

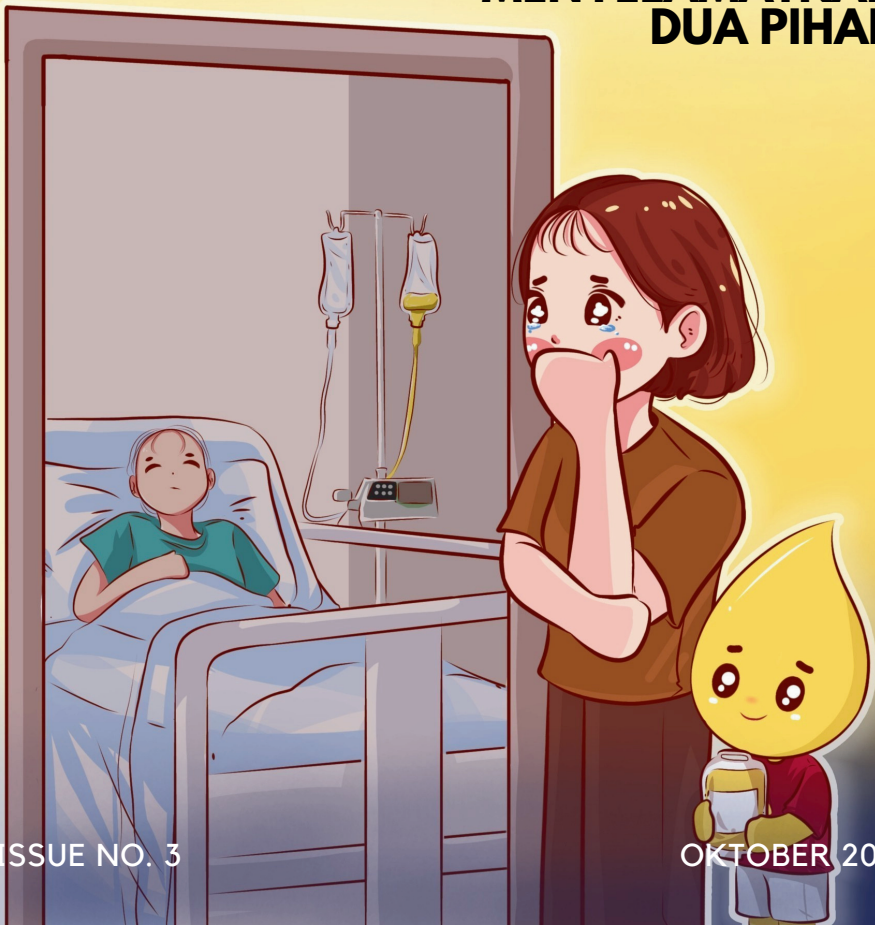
SAGRAHA

BERBAGI CERITA, BERBAGI SESAMA

**JENDELA
TIDAK
TERLIHAT**

**HIDUP DENGAN
ANEMIA APLASTIK**

**PENOLAKAN
DONOR: MENGAPA
KATA “TIDAK” BISA
MENYELAMATKAN
DUA PIHAK**



“Wishing good, merely, is a lukewarm charity; but doing good is divine.”

~James Lendall Basford



TOMBO & KURSI AJAIB



BERANI DONOR ITU BAIK

- 3** DAFTAR ISI
- 4** EDITOR NOTE
- 6** HIDUP DENGAN
ANEMIA
APLASTIK
- 8** KETIKA DONOR
TAK HANYA SOAL
JARUM:
ADVOKASI YLAB
DI BALIK LAYAR
- 12** APHERESIS:
DONOR BIASA
DAN DONOR
LUAR BIASA
- 16** JENDELA TAK
TERLIHAT

DAFTAR ISI

- 25** TRACE, TRACK,
TREAT:
HEMOVIGILANCE
360°
- 30** PENOLAKAN
DONOR: MENGAPA
KATA “TIDAK”
BISA
MENYELAMATKAN
DUA PIHAK
- 36** DARI FOTO
LAMA, TINDIK
SD, HINGGA 56
KANTONG
AFERESIS

DAFTAR ISI



Selamat datang di edisi ketiga Majalah Sagraha..

Pada edisi kali ini, kami mengajak pembaca untuk menilik isu penting seputar donor aferesis: mulai dari risiko transfusi yang tidak aman, alasan penolakan donor sementara maupun permanen, hingga laporan kegiatan YLAB dan kisah nyata pasien yang menggantungkan hidup pada ketersediaan trombosit. Jangan khawatir, ini bukan sekadar laporan serius nan kaku—kami menyajikannya dengan bumbu satir, tawa, sekaligus empati. Karena berbagi itu bukan cuma soal mengulurkan lengan, tapi juga membuka mata dan hati.

Semoga tulisan-tulisan di edisi ini bisa membuka ruang refleksi, mengajak kita semua untuk tetap berbagi dengan bertanggungjawab.

Selamat membaca :)

mifa

HUBUNGI KAMI

REDAKSI SAGRAHA

redaksisagraha@gmail.com
+62 878-8883-1419

EDITORIAL

MILA RAHMANIA

Pemimpin redaksi

DWI PUTRI

Editor

DIVISI KOMINFO YLAB

Periklanan dan distribusi

DISTRIBUSI

Majalah sagraha merupakan majalah gratis yang dapat diakses di www.aferesis.or.id

EDITOR NOTE

PENULIS: MILA RAHMANIA

Di balik setiap kantong darah ada dua keselamatan yang setara: pendonor dan pasien. Baru-baru ini ada pendonor yang hasil pemeriksaan IMLTD-nya reaktif. Ada pula pendonor yang sengaja mendonorkan sebelum waktunya, bahkan sampai mencari celah di unit transfusi berebda agar tidak tercatat donor saat waktu jeda. Secara etik dan regulasi, ini jelas berbahaya. Praktik ini bukan sekedar "kesalahan kecil" tapi bom waktu bagi pasien, tenaga kesehatan, diri pendonor, bahkan sistem donor itu sendiri.

Namun sebagai redaksi, kami menolak pendekatan hitam-putih. Kita perlu mengakui kemungkinan bahwa ada sebagian pelanggaran yang dipicu atas ketidaktahuan: gak semua orang paham tentang masa jendela (*window period*), gak semua paham bahwa aspirin bisa berbahaya untuk pendonor yang mendonorkan trombositnya melalui metode aferesis, gak semua paham bahwa donor terlalu sering melebihi jumlah yang dianjurkan bisa menggerus zat besi dalam tubuh pendonor secara diam-diam. Ada pula aspek sistemik, alur konseling donor reaktif yang perlu diperkuat, pesan kampanye yang selama ini terlalu meromantisasi "jumlah donor" ketimbang kualitas komponen, atau akses data donor yang belum benar-benar terintegrasi, sehingga "*donor shopping*" - berpindah donor ke UPD lain saat masih dalam waktu jeda - masih mungkin terjadi.

Pertanyaannya: apakah kita sebagai pendonor akan taat aturan atau malah memanfaatkan celah meski mengorbankan keselamatan orang lain dan diri sendiri?

Pilihan ada di tangan kita: membiarkan celah itu tetap terbuka, atau menutupnya dengan keberanian untuk jujur, disiplin, dan tegas. Kami memilih yang kedua. Bukan untuk apa-apa, tapi untuk memastikan bahwa darah yang kita berikan benar-benar aman dan bermakna.

Kita tidak akan menormalisasi pelanggaran, tetapi juga tidak akan menstigma manusia di baliknya. Justru di sinilah letak "jangan setengah-setengah": kalau mau menolong, tolonglah secara utuh. Rutin sesuai interval, sehat menurut parameter, dan layak menurut standar. Kalau tidak memenuhi, berhenti sejenak adalah pilihan paling manusiawi untuk pendonor dan paling aman untuk pasien. Karena kalau donor dilakukan setengah-setengah, pasienlah yang menanggung akibatnya penuh-penuh.

Di edisi ini kita juga akan mengulik tentang ruang-ruang abu-abu di balik kata "layak." Apa artinya sehat tapi tidak jujur di kuesioner? Apa jadinya jika donor dilakukan sebelum waktunya, hanya demi "check in" digital? Dan bagaimana rasanya bagi pasien yang setiap minggu hidupnya tergantung pada seberapa cepat trombosit aferesis tersedia?

