

**SPO PELAYANAN DARAH
INSTALASI PATOLOGI KLINIK DAN
BANK DARAH**



**PEMERINTAH KOTA MAGELANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TIDAR**

Alamat: Jl. Tidar No. 30 A Magelang Telp. (0293) 362260,362463 Fax. 368354
MAGELANG 56122

2019



PENILAIAN SAMPEL YANG MEMENUHI SYARAT

No. Dokumen :
P.01/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditandatangani,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S

NIP. 19620624 198901 1 001

Pengertian	Penilaian sampel yang memenuhi syarat adalah tata cara dalam melakukan penilaian sampel yang akan di periksa, baik kualitas maupun kuantitasnya oleh Analis BDRS
Tujuan	Agar di peroleh hasil yang akurat
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Terima sampel dari perawat ruangan2. Amati ,apakah sampel tersebut memenuhi syarat atau tidak3. Hal – hal yang perlu di amati adalah :<ol style="list-style-type: none">a. Volume sampel sesuai standartb. Sampel tidak bekuc. Sampel tidak lisis4. Jika tidak memenuhi syarat di atas, segera hubungi ruangan untuk minta sampel ulang
Unit Terkait	Rawat Inap dan Hemodialisa



PEMELIHARAAN ALAT KESEHATAN DI BDRS

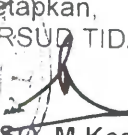
No. Dokumen :
P.02/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1


**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620624 198901 1 001

Pengertian	Pemeliharaan alat kesehatan di BDRS adalah tata cara pemeliharaan alat di BDRS
Tujuan	Agar alat terpelihara dan hasil akurat
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	1. Analis BDRS bekerjasama dalam pemeliharaan : a. ID Centrifuge - Bersihkan chamber centrifuge dengan cara menarik rotor, pembersihan dengan menggunakan alkohol 70% b. Tube sealer - Bersihkan dengan menggunakan desinfektan yang bersifat korosif c. ID Incubator - Bersihkan dengan menggunakan alkohol 70% - Frekwensi pembersihan chamber 2 minggu sekali
Unit Terkait	IPSRs

<p>Pengertian</p> <p>Pelayanan darah di BDRS TIDAR KOTA MAGELANG adalah pelayanan darah untuk keperluan transfusi darah di RSUD TIDAR KOTA MAGELANG.</p>	<p>Tujuan</p> <p>Untuk meningkatkan pelayanan pada pasien yang membutuhkan darah di RSUD TIDAR KOTA MAGELANG.</p>	<p>Kebijakan</p> <p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang</p>	<p>Prosedur</p> <p>1. PENDAFTARAN PERMINTAAN DARAH</p> <p>a. Bawa sampel darah pasien beserta formulir permintaan darah yang sudah di tandatangani oleh dokter klinisi</p> <p>2. PRA ANALITIK :</p> <p>a. Persediaan darah ada :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bawa surat permintaan darah yang sudah diisi lengkap dan ditandatangani dokter ke BDRS sekalisus - membawa contoh darah penderita yang telah diberi identitas oleh petugas ruangan - Cek identitas pasien oleh analis BDRS - Input biaya di komputer oleh analis BDRS - Catat formulir permintaan dan pengambilan darah untuk di serahkan ke petugas ruangan oleh analis BDRS <p>b. Persediaan darah di BDRS tidak ada :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hubungi PMI menanyakan apakah ada stok darah yang dibutuhkan oleh analis BDRS - Bila darah di PMI tidak ada maka hubungi ruangan agar memotifasi keluarga untuk mencari donor pengganti <p>3. ANALITIK :</p> <p>a. Persediaan darah ada :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pemeriksaan golongan darah oleh analis BDRS
--	---	--	--

<p>Halaman : 1 dari 2</p>	<p>No. Revisi : 01</p>	<p>No. Dokumen : P.03/BDRS/II/2019</p>	<p>Tanggal Terbit : 04 Juni 2019</p>
<p>Direktur RSUD TIDAR Ditetapkan,</p> <p><i>(Signature)</i></p> <p>dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001</p>		<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p> 	



No. Dokumen : P.03/BDRSM/2019

No. Revisi : 01



Halaman : 2 dari 2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**


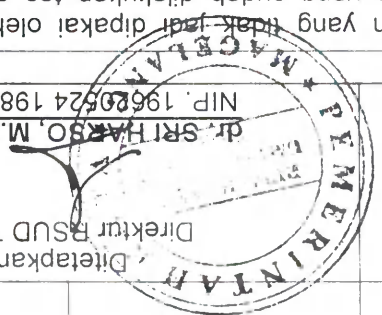
Tanggal Terbit : 04 Juni 2019

		<p>4. PASCA ANALITIK :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lakukan pemeriksaan cross match oleh analis BDRS- a. Persediaan darah ada :<ul style="list-style-type: none">- Input data pemakaian darah dan catat di buku register oleh analis BDRS- Hubungi petugas ruangan bahwa darah bisa diambil- Serahkan darah pada petugas ruangan- Tandatangani buku penyerahan darah oleh petugas ruangan	Unit Terkait
		Rawat Inap dan PMI	

Rawat Inap dan PMI	Unit Terkait
<p>1. Bila di PMI ada darah donor sesuai dengan permintaan</p> <p>a. Petugas BDRS mengkonfirmasi darah yang dibutuhkan ke PMI</p> <p>b. Driver mengantar sampel darah dan Surat Permintaan Darah ke PMI</p> <p>2. Bila di PMI tidak ada darah donor sesuai dengan permintaan:</p> <p>a. Petugas BDRS menghubungi petugas ruang untuk memotivasi keluarga pasien agar mencari donor pengganti.</p> <p>b. Petugas BDRS melakukan pemeriksaan golongan darah pada calon donor pengganti</p> <p>c. Sarankan keluarga pasien yang golongan darahnya sama dengan pasien (donor pengganti) untuk donor ke PMI dengan membawa blanko pengantar donor dari petugas BDRS</p> <p>d. Antar sampel darah pasien dan Surat Permintaan Darah ke PMI</p> <p>3. Bila terdapat kelainan pada sampel darah</p> <p>a. Darah dengan hasil pemeriksaan Rhesus Negatif, maka rujuk sampel darah tersebut ke PMI</p> <p>b. Untuk selanjutnya menjadi tanggung jawab PMI</p>	Prosedur
<p>Tercapainya pelayanan darah yang prima</p> <p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instansi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang</p>	Kejadian
	Tujuan
<p>Pengadaan darah darurat adalah mengusahakan persediaan darah apabila darah di BDRS tidak tersedia</p>	Pengertian

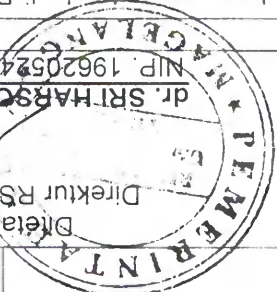
<p>Ditetapkan : DIREKTUR RSUD TIDAR KOTA MAGELANG</p>  <p>dr. SRI HAKSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620824 198901 1 001</p>	<p>Tanggal Terbit : 04 Juni 2019</p>	<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	
<p>Halaman : 1 dari 1</p>	<p>No. Revisi 01</p>	<p>No. Dokumen : P.04/BDRS/VI/2019</p>	

Pengertian	Pengembalian darah yang tidak jadi dipakai oleh pasien adalah pengembalian darah yang sudah dilakukan tes cross match tapi tidak jadi digunakan karena sesuatu hal
Tujuan	Agar darah yang tidak jadi dipakai tidak disalahgunakan demi menjaga kualitas dan keamanan darah
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	1. Darah yang tidak jadi dipakai, dikembalikan oleh petugas ruangan ke BDRS dan analis mencatatnya di buku pengembalian darah dari ruang 2. Darah disimpan untuk selanjutnya dimasukkan Di PMI
Unit Terkait	Rawat Inap


 No. Dokumen : P.05/BDRS/VI/2019 No. Revisi : 01 Halaman : 1 dari 1	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Juni 2019  dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001 Ditetapkan, Direktur RSUD TIDAR
---	------------------------------------	--


Unit Terkait	Rawat Inap dan PMI
<p>Pengertian</p> <p>Penjagaan kualitas dan keamanan darah di BDRS adalah tindakan pengecekan dan penyimpanan darah sesuai dengan standard</p> <p>Tujuan</p> <p>Agar darah tetap terjaga kualitasnya sehingga aman digunakan pasien</p> <p>Kebijakan</p> <p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang</p> <p>Prosedur</p> <p>1. Darah diantar oleh petugas PMI ke BDRS Tidar KOTA MAGELANG</p> <p>2. Cara transportasi yaitu menggunakan coolbox dengan suhu yang sesuai dengan ketentuan agar kualitas darah tetap terjaga.</p> <p>3. Cek kualitas dan jumlah darah oleh petugas BDRS</p> <p>4. Apabila memenuhi kualitas maka simpan darah di blood bank refrigerator sesuai dengan suhu standart</p> <p>5. Apabila darah tidak memenuhi kualitas maka kembalikan darah ke PMI</p> <p>6. Pantau suhu blood bank refrigerator tiap shift oleh analis</p> <p>7. Pemakaian darah dengan system FIFO (First in First Out)</p> <p>8. Darah yang siap dipakai dibawa ke bangsal oleh petugas ruangan dengan membawa coolbox yang dilengkapi dengan ice pack</p>	

