9.10 Melakukan Maintenance harian peralatan sesuai instruksi kerja “Pengoperasian dan Maintenance Alat Mikrobiologi” (LAB.33-IKA-PU-02.5/02)</p> <p>9.11 Menyimpan spesimen yang sudah dikerjakan atau spesimen dengan pemeriksaan “tunda/menyusul” sesuai syarat dan cara penyimpanan spesimen dalam ”Daftar Jenis, Syarat Mutu, Penyimpanan dan pengambilan Spesimen” (LAB.33-STD-PU-01.1)</p> <p>9.12 Melakukan penanganan limbah pemeriksaan sesuai instruksi kerja yang ditetapkan (LAB.33-IKA-PU-02.5/18)</p> <p>9.13 Merapihkan tempat kerja.</p>
--	--



## STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR ANALISA DAN PENGUKURAN PEMERIKSAAN MIKROBIOLOGI

<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> LAB.33-SOP-PU-02.2	<b>Kode Rev.</b> 01
	<b>Halaman</b> 9 dari 9		

--	--

	Dibuat oleh	Disetujui oleh
Jabatan	<b>MANAGER LABORATORIUM</b>	<b>KEPALA CABANG</b>
Tanda Tangan		
	ARBAIN SEPTIADI	ZULHIPANSA NASUTION, S.ST
Tanggal	15 Mei 2023	15 Mei 2023

 <b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No. 9A Pontianak	<b>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</b>
---	---

**JUDUL : PU-02.5 SOP ANALISA DAN PENGUKURAN MIKROBIOLOGI**

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO.DOK.& NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1.	01 November 2019	LAB.33-SOP-PU-02.5	00	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN MIKROBIOLOGI	LAB, TKM	-	Penerbitan Dokumen Baru
2.	01 April 2021	LAB.33-SOP-PU-02.5	01	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN MIKROBIOLOGI	LAB, TKM	LAB.33-SOP-PU-02.5 REV.00	Review Dokumen, Revisi Pejabat Pengesahan
3.	09 April 2022	LAB.33-SOP-PU-02.5	01	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN MIKROBIOLOGI	LAB, TKM	-	Review Dokumen
4.	15 Mei 2023	LAB.33-SOP-PU-02.5	01	SOP ANALISA DAN PENGUKURAN MIKROBIOLOGI	LAB, TKM	-	Review Dokumen



**PRAMITA Lab**

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

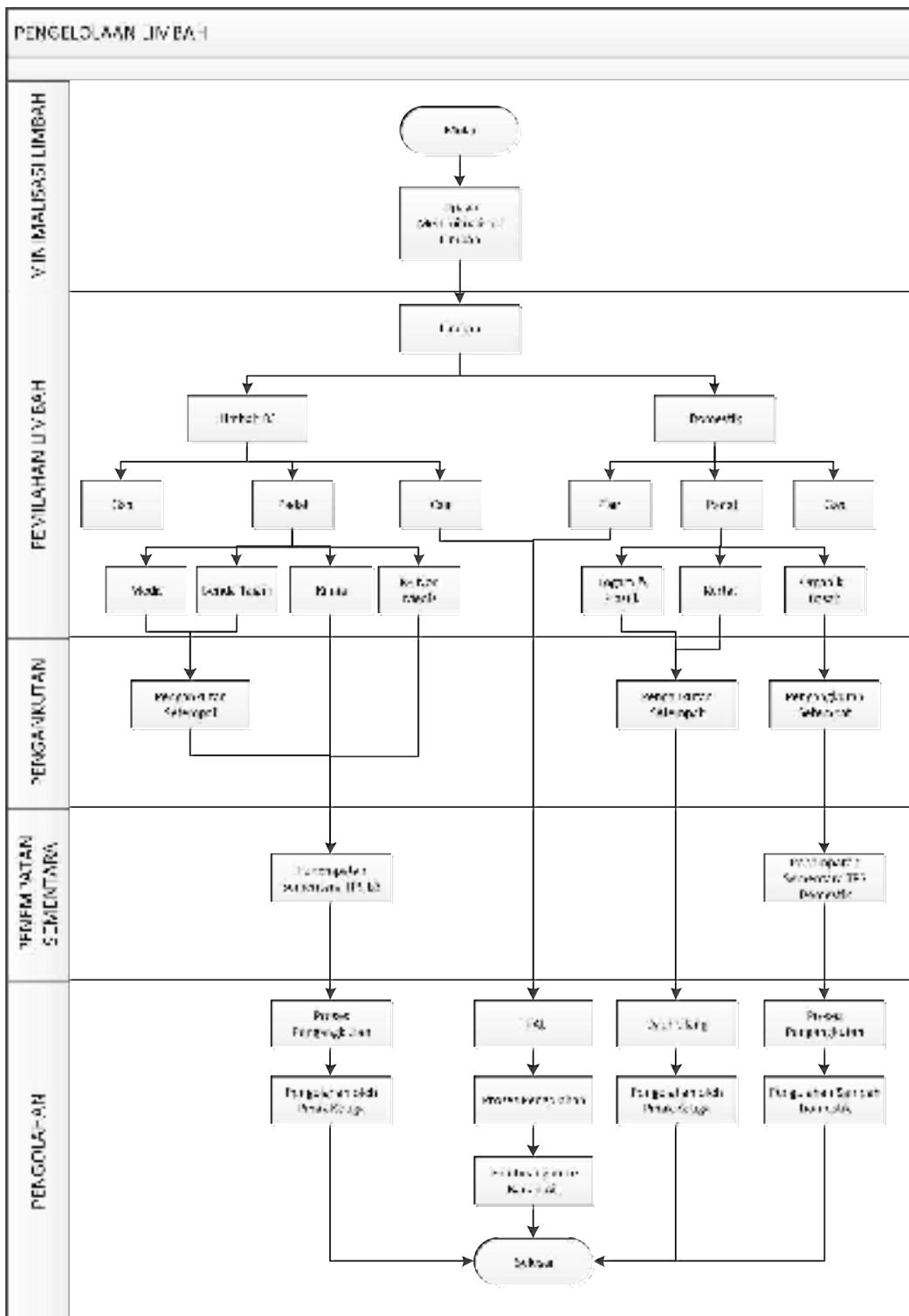
## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGELOLAAN LIMBAH

