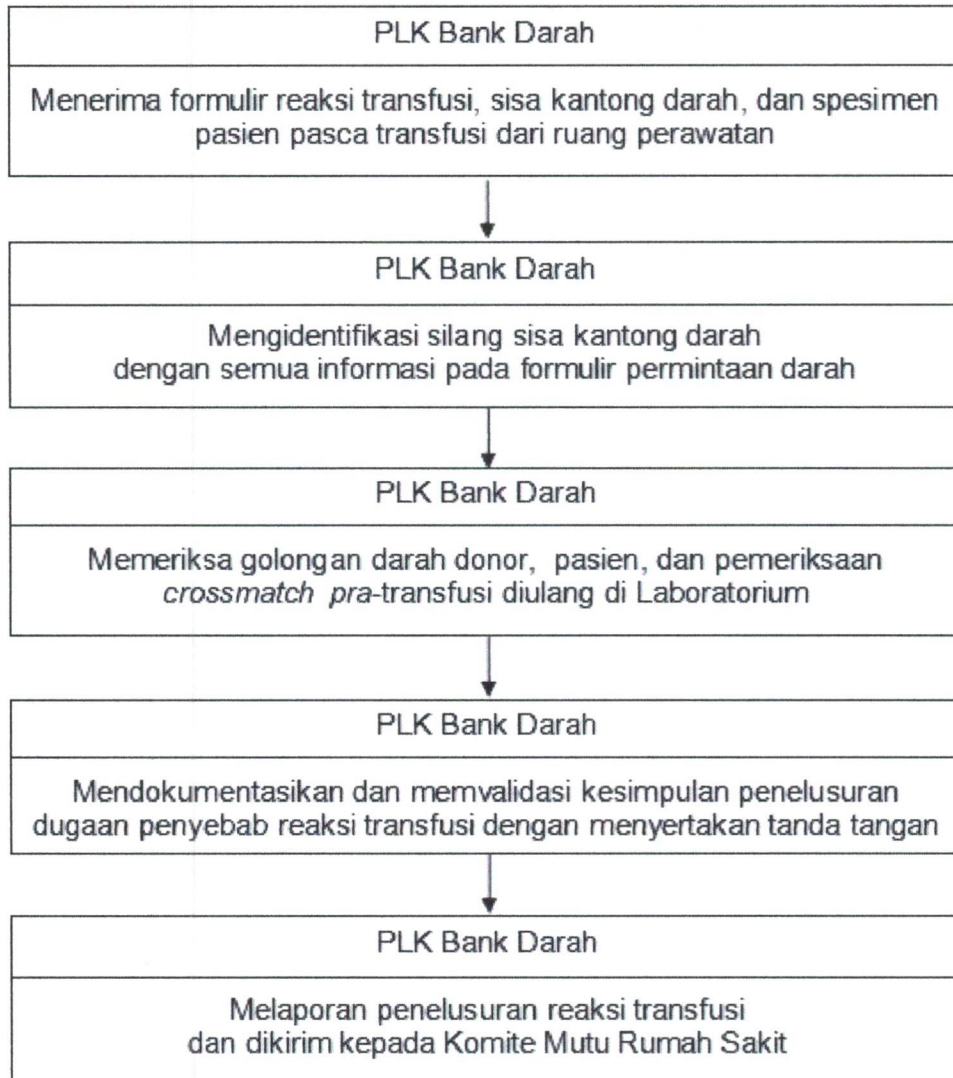


	PENELUSURAN REAKSI TRANSFUSI		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/10563/2024	No. Revisi : 01	Halaman : 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 06 November 2024	Ditetapkan : Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta  dr. ADIN NULKHASANAH, Sp.S., MARS	
PENGERTIAN	Dalam pelayanan darah dikenal istilah <i>hemovigilance</i> , yaitu upaya untuk mengumpulkan data-data terjadinya reaksi transfusi, melakukan analisis data tersebut, dan kemudian menggunakannya sebagai dasar peningkatan keamanan pelayanan transfusi darah.		
TUJUAN	Sebagai petunjuk bagi Pranata Laboratorium Kesehatan (PLK) di Bank Darah dalam meminimalisir reaksi yang lebih berat bagi pasien ketika transfusi.		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Nomor HK.02.03/D.XXIII/828/2024 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Laboratorium dan Bank Darah		
PROSEDUR	1. Menerima keluhan reaksi transfusi secara tertulis dari petugas ruang perawatan. 2. Menerima sisa kantong darah donor dan spesimen pasien pasca transfusi dari ruang perawatan disertai formulir untuk penelusuran reaksi transfusi. 3. Mengidentifikasi kantong darah donor, meliputi nomor kantong darah, golongan darah pada label kantong, jenis komponen darah, perkiraan volume darah donor yang tersisa di dalam kantong, uji saring Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah (IMLTD), uji silang serasi / uji saring antibodi. 4. Mengecek silang semua informasi permintaan darah dengan identitas kantong darah donor. 5. Memeriksa ulang atas golongan darah donor dan pasien, meliputi golongan darah ABO dan Rhesus. 6. Memeriksa ulang uji saring antibodi / uji silang serasi darah donor dengan darah pasien, menggunakan persediaan darah pasien pra transfusi di Bank Darah Rumah Sakit (BDRS). 7. Mencatat penelusuran reaksi transfusi, meliputi tanggal dan waktu diterimanya keluhan secara tertulis dari ruang perawatan, hasil identifikasi kantong darah donor, hasil pengecekan silang semua informasi permintaan darah pada arsip permintaan darah dengan identitas kantong darah donor, hasil pemeriksaan ulang golongan darah donor dan pasien, hasil pemeriksaan uji saring antibodi / uji silang serasi, kesimpulan dugaan penyebab reaksi transfusi, pencatatan divalidasi dengan membubuhkan tanda tangan pemeriksa dan Penanggung Jawab BDRS, serta pencatatan didokumentasikan. 