<p>Halaman : 1 dari 1</p>	<p>No. Revisi : 01</p>	<p>No. Dokumen : P.06/BDRS/VI/2019</p>	<p>Tanggal Terbit : 04 Juni 2019</p>
<p>Ditetapkan, Direktur RSUD TIDAR</p> <p><i>dr. SRIHARSO/M.Kes, Sp.S</i> NIP. 19620524/198901 1 001</p>		<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	




Pengertian Penyimpanan darah donor adalah penyimpanan darah donor pada suhu dan tempat yang sesuai standar agar kualitas darah terjamin	Tujuan Untuk menjaga kualitas dan keamanan darah	Kebijakan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang	Prosedur 1. Jenis Darah : PRC a. Peralatan : Blood Bank Refrigerator. b. Cara kerja : - Simpan kantong darah dari PMI ke dalam blood bank refrigerator pada suhu 2°C – 6° C oleh Analis BDRS - Selalu monitor suhu blood bank dengan mencatat suhu di blanko monitor suhu - Simpan darah dengan sistem First In First Out (FIFO) - Lama penyimpanan : • PRC : 30 hari dengan sistem tertutup, jika terbuka 1 hari	Unit Terkait Rawat Inap dan PMI
--	---	---	---	------------------------------------

Halaman : 1 dari 1	No. Revisi 01	No. Dokumen : P.07/BDRSM/2019 Tanggal Terbit : 04 Juni 2019	 <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>
-----------------------	------------------	--	--



Ditetapkan,
 Direktur RSUD TIDAR

 dr. SM HARSO, M.Kes, Sp.S
 NIP. 19620524 198901 1 001



<p>Pengertian</p> <p>Response time Bank darah adalah waktu tunggu yang diperlukan untuk mempersiapkan kebutuhan darah transfusi</p>	<p>Tujuan</p> <p>Agar pasien mendapat kepastian berapa lama darah dapat diterima</p>	<p>Kebijakan</p> <p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/VI/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang</p>	<p>Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisis Bank Darah membutuhkan waktu : <ol style="list-style-type: none"> a. Pra Analitik : 10 menit b. Analitik : 40 menit c. Pasca Analitik : 10 menit 2. Petugas BDRS menghubungi bangsal bahwa darah sudah siap 3. Petugas bangsal mengambil darah ke BDRS 4. Jadi keseluruhan waktu yang di butuhkan adalah 1 jam 5. Jika darah yang diminta tidak dibutuhkan di hari yang sama, seperti untuk persiapan post-operasi atau persiapan hemodialisa, maka darah dititip dulu di BDRS untuk menjaga kualitas darah 6. Untuk darah persiapan tersebut, maka BDRS tidak dapat menentukan waktunya karena disesuaikan dengan kebutuhan di bangsal 7. Jika komponen yang dibutuhkan selain PRC (Packed Red Cell) maka sampel darah di kirim ke PMI 8. Maka BDRS tidak bisa menentukan waktunya karena berhubungan dengan pihak luar
<p>Unit Terkait</p> <p>Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar KOTA MAGELANG</p>			

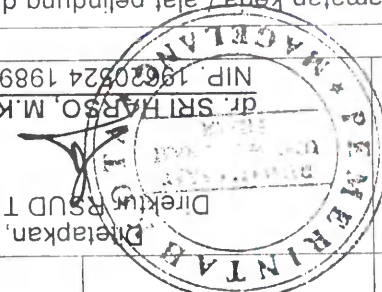
<p>Halaman : 1 dari 1</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>No. Dokumen : P.08/BDRS/VI/2019</p>	<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p> <p>Tanggal Terbit : 04 Juni 2019</p>
<p>Ditetapkan,</p> <p>Direktur RSUD TIDAR</p> <p>dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S</p> <p>NIP. 19620524 198901 1 001</p>			

Unit Terkait	Rawat Inap
Pengertian	Donor pengganti adalah pendonor yang disusahkan oleh pihak keluarga pasien dan ditatap di PMI karena adanya kekosongan stok darah baik di BDRS maupun di PMI, atau karena permintaan khusus dari keluarga.
Tujuan	Agar kebutuhan darah pasien tetap dapat terpenuhi melalui proses yang aman.
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangsal mengirim Surat Permintaan Darah beserta sampel darah pasien ke BDRS 2. BDRS membuat form darah pengganti untuk keluarga pasien yang akan menjadi donor 3. Form darah pengganti yang telah diisi petugas BDRS dikirimkan bersama Surat Permintaan Darah dan sampel pasien melalui driver ke PMI 4. Keluarga pasien melakukan aftap di PMI dengan mengkonfirmasi kepada petugas PMI bahwa akan mendonorkan darah untuk pasien tersebut 5. Jika darah telah siap, PMI menghubungi BDRS


 <p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p>Tanggal Terbit: 04 Juni 2019</p>	 <p>Ditandatangani, Direktur RSUD TIDAR</p>	<p>No. Dokumen: P.010/BDRS/VI/2019</p>
<p>No. Revisi: 00</p>	<p>Halaman: 1 dari 1</p>	<p>dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19630524 198901 1 001</p>	

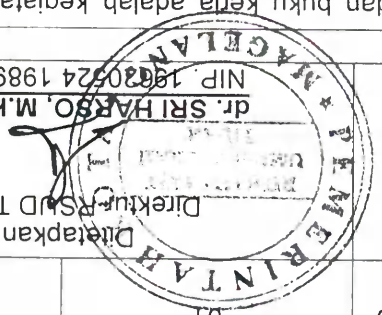
<p>Pengertian</p> <p>Pemakaian alat keselamatan kerja / alat pelindung diri (APD) adalah tata cara penggunaan alat keselamatan kerja / alat pelindung diri di BDRS</p> <p>Tujuan</p> <p>Agar petugas terlindungi dari bahan-bahan berbahaya</p> <p>Kebijakan</p> <p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang</p> <p>Prosedur</p>	<p>1. Jas Lab :</p> <p>a. Ambil jas lab yang bersih dari dalam loker sebelum melakukan pemeriksaan</p> <p>b. Pakai jas lab dengan benar untuk keselamatan dan keamanan petugas BDRS</p> <p>c. Gunakan jas lab hanya didalam ruang lab BDRS</p> <p>d. Lepaskan jas lab jika akan keluar dari ruang lab BDRS</p> <p>2. Sarung tangan :</p> <p>a. Ambil sarung tangan yang baru sesuai dengan ukuran tangannya</p> <p>b. Pakai sarung tangan yang benar</p> <p>c. Setelah selesai melakukan pemeriksaan, buang sarung tangan ke dalam tempat sampah medis</p> <p>d. Kalau sarung tangan rusak / kena darah ganti sarung tangan yang baru</p> <p>3. Masker :</p> <p>a. Gunakan masker untuk menutupi hidung dan mulut</p> <p>b. Letakkan tali masker bagian atas diatas telinga dan tarik kearah belakang kepala lalu ikat</p> <p>c. Letakkan tali masker bagian bawah dibawah rahang dan tarik ke arah belakang leher lalu ikat</p> <p>d. Setelah selesai menggunakan, lepas masker dan masukkan ke dalam tempat sampah medis</p> <p>BDRS</p> <p>Unit Terkait</p>
--	--

<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p>	<p>No. Dokumen : P.09/BDRS/VI/2019</p> <p>Tanggal Terbit : 04 Juni 2019</p>	<p>No. 01</p> <p>Halaman : 1 dari 1</p>
-------------------------------------	---	---


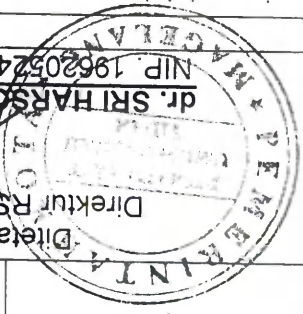




Pengertian	Pengisian formulir dan buku kerja adalah kegiatan catat-mencatat diformulir dan buku kerja guna kepentingan terbit administrasi
Tujuan	Agar pencatatan dan pelaporan dapat berjalan dengan tertib
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	1. Setiap melakukan kegiatan pelayanan bank darah, wajib catat di formulir / buku yang tersedia sesuai dengan kegiatan yang dikerjakan oleh analis bank darah 2. Buat rekapan setiap akhir bulan dan laporkan ke kepala bank darah untuk diketahui dan ditanda tangani, untuk selanjutnya buat laporan ke Kepala Bidang Penunjang untuk mendapatkan rekomendasi dan tindak lanjut
Unit Terkait	Bidang Penunjang

	No. Dokumen : P.11/BDRS/VI/2019	No. Revisi : 01	Halaman : 1 dari 1
	Tanggal Terbit : 04 Juni 2019 STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Ditetapkan, Direktur RSUD TIDAR dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001	




