Rumah Sakit Angkatan Udara dr. ESNAWAN ANTARIKSA	**ALUR PENANGANAN DARAH YANG KADALUARSA**		
	No. Dokumen SPO/339/PP.Akr/IX/2025	No. Revisi 01	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 15 September 2025	Ditetapkan oleh : KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA, dr. Iman Pathurohman W., Sp.B., M.Si., MARS. Kolonel Kes NRP 524330	

Pengertian	Serangkaian kegiatan pengelolaan kantong darah yang sudah kadaluarsa atau tidak digunakan sesuai indikasi medis, yang dikategorikan sebagai limbah medis padat dan harus ditangani sesuai standar keselamatan dan pengelolaan limbah B3.
Tujuan	Sebagai pedoman kepada petugas dalam penanganan kantung darah yang kadaluarsa/tidak terpakai dilakukan secara aman dan sesuai prosedur, untuk mencegah risiko infeksi, pencemaran lingkungan, dan penyalahgunaan limbah medis.
Kebijakan	1. Berdasarkan Keputusan Kepala RSAU Esnawan Antariksa No.Kep/54/IX/2025 tentangPedomanPelayananLaboratorium. 2. Berdasarkan Keputusan Kepala RSAU Esnawan Antariksa No.Kep/605/XII/2025 tentangKebijakanPelayanan Bank Darah.
Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah. Jakarta: Kemenkes RI; 2015. 2. PP Nomor 22 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup. 3. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup/Badan Pengendalian Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2025 tentang Program Penilaian Peringkat Kinerja Perusahaan dalam Pengelolaan Lingkungan Hidup. Jakarta: Kementerian Lingkungan Hidup.
Prosedur	1. Petugas bank darah mengidentifikasi kantong darah yang sudah kadaluarsa atau tidak terpakai. 2. Kantong darah dipisahkan dari stok aktif dan diberi label/keterangan “kadaluarsa/tidak terpakai”. 3. Kantong darah dimasukkan ke dalam kantong plastik kuning (limbah medis padat). 4. Limbah disimpan sementara di tempat penampungan limbah

<table>
<tr><td rowspan="2">Rumah Sakit Angkatan Udara dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">ALUR PENANGANAN DARAH YANG KADALUARSA</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen
SPO/339/PP.Akr/IX/2025</td><td>No. Revisi
01</td><td>Halaman
2/2</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">medis (TPS) sesuai ketentuan.
5. Limbah dikumpulkan dan diserahkan kepada pihak pengelola limbah medis yang berizin pihak ketiga PT. Wastec untuk dimusnahkan.
6. Petugas menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) selama proses penanganan.
7. Dilakukan pencatatan dan pelaporan terhadap jumlah dan jenis limbah darah yang dibuang.</td></tr>
<tr><td>Unit Terkait</td><td colspan="3">1. Petugas pelaksana pelayanan Bank Darah
2. Unit Kesling
3. K3</td></tr>
</table>