|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PEDOMAN STANDAR PENGENDALIAN PENYEBARAN VHB, VHC DAN HIV DI RUANG HEMODIALISA** | | |
| No. Dokumen  /SPO/HD/P05/RSUD-DM/I/2018 | No. Revisi | Halaman :  1/6 |
| STANDARPROSEDUROPERASIONAL | TanggalTerbit,  08 Januari 2018 | Ditetapkan oleh :  Direktur RSUD dr. Murjani  dr. Denny Muda Perdana, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | |
| **Pengertian** | Pedoman standart pengendalian penyebaran VHB, VHC dan HIV di ruang Hemodialisa sebagai salah satu cara untuk mengurangi resiko penularan infeksi VHB,VHC dan HIV. | | |
| **Tujuan** | 1. Pelaksanaan kewaspadaan universal yang ketat. 2. Isolasi mesin Hemodialisis diharuskan pada pengidap VHB. 3. Penggunaan dialiser proses ulang hanya diperkenaankan pada pengidap VHC dan HIV dengan kewaspadaan tinggi dan adanya tempat reuse yang terpisah dari negatif dan positif. 4. Pemberian pengobatan dilakukan bagi pasien dialisis yang mengidap VHB, VHC dan HIV. | | |
| **Kebijakan** | 1. Surat Keputusan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit Nomor: 215/SKPT/RSUD-DM/V/2016 tentang Kebijakan Pelayanan Keperawatan di RSUD dr. Murjani Sampit. 2. Pedoman Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Murjani Sampit Nomor :........../PDM/KBDYN/RSUD-DM/I/2018. 3. Peraturan Direktur RSUD dr. Murjani Nomor 01/SKPT/RSUD-DM/1/2017 tentang Kebijakan Pelayanan Pasien Dengan Terapi Dialisis. | | |
| **Prosedur** | 1. PASIEN HEMODIALISIS 2. Pasien baru atau pasien pindah ke/datang dari pusat hemodialisis lain harus dilakukan pemeriksaan HbsAg, Anti HCV dan anti HIV. 3. Pasien dengan HbsAg dan anti HCV negatif, pemeriksaan diulang kembali setiap 6 bulan. 4. Pemeriksaan tes HIV pada pasien hemodialisa lama hanya dilakukan bila ada kecurigaan menderita HIV. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PEDOMAN STANDAR PENGENDALIAN PENYEBARAN VHB, VHC DAN HIV DI RUANG HEMODIALISA** | | |
| No. Dokumen  /SPO/HD/P05/RSUD-DM/I/2018 | No. Revisi | Halaman :  2/6 |
| **Prosedur** | * 1. Pasien dengan HbsAg negatif dilakukan vaksinasi untuk virus hepatitis   2. Pasien dengan HbsAg positif :  1. Ditempatkan di ruang isolasi 2. Harus memakai mesin hemodialisis yang dikhususkan 3. Tidak diperkenankan memakai dialiser proses ulang 4. Pengobatan nucleoside (lamivudine) selama satu tahun, pada pasien dengan SGPT meningkat dan kadar darah HBV DNA ≥ 105 kopi/ML 5. Pasien dengan tes HIV positif dilanjutkan dengan pemeriksaan western blot untuk menghindari hasil positif palsu. 6. Pasien tes HIV dengan enzyme immunoassay (EIA) serta western blot positif : 7. Tidak memakai mesin khusus. 8. Dapat memakai dialiser proses ulang (re-use) dengan catatan adanya ruang terpisah antara antara anti HCV positif dengan anti HCV negarif. 9. Tidak memerlukan ruang isolasi. 10. Pengobatan untuk HIV perlu diberikan.     1. Pasien dengan anti HCV positif : 11. Tidak memerlukan ruang isolasi 12. Tidak perlu memakai mesin hemodialisis yang dikhususkan 13. Dapat memakai dialiser proses ulang dengan catatan adanya ruang terpisah antara anti HCV positif dengan anti HCV negative 14. Lakukan pemeriksaan HCV RNA 15. Pengobatan inteferon dapat diberikan bila HCV RNA positif. | | |
|  | **PEDOMAN STANDAR PENGENDALIAN PENYEBARAN VHB, VHC DAN HIV DI RUANG HEMODIALISA** | | |
| No. Dokumen  /SPO/HD/P05/RSUD-DM/I/2018 | No. Revisi | Halaman :  3/6 |