Tanggal Terbit  
28 April 2023

No. Dokumen  
SDM.16-SOP-PP-04.4

Kode Rev.  
01

Halaman  
1 dari 13





## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGELOLAAN LIMBAH

Tanggal Terbit  
28 April 2023

No. Dokumen  
SDM.16-SOP-PP-04.4

Kode Rev.  
01

Halaman  
2 dari 13

<b>1. TUJUAN DAN RUANG LINGKUP</b>	Prosedur ini ditujukan untuk mengatur pengelolaan limbah di Laboratorium Klinik Pramita, mulai dari proses upaya meminimalisasi limbah sampai dengan pemusnahan limbah.
<b>2. TANGGUNG JAWAB</b>	Prosedur ini berada di bawah tanggung koordinator Umum & SDM.
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>3.1 Limbah yang dihasilkan dari kegiatan operasional pelayanan di laboratorium klinik Pramita dilakukan pengolahan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.</li><li>3.2 Semua perijinan dan baku mutu yang berkaitan dengan pengelolaan limbah domestik dan limbah B3 harus dipenuhi, kepala cabang dan koordinator SDM dan Umum bertanggung jawab terhadap perijinan ini.</li><li>3.3 Upaya meminimalisasi/pengurangan limbah harus dilakukan oleh segenap unsur organisasi, mulai dari kebijakan, pemilihan bahan baku, perilaku dan reduksi limbah.</li><li>3.4 Pemilahan limbah bertujuan untuk memudahkan dalam penanganan dan meminimalisasi limbah B3, pemilahan ini harus dilakukan dari sumber penghasil limbah.</li><li>3.5 Pewadahan limbah harus dilakukan sesuai dengan jenis limbah, ketentuan wadah, warna dan symbol mengikuti peraturan perundangan yang berlaku.</li><li>3.6 Untuk kegiatan Penyimpanan sementara Limbah B3, wajib memiliki izin Tempat Penampungan Sementara (TPS) Limbah B3 yang dikeluarkan pemerintah kota/kabupaten setempat.</li><li>3.7 Tempat Penampungan Sementara (TPS) limbah B3 harus memenuhi persyaratan dan spesifikasi sesuai dengan peraturan yang berlaku.</li><li>3.8 Terhadap limbah padat yang bisa dilakukan daur ulang, sebaiknya dilakukan daur ulang untuk mengurangi limbah. Penggunaan kembali limbah padat yang terkontaminasi harus melalui proses sterilisasi.</li></ul>



**PRAMITA Lab**

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** **PENGELOLAAN LIMBAH**

**Tanggal Terbit**  
28 April 2023

**No. Dokumen**  
SDM.16-SOP-PP-04.4

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
3 dari 13

	<p>3.9 Limbah benda tajam harus dikumpulkan dalam wadah yang aman tanpa memperhatikan terkontaminasi atau tidaknya, wadah tersebut harus anti bocor, anti tusuk dan tidak mudah untuk dibuka.</p> <p>3.10 Karena keterbatasan fasilitas dan lahan, maka pengolahan limbah medis padat dapat bekerja sama dengan pihak ketiga. Kerjasama ini harus dengan perjanjian kerjasama (MOU) yang jelas.</p> <p>3.11 Limbah cair sisa kegiatan operasional pelayanan dan semua air buangan harus dikelola dalam Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL). Pengolahan harus dilakukan secara sistematis agar memenuhi persyaratan baku mutu efluen seperti keputusan menteri lingkungan hidup nomer keputusan Kep-58/MENLH/12/1995 atau peraturan daerah setempat.</p> <p>3.12 Pemeriksaan berkala kualitas air limbah harus dilakukan sesuai yang tercantum dalam UKL/UPL.</p> <p>3.13 Limbah cair yang telah diolah dan memenuhi baku mutu dibuang ke badan air dan tidak boleh diresapkan.</p> <p>3.14 Ijin Pembuangan Limbah Cair (IPLC) ke badan air / media lingkungan harus dibuat pada institusi terkait, kepala cabang bertanggung jawab pada proses perijinan ini.</p>
<b>4. PENGERTIAN</b>	<p>4.1 Limbah yang dimaksud adalah sisa hasil kegiatan layanan dan pemeriksaan di laboratorium klinik Pramita.</p> <p>4.2 Bahan Berbahaya dan Beracun yang selanjutnya disingkat B3 adalah zat, energi, dan/atau komponen lain yang karena sifat, konsentrasi, dan/atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan/atau merusak lingkungan hidup, dan/atau membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, serta kelangsungan hidup manusia dan makhluk hidup lain.</p> <p>4.3 Limbah B3 adalah limbah yang mengandung bahan berbahaya dan beracu.</p>



**PRAMITA Lab**

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** **PENGELOLAAN LIMBAH**

**Tanggal Terbit**  
28 April 2023

**No. Dokumen**  
SDM.16-SOP-PP-04.4

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
4 dari 13

- 4.4 Limbah domestik adalah limbah yang dihasilkan oleh kegiatan rumah tangga, perkantoran dan kegiatan non medis lainnya di laboratorium klinik Pramita, bisa berbentuk padat, cair atau gas.
- 4.5 Limbah B3 cair yang selanjutnya disebut limbah cair adalah semua air buangan yang berasal dari kegiatan laboratorium yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun, dan radiokatif yang berbahaya bagi kesehatan.
- 4.6 Limbah B3 padat adalah limbah B3 yang berbentuk padat, terdiri dari limbah medis padat dan limbah B3 padat non medis.
- 4.7 Limbah medis padat yang selanjutnya disebut limbah medis adalah limbah B3 yang berasal dari sisa kegiatan medis atau mengandung bahan infeksius yang terdiri dari limbah infeksius, limbah patologi, limbah benda tajam, limbah kimiawi, limbah kontainer bertekanan, dan limbah dengan kandungan loham berat yang tinggi.
- 4.8 Limbah B3 non medis padat yang selanjutnya disebut limbah B3 non medis adalah limbah B3 yang bukan berasal dari kegiatan medis atau tidak mengandung bahan infeksius.
- 4.9 Limbah gas adalah semua limbah yang berbentuk gas yang dihasilkan dari kegiatan laboratorium, seperti generator, biosafety cabinet.
- 4.10 Limbah infeksius adalah limbah yang terkontaminasi organisme patogen yang tidak secara rutin ada di lingkungan dan organisme tersebut dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit pada manusia rentan.
- 4.11 Limbah sangat infeksius adalah limbah yang berasal dari pembiakan dan stock bahan sangat infeksius, sisa organ, bekas sample, atau bahan lain yang telah diinokulasi,