Dunia donor darah bukan ruang steril tanpa masalah. Semua itu perlu dibicarakan dengan jujur—dengan satire, dengan tawa kecut, tapi juga dengan harapan ke arah yang lebih baik.

Donor jangan setengah-setengah.

HIDUP DENGAN ANEMIA APLASTIK

PENULIS: MUHAMMAD FARHAN



Halo! Namaku Muhamad Farhan, 23 tahun. Sebelum sakit, aku adalah mahasiswa PGSD di Unika Atma Jaya Jakarta. Aku juga sempat kerja part-time di beberapa tempat, dan kalau di rumah suka mengisi waktu dengan memasak.

Awalnya gejala muncul tanpa rasa sakit, hanya bintik-bintik merah di tangan. Kukira alergi. Tapi saat dicek, ternyata trombositku hanya 21.000 per mikroliter darah. Saat dokter bilang aku kena anemia aplastik, aku kaget sekali. Penyakit ini bukan sekadar flu yang bisa sembuh dengan obat. Bahkan dokter bilang mungkin perlu stem cell, yang biayanya besar sekali. Waktu itu aku merasa sedih, juga takut jadi beban orangtua.

Sekarang transfusi darah sudah jadi bagian hidup sehari-hari. Kadang aku butuh trombosit aferesis 3 hari sekali, kadang seminggu sekali. PRC lebih jarang, bisa 5 hari sampai 2 minggu sekali, tergantung kondisi tubuh.

Sebelumnya aku sama sekali nggak tahu apa itu donor aferesis. Baru setelah mengalami sendiri, aku sadar betapa pentingnya itu. Setiap kantong darah yang datang dari pendonor adalah harapan hidup bagiku.

Dari pengalaman, aku merasa trombosit aferesis lebih "bertahan lama" di tubuh, dibanding pooled. Tapi tetap saja, ada rasa khawatir karena setiap beberapa hari hidupku bergantung pada ketersediaan donor sukarela.

Sehari-hari aku lebih banyak ikut webinar pendidikan agar tetap update. Kadang menggambar kalau mood. Karena kondisi tubuh lemah dan butuh kursi roda, aku belum bisa bekerja setelah lulus kuliah. Itu salah satu momen penting yang hilang.

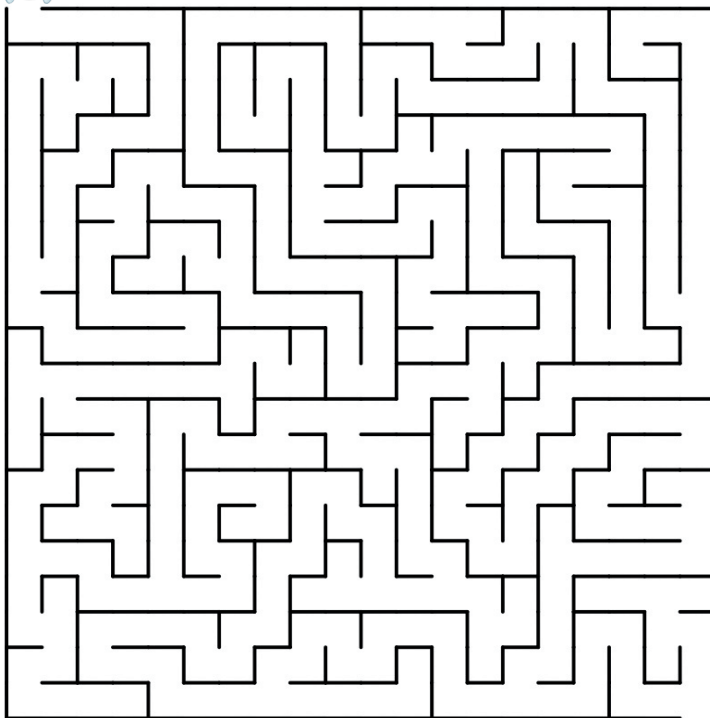
Syukurnya keluarga dan teman sangat mendukung, dari doa, semangat, sampai bantuan nyata. Walaupun awalnya aku drop secara mental, perlahan aku belajar menerima ini sebagai takdir. Aku yakin, semua rencana Tuhan ada hikmahnya.

Aku ingin mengucapkan terima kasih untuk semua pendonor—kalian benar-benar memberi aku kesempatan untuk terus hidup. Harapanku sederhana: semoga sistem donor di Indonesia semakin baik, terutama untuk trombosit aferesis. Jangan sampai pasien menunggu terlalu lama hanya karena stok terbatas. Dan untuk teman-teman seusia aku, coba lebih peka sama sekitar. Hidup itu harus berdampak, sekecil apapun. Bahkan dengan mendonorkan darah, kamu bisa menambah harapan hidup seseorang. Bukankah dalam Al-Qur'an (Al-Maidah: 32) disebut, siapa yang memelihara kehidupan satu orang, seakan dia memelihara seluruh manusia?





Bantu Tombo mencari jalan menuju kantong trombosit







**KETIKA DONOR TAK
HANYA SOAL JARUM:
ADVOKASI YLAB DI BALIK
LAYAR**

PENULIS: MILA RAHMANIA

APHERESIS: DONOR BIASA DAN DONOR LUAR BIASA

PENULIS: DR. DR. NI KADEK MULYANTARI, SP.PK., SUBSP BDKT(K)

Donor darah merupakan prosedur pengambilan darah pada orang yang sudah memenuhi syarat donor untuk kemudian darah tersebut diolah dan dilakukan sejumlah pemeriksaan laboratorium. Bila sudah memenuhi standar maka darah tersebut akan diberikan kepada pasien yang membutuhkan. Donor darah dibedakan menjadi 4 yaitu donor sukarela atau allogenic donation, donor pengganti atau direct donation, donor autologous dan donor apheresis.

Pada allogenic donation, darah akan diberikan kepada pasien siapa saja yang membutuhkan. Pada direct donation darah akan diberikan kepada pasien tertentu, umumnya dari keluarga atau kerabat donor. Pada autologous donation, darah akan digunakan oleh donor itu sendiri saat dibutuhkan. Apheresis donation adalah donor yang mendonorkan komponen darah secara spesifik sesuai kebutuhan, komponen darah yang tidak dibutuhkan akan dikembalikan secara otomatis ke tubuh donor menggunakan mesin apheresis. Berbagai tipe donor tersebut dapat menjadi bagian dari motivasi atau penolakan untuk mendonorkan darah.

Berdasarkan metode pengumpulan darah donor, donor darah dapat dibedakan menjadi donor whole blood dan donor apheresis. Pada donor whole blood proses donor dilakukan secara manual. Darah donor diambil sebanyak 350 mL atau 450 mL, ditampung pada kantong darah yang sudah

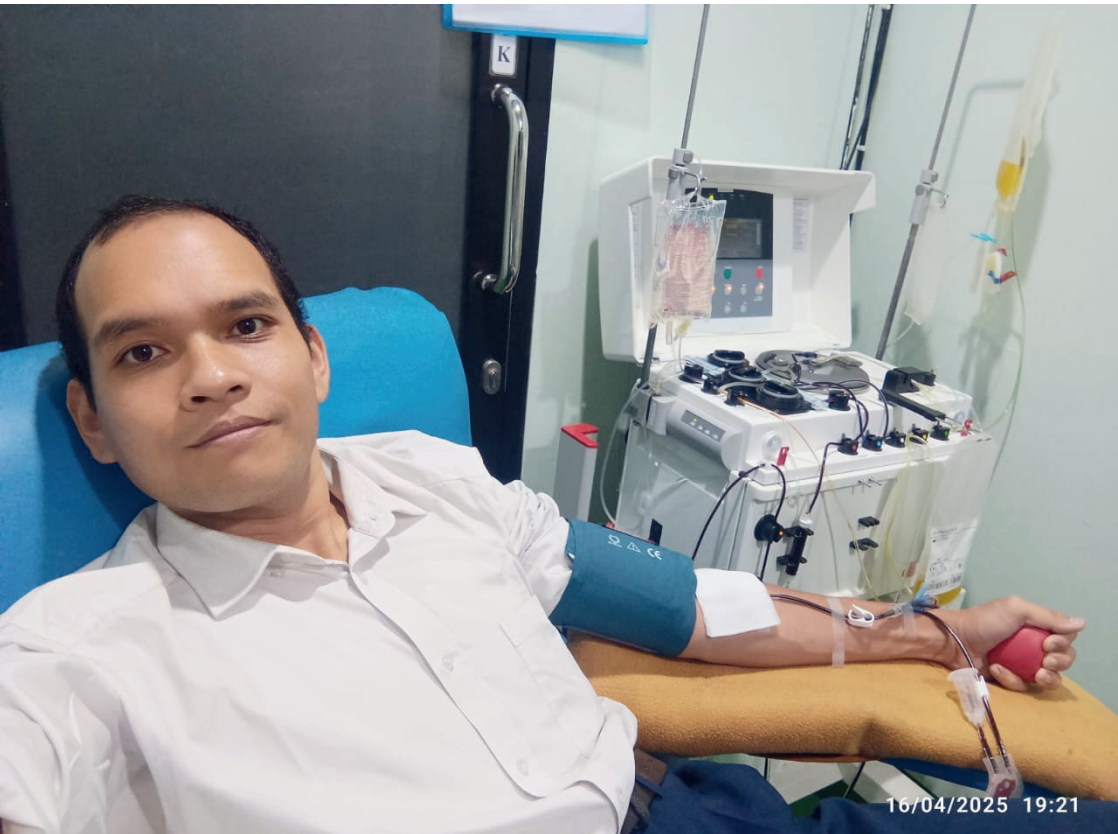
standar lalu dipisah-pisahkan melalui sentrifugasi sehingga didapatkan beberapa jenis komponen darah. Ada juga Masyarakat yang menyebutkan donor whole blood sebagai donor biasa karena sudah biasa dilakukan sejak ratusan tahun yang lalu.