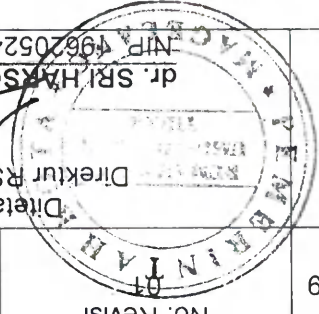
Unit Terkait	Rawat Inap
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungi ruangan bahwa darah yang diminta sudah bisa diambil 2. Ambil darah ke BDRS oleh petugas ruangan dengan menyerahkan formulir pengambilan darah dan membawa cool box. 3. Lakukan pengecekan formulir masih punya darah titip atau tidak oleh petugas BDRS 4. Serahkan darah ke petugas ruangan oleh petugas BDRS 5. Petugas ruangan melakukan cek identitas darah donor dan menandatangani buku ekspedisi penyerahan darah setelah darah diterima.
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Tujuan	Agar darah yang diserahkan sesuai dengan darah yang dibutuhkan
Pengertian	Penyerahan darah ke pasien adalah penyerahan darah yang sudah dilakukan pemeriksaan golongan darah dan cross match oleh analis BDRS dengan hasil yang sesuai antara contoh darah donor dengan contoh darah pasien untuk keperluan transfusi, kecuali permintaan darah darurat / cito

	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Juni 2019	 Ditetapkan, Direktur RSUD TIDAR dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001
	No. Dokumen : P.012/BDRS/VI/2019	No. Revisi 01	



Halaman : 1 dari 1	No. 01	No. Dokumen : P.013/BDRS/VI/2019	
Ditetapkan, Direktur RSUD TIDAR  dr. SRH/ARSO, M.Kes, Sp.S NIP.19620524 198901 1 001		Tanggal Terbit : 04 Juni 2019	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Pengertian Permintaan transfusi darah darurat / cito adalah permintaan darah untuk transfusi dalam keadaan darurat/ cito tanpa dilakukan pemeriksaan cross match terlebih dahulu dengan tidak meninggalkan prosedur yang ada	Tujuan Agar dapat segera memberikan darah untuk transfusi darah darurat / cito	Kebijakan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/VI/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang	Prosedur <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan membawa formulir permintaan darah dan formulir pernyataan tanpa crossmatch yang sudah diisi lengkap dan ditandatangani dokter klinisi ke BDRS sekligus membawa contoh darah penderita yang telah diberi identitas 2. Cek identitas pasien pada pengantar permintaan darah dan sampel darah oleh analis BDRS 3. Periksa golongan darah pasien dan golongan darah donor 4. Hubungi ruangan apabila sudah ada darah dengan golongan yang sama 5. Ambil darah yang sudah disiapkan di BDRS dengan menandatangani buku penyerahan darah oleh petugas ruangan 6. Lakukan pemeriksaan cross match sesuai dengan prosedur oleh Analis BDRS Catatan : Bila terjadi hasil incompatible pada pemeriksaan cross match, Analis BDRS segera menghubungi ruangan dan dicatat di buku register	Unit Terkait Rawat Inap dan IGD
---	---	---	--	------------------------------------


Pengertian	Pergantian shift petugas BDRS adalah pergantian shift antar petugas bank darah
Tujuan	Agar pelayanan di BDRS secara berkesinambungan selama 24 jam
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu jaga di bank darah sesuai dengan jam pelayanan. 2. Datang tepat waktu sesuai jadwal yang telah ditetapkan. Batas toleransi keterlambatan adalah 15 menit 3. Isi buku laporan jaga petugas BDRS setelah selesai jaga 4. Terima laporan dari petugas jaga sebelumnya untuk petugas jaga berikutnya dan catat di buku laporan operan jaga
Unit Terkait	BDRS

	No. Dokumen : P.014/BDRS/VI/2019		dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001 Ditetapkan, Direktur RSUD TIDAR	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Juni 2019
	No. Revisi				

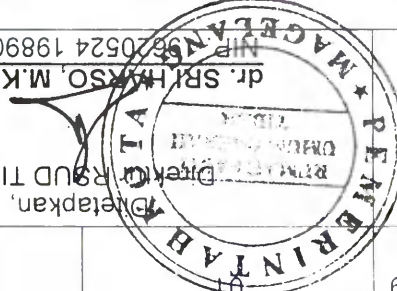
Pengertian	Mengatasi masalah jika hasil incompatible adalah tata cara mengatasi masalah jika hasil incompatible di BDRS RSUD TIDAR KOTA MAGELANG
Tujuan	Untuk membantu pelayanan Bank Darah berjalan dengan lancar
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan gol darah dan crossmatch Jika hasil pemeriksaan terjadi ada kelainan / incompatible segera lakukan pengulangan dengan ganti donor Tetapi jika hasil tetap incompatible, kirim segera darah ke PMI terdekat
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD TIDAR KOTA MAGELANG

	No. Dokumen : P.015/BDRS/II/2019		dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001 Direktur RSUD TIDAR Ditandatangani,
	Tanggal Terbit : 04 Juni 2019		

<p>Penanganan limbah/sampah (medis dan non medis) dan pembuangan sampah adalah : Penanganan alat habis pakai atau produk yang dihasilkan akibat proses pemeriksaan darah di BDRS</p>	<p>Tujuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar tidak terjadi penularan penyakit baik kepada petugas atau orang lain yang terkontaminasi dengan alat-alat habis pakai akibat produk pelayanan darah 2. Mencegah pencemaran lingkungan, sehingga keberadaan Bank Darah tidak mengganggu ekosistem lingkungan 3. Menciptakan kondisi lingkungan RSUD Tidar Kota Magelang yang bersih dan sehat 	<p>Kebijakan</p> <p>Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15./SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang</p>	<p>Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limbah / sampah padat : <ol style="list-style-type: none"> a. Masukkan limbah / sampah medis dalam kantong sampah berwarna kuning oleh petugas BDRS b. Masukkan limbah / sampah non medis dalam kantong sampah berwarna hitam oleh petugas BDRS c. Angkat limbah / sampah tersebut tiap hari oleh petugas cleaning servise untuk dibawa ke Sanitasi 2. Limbah / sampah cair : <ol style="list-style-type: none"> a. Buang limbah medis cair dan/ atau sisa darah dalam kantong darah ke wastafel cuci (spoel hoeck) dengan air mengalir yang telah memiliki saluran IPAL b. Buang wadah limbah cair/ kantong darah ke sampah infeksius
<p>Pengertian</p>	<p>Tujuan</p>	<p>Kebijakan</p>	<p>Unit Terkait</p> <p>Sanitasi dan cleaning servis</p>

<p>Halaman : 1 dari 1</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>No. Dokumen : P.016/BDRSM/2019</p> <p>Tanggal Terbit : 04 Juni 2019</p>	<p>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</p> 
---------------------------	-------------------	--	---

dr. SRIHARSO, M.Kes, Sp.S
 NIP. 196205241989011001
 RSUD TIDAR
 Ditetapkan,





PENITIPAN DARAH PRC DI BDRS

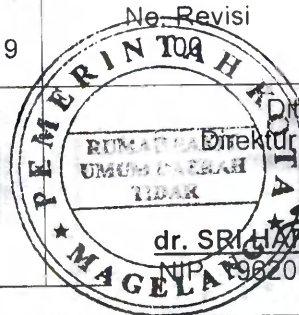
No. Dokumen :
P.17/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL


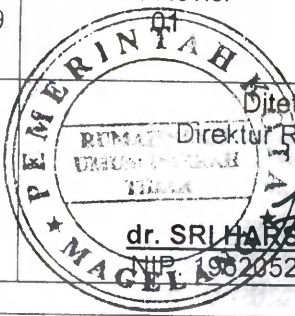
Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19820524 198901 1 001

Pengertian	Penitipan darah adalah penyimpanan darah PRC di kulkas BDRS yang tidak segera dipakai setelah selesai dilakukan proses crossmatch, seperti darah untuk persiapan post operasi, durante hemodialisa, ataupun darah milik pasien thalasemia
Tujuan	Untuk menjaga kualitas darah PRC
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Telepon bangsal terkait setelah proses crossmatch selesai dan siap diambil2. Simpan darah PRC di rak darah titipan di dalam kulkas BDRS3. Waktu penitipan maksimal selama 3 (tiga) hari4. Bangsal wajib mengkonfirmasi apabila darah titipan tidak jadi dipakai5. Jika melewati 3 (tiga) hari darah belum diambil oleh bangsal, petugas BDRS menghubungi bangsal terkait untuk memastikan darah jadi dipakai atau tidak6. Pembatalan darah titip selanjutnya di SPO Pembatalan Darah Titip
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar KOTA MAGELANG

	PENYIMPANAN CONTOH DARAH PASIEN DAN DARAH DONOR DI BANK DARAH		
	No. Dokumen : P.018/BDRS/VI/2019	No. Revisi 01	Halaman : 1 dari 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Juni 2019	 Ditetapkan, Direktur RSUD TIDAR dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001	

Pengertian	Penyimpanan contoh darah pasien dan donor adalah penyimpanan sisa sampel darah pasien dan darah pada selang darah donor setelah dilakukan pemeriksaan Cross match dan pemeriksaan golongan darah
Tujuan	Untuk keperluan cek ulang Cross match bila terjadi reaksi transfuse
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	Prosedur : a. Simpan contoh darah pasien dan donor oleh analis b. Contoh darah (pasien dan donor), beri identitas (nama, nomor kantong donor, tanggal pemeriksaan dan golongan darah) c. Simpan di refrigerator selama 3 hari
Unit Terkait	Rawat Inap dan Hemodialisa