**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang



## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGELOLAAN LIMBAH



**Tanggal Terbit**  
28 April 2023

**No. Dokumen**  
SDM.16-SOP-PP-04.4

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
5 dari 13

	<p>terinfeksi, atau kontak dengan bahan yang sangat infeksius.</p> <p>4.12 Limbah benda tajam adalah materi padat yang memiliki sudut kurang dari 90 derajat atau runcing, yang dapat menyebabkan luka iris atau tusuk, misalnya jarum tusuk, gelas objek, cover glass, lanset</p>
<b>5. RUJUKAN</b>	<p>5.1 International Standard ISO 9001:2015</p> <p>5.2 International Standard ISO 15189:2012</p> <p>5.3 Standard Akreditasi Laboratorium Kesehatan 2012</p> <p>5.4 Undang Undang No 32 tahun 2009, tentang Lingkungan Hidup</p> <p>5.5 Peraturan Pemerintah No 101 tahun 2014, tentang limbah B3</p> <p>5.6 Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No 56 tahun 2015 tentang Limbah B3 dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan.</p> <p>5.7 Permenkes No. 1204/MenkesSK/X/2004, Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit</p> <p>5.8 Permenkes No 43 tahun 2013, tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik</p>
<b>6. PENGUKURAN HASIL KERJA</b>	Terpenuhinya baku mutu air limbah dengan ketentuan yang berlaku
<b>7. DOKUMEN TERKAIT</b>	<p>7.1 Instruksi Kerja Pemilahan dan Penampungan Limbah (SDM.16-IKA-PP-04.4/01)</p> <p>7.2 Instruksi Kerja Penanganan Limbah Domestik Setempat (SDM.16-IKA-PP-04.4/02)</p> <p>7.3 Intruksi Kerja Penanganan Limbah Medis Setempat (SDM.16-IKA-PP-04.4/03)</p> <p>7.4 Intruksi Kerja Penanganan Limbah Benda Tajam Setempat (SDM.16-IKA-PP-04.4/04)</p> <p>7.5 Intruksi Kerja Penanganan Limbah Bahan Kimia Setempat (SDM.16-IKA-PP-04.4/05)</p>



**PRAMITA Lab**

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** **PENGELOLAAN LIMBAH**

**Tanggal Terbit**  
28 April 2023

**No. Dokumen**  
SDM.16-SOP-PP-04.4

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
6 dari 13

<b>1</b> <b>PELAKSANA</b> <b>SETIAP UNIT KERJA</b>	7.6 Intruksi Kerja Penanganan Limbah B3 Non Medis Setempat (SDM.16-IKA-PP-04.4/06) 7.7 Intruksi Kerja Pengangkutan dan Pengumpulan Limbah Setempat (SDM.16-IKA-PP-04.4/07) 7.8 Instruksi Kerja Penampungan Sementara Limbah B3 (SDM.16-IKA-PP-04.4/08) 7.9 Instruksi Kerja Pengolahan Limbah Cair (SDM.16-IKA-PP-04.4/09) 7.10 Instruksi Kerja Penanganan Kedaruratan Limbah B3 (SDM.16-IKA-PP-04.4/10) 7.11 Formulir Evaluasi Hasil Pengukuran Limbah Cair (SDM.16-FRM-PP-04.4/01) 7.12 Formulir Manifes Pengangkutan Limbah B3
	<b>8.1 Upaya Pengurangan/meminimalisasi Limbah</b> Upaya pengurangan limbah dilakukan dengan 8.1.1 Memilih metode dan material yang sedikit menghasilkan limbah 8.1.2 Menghindari penggunaan material yang mengandung Bahan Berbahaya dan Beracun jika terdapat pilihan yang lain; 8.1.3 Melakukan tata kelola yang baik terhadap setiap bahan atau material yang berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan dan/atau pencemaran terhadap lingkungan, 8.1.4 Melakukan tata kelola yang baik dalam pengadaan reagensia dan bahan pendukung lainnya untuk menghindari terjadinya penumpukan dan kedaluwarsa. 8.1.5 Menjalankan praktik laboratorium yang baik 8.1.6 Melakukan pencegahan dan perawatan berkala terhadap peralatan sesuai jadwal  <b>8.2 Pemilihan dan Penampungan Limbah Setempat (on Site)</b>



PRAMITA Lab

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGELOLAAN LIMBAH

Tanggal Terbit  
28 April 2023

No. Dokumen  
SDM.16-SOP-PP-04.4

Kode Rev.  
01

Halaman  
7 dari 13

- 8.2.1 Pemilahan limbah dilakukan dengan cara memisahkan limbah berdasarkan jenis, kelompok, dan/atau karakteristik limbah dan mewadahi limbah sesuai kelompok limbah, yang bertujuan untuk kemudahan dan peningkatan efektifitas dalam pengolahan dan penanganan serta untuk mengurangi jumlah B3.
- 8.2.2 Secara garis besar limbah yang dihasilkan dari operasional pelayanan laboratorium terdiri dari limbah domestik dan limbah B3, baik dalam bentuk cair, padat atau gas. Limbah B3 menurut bentuknya terdiri dari limbah B3 padat dan limbah B3 cair, limbah B3 padat terdiri dari limbah medis, limbah benda tajam, limbah kimiawi dan limbah B3 non medis.
- 8.2.3 Pemilahan dilakukan oleh petugas dan pada sumber penghasil limbah, terutama terhadap limbah padat (domestik atau B3) dan limbah cair yang tidak langsung tertampung dalam saluran pembuangan, sesuai intruksi kerja Pemilahan dan Penampungan Limbah (SDM.16-IKA-PP-04.4/01)
- 8.2.4 Petugas kebersihan (pembantu umum atau cleaning service), menyiapkan tempat limbah padat sesuai jenis limbah yang dihasilkan di masing-masing unit kerja. Pada unit kerja yang menghasilkan limbah medis maka wadah yang disediakan terdiri dari sampah medis, limbah bendah tajam dan sampah domestik. Sedangkan unit kerja yang tidak menghasilkan limbah medis, disediakan tempat sampah domestic saja.
- 8.2.5 Setelah proses pemilahan, selanjutnya limbah ditampung di tempat /wadah yang ditentukan sesuai intruksi kerja penanganan limbah setempat (sesuai jenis limbah (SDM.16-IKA-PP-04.4/02 s.d 04.4/06)
- 8.2.6 Limbah cair domestik yang berasal dari air buangan kegiatan rumah tangga, kegiatan dapur, kamar mandi



