

PEDOMAN SIGAP DARAH

(Sistem Terintegrasi dan Gerak Aktif Pelayanan Darah)



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA MATARAM
TAHUN 2025**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur senantiasa kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, penyusunan Pedoman SIGAP DARAH (Sistem Terintegrasi dan Gerak Aktif Pelayanan Darah) yang merupakan inovasi dari Unit Transfusi Darah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram ini dapat diselesaikan dengan baik.

Transfusi darah merupakan salah satu tindakan medis yang krusial, bersifat menyelamatkan jiwa (*life saving*), namun juga memiliki risiko tinggi. Ketersediaan darah yang aman, cukup, dan tepat waktu sangat bergantung pada tata kelola pelayanan yang profesional, mulai dari pengerahan donor, penyadapan darah, pengolahan, hingga distribusi darah kepada pasien.

Pedoman Pelayanan ini disusun sebagai acuan inovasi SIGAP DARAH dalam pelayanan darah yang ada di Unit Transfusi Darah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram. Pedoman ini telah disusun dengan maksimal dan mendapat bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, kami menyampaikan banyak terima kasih.

Kami menyadari bahwa penyempurnaan pedoman ini akan terus berjalan seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan di bidang transfusi darah. Oleh karena itu, saran dan masukan yang membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan di masa mendatang.

Akhir kata, semoga Pedoman SIGAP DARAH Pelayanan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram ini dapat memberikan manfaat menyampaikan penghargaan dan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada seluruh pihak yang telah membantu menyusun pedoman ini.

DAFTAR ISI

JUDUL	i
KATA PENGANTAR	1
DAFTAR ISI	2
BAB I PENDAHULUAN	3
A. LATAR BELAKANG	3
B. TUJUAN	3
C. RUANG LINGKUP PELAYANAN	4
D. LANDASAN HUKUM	4
BAB II STANDAR KETENAGAAN	5
A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA	5
BAB III TATA LAKSANA PELAYANAN	6
A. ALUR PELAYANAN UTD	6
B. SELEKSI DONOR	7
C. PENYADAPAN DARAH ATAU AFTAP	16
BAB IV	19
PENUTUP	19

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penyusunan Pedoman SIGAP DARAH (Sistem Terintegrasi dan Gerak Aktif Pelayanan Darah) Unit Transfusi Darah (UTD) dilatarbelakangi oleh adanya pengembangan pelayanan darah diluar rumah sakit, sehingga perlu adanya standardisasi tata kelola fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengelola kebutuhan darah yang aman, berkualitas, dan efektif. Pedoman ini disusun untuk memastikan setiap tahapan mulai dari pengerahan pendonor, penyiapan darah, penyaringan penyakit, hingga distribusi bebas dari risiko dan sesuai standar medis.

Pada bulan April 2007 dikeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 423/Menkes/SK/IV/2007 tentang Kebijakan Peningkatan Kualitas dan Akses Pelayanan Darah. Salah satu point yang tercantum pada SK tersebut adalah bahwa setiap RS harus memiliki Bank Darah/ Unit Transfusi Darah Rumah Sakit. Hal ini dimaksudkan agar pelayanan darah dilakukan dengan distribusi tertutup oleh petugas dan menggunakan prinsip rantai dingin. Mengingat pentingnya peran tersebut maka, Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram kemudian mendirikan layanan Unit Transfusi Darah sebagai unit yang bertanggung jawab terhadap pelayanan transfusi darah mulai dari pengerahan donor, penyiapan darah, penyaringan penyakit, hingga distribusi darah di Rumah Sakit.

Pedoman SIGAP DARAH Pelayanan Unit Transfusi Darah ini diharapkan agar dapat digunakan oleh para petugas UTD dalam melaksanakan tugasnya dalam menyediakan darah yang aman dan berkualitas.

