

**Standard Operasional Prosedur**

# **Klinik Infeksi Menular Seksual**



# **KLINIK INFEKSI MENULAR SEKSUAL**

- STANDAR MINIMAL**
- ALUR**
- SOP**

CLINICAL SERVICES UNIT  
FHI INDONESIA  
2007

# DAFTAR ISI

	Halaman
1. Standar minimum klinik IMS	1
2. Standar minimal peralatan dan furniture di ruang laboratorium IMS	16
3. Alur pasien klinik IMS	19
4. Alur pemeriksaan laboratorium IMS	20
5. Alur pemeriksaan sifilis	21
6. Alur permintaan reagensia	22
7. Alur profilaksis pasca pajanan	23
8. Alur pengelolaan limbah	24
9. SOP kewaspadaan standar klinik IMS	26
10. SOP membuat larutan chlorine 0.5%	27
11. SOP dekontaminasi bedgyn	28
12. SOP DTT dengan merebus	29
13. SOP administrasi klinik IMS	30
14. SOP pengambilan darah vena	31
15. SOP pengolahan sample darah	33
16. SOP pemeriksaan klinik IMS	34
17. SOP penggunaan speculum	37
18. SOP penggunaan anuskopi	38
19. SOP pengambilan sampel dan pembuatan preparat	39
20. SOP milking	41
21. SOP petugas laboratorium klinik IMS	42
22. SOP pemeriksaan sediaan basah (NaCl 0.9% & KOH 10%) untuk identifikasi T. vaginalis, clue cells, bau amine & candida	44
23. SOP pemeriksaan sediaan metilen blue untuk identifikasi diplococcus intraseluler dan PMN	46
24. SOP pemeriksaan sifilis	48
25. SOP kontrol kualitas preparat metilen blue	52
26. SOP permintaan reagensia	54
27. SOP pengobatan dan konseling	57
28. SOP skintest injeksi benzatin penicillin	58

29. SOP pemberian injeksi benzatin penicillin	59
30. SOP syok anafilaktik	60
31. SOP Profilaksis Pasca Pajanan	61
32. SOP pengelolaan limbah	67
33. Lampiran 1 : Catatan Medis STI	
34. Lampiran 2 : Lembar hasil pemeriksaan laboratorium IMS	
35. Lampiran 3 : Formulir laporan jumlah pemeriksaan	
36. Lampiran 4 : Formulir pencatatan suhu refrigerator	
37. Lampiran 5 : Kartu stock reagensia	

# **STANDAR MINIMUM KLINIK IMS**



Pedoman untuk Sub-Agreement ASA:  
'Standar Minimum untuk Klinik yang disponsori oleh ASA'

1. Pembukaan:

'Standar minimum' dibawah ini telah dikembangkan untuk memperbaiki kualitas diagnosis dan pengobatan IMS secara keseluruhan untuk klinik IMS di Indonesia. Untuk melaksanakan ini, setiap 'model' klinik IMS harus melakukan hal-hal dibawah ini:

- Kegiatan pencegahan seperti promosi kondom dan seks yang aman.
- Pelayanan ditargetkan untuk kelompok beresiko tinggi;
- Kelompok "inti" misalnya pekerja seks, *IDU*
- Kelompok "penghubung" – pelanggan mereka
- Pelayanan yang efektif, yaitu pengobatan secepatnya bagi orang dengan gejala IMS
- Program penapisan, dan pengobatan secepatnya untuk IMS yang tanpa gejala pada kelompok risiko tinggi yang menjadi sasaran
- Program penatalaksanaan mitra seksual
- Sistem monitoring dan surveilans yang efektif
- Jika sebagai model klinik untuk klinik-klinik yang ada disekitarnya harus berusaha untuk melaksanakan pelayanan klinis IMS yang sama, dengan memberikan pelatihan yang sesuai pada klinik-klinik tersebut.
- Bentuk pelayanan IMS dan promosi yang diberikan harus berdasarkan pada pengetahuan dari kelompok sasaran dalam kebiasaannya mencari pengobatan.

2. Struktur Klinik:

- Sedikitnya, struktur di dalam klinik harus mempunyai fungsi seperti hal berikut ini:
  - i. Ruang tunggu dan registrasi
  - ii. Ruang pemeriksaan
  - iii. Laboratorium - Catatan: Untuk memfasilitasi secepatnya diagnosa dan pengobatan pada pasien, sebaiknya Ruang pemeriksaan dan Laboratorium berdampingan tetapi dipisahkan dengan sebuah korden atau sekat.

iv. Ruang pengobatan dan konseling

- Setiap bangunan klinik harus dipelihara dengan baik untuk mendapatkan lingkungan yang nyaman, aman, dan higienis.
- Setiap klinik harus memelihara peralatan kliniknya dalam keadaan bekerja dengan baik
- Setiap waktu kewaspadaan universal untuk mencegah penularan infeksi melalui darah dan indikator lain untuk mengendalikan infeksi harus diterapkan

3. Staf Klinik:

Setiap klinik harus mempunyai staf yang ramah, client-oriented, tidak menghakimi dan dapat menjaga konfidensialitas, serta dapat melakukan fungsi –fungsi berikut ini dengan baik:

- Administrasi klinik, registrasi pasien, pencatatan dan pelaporan
- Anamnesis kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual, pemeriksaan fisik dan pengobatan
- Laboratorium berdasarkan tes diagnostik seperti digambarkan pada poin nomor 5
- Konseling seperti digambarkan dalam poin nomor 8.
- Memelihara standar klinis untuk penatalaksanaan IMS, seperti digambarkan dalam poin nomor 4.

4. Pengelolaan Klinis IMS

a. Pengelolaan Syndrom yang Disempurnakan (Enhanced Syndromic Management). Semua klinik harus dapat menerapkan “ Pengelolaan Syndrom yang Disempurnakan” untuk IMS yang mencakup:

- i. Anamnesis kesehatan seksual yang baik
- ii. Pemeriksaan fisik yang benar dan adekuat (termasuk *spekulum* dan pemeriksaan *bimanual* dari saluran reproduksi pasien wanita, dan pemeriksaan rektum jika ada indikasi)
- iii. Pemeriksaan laboratorium yang secepatnya, supaya hasil pemeriksaan tersedia sebelum pasien meninggalkan klinik.
- iv. Pengobatan segera, langsung dan tepat, konseling dan tindak lanjutnya bagi setiap pasien

- b. **Standar Pengobatan.** Semua klinik harus mengelola IMS menurut “Prosedur Tetap Penatalaksanaan Penderita Penyakit Menular Seksual dengan Pendekatan Sindrom dan Laboratorium’ yang diterbitkan oleh PPM&PLP 2004, atau terbitan revisi lanjutannya.
- c. **Obat-obatan dan bahan habis pakai:** Semua klinik harus tetap menjaga adanya pengadaan obat-obatan utama yang dibutuhkan untuk pengobatan IMS yang tepat (seperti dalam ‘standar pengobatan’), atau memiliki akses untuk obat-obatan ini melalui apotik setempat atau sumber lainnya. Pengadaan obat-obatan ini di klinik harus dijaga dengan seksama untuk memastikan adanya persediaan yang cukup dan berkesinambungan. Semua obat-obatan dan bahan habis pakai harus disimpan dengan tepat dan tidak melampaui tanggal kadaluwarsanya. Inventaris Obat-obatan essensial / penting mencakup:
1. Ciprofloxacin 500 mg tablet
  2. Doxycycline 100 mg tablet
  3. Azithromycin 250/500 mg tablet (jika tersedia)
  4. Ceftriaxone 250 mg im.
  5. Metronidazole 400 atau 500 mg tablet
  6. Clotrimazole 500 mg vaginal supp.
  7. Nystatin 100.000 U vaginal supp.
  8. Benzathine penicillin 2.4 juta unit i.m

**Obat-obatan tambahan,** digunakan untuk mengobati IMS, yang dapat mencakup:

1. Tinidazole 500 mg tablet
2. Miconazole 200 mg vaginal supp.
3. Procaine penicillin 600,000 U i.m
4. Tincture pododphyllin 10-25%

## Reaksi Alergi dan anafilaktik

Semua klinik yang memeberikan pengobatan antibiotik, khususnya melalui injeksi intramuskular, harus mempunyai perlengkapan yang cukup dan siap untuk menangani reaksi alergi atau anafilaktik.

- d. Peralatan Klinik. Setiap klinik harus menjaga agar peralatan klinik dalam keadaan bekerja dengan baik, peralatan dasar klinik dapat dilihat pada Lampiran 1.

## 5. Laboratorium Sederhana

- a. Tes Laboratorium – laboratorium dari semua klinik harus memiliki kemampuan untuk memeriksa secara langsung tes ‘laboratorium sederhana’, dan melaksanakan, atau merujuk ke laboratorium lain yang tepat, atau ke laboratorium yang lebih canggih:
  - i. Tes ‘Laboratorium Sederhana’
    1. Slide preparat basah
      - a. Garam fisiologis untuk Trichomonas dan “Clue” sel dari Bakterial vaginosis
      - b. KOH untuk Candida dan “whiff test” (+ pH dari cairan vagina oleh bidan)
    2. Methylene blue untuk *sel darah putih* dan *Gonococcus*
    3. Slide dengan Pengecatan Gram yang disiapkan dari smear vagina untuk mendiagnosa bakterial vaginosis (BV) dengan kriteria Nugent.
  - ii. Tes yang “Lebih Canggih”
    1. Tes RPR dan TPHA dan Kendali Mutu - tes sipilis harus juga tersedia dengan merujuk ke laboratorium yang lebih canggih, kalau hal ini tidak dapat dilakukan di klinik setempat
    2. Tes HIV dan Kendali Mutu – Tes HIV (lihat # 8) harus dilaksanakan dengan merujuk ke laboratorium yang lebih canggih , kalau hal ini tidak dapat dilakukan di klinik setempat.