**PRAMITA Lab**

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** **PENGELOLAAN LIMBAH**

**Tanggal Terbit**  
28 April 2023

**No. Dokumen**  
SDM.16-SOP-PP-04.4

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
8 dari 13

<p><b>2</b></p> <p><b>BAGIAN</b> <b>KERUMAHANGGAAAN</b> <b>DAN UMUM</b></p>	<p>pegawai, mesin cuci, sisa air wudhu tidak dipisahkan dari limbah cair medis dan akan diolah bersama-sama dalam instalasi pengolahan air limbah.</p> <p><b>8.3 Pengangkutan dan Pengumpulan Limbah</b></p> <p>8.3.1 Kegiatan pengambilan limbah dari setiap ruangan/unit kerja dilakukan oleh petugas kebersihan (pembantu umum atau cleaning service) setelah proses pemilahan limbah oleh masing-masing penghasil limbah, sesuai instruksi kerja Pengangkutan dan Pengumpulan Limbah Setempat (SDM.16-IKA-PP-04.4/07)</p> <p>8.3.2 Pengambilan limbah dari masing-masing ruangan ini tidak boleh melebihi 12 jam setelah limbah tersebut ditampung.</p> <p>8.3.3 Selanjutnya limbah diangkut menggunakan wadah/container tertutup untuk dikumpulkan pada tempat yang telah ditentukan sesuai dengan jenis limbah;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Limbah domestik padat dikumpulkan dan ditempatkan pada penampungan sampah domestik.</li><li>- Limbah medis dan limbah B3 non medis dikumpulkan dan ditempatkan pada TPS B3</li><li>- Limbah cair ditempatkan pada saluran drainase limbah cair terdekat.</li></ul>
	<p><b>8.4 Penampungan Sementara Limbah B3</b></p> <p>8.4.1 Perlakukan selanjutnya pada pengelolaan limbah B3 adalah penampungan sementara pada Tempat Penampungan Sementara (TPS) B3 sebelum proses pengangkutan dan pemusnahan oleh pihak ketiga</p> <p>8.4.2 Limbah yang ditampung pada TPS B3 ini adalah limbah</p>



PRAMITA Lab

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGELOLAAN LIMBAH

Tanggal Terbit  
28 April 2023

No. Dokumen  
SDM.16-SOP-PP-04.4

Kode Rev.  
01

Halaman  
9 dari 13

	<p>medis dan limbah B3 non medis, ketentuan tentang tata cara penampungan dan persyaratan ruangan TPS terdapat dan dilakukan dalam Instruksi Kerja Penampungan Sementara Limbah B3 (SDM.16-IKA-PP-04.4/08)</p> <p>8.4.3 Karena belum mampu mengelolah limbah B3 padat sendiri, maka pengelolaannya dikerjasamakan dengan pihak ketiga yang legal dalam pengelolaan B3.</p> <p>8.4.4 Perjanjian kerja harus dibuat dengan jelas, termasuk jenis limbah B3, batas waktu kerjasama dan hak dan kewajiban masing-masing pihak.</p> <p>8.4.5 Pengambilan dan pengangkutan limbah B3 oleh pihak ketiga harus dilakukan dengan wadah tertutup, sebaiknya tidak memindahkan limbah ke wadah lain, tetapi dengan “mereplace” wadah.</p> <p>8.4.6 Manifest dan berita acara serah terima pengangkutan harus dibuat dengan jelas, meliputi tanggal dan waktu pengangkutan, volume/berat limbah, jenis limbah B3, yang ditanda tangani oleh kedua belah pihak.</p> <p>8.4.7 Semua dokumen sehubungan dengan pengambilan limbah dan pemusnahannya harus disimpan.</p>
	<p><b>8.5 Pengolahan Limbah Cair</b></p> <p>8.5.1 Pengelolahan limbah cair dilakukan dalam Instalasi Pengolahan Limbah Cair (IPAL), semua limbah cair dari kegiatan laboratorium, bekas reagensia, sisa spesimen dan limbah pencucian dialirkan ke dalam IPAL menggunakan saluran tertutup, yang terpisah dengan saluran air hujan.</p> <p>8.5.2 Semua unit penghasil limbah cair mengumpulkan dalam</p>



**PRAMITA Lab**

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR** **PENGELOLAAN LIMBAH**

**Tanggal Terbit**  
28 April 2023

**No. Dokumen**  
SDM.16-SOP-PP-04.4

**Kode Rev.**  
01

**Halaman**  
10 dari 13

wadah khusus kemudian dibuang ke saluran khusus IPAL atau langsung membuang pada saluran khusus ke IPAL.

8.5.3 Pengolahan dalam IPAL dilakukan dengan prinsip: equalisasi, pengendapan, pengolahan anaerobik, pengolahan aerobik, sesuai dalam dokumen UKL-UPL, proses kegiatan selengkapnya dilakukan sesuai instruksi kerja Pengolahan Limbah Cair (SDM.16-IKA-PP-04.4/09) ~ koordinator SDM dan umum bertanggung jawab terhadap proses pengolahan ini

8.5.4 Pengukuran secara berkala dilakukan maksimal 2 bulan sekali, untuk memastikan kualitas baku mutu limbah telah memenuhi persyaratan yang berlaku.

Hasil pengukuran yang didapatkan kemudian dievaluasi dan didokumentasikan, oleh koordinator Umum dan SDM :

Bila hasil evaluasi didapatkan ketidaksesuaian dengan baku mutu, dilakukan tindaklanjut sesuai prosedur tindakan koreksi dan pencegahan dengan sebelumnya mencari akar masalahnya.