Seiring berkembangannya teknologi kedokteran, pada tahun 1972, Herb Cullis seorang medical technology dari Amerika menemukan mesin pengambil dan pemisah darah secara otomatis dari tubuh donor yang dikenal dengan mesin apheresis. Dengan mesin apheresis, proses pengambilan darah donor, pemisahan komponen darah serta pengembalian komponen darah yang tidak dibutuhkan ke dalam tubuh pasien semuanya dilakukan secara otomatis oleh mesin apheresis. Bagi sejumlah masyarakat, donor apheresis ini dianggap sebagai donor darah luar biasa karena dilakukan diluar dari prosedur yang sudah biasa dilakukan.

DONOR DARAH DIBEDAKAN MENJADI 4 YAITU DONOR SUKARELA ATAU ALLOGENIC DONATION, DONOR PENGANTI ATAU DIRECT DONATION, DONOR AUTOLOGOUS DAN DONOR APHERESIS.

Beberapa kondisi yang menyebabkan donor apheresis ini disebut sebagai donor luar biasa antara lain:

- Pengambilan dan pengolahan darah donor dilakukan secara otomatis oleh mesin apheresis. Tubuh donor akan langsung dihubungkan dengan mesin, mesin akan mengkoleksi dan mengolah komponen darah yang dibutuhkan dan kemudian mengembalikan komponen darah yang tidak dibutuhkan secara otomatis kembali ke tubuh donor.
- Pada donor whole blood, darah utuh yang dikoleksi dari donor harus diolah atau dipisah-pisahkan lagi dengan refrigerated centrifuge untuk menjadi komponen darah. Sedangkan pada donor apheresis, sudah langsung didapatkan komponen darah. Dapat berupa komponen sel darah merah, trombosit dan plasma.
- Durasi pengambilan darah juga sangat berbeda. Pada donor whole blood, waktu yang dibutuhkan cukup sekitar 20 menit. Tetapi pada donor apheresis waktu pengambilan darah bisa mencapai 1-2 jam tergantung jumlah dan jenis komponen
- Dari aspek frekuensi pengambilan darah, pada donor trombosit dengan metode apheresis, pendonor dapat menyumbangkan trombosit setiap 2 minggu dengan jumlah maksimum donasi per tahun adalah 26 kali. Pada donor plasma apheresis, frekuensi dapat lebih sering, maksimal 33 kali pertahun dengan jarak pengambilan plasma bisa setiap minggu. Pada donor whole blood, maksimal pengambilan darah hanya 6 kali per tahun untuk laki-laki, 4 kali per tahun untuk perempuan dengan jarak paling cepat 2 bulan sekali.



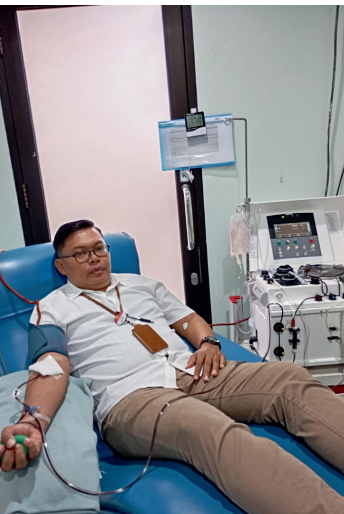
- Dari segi teknis penyiapan donor, donor apheresis membutuhkan penyiapan yang lebih lama. Pemeriksaan laboratorium predonasi wajib menyertakan pemeriksaan darah lengkap untuk melihat jumlah trombosit, eritrosit, leukosit, hematokrit dan hemoglobin. Pada donor whole blood, umumnya hanya memeriksa kadar hemoglobin yang dilakukan secara bed side atau langsung dihadapan donor. Secara periodik, pendonor plasma dan thrombocyte apheresis juga menjalani pemeriksaan kimia klinik berupa kadar protein, albumin dan globulin minimal setahun sekali. Pemeriksaan skrining infeksi menular lewat transfusi darah (IMLTD) umumnya dikerjakan pradonasi, tetapi pada donor whole blood skrining IMLTD umumnya berjalan pasca donasi.

Jika dilihat dari 5 kondisi di atas, ada beberapa keuntungan dari donor apheresis. Selain pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap dilakukan pada para donor, donor juga bisa melakukan donasi dengan frekuensi yang lebih sering. Produk darah yang dihasilkan dari donasi apheresis tidak perlu diolah lagi, tetapi langsung bisa digunakan oleh pasien setelah melewati uji pritransfusi. Dari aspek pasien, tentu produk apheresis lebih unggul dibandingkan produk dari donor whole blood. Kandungan trombosit pada produk thrombocyte apheresis jauh lebih tinggi dibandingkan donor whole blood sehingga respon terapi harusnya lebih baik. Di sisi lain, pasien akan lebih sedikit terpapar dengan berbagai jenis donor yang tentu berdampak jangka panjang menurunkan risiko alloimunisasi dan IMLTD. Dari aspek manajemen donor, pada donor apheresis tidak membutuhkan jumlah donor yang banyak untuk memenuhi satu dosis terapi, satu donor apheresis mewakili 5-6 orang donor jika produk trombosit disiapkan dari donasi whole blood.

Bagaimana dengan efek samping yang kemungkinan akan dialami oleh para donor? Persentase efek samping donor sebenarnya sangat rendah jika dibandingkan total jumlah donor. Sebagian besar efek samping bersifat ringan. Dengan seleksi yang ketat, proses donor yang aman, donor darah umumnya tidak memberikan dampak apa-apa terhadap kesehatan dan donor dapat segera melakukan aktivitas sehari-hari pasca donasi.

Angka kejadian efek samping donor berkisar 3-5%. Efek samping dikategorikan sebagai efek samping ringan, sedang dan berat. Efek samping ringan berupa rasa lelah, berkeringat, nafas cepat, pusing, mual dan peningkatan iritabilitas. Efek samping sedang berupa keluhan pusing diikuti oleh penurunan kesadaran dan muntah. Efek samping berat hanya mencakup 1-3% dengan keluhan yang dapat muncul berupa kehilangan kesadaran, kejang, sesak disertai sianosis. Ketiga katagori tersebut termasuk efek samping donor darah jangka pendek yang terlihat dalam waktu kurang dari 24 jam pasca donasi.

Berdasarkan jenis donor, prevalensi efek samping donor pada donor sukarela sangat kecil berkisar 1,8%. Efek samping donor tersering adalah reaksi vasovagal yang sebagian besar terjadi pada donor usia muda (18-30 tahun) atau donor yang pertama kali menyumbangkan darah. Reaksi vasofagal berupa pusing, mual, berkeringat yang lebih banyak disebabkan oleh faktor psikis seperti rasa takut melihat darah, takut nyeri, takut kehabisan darah dan sebagainya. Efek samping kedua yang tersering adalah muncul hematoma pada area bekas suntikan dan akan menghilang dalam beberapa hari tergantung luasnya.