B. TUJUAN

1. Mewujudkan panduan bagi para petugas dalam melaksanakan semua proses kegiatan inovasi SIGAP DARAH yang ada di UTD
2. Memastikan produk darah yang diberikan kepada para pasien aman dan berkualitas
3. Meningkatkan efisiensi penggunaan darah melalui prinsip transfusi yang rasional

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang Lingkup pelayanan Inovasi SIGAP DARAH UTD RSUD Kota Mataram meliputi:

1. Rekrutmen dan pendonor darah

Serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk memotivasi, mengedukasi, dan membina masyarakat agar bersedia menyumbangkan darah secara sukarela dan berkelanjutan. Proses ini sangat penting dalam menjaga ketersediaan pasokan darah yang aman dan berkualitas bagi layanan kesehatan. Dengan adanya inovasi SIGAP DARAH, perluasan rekrutmen area donor darah dapat dilakukan diluar rumah sakit. Adanya mobil donor darah mempermudah jangkauan tersebut. Selain itu, kerjasama antar instansi negeri dan swasta, kelompok Masyarakat, universitas dan perhimpunan lainnya sangat memungkinkan dengan adanya inovasi ini.

2. Seleksi donor

Proses evaluasi riwayat medis, gaya hidup, dan pemeriksaan fisik calon pendonor sebelum mendonorkan darah. Tujuannya adalah untuk memastikan kegiatan ini aman bagi kesehatan pendonor dan kualitas darah yang dihasilkan aman bagi pasien penerima (transfusi).

3. Penyiapan darah

Proses pengambilan atau pengumpulan darah dari pembuluh darah vena seorang donor secara steril, menggunakan jarum dan kantong darah khusus (disebut *blood bag*). Darah yang disadap ini nantinya akan diproses dan disimpan di Unit Transfusi Darah untuk keperluan transfusi.

Proses setelah kantong darah tiba di UPD mengikuti pedoman UPD yang sudah ada.

D. LANDASAN HUKUM

1. Undang – Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Peraturan Menteri Kesehatan No 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah
3. Peraturan Menteri Kesehatan No 83 Tahun 2014 Tentang UTD, BDRS dan Jejaring Pelayanan Darah
4. Peraturan Menteri Kesehatan No 91 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah Nasional
5. Peraturan Menteri Kesehatan No 14 Tahun 2021 tentang standar kegiatan usaha dan produk pada penyelenggaraan perizinan berusaha berbasis risiko sektor kesehatan

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

1. Kualifikasi sumber daya manusia (SDM)

Jabatan	Kualifikasi Pendidikan	Sertifikat/ Kompetensi
Kepala UTDRS	Dokter spesialis patologi klinik/ dokter umum	Pelatihan manajemen UTDRS & transfusi darah
Koordinator Teknis	Min. D3 Teknologi Bank Darah (TBD)/ Analis Kesehatan	STR aktif, pelatihan teknis transfusi darah
Pelaksana Teknis	D3 Teknologi Bank Darah/ D3 Analis Kesehatan	STR aktif, pelatihan teknis transfusi darah
Tenaga Administrasi	Min. SMA/ Sederajat	Menguasai SIMRS/ Aplikasi pencatan data

Setiap SDM yang bekerja di UTD minimal diploma III dan bekerja penuh waktu di UTD. Setiap SDM di UTD memiliki uraian tugas dan tanggung jawab yang jelas untuk masing-masing personil sesuai dengan kompetensi profesi dan kewenangan pekerjaan yang berlaku. Jumlah tenaga di UTD didasarkan oleh perhitungan analisis beban kerja ketenagaan yang disusun mengacu pada jenis kelas kemampuan UTD, kompetensi profesi dan kewenangan pekerjaan masing-masing.