8.5.5 Bila telah sesuai, hasil didokumentasikan.

8.5.6 Limbah cair yang telah diolah dan memenuhi baku mutu dibuang ke badan air, melalui saluran outlet IPAL.



**PRAMITA Lab**

**Cabang Semarang**  
Jl. DI.Panjaitan No.7-7A  
Semarang

## STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENGELOLAAN LIMBAH

Tanggal Terbit  
28 April 2023

No. Dokumen  
SDM.16-SOP-PP-04.4

Kode Rev.  
01

Halaman  
11 dari 13

	<p><b>8.6 Limbah Gas</b></p> <p>8.6.1 Karena penggunaan generator penghasil utama limbah gas di laboratorium klinik Pramita, frekuensinya jarang, maka dilakukan pengolahan khusus.</p> <p>8.6.2 Asap generator dibuang melalui cerobong udara ke atas, dengan ketinggian minimal diatas rata-rata tinggi bangunan sekitarnya</p> <p>8.6.3 Udara buang yang dikeluarkan oleh biosafety cabinet, dihisap secara mekanik dan disaring oleh filter HEPA sebelum dikeluarkan.</p> <p>8.6.4 Selesai</p>
<b>9. RESIKO TERIDENTIFIKASI</b>	Tertusuk/tergores benda tajam.

	Dibuat oleh	Disetujui oleh
Jabatan	KOORDINATOR SDM & UMUM	KEPALA CABANG
Tanda Tangan		
	ACHMAD HADIYANTO	HANIK IFANA
Tanggal	28 April 2023	28 April 2023

**PRAMITA Lab**

Cabang Semarang  
Jl. DI Panjaitan No. 7 – 7A  
Semarang

**MR.16-FRM-PM-05.1/02**

## **DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN**

**JUDUL : SDM.16-SOP-PP-04.4 SOP PENGELOLAAN LIMBAH**

<b>NO</b>	<b>TANGGAL</b>	<b>NO. DOKUMEN</b>	<b>NO. REV</b>	<b>JUDUL DOKUMEN</b>	<b>DISTRIBUSI KE</b>	<b>NO. DOK. &amp; NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)</b>	<b>KETERANGAN</b>
1	11 Juli 2017	SDM.16-SOP- PP-04.4	00	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT, LAB, SDM, KEU	-	Penerbitan Dokumen Baru
2	02 Juni 2018	SDM.16-SOP- PP-04.4	00	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT, LAB, SDM, KEU	-	Kaji ulang dokumen
3	12 Februari 2019	SDM.16-SOP- PP-04.4	01	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT, LAB, SDM, KEU	-	<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisi bagan alur SOP</li><li>- Revisi Kebijakan dan Pengertian</li><li>- Penambahan Rujukan : Undang-Undang dan Peraturan Pemerintah</li><li>- Penambahan Dokumen Terkait</li><li>- Revisi Prosedur</li><li>- Penambahan Resiko Teridentifikasi</li></ul>
4	20 Mei 2019	SDM.16-SOP- PP-04.4	01	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT, LAB, SDM, KEU	-	Kaji Ulang Dokumen
5	30 Juni 2020	SDM.16-SOP- PP-04.4	01	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT, LAB, SDM, KEU	-	Kaji Ulang Dokumen
6	02 Juni 2021	SDM.16-SOP- PP-04.4	01	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT, LAB, SDM, KEU	-	Kaji Ulang Dokumen
7	05 Mei 2022	SDM.16-SOP-	01	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT,	-	Kaji Ulang Dokumen

		PP-04.4			LAB, SDM, KEU		
8	28 April 2023	SDM.16-SOP- PP-04.4	01	SOP Pengelolaan Limbah	CAB, TKM, YAN, MKT, LAB, SDM, KEU	-	Kaji Ulang Dokumen



## INSTRUKSI KERJA PEMERIKSAAN JIWA (SRQ)

Tanggal Terbit  
07 April 2025

No. Dokumen  
YAN.33-IKA-PU-06.2.14

Kode Rev.  
00

Halaman  
1 dari 4

1. PELAKSANA	Perawat
2. TUJUAN	Mengidentifikasi adanya gangguan mental seperti depresi dan kecemasan pada individu.
3. METODE	Pemeriksaan kejiwaan menggunakan SRQ (Self - Reporting Questionnaire)
4. PRINSIP	SRQ terdiri dari serangkaian pertanyaan yang dirancang untuk menggali berbagai gejala dan tanda yang terkait dengan gangguan mental. Respondens diminta untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut berdasarkan pengalaman mereka dalam waktu tertentu, biasanya dalam dua minggu terakhir.
5. ALAT DAN BAHAN	Form Kuesioner SRQ 29 Alat tulis
6. RUJUKAN	Panduan dari WHO
7. CATATAN	-



## INSTRUKSI KERJA PEMERIKSAAN JIWA (SRQ)

Tanggal Terbit  
07 April 2025

No. Dokumen  
YAN.33-IKA-PU-06.2.14

Kode Rev.  
00

Halaman  
2 dari 4

	<b>Dibuat oleh :</b>	<b>Disetujui oleh :</b>	<b>Diketahui oleh :</b>
<b>Jabatan</b>	<b>DOKTER PENANGGUNG JAWAB</b>	<b>SUPERVISOR</b>	<b>KEPALA CABANG</b>
Tanda Tangan			
Tanggal	07 April 2025	07 April 2025	07 April 2025



 Cabang Pontianak Jl. Sultan Abdurrahman no. 9A Pontianak	<b>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</b>
---	---

JUDUL : PU-06.2.14 IKA PEMERIKSAAN JIWA (SRQ 29)

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO.DOK.& NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1.	07 April 2025	YAN.33-IKA- PU-06.2.14	00	IKA Pemeriksaan Jiwa SRQ 29	YAN, YAN 3, TKM 1	-	Penerbitan Dokumen Baru