3. Tes HBsAg EIA dan Kendali Mutu – Tes Hepatitis B juga harus bisa dilaksanakan dengan merujuk ke laboratorium yang lebih canggih, kalau hal ini tidak dapat dilakukan di klinik setempat.
- b. Peralatan Laboratorium: Setiap laboratorium klinik harus menjaga agar peralatannya dalam keadaan bekerja dengan baik, peralatan dasar laboratorium dapat dilihat pada Appendix 2.
  - c. Kendali Mutu Laboratorium:
    - i. Prosedur Standar Pelaksanaan Kendali Mutu Laboratorium harus dilakukan oleh setiap klinik. Ini merupakan komponen utama dari setiap sistem pengendalian. Yang menyebutkan protokol instruksi secara tertulis, termasuk di dalamnya semua aspek pelayanan, dan mengurangi kemungkinan proses yang bervariasi.
    - ii. Prosedur Kendali Mutu secara Internal harus dilaksanakan setiap hari dalam laboratorium. Contoh Prosedur Kendali Mutu secara Internal meliputi:
      1. Setiap hari pada akhir hari kerja klinik, kendali mutu laboratorium untuk diagnosis swab langsung dapat meliputi:
        - a. pemeriksaan ulang smear servik dengan pengecatan methylene blue untuk melihat sel darah putih dan gonococcus dibandingkan hasilnya antara yang didapat di klinik dengan hasil yang didapat dari teknisi lain.
        - b. Slide dengan pengecatan gram dari smear vagina untuk mendiagnosis bacterial vaginosis (BV) dengan kriteria Nugent hasilnya dibandingkan dengan hasil yang didapat di klinik dengan metode cepat untuk BV (seperti 'clue cell', (+) whiff tes dan pH > 4,5).
      2. Mikroskop harus dibersihkan dan diservis setiap enam bulan.
      3. Reagen untuk pemeriksaan mikroskop dan semua tes laboratorium harus disimpan dengan tepat dan tidak melampaui tanggal kadaluwarsanya.
    - iii. Pengkajian Kendali Mutu secara Eksternal ditujukan untuk membandingkan hasil tes laboratorium sederhana yang dapat berupa:

- a. Pemeriksaan smear kembali oleh teknisi yang berbeda
- b. Testing dari beberapa sampel specimen dengan Gen-Probe

Jadwal untuk melaksanakan pengkajian kendali mutu secara eksternal untuk setiap klinik dapat ditentukan dengan bantuan dari staf teknis ASA.

## 6. Strategi Pengendalian IMS

Ada beberapa strategi, yang telah menunjukkan dampaknya terhadap penularan IMS di masyarakat, jika hal ini diterapkan dengan tepat. Ini harus termasuk penapisan dan pengobatan secepatnya dari kelompok berisiko tinggi. Orang yang berisiko tinggi terkena IMS dan penularan infeksi berikutnya yang belum menerima pelayanan harus dicapai dengan intervensi ini dan harus dimasukkan ke dalam model pelayanan. Akses yang adekuat dalam memberikan pelayanan pada kelompok risiko tinggi dan pasien lain, diperoleh dengan memprioritaskan pelaksanaan jam buka klinik yang tepat.

Strategi untuk Perubahan Perilaku Berkesinambungan dapat menjelaskan secara eksplisit unsur-unsur yang berhubungan dengan IMS (contoh pengenalan gejala, pentingnya dapat pengobatan segera, pentingnya menyelesaikan pengobatan, pentingnya pengobatan pasangan, interaksi antara IMS dan HIV, dll) harus dikembangkan dan dilaksanakan. Untuk memilih strategi mana yang akan diterapkan setiap klinik harus melaksanakan pengkajian dan analisa dari kelompok sasaran yang akan dilayani

Ada beberapa langkah-langkah yang dapat diikuti untuk melaksanakan hal tersebut:

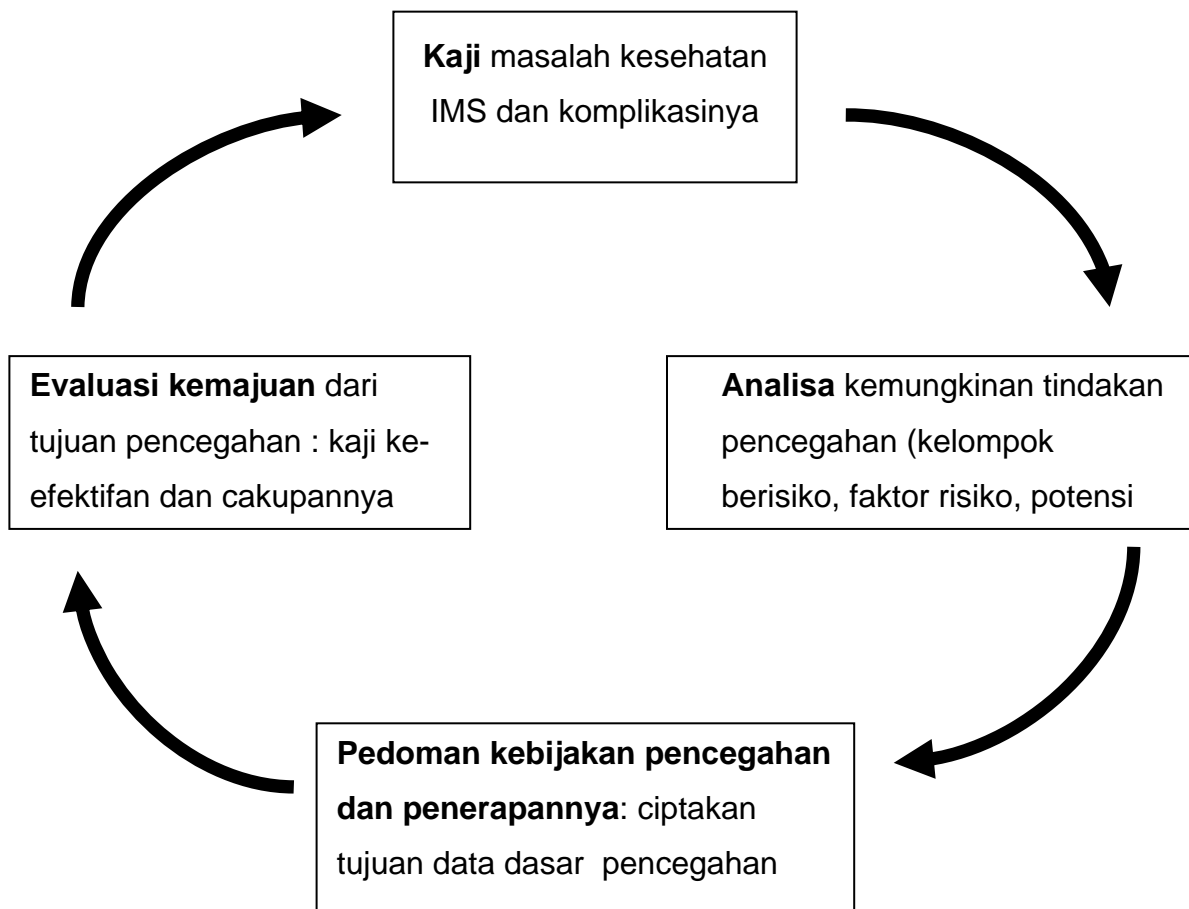
- a. Menilai banyaknya Infeksi Menular Seksual, pada kelompok di mana klinik IMS tersebut akan memberikan pelayanan.
  - i. Setiap klinik harus membuat pemetaan kelompok sasaran yang akan mereka layani dengan baik.
  - ii. Registrasi populasi harus dibuat untuk kelompok ini. Dan harus diperbaharui secara teratur, setiap bulan (Lihat 'Formulir')
- b. Menganalisa kesempatan untuk melakukan tindakan pencegahan pada kelompok ini. Strategi dan kegiatan berikut ini telah menunjukkan adanya dampak terhadap penularan IMS di masyarakat, jika diterapkan dengan tepat. Intervensi yang paling tepat untuk pelayanan IMS adalah intervensi yang mempunyai sasaran untuk mungurangi waktu infektivitas dari IMS (#1 pada tabel berikut ini).

Kemampuan pelayanan IMS untuk menerapkan masing-masing kegiatan intervensi ini akan tergantung pada sumber yang mereka miliki, dan tingkat efisiensi serta

pengorganisasian yang bisa mereka capai.

- c. Mengembangkan kebijakan pencegahan dan menerapkan prosedur yang berdasar pada (a) & (b).
- d. Menciptakan tujuan pencegahan, yang berdasar pada data yang dikumpulkan oleh pelayanan IMS pada langkah (a), (b) & (c).
- e. Mengevaluasi kemajuan dari tujuan pencegahan dengan cara mengkaji ke-efektifan dan cakupannya secara teratur.

### Kerangka Epidemiologi untuk Pencegahan IMS/HIV



Poin Intervensi	Strategi Dasar	Tindakan Intervensi Khusus untuk Klinik IMS di Indonesia
#1 Kurangi waktu Infektifitas Untuk mencegah penularan & komplikasi lebih lanjut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deteksi dini (penemuan kasus)</li> <li>• Pengobatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penemuan kasus secara aktif melalui penapisan *, pengawasan, dan notifikasi pasangan</li> <li>• Memperbaiki akses yang efektif pada perawatan medis (faktor-faktornya mencakup biaya, mutu, lokasi dan waktu)</li> <li>• Meningkatkan kepekaan terhadap IMS - memperbaiki pengetahuan tentang gejala dan kebiasaan untuk mencari perawatan kesehatan</li> <li>• 'Enhanced Syndromic management' dari IMS mis. perpendek atau hilangkan waktu tunggu antara kunjungan ke klinik IMS sampai pengobatan IMS</li> </ul>
#2 Kurangi terkenanya infeksi dari orang yang rentan, jika terpapar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangi efisiensi penularan per paparan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkatkan penggunaan kondom</li> <li>• Kurangi praktek seksual yang berisiko mis. hubungan seks melalui anal tanpa perlindungan</li> <li>• Kurangi faktor pendamping yang kritis mis. obati IMS untuk mengurangi penularan HIV</li> <li>• Kurangi paparan seksual pada tahap kritis infeksi mis. HSV-2 primer</li> <li>• Promosi kebersihan alat genital (mis. mencuci sebelum dan sesudah berhubungan seks)</li> </ul>
#3 Kurangi paparan Dari orang yang rentan terhadap orang yang terinfeksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifikasi perilaku dari orang yang rentan</li> <li>• Modifikasi perilaku dari orang yang diketahui terkena infeksi</li> <li>• Modifikasi perilaku orang yang berpotensi untuk terkena infeksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promosikan penundaan kegiatan seksual, abstinensia, monogami, atau mengurangi angka pertukaran pasangan</li> <li>• Promosikan tes secara meluas, seperti konseling dan testing HIV secara sukarela</li> <li>• Kembangkan dan promosikan pesan media dengan target orang yang terkena atau berpotensi terkena infeksi untuk melindungi pasangannya</li> <li>• Promosikan kesehatan dan kebersihan alat genital</li> <li>• Kurangi paparan pada masyarakat yang melakukan seksual berisiko sangat tinggi (mis. tempat pelacuran) dan ciptakan upaya – upaya pencegahan di lingkungan tersebut</li> </ul>