PERMINTAAN TRANSFUSI DARAH RUTIN

No. Dokumen :
P.019/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR
dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Permintaan transfusi darah rutin adalah permintaan darah untuk transfusi dengan di lengkapi pemeriksaan golongan darah dan pemeriksaan cross match
Tujuan	Memberi pelayanan prima dalam hal pelayanan transfusi darah di RSUD TIDAR KOTA MAGELANG
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Bawa formulir permintaan darah yang sudah diisi lengkap dan ditandatangani dokter klinisi ke Bank Darah RSUD TIDAR KOTA MAGELANG sekaligus membawa sampel darah pasien yang telah diberi identitas oleh petugas ruangan2. Cek identitas pasien pada pengantar permintaan darah dan sampel darah oleh analis BDRS3. Periksa golongan darah pasien dan golongan darah donor oleh analis BDRS4. Lakukan pemeriksaan cross match oleh analis BDRS5. Setelah cross match selesai dikerjakan dan darah cocok, segera hubungi ruangan.
Unit Terkait	Rawat Inap dan PMI



IDENTIFIKASI DARAH DONOR DAN DARAH PENERIMA

No. Dokumen :
P.020/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19820324 198901 1 001

Pengertian	Identifikasi darah donor dan penerima adalah mencocokkan identitas darah donor yang akan diperiksa dengan identitas darah pasien yang akan menerima donor
Tujuan	Agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan darah donor pada pasien yang dimaksud
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan pengecekan identitas darah donor yang tercantum di kantong darah dan cocokkan dengan formulir permintaan darah transfusi.2. Jumlah dan jenis darah donor yang diberikan ke pasien sesuai dengan permintaan yang tercantum di formulir permintaan darah transfusi.3. Jika sudah sesuai, lakukan pemeriksaan selanjutnya.
Unit Terkait	Rawat Inap



PEMBATALAN DARAH TITIP DARI RUANGAN

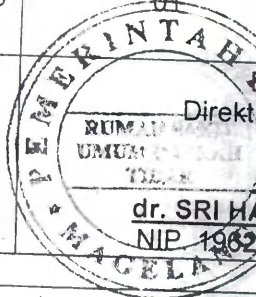
No. Dokumen :
P.021/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

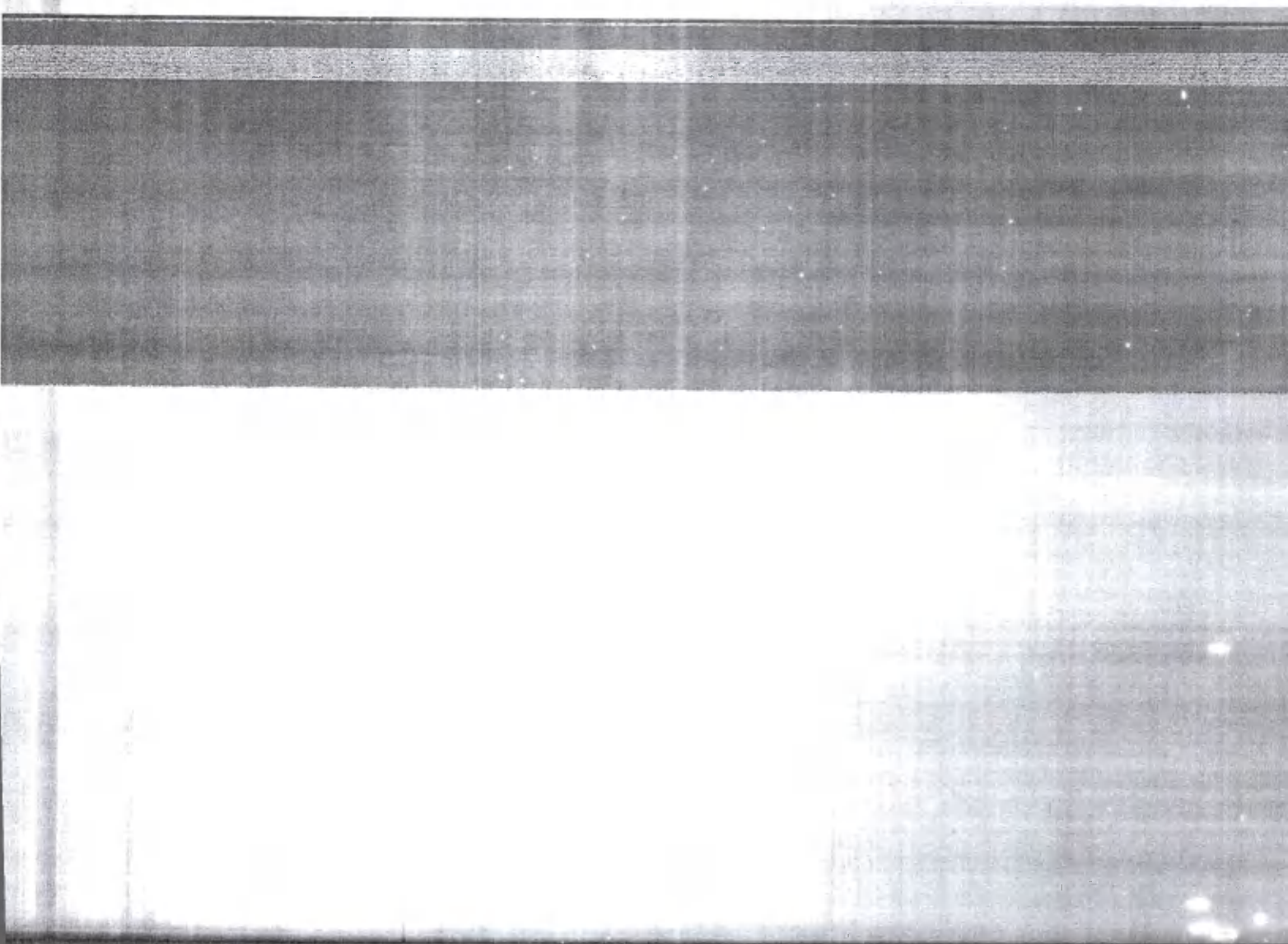
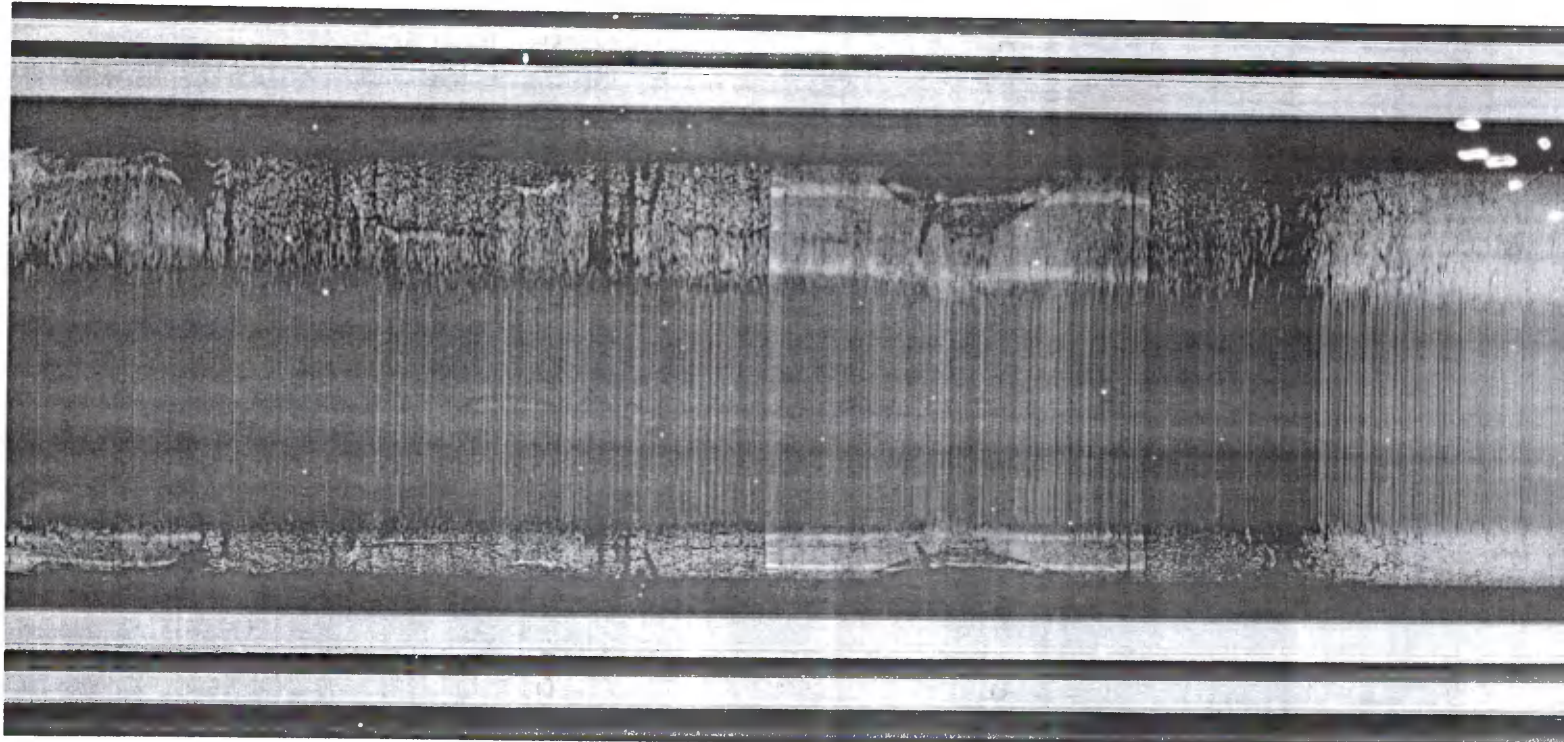
Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Pembatalan darah titip dari ruangan adalah pembatalan permintaan darah di sebabkan karena kondisi pasien sudah membaik, meninggal dan pasien pulang paksa
Tujuan	Agar darah bisa di aktifkan kembali dan di gunakan untuk orang lain
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Telepon ke Bank Darah bahwa permintaan darah atas nama....., ruang.....darah tersebut batal di gunakan oleh petugas ruangan2. Catat di buku darah titip dan buku stok PMI oleh analis3. Aktifkan kembali darah batal dan bisa di gunakan dengan orang lain <p>Catatan : Untuk ketentuan darah batal tetap dikenakan biaya pemeriksaan darah</p>
Unit Terkait	Rawat Inap





