

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL



PENGADAAN DARAH

NOMOR : 103/SPO/YANMED/RSIH/II/2022
NO. REVISI : 01
TANGGAL PENGESAHAN : 05 September 2022

LEMBAR VALIDASI DAN PERSETUJUAN

Jenis Dokumen : SPO
 Nomor Dokumen : 103/SPO/YANMED/RSIH/VI/2022
 Judul Dokumen : PENGADAAN DARAH
 Nomor Revisi : 01

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Deliani Putri Hadrian, Amd.AK	Kepala Unit Laboratorium		27.05.2022
	:	Desty Dwi Widiyanti, Amd.Kep	Asisten Manajer Pelayanan Medik		27.09.2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		27.09.2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		27.09.2022
	:	dr. Tena R. Iskandar, Sp.PK	Penanggungjawab Laboratorium		27.09.2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		27.09.2022

	PENGADAAN DARAH		
	No. Dokumen 103/SPO/YANMED/RSIH/VI/2022	No. Revisi 01	Halaman 1/4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit: 27-09-2022	<div>Ditetapkan oleh: Direktur,</div>  drg. Muhammad Hasan, MARS	
PENGERTIAN	<ul style="list-style-type: none">- Pengadaan darah adalah proses permintaan darah dari unit perawatan sesuai dengan indikasi atas persetujuan pasien/keluarga kepada Unit Laboratorium untuk diproses ke PMI sesuai dengan lembar permintaan darah dan diterima oleh Unit Perawatan untuk diberikan kepada pasien dengan tetap menerapkan <i>patient safety</i>.- Unit Perawatan adalah Unit Rawat Jalan, Unit Rawat Inap, Unit Gawat Darurat, Unit Kamar Operasi, Unit Kamar Bersalin, Unit Intensif Dewasa dan Unit Intensif Anak- Petugas adalah perawat/ bidan di Unit Perawatan yang sedang bertugas- Analis adalah tenaga kesehatan di Unit Laboratorium yang sedang bertugas.- Dokter adalah staff medis (Umum, spesialis & sub spesialis) yang sedang bertugas- UTD PMI adalah Unit Transfusi Darah Palang Merah Indonesia		
TUJUAN	Sebagai acuan dan langkah-langkah dalam melakukan pengadaan darah dari unit terkait sampai dengan darah diterima dan diberikan kepada pasien.		
KEBIJAKAN	<ul style="list-style-type: none">- Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3523/A000/XI/2021 Tentang Standar Pelayanan Berfokus Pasien- Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3982/A000/XII/2021 Tentang Panduan Pelayanan Darah Dan Produk Darah		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none">1. Dokter menentukan indikasi perlunya dilakukan transfusi darah kepada pasien2. Dokter menjelaskan kepada pasien atau keluarga tentang tujuan, manfaat, risiko/komplikasi pemberian transfusi darah dan melakukan dokumentasi informasi dalam formulir pemberian informasi tindakan medik (<i>informed</i>)3. Pasien atau keluarga mengisi formulir persetujuan atau penolakan pemberian transfusi darah (<i>consent</i>) sebelum pemberian darah		

PENGADAAN DARAH

No. Dokumen
103/SPO/YANMED/RSIH/VI/2022

No. Revisi
01

Halaman
2/4

4. Untuk pasien atau keluarga yang menyetujui pemberian darah, Dokter mengisi lembar permintaan darah dan Petugas ruang perawatan melakukan *double check* dan konfirmasi ulang terkait permintaan darah.
5. Petugas melakukan konfirmasi melalui telepon kepada Unit Laboratorium terkait permintaan darah
6. Unit Laboratorium melakukan permintaan darah ke UTD PMI Garut, jika stok tersedia Analis melakukan konfirmasi kepada Unit Perawatan dan apabila stok tidak tersedia maka Analis tetap melakukan konfirmasi ulang kepada Unit Perawatan dan mengkoordinasikan terkait alternatif pengadaan darah dari pendonor keluarga atau UTD PMI Bandung.
7. Petugas menyerahkan formulir permintaan darah beserta sampel darah pasien ke Unit Laboratorium
8. Analis mengecek kelengkapan pengisian formulir dan melakukan identifikasi (nama lengkap, tanggal lahir dan informasi tambahan lainnya) terhadap sampel darah pasien
9. Bila ditemukan ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian sampel darah dengan formulir permintaan, petugas lab berkoordinasi dengan petugas ruangan untuk mengoreksinya
10. Analis akan melakukan konfirmasi jika sampel tidak layak (lisis, menggumpal, volume kurang, salah tabung) dan akan melakukan pengecekan ulang
11. Untuk sampel baru, Analis melakukan pemeriksaan golongan darah ABO dan rhesus pasien kembali
12. Analis mencatat permintaan darah dari ruang perawatan ke Buku Register PMI dengan format:
 - a. Tanggal Permintaan
 - b. Nama Pasien
 - c. No Rekam Medik
 - d. Unit Pengirim
 - e. Jenis Golongan Darah
 - f. Diagnosa Pasien
 - g. Dokter Pengirim
 - h. No Labu (diisi saat darah sudah ada)
 - i. Jenis Labu
 - j. Nama Petugas Dinas Luar
 - k. Waktu Kepergian
 - l. Waktu Kedatangan
 - m. Nama Petugas Laboratorium
 - n. Penerima darah (diisi saat serah terima dengan ruang perawatan)