\*Penapisan pasien 'berisiko tinggi' oleh klinik pelayanan IMS:

1. Penapisan merupakan proses pelaksanaan pemeriksaan atau tes laboratorium, untuk mendeteksi penyakit, pada orang yang tidak mengeluhkan tentang gejala penyakit tersebut. Misalnya, pada kasus IMS, gonorrhoea dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium sederhana dengan pemeriksaan smear cervical pada 30% dari pekerja seks

wanita di Indonesia. Sekitar separuh dari perempuan tersebut, tidak akan tampak gejala infeksinya

2. Seberapa seringkah penapisan untuk IMS harus dilakukan?
  - a. Hal ini tergantung pada tiga faktor:
    - i. Lamanya waktu yang dilalui antara pengobatan IMS dan waktu terkena IMS baru ('interval/waktu terinfeksi kembali')
    - ii. Kemampuan klinik untuk melakukan penapisan mis. jumlah staf yang mencukupi, efisiensi (kecepatan) laboratorium, akses yang cukup dari pasien untuk datang ke klinik.
    - iii. Ketersediaan pasien untuk sering mendapatkan tes. Hal ini akan tergantung seberapa besar mereka mendapatkan informasi tentang pentingnya penapisan.
    - iv. Untuk mendapatkan dampak IMS pada kelompok resiko tinggi yang menjadi sasaran klinik IMS, setiap klinik harus mempunyai TARGET - untuk melakukan tes penapisan'dengan laboratorum sederhana' SEKALI SEBULAN pada setiap individu dari kelompok risiko tinggi ini
    - v. Ingat: Aturan Emas untuk penapisan IMS adalah 'lebih baik memeriksa 100% dari semua kelompok sasaran dalam waktu yang lebih panjang daripada melakukan penapisan kurang dari 100% dalam waktu yang lebih pendek'.
3. Bagaimana menghitung beban kerja (waktu) yang dibutuhkan untuk melakukan penapisan IMS pada setiap klien sekali sebulan:
  - a. Lihat pada register pencatatan populasi dari pelayanan klinik IMS.
  - b. Hitung berapa banyak klien yang akan di layani
  - c. Perkirakan jumlah waktu rata – rata (dalam jam) yang biasanya dipakai klinik untuk memeriksa satu pasien (termasuk anamnesis, pemeriksaan fisik dan laboratorum sederhana) dengan sumber yang ada sekarang ini.
  - d. Kalikan jumlah pasien dengan lamanya waktu pemeriksaan. Untuk mendapatkan jumlah jam perbulan yang akan dibutuhkan klinik untuk melakukan penapisan pada 100% sasaran
  - e. Contohnya:

- i. Kelompok sasaran; 200 PSK
- ii. Waktu pemeriksaan per pasien; ½ jam
- iii. Waktu penapisan 100% sasaran:  $200 \times \frac{1}{2} = 100$  jam setiap bulan
- iv. Ini berarti bahwa klinik harus berfungsi sekitar 25 jam per minggu untuk menapis semua orang pada kelompok sasaran resiko tinggi.
- v. Untuk mencapai target cakupan penapisan, pelayanan klinik IMS harus mempertimbangkan kegiatan klinik berikut ini:
  - 1. Meningkatkan waktu buka klinik (jam atau hari yang lebih panjang) dengan menggunakan jumlah staf yang sama
  - 2. Meningkatkan kemampuan staf untuk mengatasi tuntutan yang semakin banyak
  - 3. Membuat perubahan struktural di klinik untuk memperbaiki efisiensi operasinya mis. laboratorium harus berada di ruang konsultasi (dipisahkan dengan korden)
  - 4. Membuat perubahan fungsional di klinik untuk memperbaiki efisiensi operasinya, mis. memberikan tugas tambahan kepada staf lain yang kurang sibuk, melatih staf untuk lebih efisien dalam mengerjakan tugas mereka.

## 7. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

- a. **Monitoring** merupakan proses metodologi pengumpulan data secara teratur. Ini dilakukan oleh staf pelayanan klinik IMS dengan tujuan untuk melihat hubungan pelayanan yang sudah diberikan dengan kegiatan-kegiatan yang mereka rencanakan. Kegiatan pemantauan bisa mencakup beberapa indikator dari tabel di bawah ini.

Monitoring Pelayanan Klinik IMS
Persediaan obat-obatan IMS dan kondom yang memadai
Jumlah konsultasi IMS per bulan
'Cakupan'* dari klinik pelayanan IMS Memelihara 'cakupan' yang tinggi dari pelayanan IMS mempunyai arti yang penting dalam mengendalikan penularan IMS
Jenis dan penyebaran IMS
Rata-rata pasien yang dirujuk

Jumlah pasien IMS yang diobati sesuai pedoman pengobatan nasional dibandingkan dengan jumlah total pasien yang diobati
'Cakupan' kegiatan konseling dan kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi ( <i>KIE</i> )
Jumlah kondom yang digunakan

\*Cakupan= $\frac{\text{Jumlah kelompok sasaran yang diperiksa pada bulan sebelumnya}}{\text{Jumlah orang dalam kelompok sasaran pada bulan tersebut}} \times 100\%$   
(\*\* berdasarkan register kelompok sasaran)

menolong peserta program untuk melakukan evaluasi diri dan memperbaiki praktek pelayanan dan programnya. Contoh formulir evaluasi pelayanan klinik IMS dapat dilihat pada Appendix 2.

Indikator-indikator pelayanan IMS yang paling berguna untuk menunjukkan mutu dari sebuah pelayanan klinik IMS telah dikembangkan oleh UNAIDS, dan dijabarkan dalam tabel di bawah.

	Indikator2 Pelayanan	Definisi
1	IMS SI 1	Prosentasi pasien dengan IMS pada klinik kesehatan yang ditunjuk yang didiagnosis dan mendapat pengobatan yang sesuai dengan pedoman nasional, dibandingkan seluruh pasien IMS yang diperiksa pada fasilitas kesehatan tersebut
2	IMS SI 2	Prosentasi pasien dengan IMS yang mendapat nasehat tentang penggunaan kondom dan pemberitahuan pasangan seksualnya, dan yang dirujuk untuk mendapatkan testing HIV
3	IMS SI 3	Prosentasi pasien yang dilayani klinik kesehatan yang mempunyai pelayanan IMS dan mempunyai persediaan obat esensial dan melaporkan tidak pernah kehabisan obat lebih dari 1 minggu dalam 12 bulan sebelumnya
4	IMS SI 4	Prosentasi pria dan wanita yang melaporkan adanya gejala IMS dalam 12 bulan terakhir yang mencari pelayanan pada klinik yang tenaganya terlatih dalam pelayanan IMS, dibandingkan semua responden dalam populasi atau sasaran survei yang berusia 15-49 tahun

- c. Pelaporan. Praktek pelaporan yang baik membantu klinik pelayanan IMS untuk memonitor program dan berarti untuk mengevaluasi sebuah program. Beberapa formulir pelaporan (lihat appendix 3) telah dikembangkan oleh program ASA untuk

membantu klinik dalam proses ini. Beberapa catatan berikut ini harus diperhatikan oleh setiap klinik pelayanan IMS:

- i. Pencatatan populasi – yang dibuat pada awal dan diperbarui setiap bulannya
- ii. Ringkasan aktivitas harian klinik
- iii. Laporan bulanan

Diharapkan pula bahwa setiap status pasien harus jelas dimengerti, mudah diakses, rahasia dan dijaga dengan baik.

#### **8. Konseling IMS**

- a.** Penyuluhan yang tepat harus ditawarkan kepada semua pasien yang telah didiagnosa dan akan diobati untuk IMS. Penyuluhan kepada pasien IMS harus dilakukan oleh seseorang yang telah mendapatkan pelatihan teknik penyuluhan yang memadai.
- b.** Kondom, dan demonstrasi cara pemakaian yang benar, harus diberikan kepada setiap pasien IMS pada saat penyuluhan.
- c.** Pelayanan IMS harus mempunyai atau mengembangkan bahan-bahan informasi, edukasi dan komunikasi (KIE) dari ASA. Bahan – bahan ini harus tersedia pada waktu konseling dan kegiatan penjangkauan, dan harus disebar oleh klinik pada waktu yang lain. Tambahan bahan KIE dapat dikembangkan oleh pelayanan IMS tetapi ini tidak selalu dibiayai oleh ASA.
- d.** Rujukan pasien  
Pasien yang masalah kesehatannya tidak bisa diatasi secara tepat oleh klinik, harus dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai mis. ke seorang spesialis dalam pengobatan IMS, sedini mungkin sesuai stadiumnya
- e.** Konseling dan Testing HIV secara Sukarela (VCT- Voluntary Counseling and Testing)  
Tes untuk HIV harus disertai dengan pre-tes dan pos-tes konseling oleh seorang konselor yang terlatih di bidang VCT. Tes untuk pasien, dan hasil tesnya harus dijaga kerahasiaannya. Sistem pengkode-an secara anonim untuk menjaga kerahasiaan harus diterapkan oleh setiap pelayanan klinik IMS

## **9. Pelatihan Staf**

Semua staf harus mempunyai kemampuan yang memadai dan sudah dilatih untuk fungsinya dalam pelayanan klinik IMS. Setiap pelayanan klinik IMS harus berusaha untuk mengidentifikasi kebutuhan pelatihan stafnya dan mencari bantuan untuk ini dengan Kantor ASA Propinsi. Rencana yang baik untuk supervisi staf harus dilaksanakan.

## **10. Kolaborasi – LSM, pemerintah**

Merperbaiki 'jaringan kerja' antara klinik IMS dengan pihak yang berkepentingan pada daerahnya, untuk memperbaiki secara keseluruhan strategi pencegahan IMS dan HIV yang lebih efektif. Setiap klinik pelayanan IMS harus membuat upaya – upaya signifikan untuk membuat jaringan kerja dengan klinik lain, LSM, sektor swasta dan pemerintah dan departemen lain yang terlibat di bidang pencegahan IMS dan HIV di daerahnya.