PERMINTAAN DARAH DROPPING

No. Dokumen :
P.022/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
2 dari 2

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

d. Kemudian di masukkan ke dalam blood bank refrigerator di
simpan secara FIFO

Unit Terkait

PMI



PENERIMAAN DARAH DROPPING DARI PMI

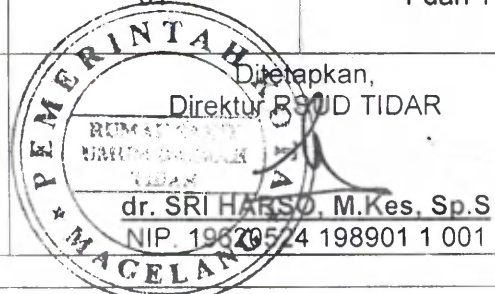
No. Dokumen :
P.023/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Pengertian	Penerimaan darah dari PMI adalah suatu rangkaian kegiatan menerima darah dropping dari PMI yang selanjutnya di simpan di blood bank yang ada di Bank Darah untuk memenuhi kebutuhan darah di Rumah Sakit
Tujuan	Untuk memenuhi kebutuhan permintaan darah di Rumah Sakit
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Darah di kirim oleh petugas PMI ke Bank Darah sesuai dengan permintaan2. Lakukan pengecekan oleh analis<ol style="list-style-type: none">a. Jumlahb. Tanggal kadaluarsac. Nomor kantong darah3. Beri catatan asal PMI dan tanggal drooping pada kantong darah4. Simpan darah di Blood Bank secara FIFO5. Tanda tangani formulir tanda terima darah oleh analis BDRS6. Catat di buku stok PMI oleh analis BDRS
Unit Terkait	PMI



PENGECEKAN STOK

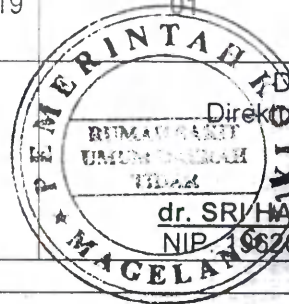
No. Dokumen :
P.024/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Pengecekan stok adalah pengecekan yang di lakukan setiap hari baik reagen, alat kesehatan dan darah oleh analis BDRS
Tujuan	Agar pelayanan di Bank Darah berjalan dengan baik
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan pengecekan darah setiap pergantian shift.2. Catat di buku stok harian3. Lakukan pengecekan reagen dan bahan habis pakai setiap minggu4. Catat di kartu stok jika ada pengambilan dan pengeluaran reagen dan bahan habis pakai.
Unit Terkait	PMI



PERMINTAAN KOMPONEN DARAH KE PMI

No. Dokumen :
P.025/BDRS/VI/2019

No. Revisi
00

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan :
DIREKTUR RSUD TIDAR
KOTA MAGELANG

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Permintaan komponen darah yang tidak tersedia di Bank Darah RSUD Tidar Kota Magelang, meliputi Whole Blood (WB), Thrombocyte Concentrated (TC), Leucodepleted, dan Fresh Frozen Plasma (FFP).
Tujuan	Agar pelayanan di Bank Darah berjalan dengan baik
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Bangsal membuat Surat Permintaan Darah beserta sampel darah pasien dan persyaratan yang dibutuhkan.2. Surat Permintaan Darah yang telah dibuat diserahkan ke petugas BDRS untuk ditindaklanjuti :<ol style="list-style-type: none">a. Petugas BDRS mencatat di buku rujukan ke PMIb. Petugas BDRS menghubungi PMI untuk mengkonfirmasi ketersediaan komponen darah yang dibutuhkanc. Petugas BDRS menghubungi driver RSd. Driver membawa box dan Surat Permintaan Darah beserta sampel ke PMIe. Driver kembali ke BDRS dengan membawa komponen darah dari PMIf. Petugas BDRS melakukan pengecekan dan pencatatan terhadap komponen darah dari PMI, meliputi identitas pasien dan golongan darahg. Petugas BDRS menghubungi bangsal jika komponen darah sudah siap diambil.3. Untuk permintaan darah Leucodepleted hanya dilayani sebanyak 50 cc per pasien. Lebih dari 50 cc akan dilayani dengan PRC di BDRS
Unit Terkait	Rawat Inap Instalasi Gawat Darurat

	PENGIRIMAN PERMINTAAN KOMPONEN DARAH KE PMI OLEH DRIVER		
	No. Dokumen : P.026/BDRS/VI/2019	No. Revisi 00	Halaman : 1 dari 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 04 Juni 2019	Ditetapkan : DIREKTUR RSUD TIDAR KOTA MAGELANG  dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S NIP. 19620524 198901 1 001	

Pengertian	Pengiriman permintaan komponen darah yang tidak tersedia di Bank Darah RSUD Tidar Kota Magelang, meliputi Whole Blood (WB), Thrombocyte Concentrated (TC), Leucodepleted, dan Fresh Frozen Plasma (FFP) ke PMI oleh driver.
Tujuan	Agar pelayanan di Bank Darah berjalan dengan baik
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangsal membuat Surat Permintaan Darah beserta sampel darah pasien dan persyaratan yang dibutuhkan. 2. Surat Permintaan Darah yang telah dibuat diserahkan ke petugas BDRS untuk ditindaklanjuti : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas BDRS mencatat di buku rujukan ke PMI b. Petugas BDRS menghubungi PMI untuk mengkonfirmasi ketersediaan komponen darah yang dibutuhkan c. Petugas BDRS menghubungi driver. d. Driver membawa box dan Surat Permintaan Darah beserta sampel ke PMI e. Driver kembali ke BDRS dengan membawa komponen darah dari PMI f. Petugas BDRS melakukan pengecekan dan pencatatan terhadap komponen darah dari PMI, meliputi identitas pasien dan golongan darah g. Petugas BDRS menghubungi bangsal jika komponen darah sudah siap diambil. 3. Pengambilan darah ke PMI oleh driver dilakukan pada jam 10.00, 13.00 dst dengan jeda 3 jam. Kecuali shift malam atau cito
Unit Terkait	Rawat Inap Instalasi Gawat Darurat



PEMAKAIAN REAGEN ATAU BARANG

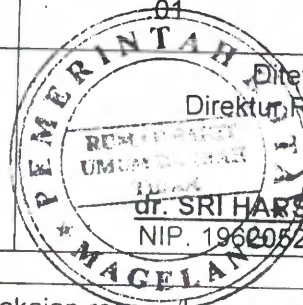
No. Dokumen :
A.01/BDRS/MI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19600524 198901 1 001

Pengertian	Adalah tata cara pemakaian reagen/barang yang digunakan oleh Bank Darah RSUD TIDAR KOTA MAGELANG
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Untuk mengetahui pemakaian reagen/barang setiap hari2. Untuk perencanaan pembuatan usulan permintaan reagen/barang
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Setiap pengambilan reagen/ barang dari lemari penyimpanan , analis wajib mencatat di kartu stok .2. Kartu stok di rekap tiap bulan.
Unit Terkait	BDRS.



