

MONITORING TRANSFUSI DARAH / PRODUK DARAH

Identitas pasien : Ponimin Pappa Subaga Petugas Bank Darah : Yoyun
 Nomor kantong : 56051663A Nama & tandatangan :
 Golongan Darah : A + Waktu penyerahan (tanggal & jam) : 22/10/24 06.30
 Jenis Darah/komponen : PRC
 Tanggal Kadaluarsa : 28-10-24
 Nama & tandatangan : Furi
 Waktu transfusi (tanggal & jam) : 22/10/24 07.00

KONDISI	SEBELUM TRANSFUSI (..... WIB)	15-30 menit TRANSFUSI (..... WIB)	2 jam TRANSFUSI (..... WIB)	PASCA TRANSFUSI (..... WIB)
Kadaan umum	<u>sedang</u>	<u>Sedang</u>	<u>sedang</u>	<u>CM</u>
Suhu tubuh	<u>36,7</u>	<u>36,6</u>	<u>36,7</u>	<u>36</u>
Nadi	<u>108</u>	<u>100</u>	<u>101</u>	<u>100</u>
Tekanan darah	<u>140/79</u>	<u>140/76</u>	<u>130/82</u>	<u>130/82</u>
Respiratory rate	<u>20</u>	<u>20</u>	<u>20</u>	<u>18</u>
Volume & warna urin	<u>Jernih</u>	<u>Jernih</u>	<u>Jernih</u>	<u>Jernih</u>
Gejala & tanda reaksi transfusi yang ditemukan *)	urtikaria <input checked="" type="checkbox"/>	urtikaria <input checked="" type="checkbox"/>	urtikaria <input checked="" type="checkbox"/>	urtikaria <input checked="" type="checkbox"/>
	demam <input checked="" type="checkbox"/>	demam <input checked="" type="checkbox"/>	demam <input checked="" type="checkbox"/>	demam <input checked="" type="checkbox"/>
	gatal <input checked="" type="checkbox"/>	gatal <input checked="" type="checkbox"/>	gatal <input checked="" type="checkbox"/>	gatal <input checked="" type="checkbox"/>
	takikardi <input checked="" type="checkbox"/>	takikardi <input checked="" type="checkbox"/>	takikardi <input checked="" type="checkbox"/>	takikardi <input checked="" type="checkbox"/>
	nyeri dada <input checked="" type="checkbox"/>	nyeri dada <input checked="" type="checkbox"/>	nyeri dada <input checked="" type="checkbox"/>	nyeri dada <input checked="" type="checkbox"/>
	nyeri kepala <input checked="" type="checkbox"/>	nyeri kepala <input checked="" type="checkbox"/>	nyeri kepala <input checked="" type="checkbox"/>	nyeri kepala <input checked="" type="checkbox"/>
	Syok** <input checked="" type="checkbox"/>	Syok** <input checked="" type="checkbox"/>	Syok** <input checked="" type="checkbox"/>	Syok** <input checked="" type="checkbox"/>
	sesak napas** <input checked="" type="checkbox"/>	sesak napas** <input checked="" type="checkbox"/>	sesak napas** <input checked="" type="checkbox"/>	sesak napas** <input checked="" type="checkbox"/>
	hematuria/ Hemoglobinuria** <input checked="" type="checkbox"/>	hematuria/ Hemoglobinuria** <input checked="" type="checkbox"/>	hematuria/ Hemoglobinuria** <input checked="" type="checkbox"/>	Hematuria/hemoglobinuria** <input checked="" type="checkbox"/>

Nama Perawat yang melakukan transfusi

(double check)

- Furi
- Ana

*) Lingkari gejala yg ditemukan.

**) mengikuti SPO pelaporan reaksi transfusi