Rumah Sakit Angkatan Udara dr. ESNAWAN ANTARIKSA	**PENERIMAAN REAGENSIA LABORATORIUM**		
	No. Dokumen SPO/300/PP.Akr/XII/2025	No. Revisi 01	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	TanggalTerbit 15 Desember 2025	Ditetapkan oleh : KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA, dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS. Kolonel Kes NRP 524330	

Pengertian	Proses pemeriksaan, verifikasi, pencatatan, dan penerimaan bahan reagen yang datang dari distributor sebelum digunakan di laboratorium untuk memastikan kesesuaian jenis, jumlah, kondisifisik, identitas, tanggal kedaluwarsa, serta persyaratan penyimpanan sesuai ketentuan mutul aboratorium.
Tujuan	1. Memberikan petunjuk kepada petugas Laboratorium dalam menerima reagensia dalam kondisi fisik prima dan suhu terjaga selama pengiriman. 2. Mencegah penggunaan reagensia yang rusak, tidak sesuai, atau kedaluwarsa. 3. Menjamin ketertelusuran (traceability) penerimaan reagensia.
Kebijakan	1. Keputusan Kepala RSAU Esnawan Antariksa No.Kep/53/IX/2025 tentang Kebijakan Pelayanan Patologi Klinik RSAU dr. Esnawan Antariksa. 2. Keputusan Kepala RSAU Esnawan Antariksa No.Kep/54/IX/2025 tentang Pedoman Pelayanan Laboratorium. 3. Keputusan Kepala RSAU Dr. Esnawan Antariksa no.Kep/55/VIII /2025 tentang Penetapan Pelayanan 24 Jam Laboratorium Patologi Klinik RSAU dr. Esnawan Antariksa.
Referensi	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1596/2024, Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
Prosedur	1. Setelah menerima PO dari laboratorium, masing - masing distributor segera mengirimkan reagensia yang diminta ke Gudang Bekkes. 2. Gudang Bekkes akan melakukan pencatatan reagensia yang masuk, dan sesuai dengan pengajuan laboratoirum atau tidak baik jumlah maupun jenisnya. 3. Gudang Bekkes akan menginformasikan ke laboratorium bila reagensia tersebut telah datang dan sesuai dengan permintaan. 4. Laboratorium selanjutnya mengambil reagen yang sudah siap

<table>
<tr><td rowspan="2">
Rumah Sakit Angkatan Udara dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PENERIMAAN REAGENSIA LABORATORIUM</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen
SPO/300/PP.Akr/XII/2025</td><td>No. Revisi
01</td><td>Halaman
2/2</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">dan diperiksa apakah reagensia tersebut sesuai dan masih panjang masa kadaluarsannya.
5. Setelah reagensia siap, reagen didistribusikan ke masing-masing bagian untuk disimpan di lemari masing- masing bagian, digunakan dan dicatat penggunaannya.
6. Terapkan sistem FEFO (First Expired First Out) dalam penyimpanan.</td></tr>
<tr><td>Unit Terkait</td><td colspan="3">1. Laboratorium
2. Jangkes
3. Pengadaan
4. Gudang Bekkes
5. Distributor</td></tr>
</table>