ORIENTASI PEGAWAI BARU BDRS

No. Dokumen :
A.02/BDRS/VI/2019

No. Revisi

01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

Di Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Program orientasi pegawai baru BDRS di RSUD TIDAR KOTA MAGELANG adalah program pengenalan Instalasi bank darah RSUD TIDAR KOTA MAGELANG secara umum bagi semua pegawai baru di Instalasi bank darah RSUD TIDAR KOTA MAGELANG.
Tujuan	Agar pegawai baru mengetahui tugas, kewajiban tanggung jawab haknya di Instalasi Bank Darah
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Setiap pegawai baru BDRS menyerahkan dokumen kepegawaiannya ke Instalasi BDRS2. Kepala Instalasi BDRS menyusun program orientasi termasuk menyusun jadwal pelaksanaannya.3. Materi orientasi terdiri dari :<ol style="list-style-type: none">a. Struktur organisasi Instalasi BDRSb. Sistem pelayananc. Sistem pencatatan dan pelaporan-kegiatan Instalasi BDRS4. Orientasi di laksanakan selama 1 bulan5. Setelah selesai orientasi Ka Instalasi menilai dan mengevaluasi kinerja.
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD TIDAR KOTA MAGELANG



PENCATATAN DAN PELAPORAN REAKSI TRANSFUSI

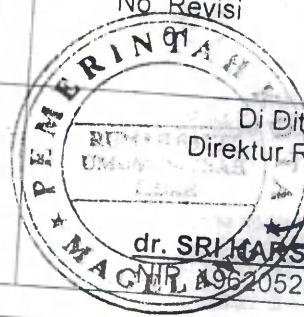
No. Dokumen:
A.03/BDRS/VI/2019

No Revisi

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Di Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19670524 198901 1 001

Pengertian	Pencatatan dan pelaporan reaksi transfusi adalah mendata laporan reaksi transfusi yang masuk dari ruangan, berdasarkan pengembalian Formulir Pemantauan reaksi transfusi.
Tujuan	Untuk pemantauan adanya reaksi transfusi pada pasien transfusi di RSUD TIDAR KOTA MAGELANG.
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Petugas bangsal mencatat reaksi tranfusi di formulir reaksi tranfusi2. Analis BDRS merekap laporan yang masuk dari formulir Reaksi Transfusi3. Hasil rekap dilaporkan kepada Kepala Instalasi BDRS untuk diketahui dan ditandatangani. Kemudian dilaporkan ke sub komite pelayanan darah .
Unit Terkait	Bidang Penunjang



PENYIMPANAN REAGEN

No. Dokumen :
A.04/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Penyimpanan reagen adalah tata cara penyimpanan reagen di Bank Darah RSUD TIDAR KOTA MAGELANG.
Tujuan	Agar reagen dapat tersimpan sesuai dengan suhu yang ditentukan dan tidak kadaluarsa
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Analisis pada setiap shift harus mencatat suhu di kartu monitor suhu .2. Penyimpanan reagen berdasarkan FIFO
Unit Terkait	BDRS



PENERIMAAN REAGEN ATAU BARANG

No. Dokumen :
A.05/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Adalah tata cara penerimaan reagen/barang yang dibutuhkan oleh Bank Darah RSUD TIDAR KOTA MAGELANG
Tujuan	Untuk mengetahui reagen/barang yang datang sesuai atau tidak dengan permintaan Bank Darah
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Vendor mengirim reagen / barang ke Bank Darah2. Analis melakukan pengecekan jumlah pesanan, exp reagen/barang yang sesuai dengan usulan permintaan Bank Darah3. Reagen / barang di catat di kartu stok dan disimpan
Unit terkait	Vendor



PEMBAYARAN PEMERIKSAAN DARAH
PERMINTAAN TRANSFUSI

No. Dokumen :
A.06/BDRS/VI/2019

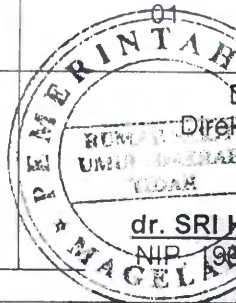
No. Revisi

01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,

Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S

NIP. 9620524 198901 1 001

Pengertian	Pembayaran pemeriksaan darah permintaan transfusi adalah biaya yang harus dikeluarkan untuk pemeriksaan darah permintaan transfusi.
Tujuan	Agar pelayanan BDRS RSUD TIDAR KOTA MAGELANG dapat terlaksana dengan baik.
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	Analisis BDRS melakukan input biaya di komputer sesuai dengan permintaan darah
Unit terkait	BDRS



PENILAIAN PEGAWAI BANK DARAH

No. Dokumen :
A.07/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

Di Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Penilaian pegawai adalah pemberian nilai kinerja staf yang dilaksanakan setiap 1 tahun
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Membantu staf dalam meningkatkan penampilan kerjanya2. Mengevaluasi staf yang perlu mendapatkan pembina/ promosi berdasarkan kualitas kerjanya3. Meningkatkan komunikasi antara atasan dan bawahan
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Kepala Instalasi lab. setiap tahun menilai kinerja staf dengan cara mengisi formulir daftar penilaian kinerja staf yang tersedia berdasarkan masukan berbagai pihak,2. Penilaian meliputi :<ol style="list-style-type: none">a. Kesetiaanb. prestasi kerjac. tanggung jawabd. ketaatane. kejujuranf. kerja samag. prakarsah. kepemimpinan3. Hasil penilaian tsb di serahkan ke Bid Penunjang untuk di tindak lanjuti
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD TIDAR KOTA MAGELANG



PERMINTAAN REAGEN ATAU BARANG

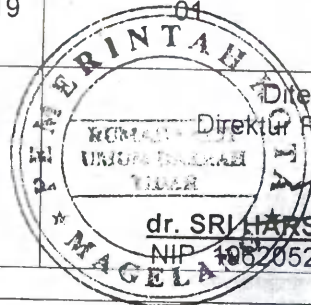
No. Dokumen :
A.08/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Adalah tata cara permintaan reagen/barang yang di butuhkan oleh Bank Darah untuk pelayanan Bank Darah RSUD TIDAR KOTA MAGELANG.
Tujuan	Agar kebutuhan reagen/barang untuk Bank Darah terpenuhi melalui prosedur yang baik
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Buat usulan reagen / barang yang di setujuj Ka Instalasi Lab Patologi Klinik2. Bawa usulan oleh petugas Bank darah ke Bidang penunjang yang selanjutnya akan di tindak lanjuti3. Tunggu pesanan tersebut datang
Unit terkait	Bidang Penunjang dan Vendor



PENYIMPANAN DOKUMEN

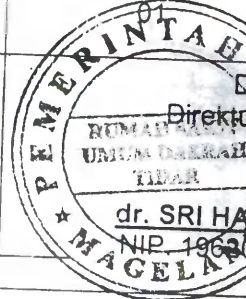
No. Dokumen :
A.09/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19630524 198901 1 001

Pengertian	Penyimpanan dokumen adalah tata cara penyimpanan dokumen di BDRS RSUD TIDAR KOTA MAGELANG oleh petugas BDRS
Tujuan	Agar dokumen tersimpan dengan rapi dan tertib sehingga memudahkan pencarian apabila suatu saat dibutuhkan
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Simpan dokumen Pelayanan dan dokumen administratif2. Macam dokumen :<ol style="list-style-type: none">a. Dokumen Pelayanan :<ul style="list-style-type: none">- Buku register di beri judul dan periode pemakaian kemudian di simpan sesuai judul dan periodenya- Dokumen Formulir permintaan darah di simpan setiap hari.- Kemudian tiap bulan dibendel dan diberi kode / label periodenyab. Dokumen Administratif; Dokumen di simpan sesuai judul dan periodenya3. Simpan semua dokumen tersebut selama 2 tahun
Unit terkait	BDRS



EVALUASI SPO BANK DARAH

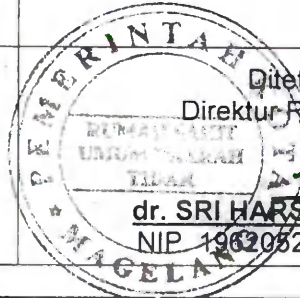
No. Dokumen :
A.10/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Evaluasi SPO Bank Darah adalah mengevaluasi apakah isi SPO masih sesuai dengan kondisi yang sedang berlaku
Tujuan	Agar isi materi sesuai dengan kondisi saat ini.
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Adakan rapat untuk mengevaluasi SPO tiga tahun sekali setelah diberlakukannya SPO oleh pokja yan darah dan staf bank darah, kecuali bila ada perubahan teknis medis maka SPO akan dilakukan revisi sewaktu-waktu2. Revisi SPO yang tidak sesuai lagi3. Serahkan SPO yang telah diketik ke sekretariat akreditasi RSUD Tidar untuk mendapat pengesahan direktur, nomor dokumen dan tanggal terbit4. Setelah disetujui / ditandatangani maka SPO segera dimintakan SK pemberlakuannya ke sekretariat akreditasi5. Sosialisasi pemberlakuan SPO
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumèn di lingkungan RSUD TIDAR KOTA MAGELANG



PEMAKAIAN ID CENTRIFUGE- 12 S II

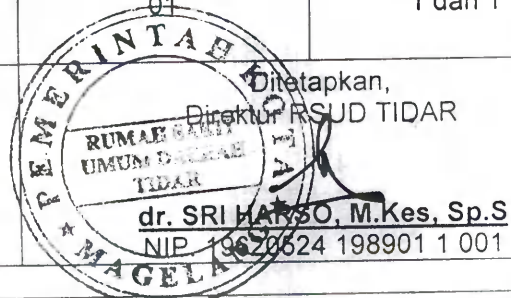
No. Dokumen :
T.01/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620624 198901 1 001

Pengertian	Pemakaian ID centrifuge adalah tata cara pemakaian ID centrifuge oleh Analis BDRS
Tujuan	Untuk pembacaan hasil reaksi pemeriksaan crossmatch dan golongan darah
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Tekan tombol power ON untuk menghidupkan alat pada display akan terbaca ready2. Tekan tombol open sehingga lid / penutup centrifuge akan terbuka3. Masukkan card yang akan di putar pada posisi berhadapan (agar terjadi keseimbangan)4. Tutup lid / penutup centrifuge sehingga pada display terbaca ready5. Tekan tombol star / stop centrifuge akan mulai berputar setelah rpm 1030 maka timer akan menghitung mundur dari 10 menit6. Angkat card , baca dan catat hasil reaksi. <p>Catatan : jaga kebersihan</p>
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar