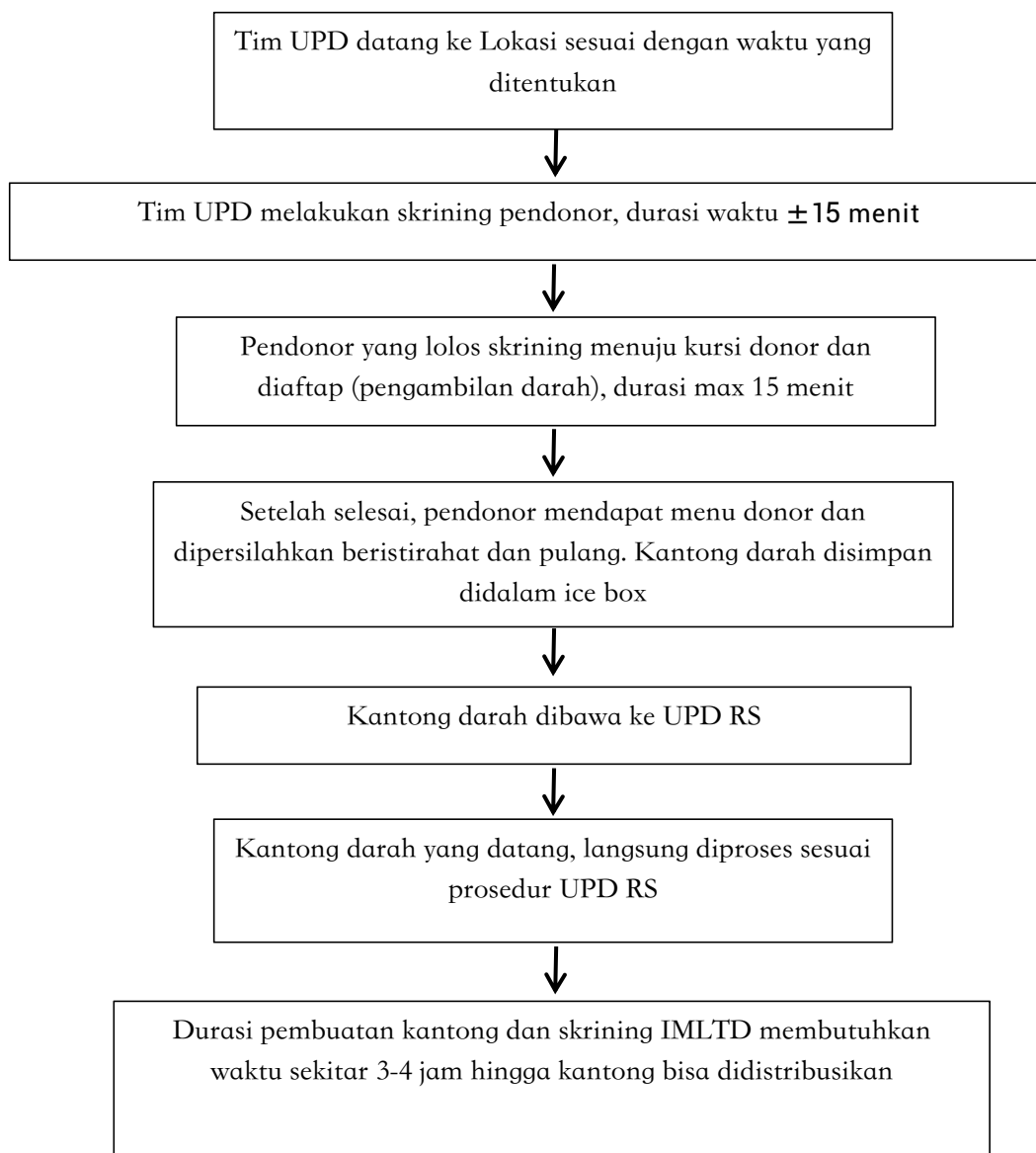
Apabila terjadi kekurangan jumlah teknisi pelayanan darah di UTD, maka kewenangan pekerjaan dapat digantikan sementara oleh Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) dan atau perawat hingga jumlah teknisi pelayanan darah tercukupi di UTD tersebut.