Pelayanan IMS pada kelompok sasaran harus terintegrasi dengan pelayanan kunci lainnya di masyarakat termasuk startegi untuk penjangkauan teman sebaya, BCC (komunikasi untuk perubahan perilaku), pelayanan VCT HIV, promosi kondom dan pengobatan mitra seksual.

## **11. Insentif dan sistim pengembalian biaya**

Setiap klinik pelayanan IMS harus menerapkan sebuah sistem pengembalian biaya, yang cocok dengan kebutuhan klien dan yang dapat menopang biaya operasional klinik.

## **12. Standar Etika, Kerahasiaan dan Surat Pemberitahuan Persetujuan**

### **a. Standar Etika**

Diharapkan bahwa semua pengobatan, prosedur, testing dan konseling pada pasien akan dilakukan dengan standar etika dan profesional tinggi, walaupun dalam keterbatasan pelayanan klinik. Yang paling penting, staf harus memastikan bahwa tindakan mereka tidak mencelakakan pasien Dengan memperhatikan hak asasi manusia yang paling dasar maka setiap pasien harus dihormati dan diberi perhatian yang paling tinggi..

### **b. Kerahasiaan**

Pada semua kasus, informasi yang ada di catatan medis seorang pasien yang menggunakan jasa harus dianggap sebagai informasi yang bersifat rahasia. Informasi

ini tidak boleh dikomunikasikan kepada pihak ke tiga di luar klinik. Semua pasien memiliki hak pribadi dan kerahasiannya terjamin.

**c. Surat Pemberitahuan Persetujuan**

Persetujuan harus didapatkan dari pasien untuk semua jenis tindakan dan prosedur yang akan dilakukan. Persetujuan harus didapat secara 'sukarela, valid dan diinformasikan'. Jadi, diberikan secara sukarela, dari orang yang berkompetensi untuk memberikan persetujuan tersebut, dan orang yang telah diberikan informasi secara penuh tentang manfaat dan risiko dari tindakan atau prosedur yang akan dilakukan.

## STANDAR MINIMAL PERALATAN DAN FURNITURE DI RUANG LABORATORIUM INFEKSI MENULAR SEKSUAL

### 1. PERALATAN

Setiap laboratorium IMS harus memiliki peralatan tersebut dibawah ini :

1. Mikropipet 5 – 50 ul
2. Rotator yang dilengkapi dengan waktu dan rpm.
3. Sentrifus yang dilengkapi dengan waktu dan rpm.
4. Mikroskop binokuler yang memiliki kualitas dan spesifikasi yang sama dengan Olympus CX21.
5. Refrigerator penyimpanan reagen yang dilengkapi dengan termometer.
6. Lampu spirtus.
7. Rak pewarnaan
8. Pipet pasteur
9. Korentang
10. Labu semprot
11. Tabung vacuntainer SST.
12. Jarum vacuntainer
13. Holder vacuntainer
14. Rak tabung
15. Sarung tangan
16. Wadah limbah biohazard.
17. Wadah limbah tahan tusukan (Biohazard sharp bin)
18. Kantong plastic hitam

### 2. REAGEN

Setiap laboratorium IMS harus memiliki reagen tersebut dibawah ini :

1. KOH 10 %
2. NaCl 0.9%
3. Metilen Blue
4. Spirtus
5. Alkohol swab
6. Hipoklorit 0.5%
7. RPR SIFILIS
8. DETERMINE SIFILIS

### 3. FURNITURE

1. Kursi ergonomic
2. Gantungan baju lab
3. Filling cabinet
4. Wastafel

### 4. RUANGAN

Ruangan yang digunakan untuk laboratorium harus memiliki :

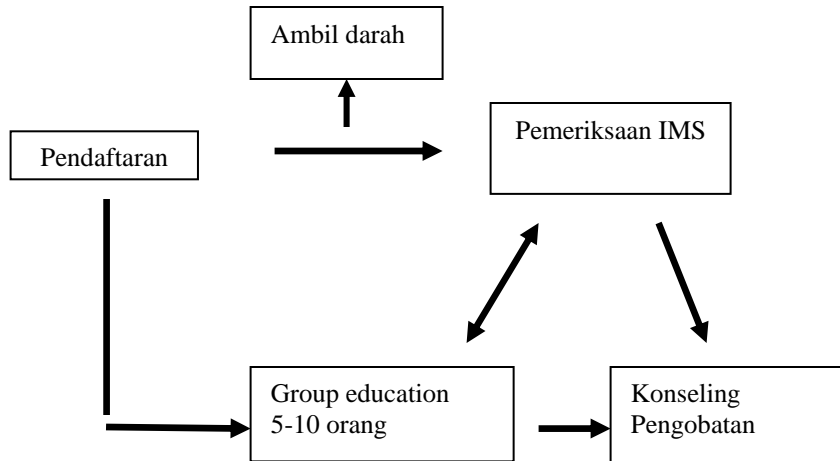
1. Penerangan yang cukup.
2. Aliran listrik

3. Wastafel dengan air yang mengalir
4. Ventilasi yang cukup & nyaman
5. Tidak boleh menggunakan kipas angin.
6. Pintu tertutup dengan tanda hanya boleh dimasuki oleh orang yang berkepentingan.
7. Terdapat gantungan baju.
8. Terdapat filling kabinet untuk meletakkan dokumen dan jas lab bersih serta bahan habis pakai laboratorium.