PEMAKAIAN ID INCUBATOR 37-S II

No. Dokumen :
T.02/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR


dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Pemakaian ID Incubator adalah tata cara pemakaian ID Incubator oleh Analis BDRS
Tujuan	Untuk inkubasi pada waktu pemeriksaan crossmatch
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Nyalakan alat dengan menekan tombol ON / OFF dibelakang alat2. Atur alat dengan suhu 37° C selama 15 menit3. Buka lid / penutup incubator4. Letakkan card yang akan diinkubasi pada rak incubator5. Tutup pintu lid / penutup Incubator6. Tekan tombol start 1 / 2 / 3 / sesuai posisi ID card diletakkan7. Tunggu sampai ada bunyi alarm bahwa inkubasi telah selesai8. Lid / penutup incubator akan terbuka dengan sendiri9. Ambil card yang sudah diinkubasi10. Tutup penutup inkubasi
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar Kota Magelang



PEMAKAIAN TUBE SEALER

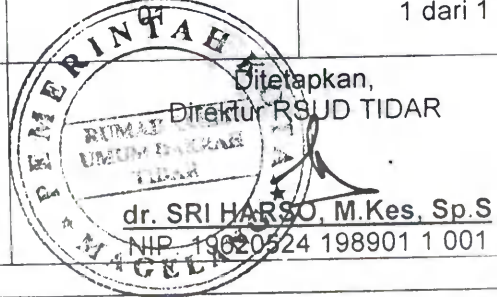
No. Dokumen :
T.03/BDRS/VI/2019

No.Revisi

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Pengertian	Pemakaian tube sealer adalah tata cara pemakaian tube sealer oleh Analis BDRS
Tujuan	Untuk pembatas segel selang kantong darah donor agar tabung selang kantong darah donor dapat di potong sehingga darah tidak bocor
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Nyalakan alat dengan menekan tombol power2. Ambil selang kantong darah yang akan di seal3. Berikan jarak yang cukup ,kemudian masukkan selang yang akan di seal pada head dari alat4. Tekan selang sampai head menjepit selang selama \pm 1 detik5. Keluarkan selang dari head,dan lihat hasilnya. <p>Catatan ; Jika darah ada yang tercecceur keluar dan menempel pada head ,lalu bersihkan dengan menggunakan tissue yang di berikan cairan desinfektan</p>
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar Kota Magelang



PEMERIKSAAN CROSS MATCH

No. Dokumen :
T.04/BDRS/VI/2019

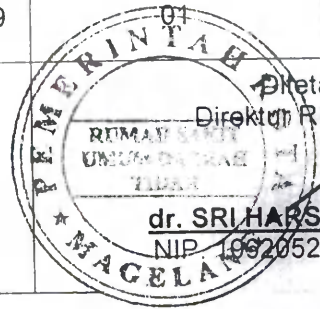
No. Revisi

01

Halaman :
1 dari 4

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Pemeriksaan cross match adalah pemeriksaan yang dilakukan terhadap darah donor dan darah resipien untuk mengetahui kecocok-serasian antara darah donor dan darah resipien.
Tujuan	Untuk mengetahui apakah sel darah merah donor bisa hidup dalam tubuh pasien, dan untuk mengetahui ada tidaknya antibodi komplet (tipe IgM) maupun antibodi inkomplet (tipe IgG) dalam serum pasien (mayor) maupun dalam serum donor yang melawan sel pasien (minor)
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Prinsip Antibodi yg terdapat dalam serum atau plasma, bila direaksikan dengan antigen pada sel darah merah, melalui inkubasi pada suhu 37°C dan dalam waktu tertentu dan dengan penambahan anti imunoglobulin akan terjadi reaksi aglutinasi2. Metoda Diamed Gell Test3. Reagen<ol style="list-style-type: none">a. Larutan ID Diluentb. LISS Coomb's card Diamedc. Sel plasma dan donor → suspensi 1 %d. Serum/plasma pasien dan donor4. Peralatan<ol style="list-style-type: none">a. ID centrifugeb. ID Inkubatorc. ID Working tabled. ID Dispensere. Mikropipetf. Yellow tips5. Cara kerja Uji Cocok Serasi Metode Gell Tes :



PEMERIKSAAN CROSS MATCH

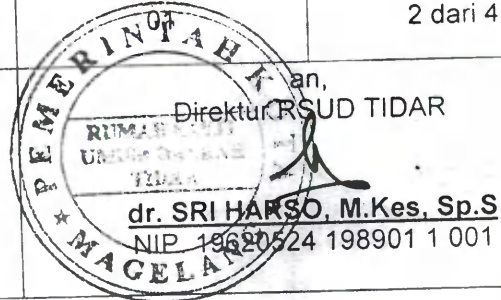
No. Dokumen :
T.04/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
2 dari 4

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



- a. Buat suspensi sel OS dan donor dengan konsentrasi 1 %
Cara :
 1. Masukkan 500 µl Diluent dengan dispenser kedalam tabung
 2. Tambahkan masing 5µl sel darah merah pekat kedalam tabung OS dan Donor
 3. Kocok hingga homogen → suspensi sel 1 %
- b. Sediakan LISS/Coomb's card beri identitas OS/Donor, buka penutup aluminium foil, teteskan :
 1. Mayor : 50 µl suspensi sel donor + 25 µl serum OS
 2. Minor : 50 µl suspensi sel OS + 25 µl serum donor
 3. AC : 50 µl suspensi sel OS + 25 µl serum OS
- c. Masukkan card ke ID Inkubator
Inkubasi 30°C selama 15 menit (tekan tombol timer 1/2/3)
- d. Setelah selesai masukkan card kedalam ID Centrifuge (tekan tombol START) putar selama 10 menit
- e. Baca hasil

No	MAYOR	MINOR	AC/DCT	KESIMPULAN
1	-	-	-	Compatible / Darah keluar
2	+	-	-	Ganti darah donor / Rujuk
3	-	+	-	Berikan PRC / Ganti darah donor
4	-	+	+	Beri PRC bila minor lebih kecil atau sama dg AC / DCT



PEMERIKSAAN CROSS MATCH

No. Dokumen :
T.04/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
3 dari 4

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019

an,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

5

+

+

+

Incompatible / Darah
tdk boleh keluar

Keterangan intepetasi hasil :

1. Crossmatch Mayor, Minor dan AC = negatif
→ Darah pasien cocok dengan darah donor
→ Darah dapat diberikan kepada pasien
2. Crossmatch Mayor = positif , Minor = negatif , AC = negaif
→ Periksa kembali darah Os & Donor
→ Periksa DCT pada darah donor bila hasil positif maka Darah donor tsb harus disingkirkan karena akan selalu Positif pada crossath mayor
→ Apabila golongan darah sudah sama dan DCT donor Negatif maka kemungkinan ada irregular antibody pada Darah Os
→ Ganti darah donor, lakukan crossmatch lagi sampai dapat Hasil crossmatch negatif
→ Apabila tidak diemukan hasil crossmatch yg compatible Meskipun darah donor telah diganti maka harus Dilakukan screening dan identifikasi Antibody pada Serum Os, dalam hal ini sampel darah dikirim ke UDD Pembina terdekat
3. Crossmatch mayor =negatif, Minor = positif, AC = Negatif
→ Artinya ada irregular Antibody pada serum / plasma Donor
→ Solusi berikan PRC atau ganti dg darah donor yg lain bila yg diperlukan adalah plasma, trombosit, WB kemudian lakukan crosmatch lagi
4. Crossmatch mayor = negatif, Minor = positif, AC = postif
→ Lakukan DCTpada Os



PEMERIKSAAN CROSS MATCH

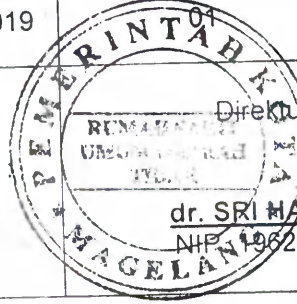
No. Dokumen :
T.04/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
4 dari 4

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



an,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

- Apabila DCT = positif, hasil positif pada crossmatch Minor dan AC berasal dari Autoantibody
- Apabila derajat positif pada Minor sama atau lebih Kecil dibandingkan derajat positif pada AC / DCT maka Berikan PRC
- Apabila derajat positif pada Minor lebih besar Dibandingkan derajat positif pada AC / DCT maka darah Tidak boleh dikeluarkan. Ganti darah donor dan lakukan Crossmatch lagi sampai ditemukan positif pada Minor Sama atau lebih kecil dibanding AC / DCT

5. Mayor, Minor, AC = Positif

- Positif pada Minor kemungkinan berasal dari Autoantibody pada Os
- Sedangkan positif pada Mayor dapat disebabkan oleh Oleh irregular Antibody pada serum Os
- Darah tidak boleh dikeluarkan
- Rujuk ke PMI

6.. Cara kerja Direct Coombs Tes

- a. Buat suspensi sel Os 1% (cara sama seperti di atas)
- b. Sediakan Liss / Coombs Card berikan identitas sampel
- c. Putar pada ID Centrifuge selama 10 menit
- d. Baca reaksi