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

A. ALUR PELAYANAN INOVASI SIGAP DARAH

Berikut alur Inovasi SIGAP DARAH UTD RSUD Kota Mataram:

Donor Rutin : Mobil donor darah RSUD Kota standby di Teras Udayana setiap hari Minggu pagi.
Donor Kerjasama : Instansi/komunitas bersurat untuk mengadakan donor darah dengan atau tanpa mobil donor. Surat akan direspon 1x24 jam oleh UPD.



B. SELEKSI DONOR

Seleksi darah donor adalah kegiatan melakukan seleksi pada setiap donor yang memenuhi persyaratan sebagai donor. Tujuannya untuk mendapatkan darah donor yang aman dan sesuai kebutuhan. Informasi pradonasi harus disediakan atau disajikan untuk semua pendonor, menjelaskan proses penyumbangan darah, risiko yang berhubungan dengan infeksi menular lewat transfusi darah dan tanggung jawab pendonor untuk memberitahukan setiap risiko yang mungkin dimiliki secara jujur dan benar. Pastikan donor memahami dan telah menandatangani *informed consent*.

1. Kriteria seleksi umum

Pendonor harus dinilai secara rahasia terhadap kriteria berikut di bawah ini melalui pemeriksaan fisik dan pengkajian kuesioner kesehatan donor yang telah diisi oleh pendonor.

Kriteria	Persyaratan
Usia	a. Usia minimal 17 tahun. b. Pendonor pertama kali dengan umur > 60 tahun dan pendonor ulang dengan umur > 65 tahun dapat menjadi pendonor dengan perhatian khusus berdasarkan pertimbangan medis kondisi kesehatan.
Berat badan	Donor darah lengkap: a. ≥ 55 kilogram untuk penyumbangan darah 450 mL b. ≥ 45 kilogram untuk penyumbangan darah 350 mL Donor <i>apheresis</i> : ≥ 55 kilogram
Tekanan darah	a. Sistolik: 90 hingga 160 mm Hg b. Diastolik: 60 hingga 100 mm Hg Dan perbedaan antara sistolik dengan diastolic lebih dari 20 mmHg
Denyut nadi	50 hingga 100 kali per menit dan teratur
Suhu tubuh	36,5 – 37,5 °C
Hemoglobin	12,5 hingga 17 g/dL

Interval sejak penyumbangan terakhir	Merujuk pada poin 6
Penampilan donor	Jika didapatkan kondisi tersebut dibawah ini, tidak diizinkan untuk mendonorkan darah: a. Anemia b. <i>Jaundice</i> c. Sianosis d. <i>Dispone</i> e. Ketidak stabilan mental f. Alkohol atau keracunan obat
Riwayat kesehatan termasuk kondisi kesehatan saat ini	Merujuk pada poin 2, 3, 4 dan 5
Resiko terkait gaya hidup	Orang dengan gaya hidup yang menempatkan mereka pada risiko tinggi untuk mendapatkan penyakit infeksi berat yang dapat ditularkan melalui darah.

2. Kondisi medis yang memerlukan penolakan permanen

Kondisi	Penjelasan
Kanker/ penyakit keganasan	Dibatasi pada: a. Keganasan haematologikal. b. Keganasan yang berhubungan dengan kondisi viremia. Semua jenis kanker membutuhkan 5 tahun tidak kambuh sejak pengobatan aktif lengkap dilaksanakan.
<i>Creutzfeldt-Jakob Disease</i>	Orang yang: a. Telah diobati dengan ekstrak yang berasal dari kelenjar pituitary manusia. Menerima cangkok duramater atau kornea. b. Telah dinyatakan memiliki risiko <i>Creutzfeldt-Jakob Disease</i> atau <i>Transmissible Spongiform</i>

