|  |  |
| --- | --- |
| **NAMA**  **INSTANSI** | STIKER IDENTITAS |
| **MONITORING**  **PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH** |
| Ruang Rawat : Riwayat alergi : € Ya sebutkan :……….. …………………  € Tidak  Dokter yang merawat : Pernah tranfusi darah / produk darah : € ya € Tidak | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TGL** | **JAM** | **JENIS DARAH** | **NO Kantong** | **ISI**  **(ML)** | **TTV** | | | | **Nama Perawat / Bidan** | **REAKSI**  **− / + (sebutkan)** |
| **TD** | **Nadi** | **RR** | **S** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Observasi dilakukan pada** . :

30 menit sebelum tranfusi darah

15 menit pertama dimulainya transfusi (observasi)

Setiap 60 menit selama transfusi berlangsung

60 menit setelah transfusi darah selesai

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PETUNJUK TEHNIS MONITORING PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH** | | |
| Stiker Identitas | : | Ditempel dengan stiker identitas pasien yang telah di sediakan |
| **Variabel** | | |
| 1. Ruang Rawat | : | Isi dengan ruang pasien di rawat ( contoh : Keperawatan 1 ) |
| 1. Riwayat alergi | : | 1. Berikan tanda √ pada kotak ya jika mempunyai riwayat alergi dan tulis alergi apa 2. Berikan tanda √ pada kotak tidak jika tidak ada riwayat alergi |
| 1. Dokter yang merawat |  | Tulis nama DPJP atau dokter yang memberikan advis transfusi darah |
| 1. Pernah transfusi darah / produk darah | : | 1. Berikan tanda √ pada kotak ya, jika pernah transfusi darah 2. Berikan tanda √ pada kotak tidak, jika tidak pernah transfusi darah |
| 1. TGL | : | Tuliskan tanggal melakukan kegiatan |
| 1. JAM | : | Tuliskan jam melakukan kegiatan |
| 1. Jenis Darah | : | Tuliskan jenis darah yang akan ditransfusikan contoh WB, PRC |
| 1. No Kantong |  | Tuliskan nomor regristrasi kantong yang tertera di kantong darah  Cocokkan dulu dengan nomor yang ada di kartu kendali |
| 1. ISI (ML) | : | Tuliskan isi daripada darah yang akan ditransfusikan dalam mili liter contoh: jika darah yang ditransfusikan WB, maka isinya adalah 350 ml/ cc |
| 1. TD | : | Tuliskan hasil dari pemeriksaan tekanan darah pasien |
| 1. Nadi |  | Tuliskan hasil dari pemeriksaan nadi pasien |
| 1. RR | : | Tuliskan hasil dari pemeriksaan pernafasan pasien |
| 1. S | : | Tuliskan hasil dari pemeriksaan suhu pasien |
| 1. **Nama Perawat / Bidan** |  | Tuliskan nama terang perawat atau bidan yang melakukan tindakan |
| 1. **REAKSI** − **/** + **(sebutkan )** | : | 1. Berikan tanda ( - ) jika tidak ada reaksi transfusi 2. Berikan tanda ( + ) jika ada reaksi transfusi dan tuliskan jenis reaksinya   **Catatan :** jika ada reaksi segera hubungi DPJP atau dokter umum (dokter ruangan) |