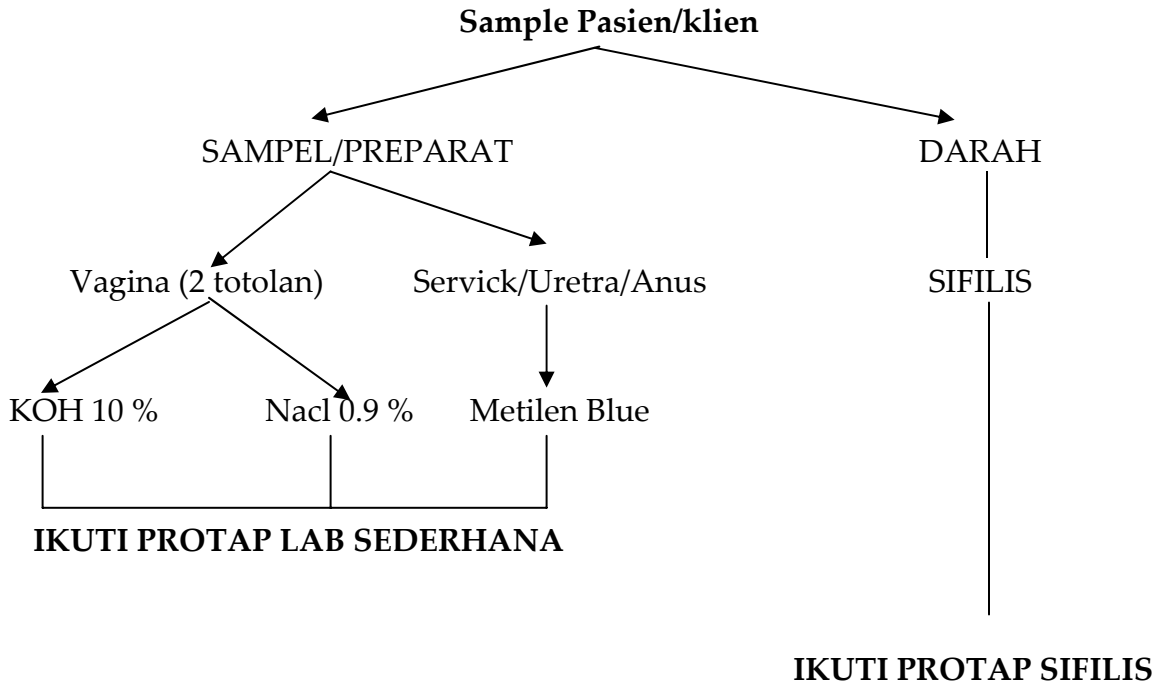


**ALUR PELAYANAN  
&  
PEMERIKSAAN  
PADA KLINIK IMS**

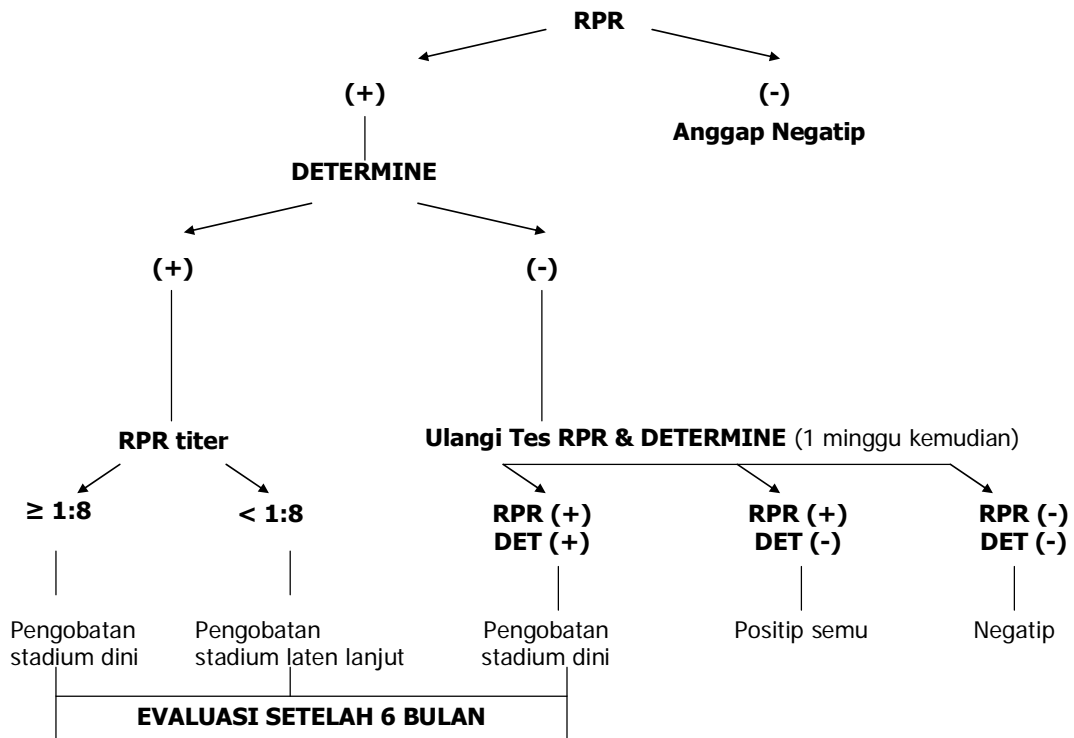
## ALUR PASIEN KLINIK IMS



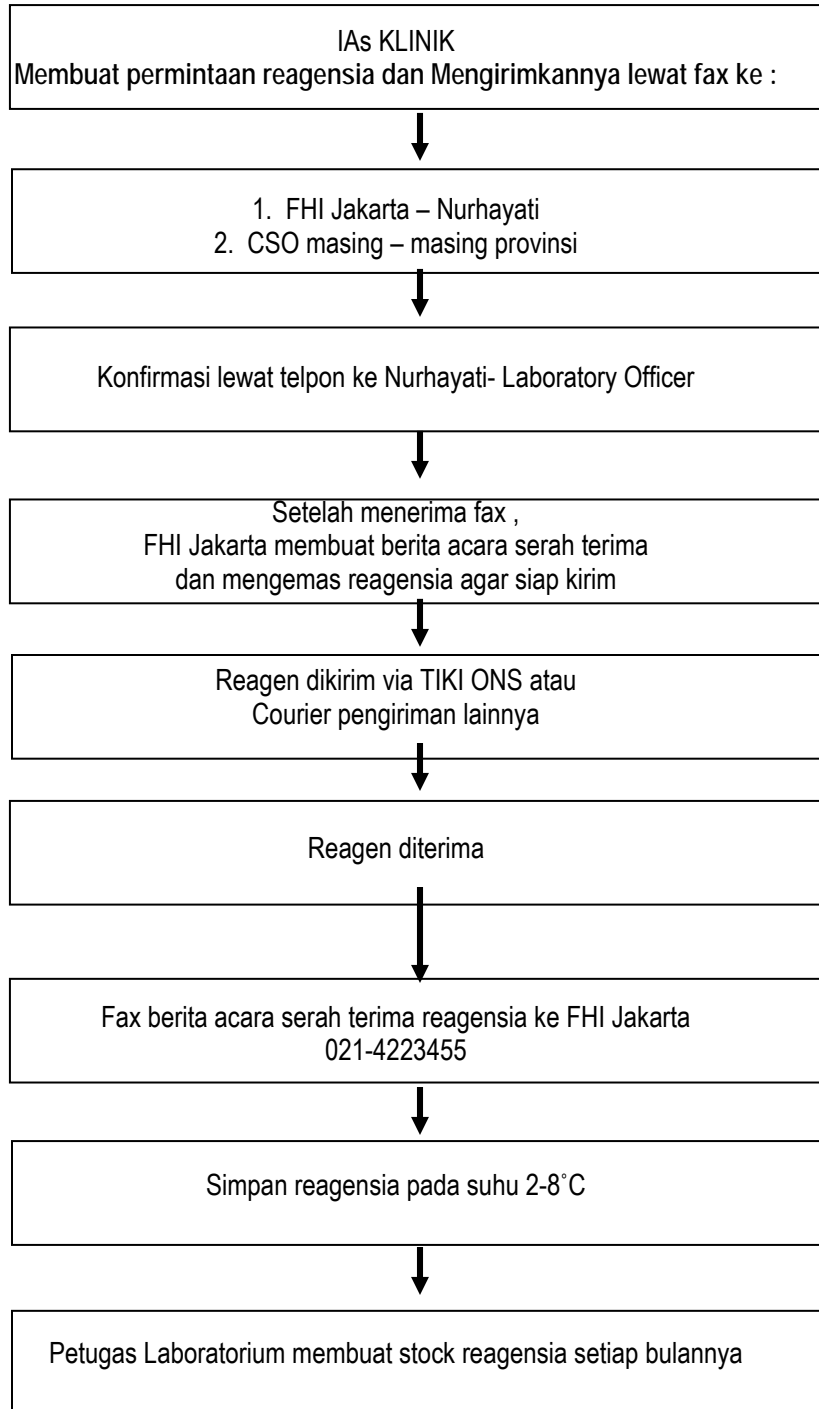
**ALUR PEMERIKSAAN LABORATORIUM  
UNTUK INFEKSI MENULAR SEKSUAL**



## ALUR PEMERIKSAAN TES SEROLOGI SIFILIS



## ALUR PERMINTAAN REAGENSIA SIFILIS



# Profilaksis Pasca Paparan

- Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- Laporkan ke dokter penanggung jawab di klinik
- Tes HIV baik sumber maupun orang yang terpapar
- Obat ARV harus diberikan dalam waktu kurang dari 4 jam
- Termasuk didalamnya paparan terhadap darah, cairan serebrospinal, cairan semen, cairan vagina, cairan sinovial/pleura/periakardial/peritoneal/amnion dari

## STATUS HIV PASIEN

Paparan	Tidak diketahui	Positif	Positif Resiko Tinggi	Rejimen
Kulit utuh	Tidak perlu PPP	Tidak perlu PPP	Tidak perlu PPP	
Mukosa atau kulit yg tidak utuh	Pertimbangkan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 2 obat	AZT 300 mg /12 jamx28 hari 3TC 150 mg /12 jamx28 hari
Tusukan (benda tajam solid)	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 3 obat	AZT 300 mg /12 jamx28 hari 3TC 150 mg /12 jamx28 hari
Tusukan (benda tajam berongga)	Berikan rejimen 2 obat	Berikan rejimen 3 obat	Berikan rejimen 3 obat	Lop/r 400/100 mg /12 jamx28 hari

### Resiko

Faktor yang meningkatkan resiko serokonversi :

- Paparan darah atau cairan tubuh dalam jumlah besar, ditandai dengan :
  - Luka yang dalam
  - Terlihat jelas darah
  - Prosedur medis yang menggunakan jarum
- Sumber paparan adalah pasien stadium AIDS

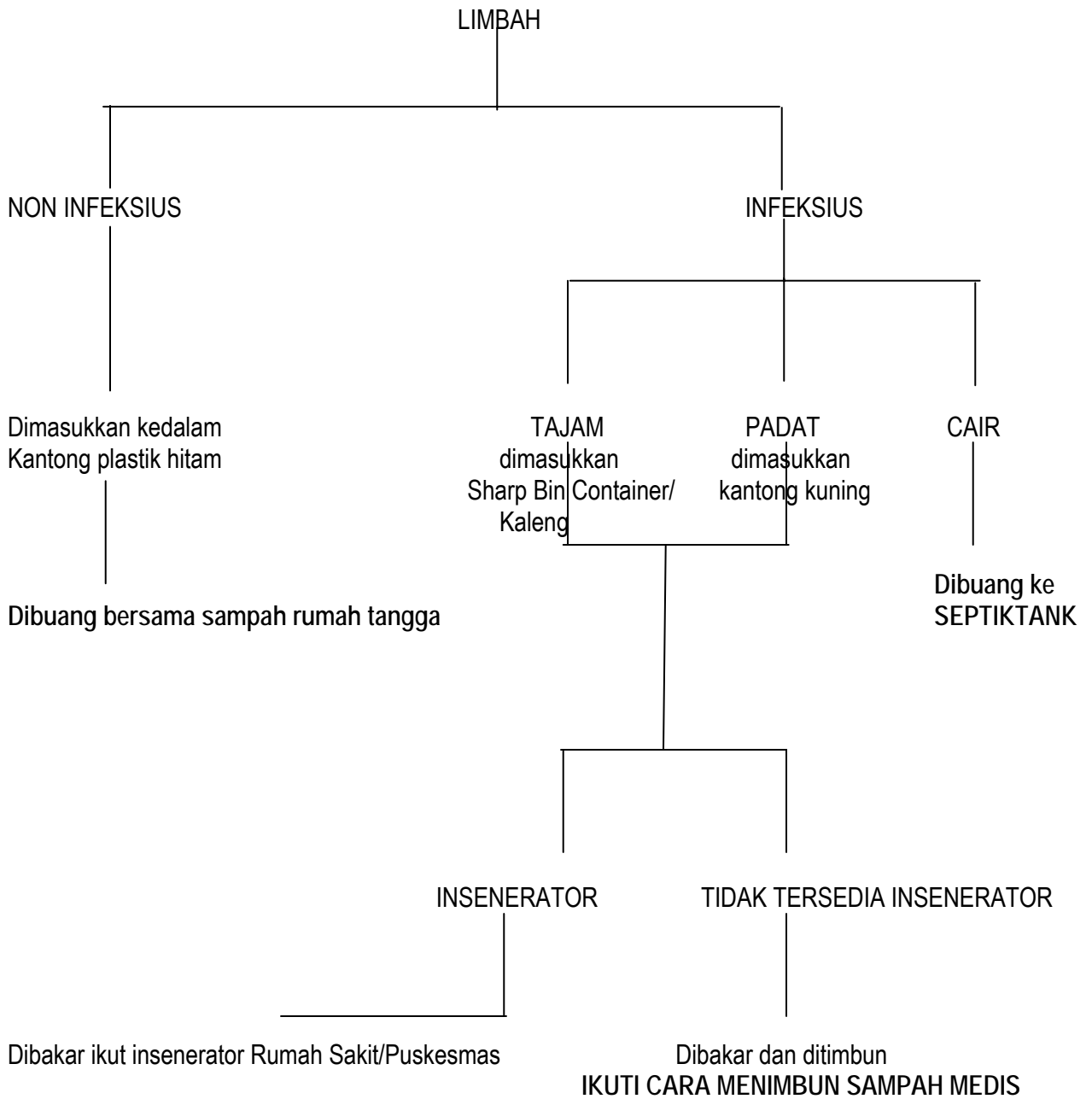
### Monitoring

- Profilaksis harus diberikan selama 28 hari
- Dibutuhkan dukungan psikososial
- Pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk mengetahui infeksi HIV dan untuk memonitor toksisitas obat
- Tes HIV diulang setelah 6 minggu, 3 bulan dan 6 bulan

Nama	Nomor yang bisa dihubungi



# ALUR PENGELOLAAN LIMBAH



# SOP KLINIK IMS

The page features a large, stylized 'X' shape formed by two intersecting dotted lines. One line starts at the top right and curves towards the bottom left, while the other starts at the bottom left and curves towards the top right. They intersect in the center of the page.