Salah satu efek samping khusus yang terjadi pada donor apheresis dan hampir tidak pernah ditemukan pada donor whole blood adalah citrate toxicity. Pada prosedur donor apheresis, tubuh akan kontak langsung dengan antikoagulan citrate.

Antikoagulan citrate digunakan pada semua mesin apheresis untuk mencegah terjadinya pembekuan darah baik pada akses vascular maupun pada mesin apheresis selama proses koleksi produk (pengolahan oleh mesin). Reaksi citrate berkaitan dengan kemampuan metabolisme dan toleransi donor terhadap paparan citrate. Reaksi citrate dapat diatasi dengan menurunkan kecepatan aliran darah, mengurangi ratio antikoagulan dan whole blood, pemberian tablet kalsium oral sampai intravena. Beberapa gejala klinis yang sering muncul pada intoksikasi citrate antara lain paresthesias, lightheadedness, nausea dan beberapa keluhan lainnya.

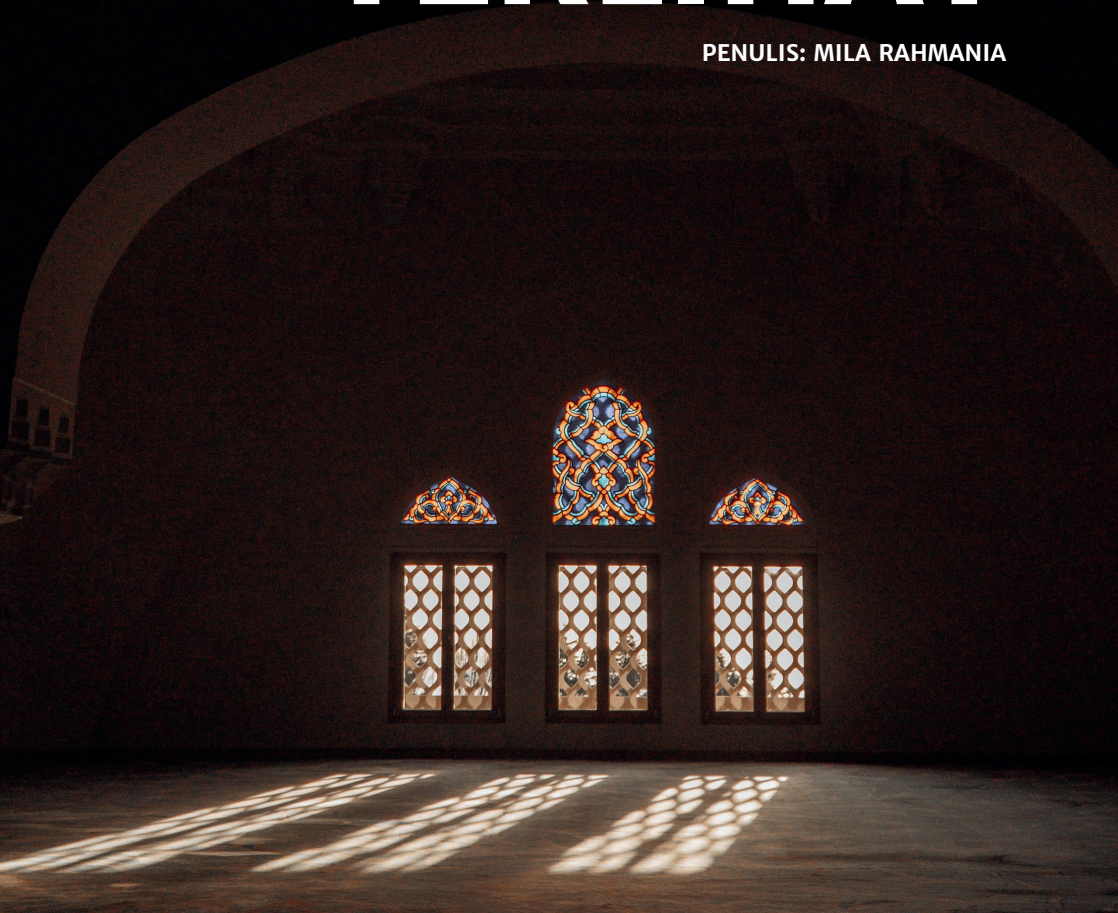
Keluhan tersebut umumnya bersifat sementara dan segera hilang karena citrate akan segera dimetabolisme (dalam hitungan menit) oleh hepar, ginjal dan otot. Rerata kejadian reaksi citrate pada donor apheresis sangat kecil, sekitar 0,4%. Edukasi donor sangat penting sehingga donor dapat melaporkan tanda-tanda keracunan citrate awal sehingga efek samping serius dapat dicegah. Seleksi donor yang ketat, pemberian suplemen kalsium sebelum dan selama prosedur sangat membantu mencegah efek samping citrate.

DAFTAR PUSTAKA

1. Howard PR. 2021. Donor Selection and Phlebotomy. Basic & Applied Concepts of Blood Banking and Transfusion Practices Fifth Edition. United States of America: Elsevier. pp. 308-317.
2. Permenkes, R.I. 2015. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah.
3. Monteiro TH, Ferreira IJR, Junior ACFP, Chocair HS, Ferreira JD. 2024. Barriers and motivations for blood donation: an integrative review. Hematol Transfus Cell Ther. 46(3):283-288.
4. Smajic SC, Becarevic M, Klavic S, Seletovic F, Sahovic A. 2023. Adverse Reactions and Complication in Voluntary Blood Donors. Mater Sociomed. 35(2): 98-102.
5. Sener K, Colak T, Beydilli I, Cakir A, Yilmaz M, Gune F, Altug E. 2024. A rare complication of blood donation: MINOCA. The American Journal of Emergency Medicine.
6. Burgstaler EA, Winters J. 2022. Basic principles of apheresis and the collection of blood components by apheresis. Rossi's Principles of Transfusion Medicine Sixth Edition. Willy Blackweel. USA.p.251-258.
7. Watkins T. 2021. Recruitment of Blood Donors. Transfusion Medicine Fifth Edition. Willy Blackweel. USA. p.25-36.

JENDELA TIDAK TERLIHAT

PENULIS: MILA RAHMANIA



Bayangkan kamu lagi berdiri di depan jendela kaca bening. Dari luar, kelihatan aman-aman aja. Padahal, ada maling yang udah masuk rumah lewat pintu belakang dan lagi ngumpet di balik sofa. Nah, dalam dunia transfusi darah, itulah yang disebut **window period**.

Istilah IMLTD yang biasa didengar sama kita para pendonor adalah infeksi yang bisa berpindah melalui transfusi, seperti HIV, hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV), sifilis, dan—sesuai endemisitas—malaria. Di Indonesia sendiri, skrining donor pada umumnya mengandalkan uji serologi (rapid/ELISA/CLIA) dan pada sebagian UPD dilengkapi juga dengan NAT (Nucleic Acid Testing) yang mendeteksi materi genetik virus lebih dini. Dari sini lah lahir konsep krusial yang kerap disalahpahami: window period, masa abu-abu. Saat seseorang sebenarnya sudah terinfeksi tapi tubuhnya belum sempat bikin antibodi dan belum terdeteksi. Jadi, kalau dites dengan metode standar yang disebutkan di atas, hasilnya bisa keluar "negatif".

Padahal realitanya, virusnya udah party tuh di dalam tubuh. Nah gawatnya lagi, darah dari orang dalam fase ini bisa kelihatan bersih di atas kertas, tapi justru membawa risiko buat pasien penerima transfusi, terutama pasien yang imunodepresi. Bagi pasien dengan sistem imun lemah, satu kantong darah yang masuk pada periode ini bisa mengubah hidup mereka selamanya, ke arah yang lebih buruk.

Sekarang masuklah sang jagoan: Nucleic Acid Test (NAT). Kalau tes antibodi biasa itu ibarat CCTV yang baru sadar ada maling setelah kaca pecah, NAT kayak kamera thermal yang langsung nangkap bayangan maling begitu masuk rumah. Window period yang tadinya hitungan minggu, dipangkas jadi hitungan hari.

Masalahnya? NAT itu mahal. Nggak semua Unit Pengolahan Darah di Indonesia punya alatnya. Pun meskipun sudah bisa diperpendek, NAT tidak membuat hasilnya 100% bisa dipercaya karena risiko residual selalu ada. Jadi pada akhirnya, sistem kita masih banyak bergantung juga pada satu hal yang sederhana tapi krusial: kejujuran pendonor.