	<i>Encephalopathy</i> lainnya.
Diabetes	Jika mendapatkan terapi insulin
Obat-obatan	Setiap riwayat penyalahgunaan narkoba yang disuntikan.
Penyakit jantung dan pembuluh darah	Orang dengan riwayat penyakit jantung, terutama: a. <i>coronary disease</i> b. <i>angina pectoris</i> c. <i>severe cardiac arrhythmia</i> d. <i>history of cerebrovascular diseases</i> e. <i>arterial thrombosis</i> f. <i>recurrent venous thrombosis</i>
Kondisi infeksius	a. HIV 1/2, HTLV I/II, HBV, HCV b. Karier HIV 1/2, HTLV I/II, HBV, HCV c. <i>Babesiosis</i> * d. <i>Leishmaniasis (Kala-Azar)</i> * e. <i>Chronic Q Fever</i> * f. <i>Trypanosomiasis cruzi (Chagas disease)</i> * g. Juga lihat penyakit infeksi sebagaimana tertera pada (2.3.5) h. Orang dengan perilaku seksual yang menempatkan mereka pada risiko tinggi mendapatkan penyakit infeksi berat yang dapat ditularkan melalui darah
<i>Xenotransplantation</i>	Semua penerima
Alergi	Orang yang tercatat memiliki riwayat anafilaksis
Penyakit Auto-imun	Jika lebih dari satu organ yang terpengaruh
Tendensi perdarahan abnormal	Semua donor
Penyakit Hati	Semua donor

<i>Polycythaemia Vera</i>	Semua donor
---------------------------	-------------

*Persyaratan penolakan mungkin ditetapkan oleh UTD jika penyumbangan darah digunakan untuk fraksionasi.

3. Kondisi medis yang memerlukan penolakan sementara

Kondisi	Masa Penolakan
Endoskopi dengan biopsi menggunakan peralatan fleksibel	a. 6 bulan tanpa pemeriksaan NAT untuk Hepatitis C b. 4 bulan jika pemeriksaan NAT pada 4 bulan negatif untuk Hepatitis C
Kecelakaan inokulasi, akupunktur, tatoo, tindik badan	a. 6 bulan tanpa pemeriksaan NAT untuk Hepatitis C b. 4 bulan jika pemeriksaan NAT pada 4 bulan negatif untuk Hepatitis C
Mukosa terpercik oleh darah manusia, jaringan atau sel yang ditransplantasikan	a. 6 bulan tanpa pemeriksaan NAT untuk Hepatitis C b. 4 bulan jika pemeriksaan NAT pada 4 bulan negatif untuk Hepatitis C
Transfusi komponen darah	a. 6 bulan tanpa pemeriksaan NAT untuk Hepatitis C b. 4 bulan jika pemeriksaan NAT pada 4 bulan negatif untuk Hepatitis C
Epilepsi	3 tahun setelah berhenti pengobatan tanpa serangan
Demam $>38^{\circ}\text{C}$, <i>flulike illness</i>	2 minggu setelah gejala menghilang
Penyakit Ginjal	<i>Acute glomerulonephritis</i> : 5 tahun ditolak setelah penyembuhan lengkap
Pengobatan	Membutuhkan penilaian medis dari: a. Kelainan atau penyakit yang mendasarinya b. Jenis pengobatan dan dampak yang potensial pada penerima

	Daftar obat-obatan yang umum dan penerimaan untuk penyumbangan darah harus dikaji ulang secara teratur. Penolakan donor pada penyumbangan trombosit jika mereka mendapatkan pengobatan yang berdampak pada trombosit.
Osteomielitis	2 tahun setelah donor dimumkan telah diobati.
Kehamilan	6 bulan setelah melahirkan atau penghentian kehamilan.
Demam reumatik	2 tahun setelah serangan, tidak ada bukti adanya penyakit jantung khronik (penolakan <i>permanent deferral</i>)
Bedah	Tidak ada penyumbangan darah hingga sembuh total dan sehat.
Cabut gigi	1 minggu jika tidak ada keluhan.
Penyakit tropik	<i>Lihat penyakit infeksi</i>