## SOP KEWASPADAAN STANDAR KLINIK IMS

No : CSU/STI/01  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### Tujuan :

- Memberikan pedoman bagi pelaksana klinik IMS mengenai kewaspadaan standar.
- Menghindari penularan infeksi dari pasien ke pasien dan dari pasien ke petugas kesehatan.

### Tanggung jawab:

- Dokter
- Paramedis
- Laboran
- Janitor
- Administrasi

### Alat dan Bahan:

- Air mengalir
- Sabun
- sarung tangan bersih
- wadah tahan tusukan
- tempat sampah infeksius
- chlorin 0,5%
- ember
- alat DTT atau sterilisasi

### Prosedur:

1. Mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah memeriksa pasien.
2. Memakai sarung tangan saat melakukan pemeriksaan genitalia, jika ada luka terbuka, dan saat melakukan pekerjaan di laboratorium
3. Membuat larutan chlorin 0,5% dengan benar.
4. Melakukan dekontaminasi alat-alat habis pakai dengan larutan chlorin selama 10 menit.
5. Mencuci alat-alat yang telah didekontaminasi dengan air dan sabun cair.
6. Melakukan desinfeksi tingkat tinggi dengan merebus di dalam air mendidih selama 20 menit, uap atau melakukan sterilisasi.
7. Menaruh spekulum dan anuskopi di wadah yang bersih dan tertutup.
8. Membuang bahan-bahan infeksius ke tempat sampah untuk membuang sampah infeksius.
9. Membuang alat-alat suntikan ke wadah tahan tusukan.
10. Wadah tahan tusukan tidak boleh dipakai ulang
11. Lakukan dekontaminasi bedgyn dan meja setiap pagi.

## SOP MEMBUAT LARUTAN CHLORIN 0,5%

No : CSU/STI/01-1  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### Tujuan :

- Memberikan pedoman bagi pelaksana klinik IMS mengenai cara membuat larutan chlorin.
- Agar alat-alat yang telah digunakan dapat dilakukan dekontaminasi dengan baik

### Tanggung jawab:

Paramedis atau Janitor yang sudah memahami UP

### Alat dan Bahan:

- chlorin
- air
- ember
- botol takar/wadah takar

### Cara Membuat Larutan chlorin 0,5% :

1. Siapkan alat dan bahan: ember, chlorin 5% (Bayclin), dan air.
2. Campurkan 1 bagian chlorine dengan 9 bagian air; (contoh: 1 botol chlorine dengan 9 botol air; botol harus sama).
3. Ganti larutan chlorine ketika larutan sudah terlihat kotor.
4. Setiap hari buatlah larutan chlorine yang baru.

## SOP DEKONTAMINASI BEDGYN

No : CSU/STI/01-2  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### Tujuan :

- Memberikan pedoman bagi pelaksana klinik IMS mengenai dekontaminasi bedgyn

### Tanggung jawab:

- Paramedis
- Laboran
- Janitor

### Alat dan Bahan:

- chlorin
- air
- ember
- sarung tangan
- botol takar/wadah takar

### Cara melakukan dekontaminasi bedgyn dan meja instrumen:

1. Siapkan larutan chlorin 0,05% cara: dari larutan chlorin 0,5% yang baru disiapkan, ambil satu bagian, campurkan lagi dengan 9 bagian air (gunakan wadah yang sama untuk mengambil bagian chlorin dan air).
2. Gunakan sarung tangan.
3. Bersihkan seluruh permukaan dengan larutan ini.
4. Lap dengan lap bersih.
5. Buka sarung tangan.
6. Cuci tangan.

## SOP DTT DENGAN MEREBUS

No : CSU/STI/01-3  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### Tujuan :

- Memberikan pedoman bagi pelaksana klinik IMS mengenai standar precaution.
- Menghindari penularan infeksi dari pasien ke pasien dan dari pasien ke petugas kesehatan.

### Tanggung jawab:

- Paramedis

### Alat dan Bahan:

- Panci bertutup
- Air
- Kompor
- Tromol/bak steril
- 

### Cara melakukan Desinfeksi Tingkat Tinggi dengan Merebus

1. isi panci dengan air
2. masukkan spekulum dan anuskopi hingga terendam seluruhnya (supaya air dapat mengenai semua permukaan alat) di dalam air.
3. tutup panci, panaskan hingga mendidih
4. ketika air mulai mendidih, catat waktu, tunggu hingga 20 menit, dilarang menambahkan spekulum, anuskopi atau air
5. keluarkan spekulum dan anuskopi dengan korentang yang bersih yang juga telah di DTT sebelumnya
6. taruh peralatan di wadah yang sudah di DTT. Biarkan kering di udara sebelum disimpan. Jangan biakan spekulum dingin di dalam panci berisi air, karena bisa menyebabkan kontaminasi kembali
7. gunakan peralatan yang telah disimpan di dalam wadah dalam keadaan kering dan tertutup paling lama 1 minggu.

## SOP ADMINISTRASI KLINIK IMS

No : CSU/STI/02  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan: Memberikan panduan bagi petugas administrasi di dalam melakukan tugasnya

Tanggung jawab: Petugas administrasi

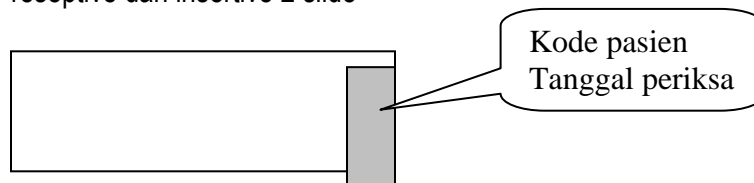
### Alat dan Bahan:

- Buku registrasi
- Formulir identitas
- Catatan medis
- Kartu pasien
- Slide
- Baki untuk menaruh slide
- Stiker untuk menulis identitas

### Prosedur:

*Pasien datang ke klinik IMS, sebelum ke ruang pemeriksaan akan diterima dahulu oleh petugas administrasi.*

1. Mengenalkan diri pada pasien dan menjelaskan tanggung jawabnya di klinik IMS
2. Mengisi formulir identitas pasien
3. Mencatat pasien di buku register
4. Melakukan anamnesis identitas pasien dari pemberian kode hingga baris ke – 20.(pertanyaan kebiasaan cuci vagina)
5. Mencatat hasil anamnesis ke dalam catatan medis
6. Memberikan kartu pasien pada pasien baru
7. Menuliskan kode identitas pasien pada stiker dan menempelkan pada slide di bagian tepinya
8. Pasien perempuan 2 slide; pasien MSM dan waria tergantung cara berhubungan seks reseptive dan insertive 2 slide



9. Pada pasien baru menjelaskan mengenai pemeriksaan darah dan meminta kesediaan pasien untuk diambil darahnya
10. Mengantarkan slide dan CM ke ruang pemeriksaan.

11. Mengumpulkan & menyimpan kembali CM setelah selesai dari R. Pengobatan dan konseling.

## SOP PENGAMBILAN DARAH VENA

No : CSU/LAB/01  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### TUJUAN :

Prosedur pengambilan darah vena ini ditujukan agar petugas laboratorium atau perawat dapat melakukan pengambilan sampel darah vena.

### PENANGGUNG JAWAB :

Prosedur pengambilan darah vena ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium atau perawat.

### BAHAN & PERALATAN :

1. Jarum vacuntainer
2. Tabung vacuntainer Serum Clot Activator (SST)
3. Alkohol swab 70%
4. Kapas Kering
5. Pipet tetes
6. Cover glass (Kaca Penutup)
7. Torniquet

### PROSEDUR KERJA :

1. Siapkan tabung vacuntainer SST dan beri kode sesuai nomor ID.
2. Siapkan jarum dan beri tahu pasien yang akan diambil darah sebelum membuka jarum bahwa jarum baru dan steril.
3. Pasang jarum pada holder, taruh tutup diatas meja pengambilan darah.
4. Letakan lengan penderita lurus diatas meja dengan telapak tangan menghadap ke atas.
5. Torniquet dipasang  $\pm$  10 cm diatas lipat siku pada bagian atas dari vena yang akan diambil (jangan terlalu kencang).
6. Penderita disuruh mengepal dan menekuk tangan beberapa kali untuk mengisi pembuluh darah.
7. Dengan tangan penderita masih mengepal, ujung telunjuk kiri memeriksa/mencari lokasi pembuluh darah yang akan ditusuk.
8. Bersihkan lokasi dengan kapas alkohol 70 % dan biarkan sampai kering, kulit yang telah dibersihkan jangan dipegang lagi.
9. Pegang holder dengan tangan kanan dan ujung telunjuk pada pangkal jarum.
10. Vena ditusuk pelan-pelan dengan sudut 30-45°.
11. Bila jarum berhasil masuk vena, tekan tabung sehingga vakumnya bekerja dan darah terisap kedalam tabung. Bila terlalu dalam, tarik sedikit atau sebaliknya)
12. Bila darah sudah masuk buka kepala tangan.
13. Isi tabung vacuntainer sampai volume 3 ml.
14. Setelah cukup darah yang diambil, torniquet dilepas.

eluarkan tabung dan keluarkan jarum perlahan-lahan.

15. Penderita diminta untuk menekan bekas tusukan dengan kapas alkohol selama 1 -2 menit.

16. Tutup bekas tusukan dengan plester.

17. Buang bekas jarum kedalam wadah tahan tusukan (Sharp bin Biohazard).

18. Homogenkan darah dengan cara membolak – balikan secara perlahan.

## SOP PENGOLAHAN SAMPEL DARAH VENA

No : CSU/LAB/02  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### TUJUAN :

Prosedur pengolahan sampel darah vena ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat melakukan pemisahan sampel darah.

### PENANGGUNG JAWAB :

Prosedur pengolahan sampel darah vena ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium.

