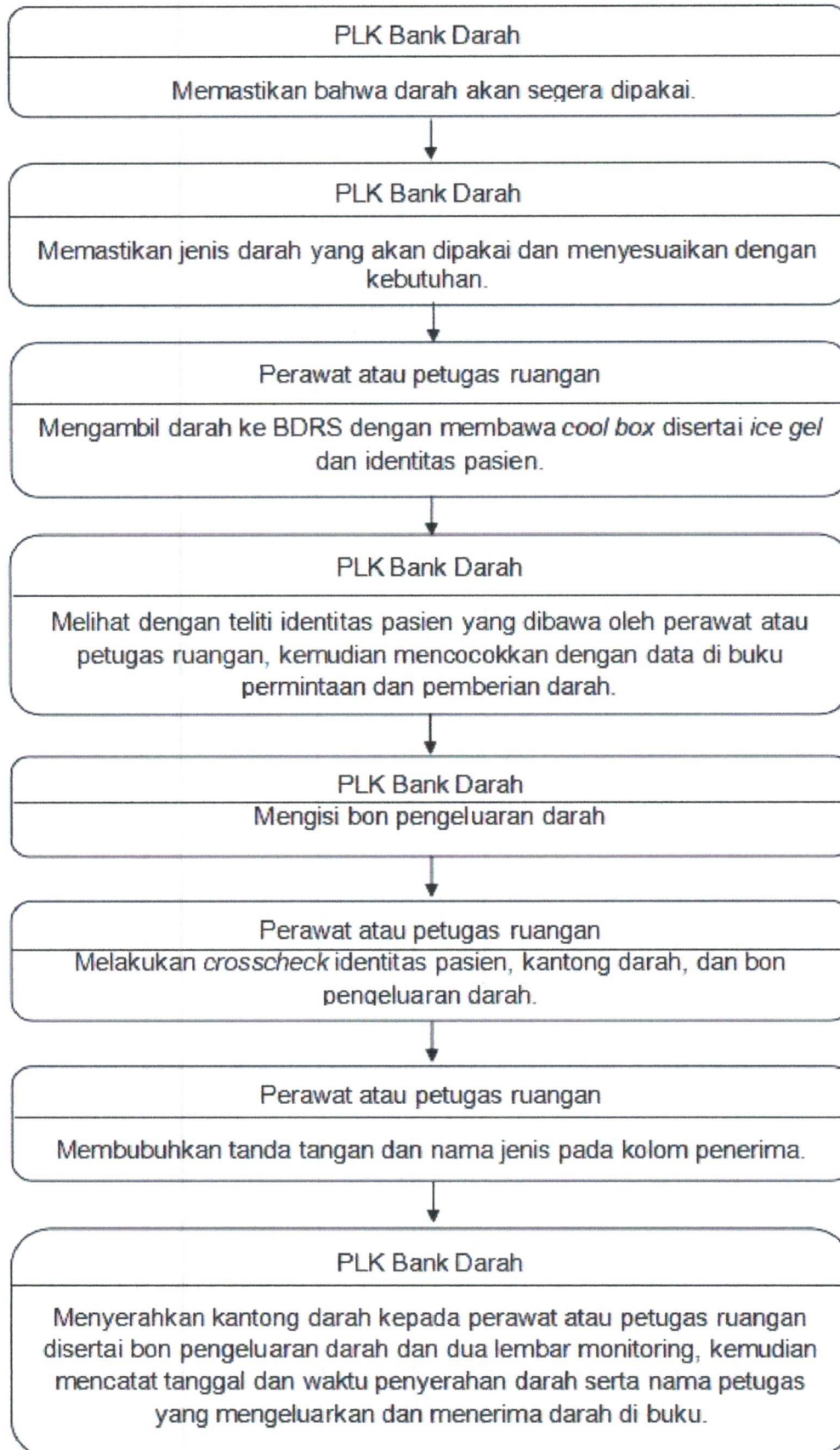


	PENYERAHAN DARAH DARI BDRS KE RUANG PERAWATAN		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/364/2025	No. Revisi : 01	Halaman : 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL /	Tanggal Terbit : 08 Januari 2025	Ditetapkan : Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta  dr. ADIN NULKHASANAH, Sp.S., MARS	
PENGERTIAN	Proses transportasi dan penyerahan darah yang telah dilakukan uji pratreansfusi dari Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) kepada perawat atau petugas ruangan untuk ditransfusikan kepada pasien.		
TUJUAN	Sebagai pedoman bagi Pranata Laboratorium Kesehatan (PLK) di Bank Darah dalam penerapan langkah-langkah penyerahan darah untuk menghindari kesalahan pada waktu penyerahan darah.		
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. Pranata Laboratorium Kesehatan (PLK) Bank Darah memastikan bahwa darah akan segera dipakai, sehingga darah dapat segera ditransfusikan setelah diambil (untuk menghindari darah berada di luar lemari pendingin terlalu lama). 2. PLK Bank Darah memastikan jenis darah yang akan dipakai. Apabila persediaan darah yang diminta lebih dari satu jenis, PLK Bank Darah menyesuaikan dengan kebutuhan saat itu. 3. Perawat atau petugas ruangan mengambil darah ke BDRS dengan membawa <i>cool box</i> disertai <i>ice gel</i> dan identitas pasien. 4. PLK Bank Darah melihat dengan teliti identitas pasien yang dibawa oleh perawat atau petugas ruangan, kemudian mencocokkan dengan data di buku permintaan dan pemberian darah. 5. PLK Bank Darah mengisi bon pengeluaran darah, meliputi: a. Nomor bon pengeluaran darah b. Nama rumah sakit c. Ruang perawatan d. Nama dokter e. Diagnosa f. Indikasi transfusi g. Nilai Hb h. Nama pasien i. Nomor rekam medis j. Tanggal lahir k. Alamat l. Golongan darah dan rhesus m. Jenis dan jumlah komponen darah n. Nomor kantong darah, tanggal kedaluwarsa, dan volume darah o. Tanggal dan jam pengeluaran darah p. Tanda tangan petugas yang menyerahkan q. Ceklis kesesuaian dan kondisi kantong darah		