Unit Terkait

Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar



PENYIMPANAN DARAH PASIEN DAN DONOR

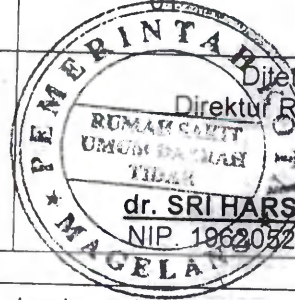
No. Dokumen :
T.05/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Penyimpanan contoh darah pasien dan donor adalah penyimpanan contoh sampel darah pasien dan donor setelah dilakukan pemeriksaan Cross match dan pemeriksaan golongan darah
Tujuan	Untuk keperluan cek ulang Cross match bila terjadi reaksi tranfusi
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Bahan : contoh sampel darah pasien dan donor2. Alat : blood bank refrigerator3. Pelaksana : analis BDRS4. Prosedur :<ol style="list-style-type: none">a. BDRS memberi identitas contoh darah pasien dan donor pada labelb. Label ditempel pada contoh darah pasien dan donor masukkan dalam tabung yang sudah di beri identitasc. Simpan didalam refrigerator dan di letakkan kedalam tempat yang sesuai dengan "hari"d. Setelah 3 hari contoh darah tsb di buang ke sampah medis.
Unit Terkait	BDRS dan Vendor



KONFIRMASI PEMERIKSAAN GOLONGAN DARAH ABO DAN RHESUS

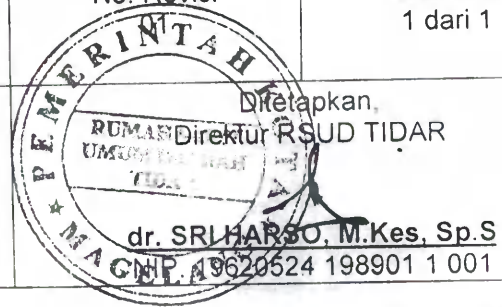
No. Dokumen :
T.06/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Pengertian	Konfirmasi pemeriksaan golongan darah ABO dan Rhesus adalah pengecekan ulang golongan darah ABO dan rhesus darah donor dari PMI yang dilakukan oleh analis BDRS
Tujuan	Agar tidak terjadi kesalahan golongan darah dan rhesus donor
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Methode : slide test<ol style="list-style-type: none">a. Siapkan gelas obyek yang bersih dan keringb. Teteskan 1 tetes reagen anti-A pada sebelah kiri gelas obyekc. Teteskan 1 tetes reagen anti-B pada sebelah tengah gelas obyekd. Teteskan 1 tetes reagen anti-D pada sebelah kanan gelas obyeke. Tambahkan 1 tetes whole blood pasien / whole blood donor pada masing-masing tetesan reagen anti-A,B dan Da. Campur dengan rata masing-masing campuran antara reagen dan darahb. Lihat reaksi yang terjadi dengan makroskopis2. Interpretasi hasil :<ol style="list-style-type: none">a. Jika anti-A positif (+) , anti-B negatif (-) maka golongan darah Ab. Jika anti-A negatif (-), anti-B positif (+) maka golongan darah Bc. Jika anti-A positif (+), anti-B positif(+) maka golongan darah Ad. Jika anti-A negatif (-), anti-B (-) maka golongan darah Oe. Jika anti-D positif maka rhesus darah positiff. Jika anti-D negatif maka rhesus darah negative
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar



KONFIRMASI PEMERIKSAAN GOLONGAN DARAH ABO DAN RHESUS

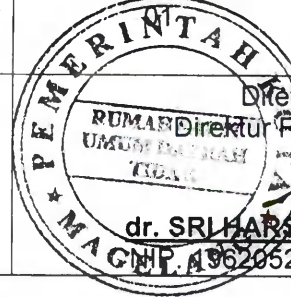
No. Dokumen :
T.06/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TIDAR
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
19620524 198901 1 001

Pengertian	Konfirmasi pemeriksaan golongan darah ABO dan Rhesus adalah pengecekan ulang golongan darah ABO dan rhesus darah donor dari PMI yang dilakukan oleh analis BDRS
Tujuan	Agar tidak terjadi kesalahan golongan darah dan rhesus donor
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Methode : slide test<ol style="list-style-type: none">a. Siapkan gelas obyek yang bersih dan keringb. Teteskan 1 tetes reagen anti-A pada sebelah kiri gelas obyekc. Teteskan 1 tetes reagen anti-B pada sebelah tengah gelas obyekd. Teteskan 1 tetes reagen anti-D pada sebelah kanan gelas obyeke. Tambahkan 1 tetes whole blood pasien / whole blood donor pada masing-masing tetesan reagen anti-A,B dan Da. Campur dengan rata masing-masing campuran antara reagen dan darahb. Lihat reaksi yang terjadi dengan makroskopis2. Interpretasi hasil :<ol style="list-style-type: none">a. Jika anti-A positif (+) , anti-B negatif (-) maka golongan darah Ab. Jika anti-A negatif (-), anti-B positif (+) maka golongan darah Bc. Jika anti-A positif (+), anti-B positif(+) maka golongan darah Ad. Jika anti-A negatif (-), anti-B (-) maka golongan darah Oe. Jika anti-D positif maka rhesus darah positiff. Jika anti-D negatif maka rhesus darah negative
Unit Terkait	Prosedur ini berlaku untuk seluruh dokumen di lingkungan RSUD Tidar



LABELING KANTONG DARAH

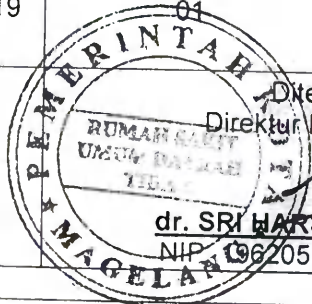
No. Dokumen :
T.07/BDRS/VI/2019

No. Revisi
01

Halaman :
1 dari 1

STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 0620524 198901 1 001

Pengertian	Labeling kantong darah adalah pemberian label pada kantong darah setelah selesai pemeriksaan golongan darah dan crossmatch.
Tujuan	Agar tidak terjadi kekeliruan identitas darah
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	1. Analis memberi label ke kantong darah yang sudah di lakukan pemeriksaan golongan darah dan crossmatch
Unit Terkait	Rawat Inap dan BDRS



PREPARASI SAMPEL DI BDRS

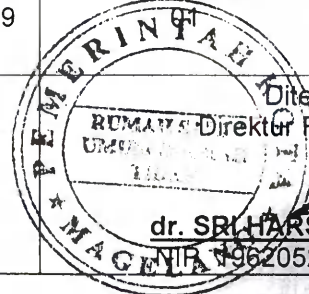
No. Dokumen :
T.08/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL**

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH TIDAR

dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19620524 198901 1 001

Pengertian	Preparasi sampel adalah proses penyiapan sampel sebelum dilakukan pemeriksaan
Tujuan	Agar didapatkan sample yang memenuhi syarat kuantitas dan kualitas yang baik
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Metode : manual2. Peralatan : centrifuge3. Cara kerja : Analisis melakukan pemutaran sample sesuai ketentuan :<ol style="list-style-type: none">a. Sebelum dilakukan pemutaran darah, homogenkan Citras secara perlahan-lahanb. sentrifugasi 3000 rpm selama 5-15 menitc. Pisahkan darah plasma dan tuang dalam tabungd. Lakukan pemeriksaan darah dan plasma
Unit Terkait	Rawat Inap dan BDRS



PENGECEKAN TERAKHIR IDENTITAS KANTONG DARAH SEBELUM KELUAR DARI BDRS

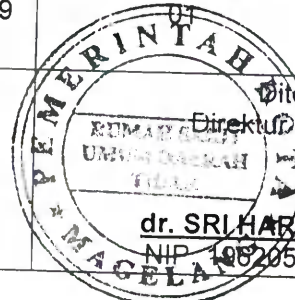
No. Dokumen :
T.09/BDRS/VI/2019

No. Revisi

Halaman :
1 dari 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Tanggal Terbit :
04 Juni 2019



Ditetapkan,
Direktur RSUD TIDAR
dr. SRI HARSO, M.Kes, Sp.S
NIP. 19820524 198901 1 001

Pengertian	Pengecekan terakhir identitas kantong darah sebelum keluar dari BDRS adalah pengecekan terakhir identitas kantong darah donor sebelum keluar dari BDRS atau sebelum diserahkan kepada petugas ruang
Tujuan	Agar tidak terjadi kekeliruan identitas darah
Kebijakan	Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang No. 15.5/SK/RSUD/IV/2019 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang
Prosedur	<p>Analisis BDRS melakukan pengecekan terakhir identitas kantong darah donor sebelum darah donor akan keluar dari BDRS atau akan diserahkan ke petugas ruang :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identitas stiker kantong darah :<ol style="list-style-type: none">a. Golongan darahb. Jenis darahc. No kantongd. Volumee. Suhu simpanf. Tanggal pembuatang. Tanggal kadaluarsah. Hasil pemeriksaan sekrening dari PMIi. Nama dan tanda tangan pemeriksa2. Identitas bandrol darah :<ol style="list-style-type: none">a. Tanggal dan jam penyerahan darahb. Nama pasien , golongan darah dan rhesusc. Nomor rekam medik , ruangd. Reaksi silange. Nama petugasf. Nomor kantongg. Jumlah permintaanh. Jenis darahi. Waktu pemeriksaan / pemisahan / pencairanj. Tanggal dan jam kadaluarsak. Hasil skrening dari PMI