<b>PRAMITA Lab</b> Laboratorium Kesehatan Diagnosa & Pelayanan



# STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN RADILOGI



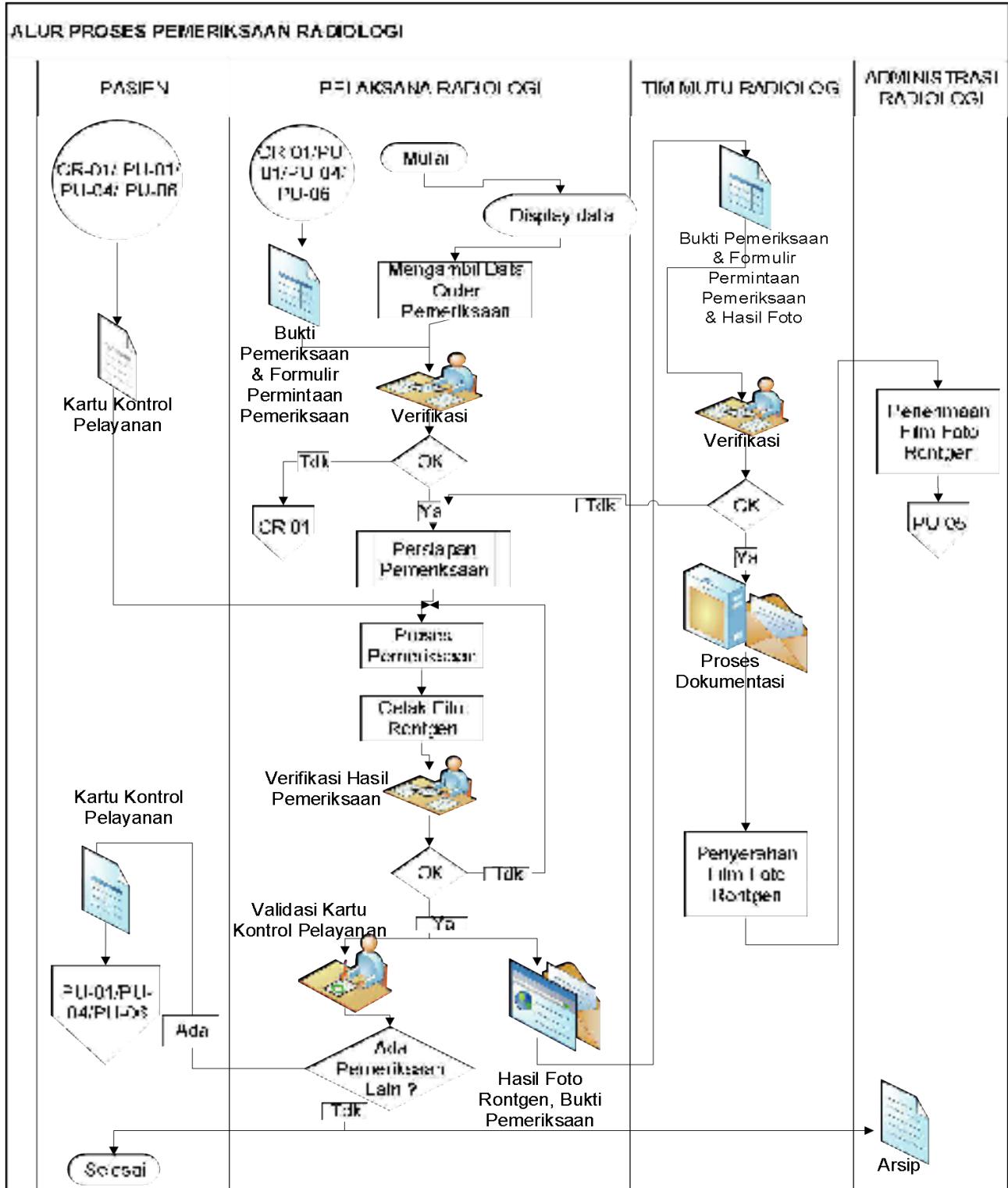
Cabang Pontianak  
Jl. Sultan Abdurahman  
No. 9 A  
Pontianak

Tanggal Terbit  
15 Mei 2023

No. Dokumen  
YAN.33-SOP-PU-04.1

Kode Rev.  
03

Halaman  
1 dari 7



		<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN RADIOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurahman No. 9 A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.1	<b>Kode Rev.</b> 03	
<b>Halaman</b> 2 dari 7				

<b>1. TUJUAN DAN RUANG LINGKUP</b>	<p>Untuk mendapatkan gambar radiofotografi yang berkualitas Prosedur ini dimulai dari tahap mengambil data Permintaan Pemeriksaan sampai dengan penyerahan Hasil Film (Imaging) pada Pelaksana Administrasi Radiologi</p>
<b>2. TANGGUNG JAWAB</b>	Prosedur ini berada di bawah tanggung jawab Manager Pelayanan
<b>3. KEBIJAKAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Setiap pelanggan harus mendapatkan pelayanan pemeriksaan yang baik, profesional, ramah dan nyaman, dan memperoleh hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan dapat dipertanggung jawabkan (7.2).</li> <li>3.2 Agar menghasilkan hasil pemeriksaan yang berkualitas tinggi dan selalu memuaskan keinginan pelanggan maka;           <ul style="list-style-type: none"> <li>3.2.1 Keseluruhan tahapan proses pemeriksaan harus dikerjakan secara benar.</li> <li>3.2.2 Sarana dan prasarana harus digunakan secara benar dan dalam keadaan yang memadai</li> <li>3.2.3 Penerapan program pengendalian mutu yang menyeluruh (7.5.1, 5.4, 5.5, 5.7)</li> </ul> </li> <li>3.3 Laboratorium Klinik PRAMITA menetapkan dan mendokumentasikan proses pelayanan pemeriksaan Radiologi untuk memastikan bahwa proses pelayanan pemeriksaan Radiologi selalu memenuhi persyaratan</li> <li>3.4 Pengambilan spesimen/pemeriksaan invasive lainnya dilakukan hanya dengan persetujuan dari pasien, persetujuan ini dapat disampaikan secara lisan maupun tertulis.</li> <li>3.5 Pelaksana pemeriksaan radiologi harus menjaga etika medik, melindungi serta berhati-hati dengan penggunaan sinar radiasi dan melindungi serta berhati-hati terhadap film hasil radiofotografi</li> <li>3.6 Tahapan identifikasi dan verifikasi spesimen hasil radiografi</li> </ul>

	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN RADILOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurahman No. 9 A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.1	<b>Kode Rev.</b> 03
<b>Halaman</b> 3 dari 7			

