<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PELAYANAN PASIEN HEMODIALISA
HBSAG POSITIF</td></tr>
<tr><td>No.
Dokumen

SPO/392/HD.Akr/V/2026</td><td>No. Revisi
001</td><td>Halaman
1 / 6</td></tr>
<tr><td>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal terbit

18 Mei 2026</td><td colspan="2">Ditetapkan oleh,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa,

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., MARS.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>TUJUAN</td><td colspan="3">1. Untuk menerapkan kewaspadaan universal (universal precaution) yang baik.
2. Sebagai pencegahan awal dalam penularam infeksi virushepatitis B, hepatitis C dan HIV.</td></tr>
<tr><td>KEBIJAKAN</td><td colspan="3">1. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSAU dr. Esnawan Antariksa No : SK/49/IV/2026
2. Surat Ketetapan Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa Nomor SK/32/V/2026 tentang Pedoman Pelayanan pasien Hemodialisa RSAU dr. Esnawan Antariksa</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PELAYANAN PASIEN HEMODIALISA
HBSAG POSITIF</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/392/HD.Akr/V/2026</td><td>No. Revisi
001</td><td>Halaman
2 / 6</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">PELAKSANA MEDIS

a. Mencuci tangan dengan sabun antiseptik sebelum melakukan tindakan medik atau tindakan non medik pada tiappasien.

b. Memakai sarung tangan baru sekali pakai setiap melakukanpenusukan atau penarikan jarum pada tiap pasien.

c. Memakai sarung tangan baru sekali pakai setiap membersihkan luka atau bagian mukosa tiap pasien.

d. Memakai sarung tangan baru sekali pakai setiap memegangsemuaperalatan pasien dari tiap pasien.

e. Setiap staf yang melakukan penusukan dengan jarum, penarikan jarum dan aktivitas yang berkaitan dengan darah, harus memakaimasker pelindung mulut, kaca mata pelindung dan memakai plastikpelindung baju.

f. Setelah selesai melakukan penusukan, penarikan jarum, pembersihan luka atau bagian mukosa atau setelah selesai memegang peralatan pasien, sarung tangan dilepas dan dibuang ketempat khusus.

PENGGUNAAN MESIN HD

a. Setiap kali prosedur dialisis selesai, dilakukan dekontaminasi pada mesin dialisis, baik pada bagian permukaan luar (eksternal) maupun pada bagian dalam mesin (internal) dengan menggunakan desinfektan kimia sesuai panduan dari masing-masing pabriknya.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PELAYANAN PASIEN HEMODIALISA
HBSAG POSITIF</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/392/HD.Akr/V/2026</td><td>No. Revisi
001</td><td>Halaman
3 / 6</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">b. Desinfektan bagian dalam mesin (internal).

c. Bagian dalam mesin-HD harus didesinfeksi setiap kali prosedur dialisis selesai (prosedur rutin meliputi draining, desinfection, rinsing), sesuai dengan protokol yang dianjurkan oleh pabrik.

d. Bila terjadi kebocoran darah pada sistem resirkulasi, dilakukan prosedur rutin desinfeksi dan pembilasan sebanyak 2 kali sebelum mesin tersebut dipakai kembali.

e. Desinfeksi permukaan luar (eksternal) mesin dialisis.

f. Perhatian khusus ditujukan pada bagian panel kontrol mesin dialisis, seperti: "dialysate ports", "bicarbonate port", "pressure transducer arterial-vena", "air detector", "heparin pump",dan "blood pump" pada setiap kali prosedur HD selesai dilakukan.

g. Cairan desinfektan ditempatkan di dalam botol, semprotkan pada bagian permukaan mesin, lalu dengan lap khusus/kainflannel.

h. Bila terdapat percikan darah pada mesin harus segera dibersihkan dengan larutan Klorin 1%.

i. Pressure transducer "Pressure transducer filter protectors" harus digunakan untuk mencegah kontaminasi antara komponen darah arteri dan vena pada mesin-HD.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PELAYANAN PASIEN HEMODIALISA
HBSAG POSITIF</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/392/HD.Akr/V/2026</td><td>No. Revisi
001</td><td>Halaman
4 / 6</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">PENGUNAAN DIALYSER

a. Pemrosesan dialiser proses ulang dilakukan dengan menerapkanprinsip kewaspadaan universal yang ketat.

b. Dialiser proses ulang tidak dibenarkan dipakai oleh pasien dengan HBsAg positif.

c. Dialiser proses ulang pada prinsipnya dapat digunakan oleh pasien dengan anti-HCV positif dan HIV positif, namun harus menerapkan prinsip kewaspadaan universal yang ketat.

d. Tempat pemrosesan dialiser proses ulang hendaknya terpisah antara pasien masing-masing dengan Anti-HCV positif, anti HIV positif dan pasien dengan kedua marker negatif.

e. Setiap dialiser proses ulang diberi label nama yang jelas agar tidaktertukar dengan dialiser yang lain.

f. Tempat penyimpanan dialiser pakai ulang pasien dengan Anti- HCV positif, atau anti HIV positif dipisahkan dari pasien dengan kedua marker negatif.