	PENYERAHAN DARAH DARI BDRS KE RUANG PERAWATAN		
	No. Dokumen : OT.02.02/D.XXIII/364/2025	No. Revisi : 01	Halaman : 2/3
PROSEDUR	6. Perawat atau petugas ruangan melakukan <i>crosscheck</i> identitas pasien, kantong darah, dan bon pengeluaran darah. Jika sudah sesuai, perawat atau petugas ruangan membubuhkan tanda tangan dan nama jelas pada kolom penerima. 7. PLK Bank Darah menyerahkan kantong darah kepada perawat atau petugas ruangan disertai bon pengeluaran darah dan dua rangkap lembar monitoring, kemudian mencatat tanggal dan waktu penyerahan darah serta nama petugas yang mengeluarkan dan menerima darah di buku.		
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rawat Inap 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Intensif 4. Instalasi Bedah Sentral 5. Instalasi Neurorestorasi		

ALUR PENYERAHAN DARAH DARI BDRS KE RUANG PERAWATAN



	Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr.dr. Mahar Mardjono Jakarta “Formulir Penambahan / Perubahan Dokumen”	No. Dokumen	: OT.02.02/D.XXIII/364/2025
		Tanggal Efektif	: 08 Januari 2025
		Halaman	: 3 (tiga) halaman

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

Tanggal : 08 Januari 2025

Nama : dr. Hastrina Mailani, Sp.PA

Unit Kerja : Instalasi Laboratorium dan Bank Darah

☐ Penambahan Dokumen

☒ Perubahan Dokumen

☐ 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/8893/2018; 04 Desember 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.3)
			4. Saat ini status dokumen lama di emisyy adalah kadaluwarsa .	Kop dan logo lama	Memperbaiki format sesuai logo dan kop baru, revisi unit terkait.