4. Imunisasi Pencegahan

Jenis vaksinasi	Masa penolakan
<i>Attenuated bacteria and viruses: BCG, yellow fever, rubella, measles, poliomyelitis (oral), mumps, typhoid fever, cholera</i>	4 minggu
<i>Killed bacteria: Cholera, Typhoid</i>	Diterima jika keadaan kesehatan baik
<i>Inactivated viruses: Poliomyelitis (injeksi), influenza</i>	Diterima jika keadaan kesehatan baik
<i>Toxoid: Diphtheria, tetanus</i>	Diterima jika keadaan kesehatan baik
Vaksin lain: Hepatitis A dan B Hepatitis B Rabies, <i>tick-borne encephalitis</i>	Diterima jika keadaan kesehatan baik dan tidak ada paparan Hepatitis B – 1 minggu untuk mencegah hasil pemeriksaan HBsAg positif palsu

	1 tahun <i>post-exposure</i> (setelah paparan)
<i>Smallpox</i>	8 minggu

5. Penyakit Infeksi

Penyakit	Masa penolakan
HIV / AIDS	1. Permanen: a. Orang dengan gaya hidup risiko tinggi b. Partner seksual saat ini adalah orang dengan HIV 2. Sementara: 12 bulan setelah kontak seksual terakhir dengan partner seksual terdahulu adalah orang dengan HIV.
<i>Brucellosis</i> (telah dikonfirmasi)	2 tahun setelah penyembuhan lengkap*
<i>Chagas Disease</i>	Permanen: a. Orang yang mengalami atau pernah mengalami penyakit <i>Chagas</i> Hanya Plasma (kecuali pemeriksaan untuk <i>T.cruzi</i> adalah negatif): b. Orang lahir di area endemic Chagas c. Orang yang ditransfusi di daerah endemic Chagas
<i>Jaundice</i> dan <i>Hepatitis</i>	Riwayat Hepatitis atau <i>jaundice</i> mungkin dapat diterima jika pemeriksaan HBsAg and Anti-HCV negatif. 1. Permanen: Partner seksual saat ini adalah orang dengan Hepatitis B kecuali menunjukkan telah kebal 2. Sementara: a. 6 bulan jika ada kontak erat di rumah dengan penderita Hepatitis B akut atau kronik

	kecuali jika menunjukkan telah kebal. b. 6 bulan setelah kontak seksual terakhir dengan partner seksual terdahulu yang menderita Hepatitis B
<i>Malaria</i>	Sementara : 3 tahun untuk orang yang pernah menderita Malaria dan tetap asimtomatik Pada daerah endemik Malaria perlu ditambahkan uji saring terhadap antibodi Malaria.
<i>Q Fever</i>	Sementara: 2 tahun setelah tanggal konfirmasi telah sembuh*
<i>Sifilis</i>	Sementara: 12 bulan setelah tanggal konfirmasi telah sembuh *
<i>Toxoplasmosis</i>	Sementara: 6 bulan setelah penyembuhan klinis
<i>Tuberculosis</i>	Sementara: 2 tahun setelah tanggal pernyataan telah sembuh
<i>Variant Creutzfeldt-Jakob disease</i>	Penolakan berdasarkan pada penilaian risiko
<i>West Nile Virus (WNV)</i>	Sementara: a. 120 hari setelah diagnosa untuk orang dengan WNV b. 28 hari setelah meninggalkan area berisiko WNV untuk pengunjung ke area tersebut *

Tidak diterapkan untuk fraksionasi plasma (tidak ada komponen darah seluler)

6. Standar khusus untuk interval pengambilan, frekuensi dan volume beberapa jenis komponen darah

Komponen	Kriteria	Persyaratan
Penyumbangan darah lengkap (<i>Whole Blood</i>)	Interval waktu sejak penyumbangan terakhir	a. Laki-Laki: 2 bulan b. Perempuan: 2 bulan c. 48 jam jika penyumbangan terakhir adalah prosedur <i>plasmapheresis</i> atau <i>plateletpheresis</i> (dan dalam jumlah maksimal penyumbangan darah lengkap per tahun)
	Frekuensi pengambilan	a. Laki-Laki 6 penyumbangan pertahun b. Perempuan 4 penyumbangan pertahun
	Volume (maximum)	a. 450 mL $\pm$ 10% diluar antikoagulan (standar penyumbangan) b. 350 mL $\pm$ 10% diluar antikoagulan
<i>Apheresis</i> plasma	Interval sejak penyumbangan terakhir	a. 1 minggu (dengan maksimum 33 prosedur apheresis per tahun) b. 1 bulan dari penyumbangan darah lengkap atau jika terjadi kegagalan pengembalian sel darah merah saat apheresis
	Frekuensi pengambilan	33 pengambilan perdonor per tahun
	Volume (maksimum)	Pengambilan tidak boleh