Di ruang keraguan, kita perlu fair: sebagian pendonor mungkin aja ada yang mengira "hasil nonreaktif hari ini artinya saya pasti aman buat donor". Padahal kalau dia baru saja melakukan perilaku berisiko, misalnya seks tanpa proteksi dengan pasangan baru, berbagi jarum, atau membuat tato/piercing/melakukan bekam dan fasad, hasil nonreaktif tidak serta-merta meniadakan bahaya bagi pasien. Edukasi seharusnya tidak berhenti di poster ajakan "Ayo Donor!" tapi juga mengingatkan para pendonor pada satu pertanyaan sederhana "Apakah saya benar-benar aman untuk orang lain hari ini?"

Di sisi lain, kita juga perlu menyadari bahwa UPD juga berkewajiban menjelaskan konsekuensi hasil reaktif dengan bermartabat, memastikan bahwa pendonor melakukan pemeriksaan lanjutan hingga mengedukasi pendonor agar mereka mengerti bahwa mereka tidak lagi bisa berdonor. Kegagalan membangun jembatan konseling sering kali membuat pendonor panik, menyangkal, atau—yang paling berbahaya—mencoba donor di tempat lain.

Sayangnya window period adalah jendela yang tak terlihat dan pasien di luar sana gak punya waktu untuk berjudi dengan kaca bening yang penuh ilusi. Maka jujurilah.



**TRACE, TRACK, TREAT:
HEMOVIGILANCE 360°**

Kalau keselamatan transfusi itu tanggung besar, *hemovigilance* itu semacam sutradara yang tugasnya memastikan pertunjukan dari "lengan pendonor" sampai "vena pasien" berjalan tanpa adegan salah lempar properti. Masalahnya, di banyak tempat sutradara ini masih diperlakukan seperti kertas absen: diisi, distempel, dilupakan. Padahal semangat *hemovigilance* bukan sekadar lembar pelaporan reaksi transfusi atau angka-angka skrining donor, tapi budaya belajar dari hulu ke hilir. Sebuah "*black box recorder*" untuk seluruh perjalanan darah, dari peyadapan darah, penyimpanan, distribusi, praktik transfusi di rumah sakit, sampai tindak lanjut klinis pada pasien. Dalam hal ini, data adalah cermin yang membantu kita melihat pola risiko, *near-miss*, dan celah sistemik yang harus ditutup.

Di Eropa, *hemovigilance* sudah menjadi standar sejak tahun 1990-an. Prancis bahkan membuat *Hemovigilance Act* pada 1993. Pedoman Nasional Indonesia mengatur bahwa *hemovigilance* harus dijalankan secara terintegrasi di rumah sakit dan Unit Pengolahan Darah (UPD). Sisi baiknya: Indonesia tidak mulai dari nol. Jejaring *Hemovigilance* Indonesia berbasis website yang dibuat oleh RS Sardjito sudah berdiri, lengkap dengan pintu login dan struktur layanan. Bahasa ringkasnya: kita punya tempat buat menulis, menilai, dan bertindak. Nah PR akademisi-klinisi-regulator sekarang adalah menghidupkan budaya setiap *deferral* jadi pelajaran, setiap reaksi jadi rekomendasi, setiap reaktif jadi peta jalan.

Kemenkes melalui dr. Iin Dewi Astuty, MKK dan tim telah mengumpulkan data pendonor reaktif dari UPD di Indonesia, pada tahun 2024. Angka 80.815 kantong darah yang reaktif di 2024 harus dibaca sebagai dua hal. **Pertama: alarm.** Sistem dan tes IMLTD yang dilakukan UPD di Indonesia mampu

menangkap sejumlah besar potensi bahaya sebelum darah dipakai. **Kedua: peringatan.** Jumlah sesungguhnya bisa lebih besar karena bagian bawah gunung es berisi kejadian tak dilaporkan karena penginputan data belum seragam, *false negative* terutama di masa jendela yang lolos ketika serologi masih "bisu", dan reaksi klinis di hilir yang tak selalu ditarik jejaknya ke komponen darah yang ditransfusikan. WHO berkata bahwa bahkan sistem paling rapi pun menjadi terbatas karena partisipasi rendah, pelaporan yang kurang lengkap, dan kegagalan mendeteksi keterkaitan transfusi bila gejalanya muncul belakangan.

Di ujung selang, pasien tidak pernah melihat proses pengecekan produk darah, tapi merasakan konsekuensi klinisnya. Transfusi yang gak aman tampil sebagai demam menggigil yang "sepele" lalu kemudian memburuk, reaksi alergi sampai anafilaksis, sepsis, atau gangguan paru akut. Kerumitan lainnya juga sering datang terlambat: IMLTD yang bersembunyi di *window period*, reaksi yang tak langsung dikaitkan dengan komponen darah yang ditransfusikan, atau gejala yang muncul ketika pasien sudah pindah bangsal. Bagi pasien dan keluarga, istilah "*under-reporting*" atau "*residual risk*" itu gak penting. Yang penting adalah apakah transfusi ini membuat pasien lebih baik, atau malah menambah satu masalah baru?

Jika terjadi eksposur (donor reaktif atau unit berisiko), apa yang perlu dilakukan? Permenkes 91/2015 menetapkan prosedur konseling dan rujukan donor reaktif.

Tindakan saat ditemukan pendonor/produk berisiko/reaktif:

- Karantina dan identifikasi produk terkait. Jangan transfusikan produk yang beresiko atau reaktif, lakukan traceability.

- Perkuat *hemovigilance* dan pelaporan, catat *permanent vs temporary deferrals*, alasan, *follow-up outcome*.
- *Lookback* dan notifikasi penerima, identifikasi rumah sakit/rumah sakit penerima, beri tahu tenaga medis dan lakukan testing baseline, berkonsultasi dengan dokter retkai/layanan bantuan untuk ODHA.

Jujur aja, menurutku memandang “gunung es” juga menuntut empati struktural. Gak semua pelanggaran lahir dari niat culas. Banyak pendonor juga yang benar-benar gak tau bahwa jeda aferesis itu bukan mitos, bahwa Hb rendah tidak aman untuk diri, bahwa tidak boleh donor aferesis jika sedang mengonsumsi antibiotik, atau bahwa hasil tes non-reaktif hari ini tidak meniadakan risiko jika paparan terjadi kemarin. Sebagian ada juga yang gak nyaman mengakui perilaku berisiko karena takut distigma saat wawancara.

Pada saat yang sama, kita harus tegas menunjuk faktor sistemik yang menyuburkan bagian “tak terlihat” dari gunung es. Integrasi data antarlokasi UPD yang belum benar-benar menyatu memudahkan perilaku “donor shopping”, pendonor yang tercekal atau belum mencapai jeda bisa mencoba peruntungan di tempat lain. Pendonor reaktif merasa “baik-baik saja” karena tak ada tindak lanjut yang jelas, lalu donor di lokasi berbeda. Selain itu ada kualitas anamnesis petugas yang gak konsisten. Satu petugas mahir menggali riwayat perjalanan, yang lain abai menanyakan obat-obatan. Semua ini bisa memperlebar celah antara yang terlapor dan yang nyata.

Resep sederhana pada dokumen *A guide to establishing a national haemovigilance system* dari WHO adalah tetapkan kebijakan yang jelas, latih semua mata rantai dari meja registrasi donor, lab sampai bangsal,

bangun jejaring pengumpulan data di semua titik, ukur dan ukur *traceability* dua arah yang benar, akan mengubah *hemovigilance* dari yang sekedar menulis formulir menjadi budaya menyelamatkan.

Ketika *hemovigilance* benar-benar hidup (bukan sekedar hidup-hidupan di atas kertas), pasien lah yang paling diuntungkan. Mereka menerima komponen yang bermutu dan keamanannya terjaga, reaksi lebih jarang, dan kalau pun terjadi, terdeteksi serta ditangani dengan cepat.

Traceability yang rapat memungkinkan *recall* cepat kalau ada temuan risiko, pelaporan yang non-punitif mendorong tenaga klinis dan lab berani mengangkat tangan ketika ada *near-miss* sehingga perbaikan terjadi sebelum pasien berikutnya terkena.