<b>4. PENGERTIAN</b>	<p>harus selalu dilakukan untuk menjaga dan memenuhi persyaratan mutu pemeriksaan. Catatan mengenai verifikasi bahan harus dipelihara dan disimpan. (7.6)</p> <p>3.7 Jika terdapat film hasil pemeriksaan yang tidak sesuai, hilang, rusak atau tidak layak pakai maka harus segera dikomunikasikan kepada pelanggan dan catatannya harus dipelihara.</p> <p>3.8 Untuk sinkronisasi baik intern maupun dengan bagian-bagian lain yang terkait maka perlu diatur organisasi pelayanan pemeriksaan radiologi.</p>
<b>5. RUJUKAN</b>	<p>5.1 Standard Internasional ISO 9001-2015</p> <p>5.2 SNI ISO 15189 : 2012</p> <p>5.3 Pedoman praktik Laboratorium yang benar 2008</p>
<b>6. PENGUKURAN HASIL KERJA</b>	<p>6.1. Kesesuaian jenis, kuantitas &amp; kualitas pencitraan dengan syarat / standar mutu yang ditentukan (Lihat Tabel SasaranMutu)</p> <p>6.2. Performance layanan pemeriksaan radiologi (rontgen&amp;USG) (Lihat Tabel Sasaran Mutu)</p>
<b>7. DOKUMEN TERKAIT</b>	<p>7.1 Instruksi Kerja Pengambilan Data Pemeriksaan Radiologi (YAN.33-IKA-04.1/01)</p> <p>7.2 Instruksi Kerja Pengoperasian dan Maintenance Alat Radiologi (YAN.33-IK-PU-04.1/02 sampai YAN.33-IKA-PU-04.1/05, YAN.33-IK-PU-04.1/47, YAN.33-IK-PU-04.1/51)</p> <p>7.3 Instruksi Kerja Masing-masing Jenis Pemeriksaan Radiologi (YAN.33-IK-PU-04.1/06 sampai YAN.33-IKA-PU-04.1/42)</p> <p>7.4 Instruksi Kerja Ketentuan Syarat Mutu Hasil Imaging Radiologi</p>

	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN RADIOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurahman No. 9 A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.1	<b>Kode Rev.</b> 03
<b>Halaman</b> 4 dari 7			

<b>1</b> <b>PELAKSANA</b> <b>RADIOGRAFER</b>	<p>(YAN.33-STD-PU-04.1/01)</p> <p>7.5 Formulir Laporan Verifikasi Hasil Pencitraan Radiologi (YAN.33-FRM-PU-05.1/01)</p> <p>7.6 Formulir Surat Persetujuan Tindakan Medis (Radiologi) (YAN.33-FRM-PU-04.1/01)</p> <p>7.7 Formulir Permintaan Pemeriksaan (YAN.33-FRM-CR-01.5/01)</p> <p>7.8 Kartu Kontrol Pelayanan (YAN.33-FRM-CR-01.1/04)</p>
<b>8. RESIKO</b> <b>TERIDENTIFIKASI</b>	<p>8.1 Rata-rata TAT</p> <p>8.2 Performance pelayanan pada pelanggan</p> <p>8.3 Performance proses pemeriksaan Radiodiagnostik</p>
<b>9. PROSEDUR</b>	<p>9.1 Pelaksana radiografi melihat (Display) data permintaan pemeriksaan radiologi pada komputer</p> <p>9.2 Mengumpulkan formulir permintaan pemeriksaan radiologi untuk referensi data asli (primer) dan mengetahui diagnosa klinis dari dokter pengirim dan member tanda drawpada specimen collection.</p> <p>9.3 Melakukan verifikasi apakah input data permintaan pemeriksaan sudah sesuai dengan Formulir Permintaan Pemeriksaan atau indikasi/diagnosa klinik dokter pengirim;</p> <p><i>Bila sudah "Sesuai", memberikan tanda received pada tahap specimen collection dan dilanjutkan pada prosedur.</i></p> <p><i>Bila "Tidak benar", Formulir Permintaan Pemeriksaan dikembalikan ke Customer Service melalui Manager Pelayanan untuk dilakukan pembenaran dan diinput kembali sesuai prosedur Penerimaan dan Pendaftaran (YAN.33-SOP-CR-01.1)</i></p> <p>9.4 Melakukan pemanggilan pasien, meminta Kartu Kontrol Pelayanan dan persiapan Pemeriksaan (specimen handling).</p> <p>9.5 Selanjutnya melakukan pemeriksaan sesuai intruksi kerja yang</p>

	<b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN RADIOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurahman No. 9 A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.1	<b>Kode Rev.</b> 03
<b>Halaman</b> 5 dari 7			

<p style="text-align: right;">2</p> <p style="text-align: right;">TIM KENDALI MUTU</p>	<p>ditetapkan, khusus untuk pemeriksaan X-RayFotoKontras, proses langsung dikerjakan oleh Dokter SpesialisRadiologi (sample handling)</p> <p>9.6 Cetak film roentgen dan melakukan verifikasi apakah hasil foto sudah baik dan memenuhi standard yang ditetapkan;</p> <p>Bila “Sudah”, melanjukan ke proses selanjutnya.</p> <p>Bila “Belum” melakukan pemeriksaan kembali mengikuti procedure awal</p> <p>9.7 Melakukan validasi Kartu Kontrol Pelayanan (YAN.33-IKA-CR-01.1/04) sebagai bukti bahwa pemeriksaan sudah dilakukan.</p> <p>9.8 Melakukan verifikasi apakah ada tahapan pemeriksaan lain selanjutnya;</p> <p>9.8.1 Bila “ada” Kartu Kontrol Pelayanan diserahkan kembali kepada pasien dan dijelaskan tahapan pemeriksaan berikutnya, kemudian menyerahkan form permintaan pemeriksaan pada proses tersebut.</p> <p>9.8.2 Bila “tidak ada” pemeriksaan berikutnya, semua pemeriksaan telah selesai dan memberikan Kartu Kontrol Pelayanan kepada pasien untuk dikembalikan ke pendaftaran, pasien dipersilahkan meninggalkan tempat.</p> <p>9.9 Menyerahkan hasil foto dan Formulir Permintaan Pemeriksaan pada Tim Kendali Mutu Radiologi.</p> <p>9.10 Menerima dan mengumpulkan Film Expouse (hasil foto) hasil pemeriksaan radiologi.</p> <p>9.11 Melakukan verifikasi kebenaran dan kualitas masing-masing film expose;</p> <p>Bila “Benar” dilanjutkan melakukan pencatatan(validasi) pada program;</p> <p>Bila “Tidak Sesuai” dikembalikan ke PelaksanaRadiografi untuk melakukan pengambilan fotoulang mengikuti prosedur</p>
--	--