		melebihi 13% volume darah total (10,5 mL per kg berat badan) a. 750 mL plasma diluar antikoagulan per pengambilan b. 1,5 L plasma perminggu c. 25 L pertahun
<i>Apheresis</i> plasma dengan trombosit	Interval waktu sejak penyumbangan terakhir	a. 2 minggu setelah pengambilan apheresis trombosit terakhir b. 1 bulan dari penyumbangan darah lengkap atau kegagalan pengembalian sel darah merah selama apheresis
	Frekuensi pengambilan	26 pengambilan perdonor per tahun, dengan jarak minimal 2 minggu diantara pengambilan
	Volume (maksimum)	Pengambilan tidak boleh melebihi 13% volume darah total(8,5 mL per kg berat badan) 650 mL plasma dan trombosit diluar antikoagulan per pengambilan

7. Standar Tambahan untuk Donor Apheresis

Pengambilan Apheresis	Persyaratan
Semua prosedur <i>apheresis</i>	Analisis protein total termasuk albumin dan IgG paling tidak setahun sekali.
Prosedur <i>apheresis</i> trombosit	a. Donor harus memiliki jumlah minimal trombosit $150 \times 109\mu\text{L}$

	b. Minimal dua minggu diantara pengambilan apheresis trombosit
--	--

8. Tahapan seleksi donor

Kegiatan	Persyaratan
Donor mengisi formulir, kuesioner dan <i>Informed consent</i> (Formulir 3.2)	a. Formulir identitas donor yang disetujui untuk diberlakukan dan ada nomor kontrol dokumen b. Kuesioner donor dan informed consent yang disetujui untuk diberlakukan dan ada nomor kontrol dokumen yang disetujui untuk diberlakukan, ditandatangani oleh calon pendonor dan petugas
Registrasi	Input data ke dalam sistem informasi UTD
Pemeriksaan dokter	Timbang berat badan a. Pemeriksaan kesehatan sederhana. b. Pastikan donor memahami dan tela menandatangani <i>informed consent</i> c. Dokter yang terlatih dan kompeten
Pemeriksaan Hb dan golongan darah	Alat dan <i>reagen</i> yang telah dikualifikasi a. Petugas yang terlatih dan kompeten b. Pemeriksaan golongan darah harus dilakukan pada pendonor darah < 3 kali

C. PENYADAPAN DARAH ATAU AFTAP

Penyadapan darah/ AFTAP adalah proses mengambil darah donor yang telah lolos seleksi donor untuk keperluan transfusi. Hanya donor yang telah diperiksa sesaat sebelum penyumpangan dan memenuhi kriteria seleksi donor yang ditetapkan UTD yang diperbolehkan untuk menyumbangkan darah. Mereka harus diidentifikasi kembali sebelum penusukan dimulai dan darahnya ditampung di dalam kantong darah steril yang telah disetujui oleh petugas kompeten terlatih menggunakan prosedur yang telah tervalidasi. Berikut prosedsur proses penyadapan darah:

1. Pemeriksaan pradonasi

Pemeriksaan	Persyaratan
Identifikasi pendonor	Identifikasi dikonfirmasi dengan tertera di formulir donor
Persyaratan pendonor	Memenuhi kriteria seleksi donor yang disetujui
Kantong darah	Jenis kantong sesuai (double atau tripel), bebas dari setiap kerusakan atau kontaminasi dan belum kadaluarsa.