Dampak akhirnya terasa sangat manusiawi: lebih sedikit transfusi ulang, durasi rawat yang berpotensi lebih singkat, kepercayaan pasien yang pulih, dan yang tak kalah penting, rasa aman bahwa darah yang masuk ke tubuh mereka bukan hasil kompromi, melainkan buah dari sistem yang memilih mutu, integritas, dan keselamatan di atas segala target.

Sebagai penutup yang gak manis-manis amat, hampir semua risiko dapat diminimalkan dengan lapisan proteksi berlapis, seleksi donor yang tepat, pemeriksaan laboratorium yang memadai, edukasi pendonor, tata kelola *traceability* & *lookback*, serta *hemovigilance*. Ketika terjadi kegagalan, misalnya produk reaktif ditemukan setelah komponen sudah didistribusikan, maka yang perlu dilakukan adalah *trace-and-notify*, perlindungan klinis penerima, konseling donor, dan evaluasi sistemik agar kejadian serupa tidak terulang.

Bantu Tombo cari kata tersembunyi

QDRKNLYSWTQZICJLQOAYABIYY
 DKBEJSCOYBXUOYUDBDAGBNEDW
 YRMRRZFZVJZMLWYJKCPSZFAIS
 ULSYFXKEUEPBRNXYOSSZYKNNI
 ENZYMESJWAKZEDFVEVICPRVDS
 TIIIZLADATZOFVNRHFACTORZPE
 ZUTIEINIYTWPAYRJUUHUYEBMR
 MSNBHTBHOYRXQCEOWLUSJUZZE
 EGCNIIPCAHKLTQDLKJGBUBDAH
 XRSGLCORDBLOODNNJQLZLXGAP
 PYEIODJTYQYJYLBBOBJSJKLDQNA
 TNTSTAWKIVEKLRYOHOJOKMJETJ
 YYPLLYDBHRUNRXNIJRONSQINIT
 GKPWBLSBXCROSSMATCHNWCJTBT
 BYTGECNALIGIVOMEHAQGGNHQY
 QUECJNXOIKRFLNHAIDYUMVPDX
 AHLIEJWHNQPGJJHJGSHSYBNYK
 BCETTLQJTUSJROBHFJGZTWUNYC
 YDTRFAAHEMOLYSISISWDWUSTRDB
 XUAAJBMONPJXMAALDKETSEXZDA
 WFLTIVOSWZIJHXZVUVMDWTAJKJX
 CNPEORAU LZKDUEAQPDCDZDXJJ
 WVTSBHLJRDSANTICOAGULANTW
 HZRQLNPLOBD DKHXMWYZMXRCCR
 LTVADBUBLOODTYPEHZAIPNINS

RHFACTOR

CROSSMATCH

ANTIGEN

ABORH

ANTIBODY

APHERESIS

HEMOLYSIS

BLOODTYPE

ENZYMES

PLASMA

CITRATE


CORDBLOOD

PLATELET

ANTICOAGULANT

HEMOVIGILANCE

COMPATIBILITY



**PENOLAKAN DONOR:
MENGAPA KATA “TIDAK”
BISA MENYELAMATKAN
DUA PIHAK**

**PENULIS: MILA RAHMANIA
EDITOR: DR YANTO SANTOSA, M.BIOMED**

Siapa sih yang suka "ditolak"? Kayaknya *safe to say* gak ada yang suka. Tapi dalam dunia donor darah, kata "tidak" adalah sabuk pengaman yang ketat. Kadang bikin sesak, tapi menyelamatkan dua pihak sekaligus. Untuk pendonor, kata "tidak" mencegah tubuh dipaksa kerja lembur. Untuk pasien, kata "tidak" menyaring risiko yang tak kelihatan, seperti infeksi yang menyelip di *window period*, drama klinis bernama sepsis, TRALI, TACO, atau reaksi hemolitik. Kalau keselamatan transfusi itu ibaratnya konser, maka kata "tidak" adalah *soundcheck*. Berisik sedikit di awal, tapi membuat pertunjukan berjalan mulus.

Apa yang bisa salah kalau kita memaksa "ya"?

Bayangkan pendonor yang baru saja demam tipis. Hasil labnya mungkin masih rapi, tapi kualitas komponen darah bisa merosot. Atau pendonor yang semalam meminum antibiotik tanpa sadar membuat produk darah yang disumbangkan bisa berefek kepada kesehatan pasien yang mendapatkan transfusi. Di sisi lain, masa jendela infeksi adalah ilusi optik di mana tes bisa tampak tenang sementara virus sudah mulai sibuk *party* di tubuh pendonor. Semua ini kejadian nyata yang, jika lolos ke tubuh pasien akan berujung fatal.

Alasan penolakan juga bukan hanya untuk melindungi pasien. Banyak di antaranya melindungi pendonor dari cedera, anemia, atau kejadian vasovagal.

Interval donor. Tubuh butuh jeda untuk mengisi ulang. Kegiatan donor yang terlalu sering sebelum waktu yang dianjurkan bisa mengikis jumlah zat besi dalam tubuh dan pada aferesis bisa menyedot trombosit lebih cepat dari ritme pemulihan. Memang benar, ada aja pendonor yang merasa "baik-baik"

walau jeda pendek, tetapi penurunan zat besi dalam tubuh seringkali "sunyi tanpa suara". Gak terasa hari itu, tapi menggerus dalam diam dan pada akhirnya menurunkan mutu komponen dan berisiko pada kesehatan pendonor sendiri. Hasilnya? Pendonor lebih rentan pusing, pucat, dan ditolak donor. Di sisi pasien, komponen darah yang disumbangkan dari tubuh pendonor yang belum pulih berisiko kualitasnya menurun. Jadi kalau petugas berkata, "Belum waktunya," ya berarti stop.

Kadar hemoglobin rendah menandakan anemia pada donor. Bila tetap diambil, pasien menerima darah dengan hematokrit rendah yang berujung pada transfusi kurang efektif. Bahkan bisa meningkatkan risiko iron deficiency pada pendonor. Menunda donor saat Hb/ferritin rendah bukan menyepelekan niat baik, tapi pencegahan agar pendonor tidak jatuh pada anemia simptomatik setelah donor. Gak mau kan abis donor pingsan?

Berat badan, tekanan darah, denyut nadi, dan suhu. Berat badan minimum mencegah ketidakseimbangan volume saat donor berlangsung, menurunkan risiko hipotensi dan kolaps saat donor. Tekanan darah dan nadi stabil bisa menurunkan risiko kejadian vasovagal, dan suhu bebas demam menandakan tubuh gak lagi *war*. Kalau lampu-lampu kecil ini menyala merah, penundaan adalah cara paling singkat untuk menghindari masalah yang terjadi pasca donor.

Pendonor yang memaksa donor saat demam ringan karena merasa "gapapa" mungkin memang selamat hari itu, tetapi kualitas komponen yang dihasilkan dan keamanan pasien penerima transfusi menjadi taruhan.

Kehamilan, nifas, menyusui atau menstruasi berat. Penundaan donor pada fase-fase ini bukan jahat tapi proteksi terhadap risiko anemia dan kebutuhan biologis ibu dan bayi. Itu yang harus diprioritaskan sebelum menolong orang lain. Menstruasi sendiri bukan otomatis penolakan. Yang bermasalah adalah perdarahan banyak, nyeri berat, atau riwayat Hb yang mudah turun.

Obat-obatan. Beberapa obat dapat mengkontaminasi darah (misalnya isotretinoin, thalidomide; antikoagulan mengganggu hemostasis; antibiotik bisa memicu alergi penerima).

"Tidak" karena riwayat perjalanan. Malaria, West Nile Virus gak peduli dengan rencana donormu. Kena ya kena aja, hehe. Kalau baru pulang dari daerah endemis, ada masa tunggu untuk memastikan gak ada tamu gak diundang masuk di kantong darah.

Vaksin, tindakan gigi, atau operasi. Beda vaksin, beda jeda. Beda tindakan gigi/operasi, beda aturan main. Prinsip umumnya simpel: beri tubuh waktu mengatur ulang sistem imun dan pemulihan jaringan. Kalau ragu, tunda. *Better safe than sorry.*

Usia dan kondisi medis tertentu. Batas usia dan penolakan karena beberapa penyakit kronis bukan garis diskriminasi tapi jaring keselamatan.