8. Melaporkan penelusuran reaksi transfusi dan dikirimkan kepada Komite Mutu Rumah Sakit.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Rawat Jalan dan Neurodiagnostik 3. Instalasi Gawat Darurat 4. Instalasi Rawat Intensif 5. Instalasi Bedah Sentral 6. Komite Mutu Rumah Sakit		

ALUR PENELUSURAN REAKSI TRANSFUSI



	Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr.dr. Mahar Mardjono Jakarta “Formulir Penambahan / Perubahan Dokumen”	No. Dokumen	: OT.02.02/D.XXIII/10563/2024
		Tanggal Efektif	: 06 November 2024
		Halaman	: 2 (dua) halaman

Dengan ini kami mengajukan perubahan dokumen yang ada pada Instalasi Laboratorium dan Bank Darah kami, sebagai berikut :

Tanggal	: 06 November 2024	☐ Penambahan Dokumen
Nama	: dr. Hastrina Mailani, Sp.PA	☒ Perubahan Dokumen
Unit Kerja	: Instalasi Laboratorium dan Bank Darah	☐ Pengurangan Dokumen

Beri tanda ✓ pada kotak yang diperlukan

TTD PEMOHON  dr. Hastrina Mailani, Sp.PA NIP. 198605282012122001

No	Nomor Dokumen (Sebelumnya)	Status Revisi	Dasar Perubahan	Uraian Kondisi Sebelum	Uraian Kondisi Sesudah
1	OT.02.02/XXXIX/2979/2018; 09 April 2018	ke-1	1. SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional Nomor: HK.02.03/D.XXIII/828/2024 tentang Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan Instalasi Laboratorium.	Ditetapkan Direktur Utama "dr. Mursyid Bustami, Sp.S(K) KIC, MARS"	Ditetapkan Direktur Utama "dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS"
			2. Permenpan Nomor 35 Tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasioal Prosedur Administrasi Pemerintah.	Nomor SK Kebijakan : HK.02.03/D.XXIII/2742/2018	Nomor SK Kebijakan : HK.02.03/D.XXIII/828/2024
			3. Karena ketentuan pedoman dalam unit kerja diperlukan agar tugas dan fungsi masing-masing PLK dapat dilaksanakan dengan baik dan benar	Belum terdapat alur	Menambahkan alur (hal.2)
			4. Saat ini status dokumen lama di emisyy adalah kadaluwarsa .	Kop dan logo lama	Memperbaiki format sesuai logo dan kop baru, revisi unit terkait.