PENGGUNAAN PERALATAN LAIN

a. Untuk mencegah penularan, obat vial multidosis hanya bolehdigunakan berulang kali oleh pasien yang sama.

b. Semua peralatan medik steril yang dibawa ke ruang HD dibatasisecukupnya sesuai dengan keperluan saat itu.

c. Meja dorong yang berisi peralatan medik yang steril jangan ditaruh didekat pasien.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PELAYANAN PASIEN HEMODIALISA
HBSAG POSITIF</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/392/HD.Akr/V/2026</td><td>No. Revisi
001</td><td>Halaman
5 / 6</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">d. Sampel darah dan cairan tubuh lainnya dijauhkan dari area penempatan obat-obatan dan peralatan medik.

e. 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.

f. 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.
g. Setelah selesai tindakan, jarum bekas pakai tidak boleh ditutup kembali dan alat suntikan tersebut langsung dibuang ke tempat pembuangan khusus.

h. Pasien dengan HbsAg positif, anti HCV positif dan HIV positif menggunakan peralatan medik berikut dibawah ini yang dipakai untuk masing-masing pasien yang sama : turnikuet, plester, gunting ,klem, tensimeter, thermometer dan stetoskop.

i. Gunting dan klem dapat digunakan kembali untuk pasien lain setelah dilakukan desinfeksi tingkat tinggi.

j. 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).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA</td><td colspan="3">PELAYANAN PASIEN HEMODIALISA
HBSAG POSITIF</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen
SPO/392/HD.Akr/V/2026</td><td>No. Revisi
001</td><td>Halaman
6 / 6</td></tr>
<tr><td>PROSEDUR</td><td colspan="3">
- Linen
  - Sprei dan sarung bantal pasien harus diganti segerasetelah selesai dialisis.
  - Linen kotor ditaruh ditempat khusus.
  - Bila linen terpercik darah, disiram terlebih dahulu dengankloring 1% sebelum ditaruh di tempat linen kotor.
  - Linen pasien dengan HBsAg positif ditempatkan terpisahdan dicuci dengan larutan klrorin 1%.

- Tempat Sampah Medis Untuk Benda Tajam :
  - Wadah harus tahan tusukan.
  - 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.
  - 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 medik.
  - Bila terdapat percikan darah pada permukaan tempat sampah, segera bersihkan dengan cairan Klorin 0.1 %

- Tempat Sampah Medis Untuk Benda Tidak Tajam:
  - Wadah berupa kantong plastik 2 lapis yang dapat diikatkencang.
  - Kasa bekas, dialiser dan blood line bekas pakai dibuangpada wadah ini.
  - Blood line dibuang dalam keadaan klem tertutup agar sisadarah tidak berceceran.

- Tempat Sampah Non Medis
  - Berfungsi untuk menampung sampah yang tidak tercemar darah dan cairan tubuh, seperti kertas, pembungkus kemasan dan lain-lain.
</td></tr>
</table>

PROSEDUR	PENATALAKSANAAN MESIN HD - Gunakan APD sesuai prosedur - Isolasi mesin HD yang terpapar selama kurang lebih 5 – 7 hari - Lakukan tindakan drain (Pengosongan cairan pada sirkulasihydraulic mesin HD) - Lakukam desinfeksi internal mesin HD secara berlanjut dan rutindengan jadwal terlampir : o Hari ke 1 Pagi desinfeksi dengan citrit acid (Modedesinfeksi sesuaikan dengan standar prosedur pabrik) o Hari ke 1 Sore desinfeksi dengan sodium hypoclorite (Mode desinfeksi sesuai dengan standar prosedur pabrik) o Demikian seterusnya dilakukan sampai hari ke 5 atau ke7 Prosedur ini dilakukan terjadwal tanpa terputus darikejadian terpaparnya mesin HD. - Lakukan desinfeksi eksternal mesin HD - Bersihkan seluruh bagian *surface area* mesin HD dengan sodiumhypoclorite 0,5 – 1 % - Konektor dialiser mesin di copot lalu rendam dengan air hangat/bersih dan kemudian bersihkan dengan kasa atau lap bersih. - Bila diperlukan sebelum digunakan kembali lakukan pemeriksaanendotoxin atau virus pada latex dialisat mesin HD
UNIT KERJA	UNIT HEMODIALISIS
SUMBER PUSTAKA	- Konsensus pengendalian infeksi virus hepatitis B, virus hepatis C dan HIV pada unit hemodialisisdi Indonesia. Perhimpunan peneliti hati Indonesia 2008: 17-21. - *Clinical practice guideline management of blood borne viruses within the haemodialysisunit.*BMC Nefrology 2019