

**PANDUAN**  
**PELAYANAN TRANSFUSI DARAH**  
**RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH**  
**PEKALONGAN**



**Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah**  
**Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan**  
**2016**

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN  
NOMOR:0033.2 /RSSK/SK/I/2016

TENTANG

**PEMBERLAKUAN PANDUAN PELAYANAN TRANSFUSI DARAH  
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan transfusi darah di rumah sakit, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar penyelenggaraan pelayanan transfusi di rumah sakit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya panduan pelayanan transfusi darah sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan tranfusi darah di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b, perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Panduan Pelayanan Transfusi Darah di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
6. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah Sakit Kota Pekalongan;
7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 117-B/YAI/IV/VI/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By Laws) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

8. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
9. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan Nomor : 1816/RSSK/SK/XII/2015 tentang Pelayanan Transfusi Darah Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

### **MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN PANDUAN PELAYANAN TRANSFUSI DARAH RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Panduan Pelayanan Tranfusi Darah Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN  
Pada Tanggal : 8 Januari 2016

-----  
DIREKTUR  
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

**drg. Said Hassan, M.kes**

Tembusan :

1. Manager Pelayanan
2. Asisten Manager Keperawatan
3. Komite Medis
4. Koordinator Unit

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang  
Pemberlakuan Panduan Pelayanan Transfusi Darah Rumah Sakit Siti  
Khodijah Pekalongan  
Nomor : 0033.2/RSSK/SK/I/2016  
Tanggal : 8 Januari 2016

## **PANDUAN PELAYANAN TRANSFUSI DARAH RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

### **BAB I PENDAHULUAN**

Pelayanan transfusi darah adalah merupakan upaya pelayanan kesehatan yang terdiri dari serangkaian kegiatan mulai dari pengerahan dan pelestarian donor, pengambilan, pengamanan, pengolahan, penyimpanan dan tindakan medis yaitu pemberian darah kepada resipien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Dalam pelayanan terhadap pasien di rumah sakit, pelayanan darah merupakan salah satu komponen yang sangat penting. Selama ini pelayanan darah sering tidak mendapatkan perhatian yang memadai oleh karena masih sering dianggap sebagai pelayanan sekunder. Secara nasional kebetulan yang bertindak sebagai pelaksanaan pelayanan darah adalah Unit Transfusi Darah Palang Merah Indonesia (UTD PMI ), sehingga sering terdapat kesan bahwa pelayanan darah bukanlah tanggung jawab rumah sakit akan tetapi merupakan tanggungjawab penuh UTD PMI. Sejalan dengan peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit kearah *Patient Safety*, maka seharusnya rumah sakit mengambil peran yang signifikan dalam hal pelayanan darah di rumah sakit yang didasari adanya kecenderungan peningkatan penggunaan darah, dengan demikian rumah sakit juga semestinya bertanggungjawab atas pelayanan darah bagi pasien termasuk menjamin keamanan darah yang ditransfusikan.

Ketersediaan darah yang aman di rumah sakit merupakan salah satu Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit . Agar pelayanan darah dapat berjalan dengan baik dan terstandar maka dibutuhkan pedoman pelaksanaan yang dipakai sebagai acuan rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan darah yang berkualitas.

## A. RUANG LINGKUP PELAYANAN

### 1. Administrasi

Pelayanan administrasi dilakukan untuk semua pelayanan transfusi darah. Setiap kegiatan pelayanan transfusi darah harus dikerjakan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) karena kesalahan yang terjadi pada setiap langkah kegiatan tersebut akan berakibat fatal bagi resipien, dan juga dapat membahayakan petugas kesehatan yang melaksanakannya.

### 2. Pelayanan permintaan darah

Prosedur yang ada di rumah sakit adalah mulai dari penentuan indikasi yang tepat oleh dokter, serta penentuan jenis komponen darah yang dibutuhkan. Dokter akan mengisi formulir permintaan darah yang disiapkan oleh rumah sakit dengan format standar UTD PMI, disertai sampel darah resipien yang terbaru, selanjutnya petugas akan melakukan pemeriksaan golongan darah (ABO dan Rhesus) resipien dan selanjutnya sampel dan surat permintaan darah dibawa ke UTD PMI untuk dilakukan uji silang serasi antara darah resipien dan darah donor yang akan diberikan. Kantong darah yang kompatibel diserahkan oleh petugas UTD PMI kepada petugas rumah sakit dengan memperhatikan prinsip rantai dingin darah (darah dijaga selalu pada suhu 2-4<sup>0</sup> C).

### 3. Proses transfusi darah.

Kantong darah yang telah dinyatakan kompatibel tersebut diserahkan pada perawat yang diberi kewenangan melakukan tindakan transfusi pada resipien dibawah pengawasan dokter. Perawat ruangan harus melakukan pemantauan reaksi transfusi, minimal 15 menit pertama pada setiap pemberian kantong darah yang ditransfusikan. Bila terjadi reaksi transfusi

maka harus segera dilakukan penanganannya sesuai dengan SPO dan pelaporan kepada UTD PMI sebagai feedback.