2. Proses penyiapan darah/ AFTAP

Kegiatan	Persyaratan
Persiapan area penusukan	a. Cuci lengan donor sampai atas siku b. Pilih vena cubiti yang bebas dari lesi kulit c. Desinfeksi area penusukan dengan alkohol swab d. Area penusukan tidak dipegang ulang tanpa menggunakan sarung tangan steril
Tekanan manset tensimeter	a. Naikan tekanan manset 40-60 mmHg pada saat penusukan b. Turunkan tekanan manset 20-40 mmHg setelah darah mengalir
Penusukan vena	Proses secara aseptik
Mencampurkan darah dengan antikoagulan	a. Homogenkan setiap 90 detik (manual) b. Proses telah divalidasi (otomatik) c. Darah diselang diserut kembali ke dalam kantong utama segera mungkin pada akhir penimbangan darah sebanyak 2-3 kali dan dihomogenasi
Maksimal waktu penayadapan darah/ Aftap	a. Hingga 12 menit untuk semua komponen darah yang dapat ditransfusikan b. 12-15 menit tidak bisa digunakan untuk

	pembuatan trombosit atau FFP c. > 15 menit tidak bisa digunakan untuk setiap komponen darah
Volume	Seperti yang direkomendasikan oleh pabrik $\pm 10\%$
Pengambilan sampel	Pemberian label pada tabung telah selesai sebelum AFTAP selesai dan campurkan segera setelah terisi
Selesai penyadapan darah/ AFTAP	Seal/ rekatkan selang kantong untuk meminimalkan kontaminasi

Lamanya waktu penyadapan darah/ AFTAP hingga selesai harus dicatat dan digunakan untuk menentukan jenis komponen darah yang diolah dari kantong tersebut. Penyumbang darah yang lebih 15 menit tidak boleh digunakan untuk pembuatan komponen darah yang akan ditransfusikan dan penyumbang darah yang melebihi waktu 20 menit harus dimusnahkan.

3. Pemeriksaan pasca donasi

Pada akhir proses penyadapan darah/ AFTAP, semua kantong, dokumen dan tabung harus diperiksa kembali untuk menjamin bahwa semua sudah dilabeli dan masing-masing memiliki label nomor donasi. Nomor label yang digunakan dan nomor yang tersisa pada set label harus berkesesuaian dan setiap label yang tidak digunakan harus dimusnahkan disisi tempat tidur donor. Pemeriksaan ini harus dilakukan sebelum donor meninggalkan tempat tidur dan darah yang didistribusikan, dokumen serta sampel dipindahkan dari sisi tempat tidur.

BAB IV

PENUTUP

Buku Pedoman inovasi SIGAP DARAH Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTD RS) ini disusun sebagai acuan resmi dalam menyelenggarakan pelayanan darah yang aman, berkualitas, cepat, dan berkesinambungan di luar rumah sakit. Dengan adanya inovais ini, diharapkan akan mempermudah akses Masyarakat yang ingin donor darah, pun membuka peluang kelompok masyarakat yang ingin melakukan kegiatan social donor darah. Pelayanan transfusi darah merupakan bagian krusial dari pelayanan kesehatan yang memerlukan ketelitian tinggi, pemenuhan standar prosedur operasional (SPO), serta pemantauan kualitas yang ketat guna meminimalkan risiko reaksi transfusi dan infeksi menular lewat transfusi darah (IMLTD).

Akhir kata, pedoman pelayanan Inovasi SIGAP DARAH UTD ini diharapkan dapat menjadi standar baku bagi seluruh pengelola dan tenaga pelaksana di rumah sakit. Semoga kita dalam menegakkan prinsip-prinsip pelayanan darah yang aman dapat memberikan kontribusi nyata bagi kesembuhan dan keselamatan setiap pasien yang kita layani."

Ditetapkan di : Mataram

Pada tanggal : 02 Januari 2025

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kota Mataram

dr. Hj. Ni Ketut Eka Nurhayati, Sp. OG., Subsp. F.E.R.
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP. 197204032002122004