### BAHAN & PERALATAN :

1. Sentrifus
2. Rak tabung

### PROSEDUR KERJA :

1. Sebelum memutar darah siapkan tabung penyeimbang.
2. Letakkan tabung dengan posisi seimbang.
3. Putar tombol waktu selama 3 menit.
4. Putar kecepatan perlahan – lahan sampai 3000 rpm.
5. Hentikan segera bila beban tidak seimbang atau terdengar suara aneh.
6. Jangan membuka tutup sentrifus sebelum sentrifus benar – benar berhenti.
7. Ambil tabung bila sentrifus sudah benar – benar berhenti.
8. Lihat pemisahan darah dengan serum, bila sudah sempurna sampel darah siap dilakukan pemeriksaan
9. Selesai melakukan pemeriksaan simpan pada suhu 2 – 8 °C..

## SOP PEMERIKSAAN KLINIK IMS

No : CSU/STI/03  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan: Memberikan panduan pemeriksaan bagi dokter atau paramedis yang bertugas di ruang pemeriksaan

Tanggung jawab: Dokter dan paramedis

### Alat dan Bahan:

- Kursi
- Meja tempat alat dan bahan
- Bedgyn
- Selimut/kain penutup
- examination lamp
- speculum
- anuskopi
- tromol atau bak steril / DTT.
- Tripod dan bashin
- Sarung tangan bersih
- Sabun cuci tangan dan air mengalir untuk cuci tangan
- Lubricant
- Senter
- Spatel tongue
- Thermometer
- 2 Ember (untuk tempat alat bekas pakai yang telah diisi dengan larutan hipochloride 0,5%, serta larutan air dan sabun cair)
- Tempat sampah limbah medis
- Tempat sampah

### Prosedur :

*Setelah dari ruang administrasi, pasien dipersilakan untuk ke ruang pemeriksaan, petugas administrasi membawa baki berisi slide dan CM pasien dan menyerahkan kepada petugas pemeriksaan.*

1. Kenalkan diri pada pasien dan jelaskan posisi Anda di klinik IMS
2. Menganamnesis keluhan pasien dan mengisi CM.
3. Jelaskan pada pasien prosedur yang akan dilakukan, adalah:
  - i. Tujuan pengambilan sediaan
  - ii. Cara pengambilan sediaan
  - iii. Berapa lama harus menunggu hasil

- iv. Pasien membuka pakaian dalamnya
  - v. Menaiki meja pemeriksaan
4. Setelah membuka pakaian dalam, minta pasien untuk naik ke meja pemeriksaan, bimbing pasien untuk mendapatkan posisi yang baik dalam melakukan pemeriksaan
  5. Tutupi bagian bawah tubuh pasien dengan selimut atau kain untuk membuat pasien lebih nyaman
  6. Tenangkan pasien, beri dukungan, minta pasien untuk rileks dan petugas memulai pemeriksaan fisik.

#### I. PS perempuan

1. Lakukan pemeriksaan bagian mulut dan kelenjar getah bening yang terkait, telapak tangan dan telapak kaki
2. Inspeksi dan Palpasi perut bagian bawah, amati ekspresi pasien apakah tampak kesakitan
3. Inspeksi dan palpasi kelenjar inguinal, apakah ada pembesaran dan atau tanda radang
4. Inspeksi genitalia eksterna, amati adanya kelainan atau gangguan (misal: ada kutu, luka /ulkus, benjolan dan duh tubuh)
5. Lakukan pemeriksaan dengan spekulum (ikuti SOP penggunaan spekulum, SOP No. CSU/STI/003-1)
6. Ambil sediaan (ikuti SOP cara pengambilan sampel dan pembuatan sediaan, SOP No. CSU/STI/003-2)
7. Keluarkan spekulum dan tunjukkan kepada pasien apabila ada duh tubuh
8. Lakukan pemeriksaan pH (ikuti SOP cara pengambilan sampel dan pembuatan sediaan, SOP No. CSU/STI/003-2)
9. Lakukan pemeriksaan sniff test / whiff test. (ikuti SOP cara pengambilan sampel dan pembuatan sediaan, SOP No. CSU/STI/003-2)
10. Masukkan spekulum yang telah dipakai ke larutan chlorin 0,5%
11. Lakukan vaginal toucher, rasakan adanya kelainan atau gangguan, catat apakah ada nyeri goyang serviks.
12. Catatan: perlakuan sebelum dan sesudah pemeriksaan, seperti cuci tangan dll.

#### II. PS Laki-laki atau waria

1. Minta pasien untuk duduk di tepi tempat tidur dan lakukan pemeriksaan bagian mulut dan kelenjar getah bening yang terkait, telapak tangan dan kaki.
2. Kemudian pasien diminta untuk membuka celana/ rok dan pakaian dalamnya
3. Setelah itu pasien diminta untuk tidur
4. Inspeksi dan palpasi kelenjar inguinal, amati adanya pembesaran dan atau tanda radang
5. Inspeksi dan palpasi penis amati adanya duh tubuh dan kelainan atau gangguan lain seperti kutil pada orificium uretra eksterna, bagi yang tidak sirkumsisi buka preputium amati sulkus apakah ada luka, kutil.
6. Inspeksi dan palpasi skrotum amati adanya kutu, dan kelainan atau gangguan lain kemudian ditelusuri mulai dari testis bandingkan besarnya antara skrotum kiri dan kanan, epididimis, saluran sperma.
7. Bila pasien melakukan seks insertive, tidak terlihat adanya duh tubuh, ajari pasien untuk melakukan milking
8. Ambil sediaan dari ostium uretra eksternum

9. Inspeksi daerah sekitar anus apakah ada duh tubuh, luka/bekas luka, benjolan atau kutil
  10. Bila pasien melakukan seks reseptive, lakukan rectal toucher, lihat adanya kelainan yang tidak memungkinkan dilakukan pemeriksaan anuskopi
  11. Lakukan pemeriksaan anuskopi
  12. Ambil sediaan dari anus (lihat cara pengambilan sediaan anus...SOP)
  13. Masukkan anuskopi ke dalam larutan chlorin 0,5%
- 
7. Minta pasien untuk memakai pakaiannya kembali
  8. Minta pasien untuk menunggu hasil
  9. Catat semua hasil pemeriksaan dan asal spesimen (lingkari uretra/anus/serviks) pada CM,
  10. Bawa ke ruang laboratorium bersama slide

## SOP PENGGUNAAN SPEKULUM

No : CSU/STI/03-1  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan : Memberikan panduan bagi dokter dan paramedis untuk melakukan pemeriksaan dengan menggunakan spekulum

Penganggung jawab : Dokter dan paramedis

Alat dan bahan :

- Spekulum
- Sarung tangan
- baskom
- air matang

Prosedur :

1. Cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan
2. Pakai sarung tangan
3. Ambil spekulum yang sudah dicelupkan ujungnya ke air matang dengan tangan kanan.
4. Tangan kiri membuka labia mayora kemudian memasukan spekulum dalam keadaan terkatup dengan posisi miring 90°.
5. Masukkan speculum pelan-pelan sampai ujung dan putar speculum perlahan-lahan sambil membuka mulut spekulumnya sehingga posisi mendatar atau 180°.
6. Cari portio serviks, setelah ditemukan fiksasi speculum dengan mengunci sekrup yang terletak disebelah kanan.
7. Bersamaan dengan memasukan speculum amati apakah ada duh tubuh vagina dan atau serviks.
8. Lakukan pengambilan sampel (lihat SOP pengambilang sampel)
9. Kendorkan sekrup hingga posisi mulut spekulum tertutup, kemudian keluarkan spekulum dengan posisi vertikal
10. masukkan speculum ke dalam larutan chlorine 0,5%

## SOP PENGGUNAAN ANUSKOPI

No : CSU/STI/03-2  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan : Memberikan panduan bagi dokter dan paramedis untuk melakukan pemeriksaan dengan menggunakan anuskopi

Penganggung jawab : Dokter dan paramedis

Alat dan bahan :

- anuskopi
- sarung tangan
- lubrikan

Prosedur :

1. Cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan
2. Pakai sarung tangan
3. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pasien diminta tidur miring membelakangi pemeriksa dengan salah satu kaki lurus dan kaki lainnya dilipat kearah dada (posisi sims).
4. Pemeriksa memakai sarung tangan dan lihat anus adakah luka, tumbuhan, cairan, tanda infeksi. Jika ada catat setiap kelainan
5. Lakukan rectal toucher, rasakan adanya kelainan, catat
6. Siapkan anuskopi sesuai ukuran yang akan digunakan dan beri lubrikan mulai dari ujung sampai pangkal yang akan dimasukkan dalam anus.
7. Oleskan lubrikan pada anus pasien.
8. Tangan kanan pasien diminta memegang atau menarik sisi luar anus bagian atas untuk melebarkan.
9. Tangan kiri dokter menarik sisi luar anus ke bawah sehingga mulut anus cukup jelas terlihat kemudian tangan kanan dokter memasukkan anuskopi sampai pegangan menyentuh lubang anus dan jempol menekan trochart agar tidak terlepas. Arahkan ujung anuskopi ke pusat pasien.
10. Setelah anuskopi masuk tarik keluar trokar dan akan terlihat dinding rectum.
11. Trokar yang sudah terpakai masukkan dalam ember yang sudah berisi air, chlorin, dan sabun cair
12. Di dalam anus, lihat ada tanda infeksi, cairan, luka, dan tumbuhan. Catat setiap ada kelainan
13. Lakukan pengambilan sampel
14. Keluarkan anuskopi sambil melihat dinding anus ada kelainan atau tidak
15. Anuskopi yang sudah terpakai dimasukkan dalam ember yang sudah berisi larutan chlorin 0.5%
16. Anus pasien dibersihkan dengan tisu untuk membuang sisa lubrikan yang masih menempel

## SOP PENGAMBILAN SAMPEL DAN PEMBUATAN PREPARAT

No : CSU/STI/03-3  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan : memberikan panduan bagi dokter dan paramedis untuk melakukan pengambilan sampel

Penganggung jawab : dokter dan paramedis

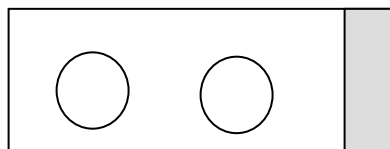
Alat dan bahan :

- Lidi kapas
- Slide
- KOH 10%
- pH paper

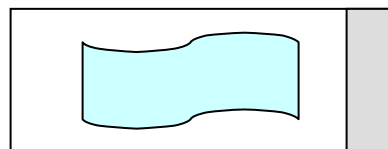
Prosedur :