| **Prosedur** | 1. **STAF HEMODIALISIS**    1. Mencuci tangan dengan sabun antiseptik sebelum melakukan tindakan medik atau tindakan non medik pada tiap pasien.    2. Memakai sarung tangan baru sekali pakai setiap melakukan penusukan atau penarikan jarum pada tiap pasien.    3. Memakai sarung tangan baru sekali pakai setiap membersihkan luka atau bagian mukosa setiap pasien.    4. Memakai sarung tangan baru sekali pakai setiap memegang semua peralatan. pasien dari tiap pasien.    5. Setiap staf yang melakukan penusukan dengan jarum,penarikan jarum dan aktivitas yang berkaitan dengan darah, harus memakai masker pelindung mulut, kacamata pelindung dan memakai plastik pelindung baju. 2. Setelah selesai melakukan penusukan, penarikan jarum, pembersihan luka atau bagian mukosa atau setelah selesai memegang peralatan pasien sarung tangan dilepas dan dibuang ke tempat khusus. 3. **MESIN**    1. Desinfektan bagian dalam mesin (internal) 4. Bagian dalam mesin HD harus didesinfeksi setiap kali prosedur dialysis selesai (prosedur rutin meliputi draining, desinfection, rinsing), sesuai dengan protokol yang dianjurkan oleh pabrik. 5. Bila terjadi kebocoran darah pada sistem resirkulasi, dilakukan prosedur rutin desinfeksi dan pembilasan sebanyak 2 kali sebelum mesin tersebut dipakai kembali. | | |
|  | **PEDOMAN STANDAR PENGENDALIAN PENYEBARAN VHB, VHC DAN HIV DI RUANG HEMODIALISA** | | |
| No. Dokumen  /SPO/HD/P05/RSUD-DM/I/2018 | No. Revisi | Halaman :  4/6 |
| **Prosedur** | * 1. Desinfeksi permukaan luar ( eksternal )   2. Perhatian khusus ditujuakn pada bagian panel kontrol mesin dialisis, seperti : "dialysate ports", "bicarbonate port", "pressure transducerarterial-vena", "air detector", "heparin pump" dan "blood pump" pada setiap kali prosedur HD selesai.   3. Cairan desinfektan ditempatkan di dalam botol, semprotkan pada bagian permukaan mesin, lalu dengan lap khusus/kain flanel.   4. Bila terdapat percikan darah pada mesin harus segera larutan klorin 1 %.   5. Pressure transducer   “Pressure transducer filter protectors" harus digunakan untuk mencegah kontaminasi antara komponen darah arteri dan vena pada mesin HD.”   1. **DIALISER :**    1. Pemrosesan dialiser proses ulang dilakukan dengan menerapkan prinsip kewaspadaan universal yang ketat.    2. Dialiser proses ulang tidak dibenarkan dipakai oleh pasien dengan HbsAg Positif.    3. Dialiser proses ulang pada prinsipnya dapat digunakan oleh pasien dengan anti HCV positif namun harus menerapkan prinsip kewaspadaan universal yang ketat.    4. Tempat pemrosesan dialiser proses ulang hendaknya terpisah antara pasien masing-masing dengan anti HCV positif, anti HIV positif dan pasien dengan kedua marker negatif.    5. Setiap dialiser proses ulang diberi label nama yang jelas agar tidak tertukar dengan dialiser yang lain. Tempat penyimpanan dialiser pakai ulang pasien dengan anti HCV positif, atau atau anti HIV positif dipisahkan dari pasien dengan kedua marker negative. | | |
|  | **PEDOMAN STANDAR PENGENDALIAN PENYEBARAN VHB, VHC DAN HIV DI RUANG HEMODIALISA** | | |
| No. Dokumen  /SPO/HD/P05/RSUD-DM/I/2018 | No. Revisi | Halaman :  5/6 |
| **Prosedur** | **5. RUANG HEMODIALISA**   * 1. Ruang tempat penyimpanan peralatan medik dan obat terpisah dari ruang pasien.   2. Seluruh aktivitas berkaitan dengan persiapan peralatan medik maupun obat, dilakukan di ruang khusus ini   3. Jarak antara masing-masing tempat tidur/kursi tidur dan mesin HD tidak terlalu rapat.   4. Memiliki penerangan dan sirkulasi udara yang memadai.   5. Tersedia botol berisi antiseptik misalnya : alkohol 70 % atau cairan antiseptik lain dan tempat berisi sarung tangan bersih di dekat tempat tidur.   