## B. LANDASAN HUKUM

1. Undang-undang kesehatan No 23 Tahun 1992 tentang kesehatan
2. Peraturan Pemerintah No 18 Tahun 1980 tentang Transfusi Darah
3. Peraturan Menteri Kesehatan No 478/Menkes/Peraturan/X/1990 tentang Upaya Kesehatan di Bidang Transfusi Darah.

## C. BATASAN OPERASIONAL

1. Menyiapkan Standar Prosedur Operasional (SPO) setiap langkah kegiatan.
2. Merencanakan kebutuhan darah di rumah sakit.
3. Melakukan pemeriksaan golongan darah (ABO dan Rhesus ) resipien
4. Melakukan permintaan darah sesuai dengan formulir permintaan darah dari dokter kepada UTD.
5. Menerima darah dari UTD yang telah memenuhi syarat uji cocok serasi sesuai permintaan darah untuk dilakukan transfusi darah pada resipien oleh petugas yang berwenang.
6. Melacak penyebab reaksi transfusi.
7. Mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan sumber daya manusia rumah sakit dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan transfusi darah di rumah sakit.
8. Melakukan pencatatan dan pelaporan.

## D. STANDAR ALUR PELAYANAN

1. Permintaan Darah Rutin
  - a. Permintaan darah ke UTD PMI sesuai kesepakatan dengan UTD PMI yang tertuang dalam perjanjian tertulis/Memorandum Of Understanding (MOU).
  - b. Tersedia Standar Prosedur Operasi (SPO)
  - c. Transportasi distribusi darah dengan menggunakan cool box transportasi darah dengan memelihara rantai dingin yang ditentukan.
2. Permintaan Darah dalam Keadaan Khusus

Permintaan dalam keadaan khusus adalah dalam keadaan darurat.

- a. Permintaan darah diluar perencanaan rutin, permintaan dalam keadaan darurat, rhesus negative, darah langka dan pada kejadian luar biasa (KLB)
  - b. Formulir permintaan darah harus diisi lengkap dan ditandatangani oleh dokter yang merawat dan cap rumah sakit.
  - c. Tersedia SPO permintaan darah dalam keadaan khusus.
3. Penerimaan Darah

Mekanisme penerimaan darah sesuai dengan kesepakatan yang tertuang dalam MOU

- a. Rumah sakit menerima darah aman dari UTD PMI sesuai dengan permintaan dan disesuaikan dengan kesepakatan yang tertuang dalam MOU.
- b. Petugas penerima darah menilai kondisi darah, dan mampu mengenali tanda-tanda fisik darah aman dan standar labeling
- c. Tersedia SPO penerimaan darah dari UTD PMI.

#### E. PEMUSNAHAN DARAH

- 1. Darah yang akan dimusnahkan sesuai standar pengelolaan limbah rumah sakit adalah darah yang kadaluarsa , rusak atau sisa darah dalam kantong transfusi.
- 2. Tersedia SPO pemusnahan darah.

#### F. PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pencatatan dan pelaporan dilakukan pada setiap tahap kegiatan secara lengkap dan reaksi transfusi.

- 1. Dokumentasi permintaan darah dari para dokter lengkap dengan indikasi, jenis, dan jumlah darah beserta identitas pasien.
- 2. Pemeriksaan golongan darah (ABO dan Rhesus).
- 3. Reaksi transfusi

#### G. STANDAR PEMBIAYAAN

Biaya pelayanan darah di rumah sakit terdiri dari komponen Biaya Pemeriksaan dan Pengolahan Darah (BPPD), bahan habis pakai dan jasa pelayanan.

## H. STANDAR KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

### 1. Pencegahan Ancaman Bahaya

Ancaman bahaya yang mengakibatkan resiko gangguan kesehatan dan keselamatan bagi petugas dan perawat.

2. Diwajibkan harus memakai sarung tangan plastik karet tipis selama bekerja untuk menghindari penularan melalui kontak langsung dengan spseimen darah.
3. Semua SPO yang tersedia harus dilaksanakan dan diperhatikan untuk mencegah atau meminimalisasi bahaya atau kecelakaan akibat kerja.
4. Limbah infeksius dimasukkan kedalam kantung plastik sesuai dengan kode dan warnanya untuk dikelola.
5. Diwajibkan harus selalu mencuci tangan sesuai SPO hand hygiene rumah sakit.

## I. PENGELOLAAN LIMBAH

Kantong darah dan transfusi set adalah Sumber limbah yang sangat berbahaya dan harus ditangani secara benar yaitu ;

1. Menyediakan sarana penampungan untuk limbah yang memadai, diletakan pada tempat yang tepat, aman dan higienis
2. Pengelolaan limbah infeksius dengan cara desinfeksi, dekontaminasi, sterilisasi dan insenerasi.

## J. PENUTUP

Demikian pedoman ini dibuat agar dapat dilaksanakan sebagai acuan dalam pelayanan darah di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

DIREKTUR

RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

**drg. Said Hassan, M.kes**