Penolakan permanen

Kondisi infeksi kronis/ pembawa patogen

- HIV/AIDS: penolakan permanen untuk orang dengan gaya hidup risiko tinggi atau memiliki partner ODHA. Transfusi merupakan rute sangat efisien untuk penularan. Pasien yang terinfeksi HIV perlu konsumsi antiretroviral seumur hidup

- Hepatitis B (HBV) / Hepatitis C (HCV). Kontak erat/sexual contact menimbulkan penolakan sementara sesuai interval. HBV/HCV masuk ke aliran darah sehingga pasien memiliki risiko infeksi akut yang bisa berlanjut jadi kronis.
- HTLV I/II, Chagas (T. cruzi), Babesiosis, Leishmaniasis, Chronic Q fever, dll. Beberapa parasit/virus ini menular lewat darah dan berdampak serius pada penerima, terutama pasien dengan immunosupresi.
- Riwayat penyalahgunaan narkoba suntik karena meningkatkan risiko IMLTD.
- Kanker hematologik / kondisi keganasan tertentu karena pengobatannya (immunosupresif) berisiko menyertakan patogen atau memengaruhi keamanan jaringan donor. Adanya produk darah dari donor dengan kondisi malignansi dapat menimbulkan risiko.
- Creutzfeldt-Jakob disease/transmissible spongiform encephalopathy (TSE) bisa ditransmisikan lewat jaringan/produk darah (resistensi sterilisasi).

Intinya untuk permanen: alasan-alasan ini memberi potensi transmisi patogen dengan dampak jangka panjang atau fatal, sehingga penolakan permanen diberikan untuk melindungi pasien penerima transfusi.

Penolakan sementara

Permenkes mencantumkan banyak kondisi yang punya interval tunda yang spesifik (misalnya 4–6 bulan untuk risiko HCV terkait tindakan tusukan non-steril atau bila NAT tidak dilakukan).

Beberapa contoh konkret:

- Pendonor yang melakukan Tato/tindik/akupunktur/bekam/fasad/kecelakaan inokulasi ditolak sementara 6 bulan atau 4 bulan negatif dengan NAT agar risiko paparan rendah.

- Endoskopi dengan biopsi/mukosa terpercik darah akan ditunda 6 bulan/4 bulan dengan NAT agar risiko penularan hepatitis melalui transfusi rendah.
- Pendonor yang pernah transfusi perlu menunda donor 6 bulan agar darah yang disumbangkan aman dari patogen.
- Demam >38°C atau flu-like illness perlu tunda 2 minggu setelah gejala hilang untuk menghindari risiko kontaminasi yang bisa berujung komplikasi infeksi akut pada pasien penerima, termasuk sepsis atau reaktivasi infeksi.
- Perjalanan ke area endemik/riwayat malaria, berujung pada penundaan donor 3 tahun karena plasmodium dapat bertahan dan menular lewat darah dan menyebabkan demam berat, anemia, kegagalan organ pada pasien rentan.
- Tunda donor 4 minggu jika menerima vaksin hidup karena pendonor berisiko menularkan virus vaksin kepada penerima yang imunokompromis (jarang tapi diwaspadai).

Penundaan dimaksudkan untuk menutup window period, memastikan donor tidak dalam fase infeksi, atau menunggu efek obat/vaksin berlalu. Jika penundaan diabaikan, ada kemungkinan transmisi patogen dengan konsekuensi akut dan/atau kronis pada pasien. Gak mau kan ya jadi orang yang menambah masalah baru? Nolong enggak, nyusahin iya.

Gak ada yang suka "ditolak", tetapi semua orang paham ketika alasannya logis. Kalimat "Tidak bisa donor hari ini" hampir selalu nempel sama "kapan dan bagaimana kembali". Tulis tanggalnya, catat syaratnya. Kembali donor setelah jeda X, setelah bebas obat Y, setelah perjalanan aman Z, setelah Hb kembali di angka sehat. Kata "tidak" di kursi donor adalah "ya" untuk kualitas komponen, "ya" untuk tubuh pendonor, dan "ya" untuk pasien yang menunggu transfusi bekerja seperti janji.



Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
Infeksi Menular Lewat Darah (IMLTD)	HIV/AIDS	Permanen	HIV ditularkan lewat darah	Pasien terinfeksi HIV, ART seumur hidup	Permanen tanpa pengecualian
	Hepatitis B / C	Permanen	Virus hidup dalam darah & bisa kronis	Hepatitis akut, kronik, sirosis/kanker hati	Permanen untuk hepatitis kronik; bila kontak, tunda sesuai interval
	HTLV I/II	Permanen	Virus retroviral menular via darah	Leukemia/ TSP (myelopat hy) pada penerima	Permanen
	Sifilis	Sementara	Treponema dalam darah aktif, stigma negatif	Pasien tertular sifilis, stigma negatif	Donor ulang \geq 12 bulan setelah terapi tuntas
	Malaria (riwayat/tinggal di endemis)	Sementara	Parasit plasmodium bisa dormant	Malaria	Penundaan 3 tahun / skrining tambahan

Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
	TBC aktif	Sementara	Infeksi sistemik aktif	Risiko bakteri/pe nurunan kondisi penerima	Bisa donor setelah terapi tuntas & dinyatakan sembuh
Perilaku Berisiko	Pengguna narkoba suntik	Permanen	Risiko HIV/HCV/H BV sangat tinggi	Tertular infeksi	Permanen
	Seks berisiko tinggi (berganti pasangan, homoseksual, seks komersial)	Permanen (atau sementara bila kontak risiko sementara)	Perilaku risiko tinggi TTI	Pasien berpotensi tertular HIV/HBV/H CV	Permanen untuk kategori tertentu
	TBC aktif	Sementara	Infeksi sistemik aktif	Risiko bakteri/pe nurunan kondisi penerima	Bisa donor setelah terapi tuntas & dinyatakan sembuh
	Tato / tindik / akupunktur	Sementara	Paparan jarum tidak steril, risiko HBV/HCV/ HIV tinggi	Infeksi HBV/HCV/ HIV pada pasien	Tunda 6 bulan (atau 4 bulan bila NAT)

Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
Riwayat Medis & Penyakit	Vaksin hidup (MMR, polio oral, varisela, dll.)	Sementara	Virus vaksin (ditakutkan) masih bisa replikasi	Risiko transmisi ke penerima imunokompromis	Tunda ± 4 minggu (tergantung vaksin)
	Kanker hematologi (leukemia, limfoma, myeloma)	Permanen	Produksi darah donor abnormal / risiko penyebaran sel maligna	Risiko sel abnormal masuk ke pasien (tidak relevan pada transfusi, tetapi prinsip kehati-hatian)	Permanen
	Kanker non-hematologi	Sementara /permanen	Risiko metastasis / terapi aktif	Tidak aman bagi penerima	Tunda 5 tahun setelah sembuh total, sesuai dengan aturan UPD
	Penyakit jantung berat	Permanen	Bahaya untuk pendonor sendiri	-	Permanen

Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
	Penyakit autoimun berat (SLE aktif, rheumatoid arthritis terapi immunosupresif)	Permanen	Obat & kondisi memengaruhi kualitas darah	Potensi antibodi autoimun ditransfer	Permanen
	Diabetes dengan komplikasi berat	Permanen	Risiko kesehatan donor sendiri	-	Permanen
	Penyakit menular akut (flu, demam, diare)	Sementara	Bisa viremi/bakteriemi	Pasien dapat infeksi sekunder	Tunda 2 minggu setelah sembuh
	Kehamilan	Sementara	Risiko anemia/komplikasi donor pada ibu	-	Tunda selama hamil + 6 bulan pasca melahirkan
	Menyusui	Sementara	Kebutuhan nutrisi tinggi, mempengaruhi produksi ASI	-	Tunda hingga berhenti menyusui

Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
	Menstruasi (dengan keluhan lemas/nyeri berat)	Sementara	Hb rendah, donor berisiko untuk donor	-	Tunda tergantung standar UTD setempat
Riwayat Perjalanan / Lingkungan	Tinggal/berkunjung ke daerah endemis malaria	Sementara	Risiko parasitemia	Malaria transfusional (fatal)	Tunda 3 tahun / dengan tes malaria
	Perjalanan ke daerah endemis penyakit tropis (mis. zika, chikungunya, yellow fever)	Sementara	Potensi viremi sementara	Pasien imunokompromis berisiko infeksi berat	Tunda sesuai masa inkubasi penyakit
Tindakan Medis / Bedah	Operasi besar / rawat inap besar	Sementara	Potensi paparan/infeksi nosokomial	Risiko IMLTD	Tunda dengan interval tergantung jenis tindakan
	Endoskopi / biopsi	Sementara	Risiko paparan darah	Pasien tertular IMLTD	Tunda 6 bulan (atau 4 bulan bila NAT)

Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
	Transfusi darah sebelumnya	Sementara	Mungkin terpapar infeksi dari transfusi	Berpotensi mendapat darah terkontaminasi	Tunda 6 bulan
	Imunisasi non-hidup (hepatitis, tetanus, influenza)	Sementara	Reaksi sementara tubuh	-	Tergantung jenis imunisasi/vaksin
Parameter Fisiologis	Berat badan <45–50 kg	Permanen untuk aferesis, sampai berat naik	Volume darah terlalu sedikit, berisiko hipotensi berat	-	Untuk aferesis: ≥50–55 kg
	Umur <17 tahun	Permanen (kecuali persetujuan orang tua/izin regulasi khusus)	Belum bisa memberikan keputusan sendiri secara hukum	-	Usia minimal 17 tahun; maksimal 60 (atau 65 bila rutin & persetujuan dokter)
	Umur >60–65 tahun	Sementara / Perlu evaluasi medis	Risiko penyakit kronis & komplikasi donor lebih tinggi	-	Bisa donor hingga 65 tahun bila rutin & dengan izin dokter

Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
	Hemoglobin rendah (<12,5 g/dL perempuan / <13 g/dL laki-laki)	Sementara	Anemia pada donor	Transfusi kurang efektif	Dapat kembali donor setelah Hb normal
	Hemoglobin Terlalu Tinggi (>18 g/dL laki-laki, >16,5 g/dL perempuan)	Sementara (permanen bila polisitemia vera)	Bisa menandakan polisitemia vera atau dehidrasi, darah lebih kental, risiko trombotik pada donor	PV sudah dikategorikan sebagai penyakit dengan keganasan.	Donor harus dievaluasi. Bila hanya dehidrasi, bisa kembali donor setelah hidrasi. Bila PV, penolakan permanen
	Tekanan darah tinggi (≥180/100 mmHg)	Sementara	Donor berisiko kolaps, transfusi gagal	-	Tunda sampai tekanan darah terkendali
	Tekanan darah rendah (<90/60 mmHg)	Sementara	Risiko sinkop/pingsan	-	Boleh donor kembali setelah tekanan darah normal

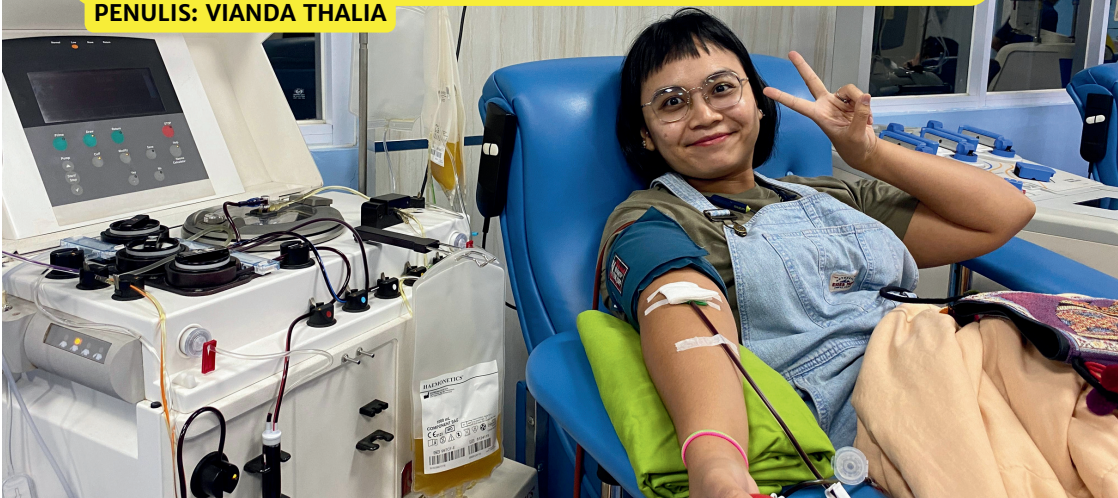
Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
	Denyut nadi tidak normal (<50 atau >100/menit)	Sementara	Menandakan kondisi jantung/tiroid/aritmia	-	Donor bisa kembali setelah evaluasi medis
	Suhu tubuh $\geq 37,5-38^{\circ}\text{C}$	Sementara	Bisa menandakan infeksi akut	Pasien bisa mendapat patogen hidup dan terinfeksi	Donor bisa kembali 2 minggu setelah sembuh total
	Leukositosis (WBC $>11.000/\mu\text{L}$)	Sementara	Adanya infeksi, inflamasi, donor mungkin saja sedang sakit serius	Pasien bisa menerima darah dengan sel darah putih tinggi, risiko transmisi patogen, reaksi FNHTR meningkat	Donor bisa kembali setelah sehat & WBC normal
	Leukositosis kronis (misalnya leukemia)	Permanen	Berbahaya bagi pendonor sendiri	Pasien bisa menerima darah yang abnormal secara seluler, tidak aman	Donor ditolak permanen

Kategori	Kondisi Donor	Jenis Penolakan	Alasan Medis	Risiko Bila Tidak Ditolak (Pasien)	Catatan / Interval (Permenkes 91/2015)
	Penyakit kronis tidak terkontrol	Permanen / Sementara	Risiko besar pada donor sendiri; kualitas darah bisa terpengaruh	-	Donor bisa kembali bila penyakit stabil (kecuali kategori permanen)
	Obat-obatan tertentu (antibiotik, antikoagulan, insulin, dll.)	Sementara / Permanen tergantung obat	Obat dapat masuk ke produk darah & memengaruhi pasien	Pasien bisa terpapar efek obat (terutama bayi/ibu hamil)	Penundaan bervariasi, tergantung obat.



DARI FOTO LAMA, TINDIK SD, HINGGA 56 KANTONG AFERESIS

PENULIS: VIANDA THALIA



Agustus 2020 adalah pertama kalinya gue mencoba donor aferesis, bareng teman les yang sama-sama penasaran dan punya nyali untuk mencoba hal yang masih “asing” buat kami berdua. Ide ini sebenarnya muncul saat gue nemu foto lama dari Fremantle, Australia Barat. Foto seorang wanita dengan sepeda yang dihiasi slogan: “Organ Donor Information. Don’t take your organs to heaven, God knows we need them here.”

Melihat foto itu, gue jadi kepikiran: kalau di Aussie ada gerakan kayak gini, di Indonesia gimana? Setelah googling, ternyata ada juga program donor organ—tapi ya mesti nunggu “meninggoy” dulu. Gue pun *searching* lagi: “Apa yang bisa didonorkan selagi hidup?” Jawabannya: trombosit.

Dari situ akhirnya gue ketemu YLAB. Jujur, agak shock. Screening donor aferesis lebih ketat dan prosesnya lebih lama dibanding donor darah biasa. Apalagi gue baru pernah donor *whole blood* dua kali.

Salah satu momen kocak, ada pertanyaan tentang tindik. Sempat panik karena gue punya banyak piercing di telinga. Ternyata kalau tindiknya sudah lebih dari setahun, boleh donor dan tindik gue sudah dari SD (yes, SD internasional—free spirit, free style).

Sekarang, menurut sistem digital YLAB, gue sudah tercatat 56 kali donor aferesis.

Sebenarnya lebih, tapi ya jumlah nggak penting juga karena tujuan gue bukan buat lomba banyak-banyakan. Tujuan gue donor sederhana: bikin gue bahagia.

Bahagia bisa berguna dan berbagi.

Bahagia karena tahu tubuh gue sehat.

Bahagia karena berhasil menaklukkan rasa takut gelihat darah.

Dari 56 kali itu, ada juga momen gue ditolak 3–4 kali dengan berbagai alasan. Tapi gue nggak kecewa. Justru sadar: sebelum bantu orang lain sehat, tubuh gue juga harus sehat dulu. Menurut gue itu adil, untuk pendonor maupun pasien.

MAU JADI
KONTRIBUTOR MAJALAH?

KUNJUNGI [BIT.LY/SAGRAHA](https://bit.ly/sagraha)



ISSUE NO. 1

APRIL 2021

SAGRAHA

**EXTEND
YOUR ARM
FOR
SOMETHING
BEYOND
YOURSELF**