6. Tempat pembuangan sampah medik dan non medik serta pembuangan jarum bekas pakai tersedia secara terpisah.   7. Memiliki ruang khusus terpisah (ruang isolasi) untuk pasien dengan HbsAg positif.   8. Lantai ruang dialisis dibersihkan dengan chlorine-based desinfectants, formaldehid atau asam perasetat atau glutaealdehud setelah ruangan tidak digunakan lagi.  1. **PERALATAN LAIN**    1. Untuk mencegah penularan,obat vial multidosis hanya boleh digunakan berulang kali oleh pasien yang sama.    2. Semua peralatan medik steril yang dibawa ke ruang HD dibatasi secukupnya sesuai dengan keperluan saat itu.    3. Meja dorong yang berisi peralatan medik yang steril jangan ditaruh didekat pasien.    4. Sampel darah dan cairan tubuh lainnya dijauhkan dari area penempatan obat-obat an dan peralatan medic.    5. Peralatan/perabotan seperti kursi/tempat tidur dialisis, meja pasien dan lain-lain dibersihkan dengan klorin 10%, petugas pembersih mengenakan sarung tangan kerja setiap selesai tindakan HD    6. Peralatan dan permukaan lingkungan tempat kerja (environmental surfaces) berpotensi sebagai media penularan infeksi, terutama barang/benda yang sering disentuh tangan, sehingga perlu dilakukan desinfeksi secara berkala.    7. Setelah selesai tindakan,jarum bekas pakai tidak boleh ditutup kembali dan alat suntikan tersebut langsung dibuang ke tempat pembuangan khusus.    8. Pasien dengan HbsAg positif, anti HCV positif dan HIV positif menggunakan peralatan medik berikut di bawah ini yang dipakai untuk masing-masing pasien yang sama; tourniket, tensimeter, plester, thermometer, gunting, stetoskop, klem. | | |
|  | **PEDOMAN STANDAR PENGENDALIAN PENYEBARAN VHB, VHC DAN HIV DI RUANG HEMODIALISA** | | |
| No. Dokumen  /SPO/HD/P05/RSUD-DM/I/2018 | No. Revisi | Halaman :  6/6 |
| **Prosedur** | * 1. Gunting dan klem dapat digunakan kembali untuk pasien lain setelah dilakukan desinfeksi tingkat tinggi.   2. Gorden/fabric screen : harus dicuci setiap 1-2 bulan (VHB dapat hidup sampai 7 hari di tempat ini walaupun tidak ada darah yang jelas terlihat).   3. Linen :  1. Sprei dan sarung bantal pasien harus diganti segera setelah selesai dialysis. 2. Linen kotor di letakan di tempat khusus 3. Bila linen terpecik darah, disiram terlebih dahulu dengan klorin 1% sebelum ditaruh di tempat khusus 4. Linen pasien dengan HbsAg positif ditempatkan terpisah dan dicuci dengan larutan klorin 1%. 5. **TEMPAT SAMPAH** 6. Tempat sampah medis untuk benda tajam : 7. Wadah harus tahan tusukan. 8. Jarum suntik bekas pakai, potongan kemasan obat yang tajam (ampul) atau sampah tajam lainnya ditaruh di tempat sampah ini. Wadah tidak boleh diisi sampai penuh,maksimal sampai 2/3 bagian. 9. Bila sudah terisi cukup, pastikan wadah tertutup dengan aman, taruh di tempat khusus pengumpulan pengambilan sampah. Sampah diambil oleh petugas untuk diproses sesuai dengan ketentuan pengelolaan sampah medis. 10. Bila terdapat percikan darah pada permukaan tempat sampah,segera bersihkan dengan cairan klorin 1%. Tempat sampah medis untuk benda tidak tajam : 11. Wadah berupa kantong plastik 2 lapis yang dapat diikat kencang. 12. Kasa bekas, dialiser dan blood line bekas pakai dibuang pada wadah ini 13. Blood line dibuang dalam keadaan klem tertutup agar sisa darah tidak berceceran. 14. Tempat sampah non medis : 15. Berfungsi untuk menampung sampah yang tidak tercemar darah dan cairan tubuh, seperti kertas, pembungkus kemasan dan lain-lain. | | |
| **Unit Terkait** | 1. Petugas Hemodialisis 2. Pengelola Sampah 3. Apotik | | |