	 <b>STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR</b> <b>PEMERIKSAAN RADIOLOGI</b>		
<b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurahman No. 9 A Pontianak	<b>Tanggal Terbit</b> 15 Mei 2023	<b>No. Dokumen</b> YAN.33-SOP-PU-04.1	<b>Kode Rev.</b> 03
<b>Halaman</b> 6 dari 7			

	awal. kembali dan mencatat pada Formulir Pengulangan Foto Rontgen  9.12 Menyerahkan film Expose pada Pelaksana Administrasi (Prosedur YAN.33.-SOP-PU-05.1)  9.13 Selesai
--	--

Jabatan	Dibuat oleh	Mengetahui
WK.MANAGER PELAYANAN	KEPALA CABANG	
Tanda Tangan	Veronika Andriani  VERONIKA ANDRIANI	Zulhipansa Nasution  ZULHIPANSA NASUTION, S.S.T
Tanggal	15 Mei 2023	15 Mei 2023

 <b>Cabang Pontianak</b> Jl. Sultan Abdurrahman No. 9 A Pontianak	<b>MR.33-</b> <b>FRM-PM-05.1/02</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT PERUBAHAN DOKUMEN</b>	

**JUDUL : YAN.33-SOP-PU-04.1 SOP PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

NO	TANGGAL	NO. DOKUMEN	NO. REV	JUDUL DOKUMEN	DISTRIBUSI KE	NO.DOK.& NO. REV. KADALUARSA (DITARIK)	KETERANGAN
1	01 November 2019	YAN.33-SOP-PU-04.1	00	SOP PEMERIKSAAN RADIOLOGI	CAB, YAN, TKM	-	Penerbitan Dokumen Baru
2	01 April 2021	YAN.33-SOP-PU-04.1	00	SOP PEMERIKSAAN RADIOLOGI	CAB, YAN, TKM	-	Review dokumen
3	09 April 2022	YAN.33-SOP-PU-04.1	01	SOP PEMERIKSAAN RADIOLOGI	CAB, YAN, TKM	YAN.33-SOP-PU-04.1	- Revisi Pejabat Pengesahan - Review Dokumen
4	15 Mei 2023	YAN.33-SOP-PU-04.1	02	SOP PEMERIKSAAN RADIOLOGI	CAB, YAN, TKM	YAN.33-SOP-PU-04.1 rev 01	Review Dokumen, Perubahan Penjabat Pengesahan



# SERTIFIKAT AKREDITASI

Nomor : YM.02.01/D/44906/2024

Klinik : **Klinik Utama Pramita**  
Alamat : Jl. St. Abdurrahman No. 9-A  
Kecamatan : Pontianak Kota  
Kabupaten / Kota : Kota Pontianak  
Provinsi : Kalimantan Barat

sebagai pengakuan bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan telah memenuhi standar akreditasi dan dinyatakan lulus :

# PARPURNA

Masa Berlaku : 11 September 2024 s.d 11 September 2029

Jakarta, 19 September 2024





**BERITA ACARA HASIL VALIDASI DATA ASPAK KLINIK UTAMA PRAMITA  
CABANG PONTIANAK  
KOTA PONTIANAK TAHUN 2024**

Pada hari ini Kamis Tanggal 6 Bulan Agustus Tahun 2024 Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Zulhipansa JS. Nasution, S.ST  
 Jabatan : Kepala Cabang  
 Unit Kerja : Klinik Utama PRAMITA Cabang Pontianak  
 Alamat : Jln. Sultan Abdurrahman No 9A

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Tim Validasi ASPAK KLINIK Utama PRAMITA Cabang Pontianak Kota Pontianak, menyatakan bahwa telah dilakukan validasi data berdasarkan kondisi faktual di Klinik Utama PRAMITA Cabang Pontianak keadaan Tanggal 6 Bulan Agustus Tahun 2024 dengan data terlampir.

Kami bertanggungjawab sepenuhnya terhadap data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan pada klinik ini. Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya sesuai ketentuan yang berlaku.

Pontianak, 6 Agustus 2024

TIM VALIDASI ASPAK KLINIK Utama PRAMITA  
Cabang Pontianak



Zulhipansa JS. Nasution, S.ST  
Kepala Cabang



PEMERINTAH KOTA PONTIANAK  
**DINAS KESEHATAN**

Jalan Jend. Ahmad Yani, Pontianak, Kalimantan Barat 78121  
Telp. (0561) 760528, Fax. (0561) 732602  
www.dinkes.pontianak.go.id / email. dinkes@pontianak.go.id

**BERITA ACARA HASIL VALIDASI DATA ASPAK KLINIK UTAMA PRAMITA  
KOTA PONTIANAK TAHUN 2024**

Pada hari ini Kamis Tanggal 9 Bulan Agustus Tahun 2024 Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama : dr. Saptiko, M.Med.,PH  
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak  
Unit Kerja : Dinas Kesehatan Kota Pontianak  
Alamat : Jl. Jend. Achmad Yani, Kota Pontianak

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Kadis/Tim/Petugas Validasi Data Dinas Kesehatan Kota Pontianak yang selanjutnya disebut **Pihak Kesatu**

2. Nama : Zulhipansa JS. Nasution, S.ST  
Jabatan : Kepala Cabang  
Unit Kerja : Klinik Utama PRAMITA Cabang Pontianak  
Alamat : Jalan Sultan Abdurrahman No 9A Pontianak

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Klinik Utama PRAMITA Cabang Pontianak Di Kota Pontianak yang selanjutnya disebut **Pihak Kedua**

Pihak kesatu telah melakukan validasi data berdasarkan kondisi faktual di Klinik Utama PRAMITA Cabang Pontianak keadaan tanggal 8 Bulan Agustus Tahun 2024 dengan data terlampir.

Pihak Kesatu bertanggungjawab sepenuhnya terhadap validasi data ASPAK pada Klinik Utama PRAMITA Cabang Pontianak dan Pihak Kedua menerima hasil validasi data yang dilakukan oleh Pihak Kesatu.

Demikian Berita Acara ini dibuat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya sesuai ketentuan yang berlaku.

Pontianak, 9 Agustus 2024

**PIHAK KESATU**  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Pontianak

DINAS KESEHATAN  
PONTIANAK

dr. Saptiko, M.Med.,PH

Pembina Utama Muda

NIP. 19661113 199603 1 003

**PIHAK KEDUA**  
Pimpinan/ Penanggung Jawab  
Klinik Utama PRAMITA Pontianak



Zulhipansa JS. Nasution, S.ST  
Kepala Cabang