PENGADAAN DARAH


No. Dokumen
103/SPO/YANMED/RSIH/VI/2022

No. Revisi
01

Halaman
3/4

13. Analis berkoordinasi dengan Petugas Dinas Luar untuk membawa darah sesuai pesanan
14. Petugas Dinas Luar melakukan identifikasi data pasien yang ada pada labu dan kwitansi darah dengan petugas UTD PMI
15. Petugas Dinas Luar melakukan Serah Terima darah dengan petugas UTD PMI dan memasukkan darah kedalam *cool box* beserta *ice pack*
16. Petugas Dinas Luar membawa pesanan darah yang sudah disimpan didalam *cool box* beserta *ice pack*
17. Petugas Dinas Luar melakukan serah terima pesanan darah yang sudah disimpan didalam *cool box* beserta *ice pack* dengan Analis
18. Analis melakukan identifikasi ulang kecocokan identitas data dengan darah dan mengisi data *point h* pada no 12 di Buku Ekspedisi PMI
19. Analis mendistribusikan darah yang sudah disimpan didalam *cool box* beserta *ice pack* ke Unit Perawatan dengan membawa buku ekspedisi serah terima darah
20. Analis melakukan serah terima darah yang sudah disimpan didalam *cool box* beserta *ice pack* dengan Unit perawatan
21. Petugas unit perawatan mengisi nama beserta paraf di Buku Ekspedisi PMI
22. Petugas melakukan identifikasi kantong dan identifikasi pasien dilakukan oleh dua orang petugas sebelum membawa kantong darah ke sisi pasien dan pada saat di sisi pasien
23. Jika terjadi perbedaan informasi, maka darah tidak dapat diberikan dan dilaporkan sebagai Kejadian Nyaris Cedera ke Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
24. Jika pasien/keluarga pasien melakukan penolakan pemberian transfusi setelah menandatangani pada lembar *informed consent* dan proses pengadaan darah sudah dilakukan oleh Unit Laboratorium, maka pasien/keluarga menanggung pembiayaan baik biaya *crossmatch* ataupun kantong darah jika sudah tidak dapat diretur ke PMI (sudah kadaluarsa)
25. Adapun kadaluarsa darah sesuai golongan adalah sebagai berikut :
 - a. Darah Lengkap/Whole Blood/WB
Darah harus mulai ditransfusikan dalam waktu paling lama 30 menit setelah dikeluarkan dari suhu optimal
 - b. *Packed Red Cells/PRC*
Darah harus mulai ditransfusikan dalam waktu paling lama 30 menit setelah dikeluarkan dari suhu optimal
 - c. Sel Darah Merah Cuci / *Washed Red Cells / WRC*
Darah harus mulai ditransfusikan dalam waktu paling lama 30 menit setelah dikeluarkan dari suhu optimal
 - d. Trombosit Konsentrat / *Concentrate Thrombocyte / TC*

	PENGADAAN DARAH		
	No. Dokumen 103/SPO/YANMED/RSIH/VI/2022	No. Revisi 01	Halaman 4/4
	<p>Harus ditransfusikan dalam waktu 20 menit, kecuali trombosit apheresis dan pooling tidak melebihi 2 jam</p> <p>e. <i>Fresh Frozen Plasma/FFP</i> Ditransfusikan menggunakan blood set dalam waktu 20 menit, selambat-lambatnya 6 jam setelah proses pencairan, karena faktor pembekuan labil akan rusak</p> <p>f. Cryoprecipitate/Faktor Anti Hemofilik (Anti Hemophilic Factor/AHF) Setelah dicairkan harus segera ditransfusikan selambat-lambatnya 6 jam setelah pencairan</p>		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unit Perawatan 2. Unit Laboratorium 3. Dinas Luar 4. Komite PMKP 		

	PENGADAAN DARAH		
	No. Dokumen 103/SPO/YANMED/RSIH/VI/2022	No. Revisi 01	Halaman 4/4
	<p>Harus ditransfusikan dalam waktu 20 menit, kecuali trombosit apheresis dan pooling tidak melebihi 2 jam</p> <p>e. <i>Fresh Frozen Plasma/FFP</i> Ditransfusikan menggunakan blood set dalam waktu 20 menit, selambat-lambatnya 6 jam setelah proses pencairan, karena faktor pembekuan labil akan rusak</p> <p>f. Cryoprecipitate/Faktor Anti Hemofilik (Anti Hemophilic Factor/AHF) Setelah dicairkan harus segera ditransfusikan selambat-lambatnya 6 jam setelah pencairan</p>		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unit Perawatan 2. Unit Laboratorium 3. Dinas Luar 4. Komite PMKP 		