### *PENGAMBILAN SAMPEL DAN PEMBUATAN PREPARAT DARI VAGINA*

1. Ambil lidi kapas steril yang pertama
2. Bersihkan sekitar mulut serviks/rahim dengan lidi kapas steril kemudian ke fornix posterior dan dinding vagina.
3. Slide diletakkan di meja jika tidak ada asisten, jika ada asisten pembuatan preparat dapat dilakukan oleh asisten.
4. Dari lidi kapas pertama ini buatlah apusan berupa dua lingkaran kecil pada sisi kanan dan kiri slide untuk pemeriksaan sediaan basah, olesan jangan terlalu tebal atau tipis.
5. Lakukan pemeriksaan keasaman vagina dengan menempelkan lidi kapas yang telah digunakan untuk mengambil sediaan dari fornix dan dinding vagina pada kertas pH
6. Buang lidi kapas yang sudah digunakan ke dalam tempat sampah infeksius
7. Ambil lidi kapas steril kedua
8. Masukkan lidi kapas steril ke dalam saluran endoserviks sedalam 1 – 1.5 cm, putar lidi kapas searah jarum jam 2-3 kali (10-30 detik) untuk dapatkan sampel yang cukup.
9. Tarik lidi kapas pelan-pelan tanpa menyentuh dinding vagina.
10. Buatlah hapusan pada kaca objek kedua dengan cara menggulirkan lidi kapas dengan berhati-hati untuk dilakukan pengecatan Methylene Blue
11. Pembuatan apusan usahakan satu kali jadi. Jika tidak, mulai dari arah yang sama dan tidak boleh bolak-balik arah.
12. Apusan jangan terlalu tebal atau terlalu tipis
13. Lidi kapas yang sudah terpakai dibuang ke tempat sampah infeksius
14. Keluarkan spekulum dan teteskan KOH ke cairan yang ada di bagian ujung spekulum
15. Segera identifikasi apakah ada bau amis yang keluar
16. Masukkan speculum bekas ke dalam ember yang berisi larutan chlorin 0,5%



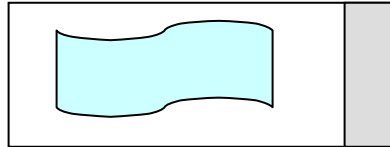
Sediaan dari Fornix posterior & dinding vagina ; KOH



Sediaan dari endoserviks

### ***PENGAMBILAN SAMPEL DAN PEMBUATAN SEDIAAN DARI ANUS***

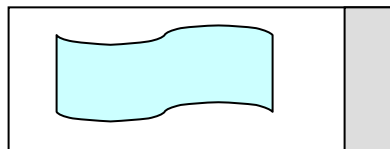
1. Ambil lidi kapas steril
2. Masukkan lidi kapas steril ke dalam anus, putar lidi kapas searah jarum jam 2-3 kali (10-30 detik) untuk dapatkan sampel yang cukup.
- III. Tarik lidi kapas pelan-pelan.
- IV. Buatlah hapusan pada kaca objek kedua dengan cara menggulirkan lidi kapas untuk dilakukan pengecatan Methylen Blue
- V. Pembuatan apusan usahakan satu kali jadi. Jika tidak, mulai dari arah yang sama dan tidak boleh bolak-balik arah.
- VI. Apusan jangan terlalu tebal atau terlalu tipis
- VII. Lidi kapas yang sudah terpakai dibuang ke tempat sampah infeksius
- VIII. Keluarkan anuskopi sambil melihat dinding anus. Adakah darah atau nanah.
- IX. Anuskopi dimasukkan dalam ember yang sudah berisi clorin dan sabun dalamnya.



Sediaan dari anus

### ***PENGAMBILAN SAMPEL DAN PEMBUATAN SEDIAAN DARI URETRA***

1. Jika ada duh tubuh uretra sampel dapat langsung diambil dari duh tersebut. Jika tidak ada duh, demonstrasikan cara melakukan milking dengan dildo, minta pasien untuk mempraktikkannya Ambil lidi kapas steril.
2. Masukkan lidi kapas steril ke dalam uretra, putar lidi kapas searah jarum jam 2-3 kali (10-30 detik) untuk dapatkan sampel yang cukup.
3. Tarik lidi kapas pelan-pelan.
4. Buatlah hapusan pada kaca objek untuk dilakukan pengecatan Methylen Blue.
5. buang lidi kapas yang sudah digunakan ke dalam tempat sampah infeksius
6. Sampel dikirim ke laboratorium, pasien diminta memakai kembali pakaian dalamnya.



Sediaan dari uretra

## SOP MILKING

No : CSU/STI/03-4  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan: - Dokter/perawat/bidan dapat melakukan pengambilan sample dari uretra dengan benar

Penanggung jawab: Dokter/perawat/bidan

Alat dan bahan: Dildo

Prosedur:

1. Pasien berdiri atau tidur
2. Jelaskan pada pasien tujuan melakukan milking
3. Jelaskan pada pasien bahwa untuk mendapatkan duh tubuh uretra, penis diurut dari arah pangkal ke ujung
4. Contohkan dengan mengurut dildo dari pangkal ke ujung
5. Minta pasien untuk melakukannya

## SOP PETUGAS LABORATORIUM IMS

No : CSU/LAB/03  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### TUJUAN :

Prosedur tetap petugas laboratorium IMS ini ditujukan untuk memilih petugas laboratorium dan petugas laboratorium mengetahui tugas dan tanggung jawabnya serta melakukan pekerjaan dengan namun tetap memenuhi kaidah – kaidah kewaspadaan universal.

### PENANGGUNG JAWAB :

Prosedur tetap petugas laboratorium ini harus dilakukan oleh petugas laboratorium yang sudah mendapatkan pelatihan IMS.

### BATASAN :

Yang dapat menjadi petugas laboratorium adalah analis kesehatan yang sudah mendapatkan pelatihan IMS.

### TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB :

1. Melakukan pemeriksaan metilen blue.
2. Melakukan pemeriksaan sediaan basah.
3. Melakukan pengambilan darah.
4. Melakukan pemeriksaan sifilis.
5. Mencatat hasil pemeriksaan pada catatan medis dan buku register IMS.
6. Mengumpulkan preparat metilen blue 10 % yang diplococcus negatif dan 100% yang diplococcus positif.
7. Membuat daftar preparat yang dikirim ke FHI Jakarta untuk cross check.
8. Membuat formulir permintaan reagensia dan mengirimkan ke FHI Jakarta.
9. Membuat stock reagensia 1 bulan sekali dan mengecek stock reagensia.
10. Menjaga kebersihan ruang laboratorium.
11. Memisahkan limbah infeksius dan non infeksius dan mengaturnya sampai ke pembuangan terakhir.
12. Selalu mengikuti prosedur kewaspadaan universal dan menggunakan alat perlindungan perseorangan.

### PROSEDUR :

#### I. SEBELUM PEMERIKSAAN

1. Gunakan jas laboratorium
2. Gunakan sarung tangan.
3. Catat suhu refrigerator
4. Siapkan wadah limbah infeksius dan lapisi dengan kantong plastic kuning
5. Siapkan wadah limbah tahan tusukan

6. Siapkan wadah limbah non infeksius dan lapi dengan kantong plastic hitam.
7. Buat larutan hipoklorit 0,5 % setiap harinya
8. Lakukan desinfeksi meja pemeriksaan dengan menggunakan larutan hipoklorit 0.5%.
9. Diamkan selama 15 menit
10. Bilas dengan air
11. Keluarkan reagen pada suhu kamar
12. Siapkan peralatan pengambilan darah.

## II. SELAMA PEMERIKSAAN

1. Cocokkan nomor ID sampel dengan catatan Medis
2. Lakukan pengambilan darah
3. Lakukan pemeriksaan ikuti sesuai prosedur tetap pemeriksaan.
4. Buang tip bekas pakai ke larutan hipoklorit
5. Buang objek gelas dan cover gelas bekas pakai ke wadah tahan tusukan.
6. Buang jarum kedalam wadah tahan tusukan.
7. Catat hasil pada buku register dan catatan medis
8. Menyerahkan hasil pemeriksaan ke ruang terapi & konseling atau konselor

## III. SESUDAH PEMERIKSAAN

1. Buang limbah kedalam wastafel pembuangan limbah.
2. Ikat limbah dan buang kedalam wadah penampungan sementara.
3. Masukkan reagen kedalam refrigerator.
4. Lakukan desinfeksi meja pemeriksaan dengan menggunakan larutan hipoklorit 0.5%.
5. Diamkan selama 15 menit
6. Bilas dengan air
7. Catat suhu refrigerator

**SOP PEMERIKSAAN SEDIAAN BASAH (NaCl 0.9% & KOH 10%)  
UNTUK IDENTIFIKASI T.VAGINALIS, CLUE CELLS, BAU AMINE & CANDIDA**

No : CSU/LAB/04  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

**TUJUAN :**  
Prosedur pemeriksaan ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat melakukan pemeriksaan sediaan basah, pembacaan hasil dan interpretasi hasil serta mencatat hasil pemeriksaan sediaan basah pada catatan medis dan buku register.

**PENANGGUNG JAWAB :**  
Prosedur Pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium yang sudah mendapatkan pelatihan Manajemen klinik Infeksi Menular Seksual.

**PERALATAN :**

1. Mikroskop dengan pembesaran 10x dan 40x
2. Pipet tetes
3. Cover glass (Kaca Penutup)

**REAGEN :**

1. KOH 10 %
2. NaCl 0,9 %
3. Hipocloride 0.05%

**BAHAN PEMERIKSAAN :**  
Hapusan Vagina  
Bahan pemeriksaan diterima dari ruang pemeriksaan.

**PROSEDUR KERJA :**

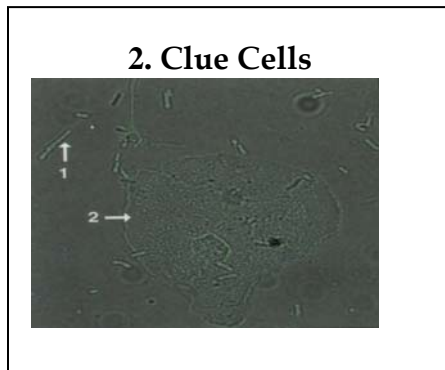
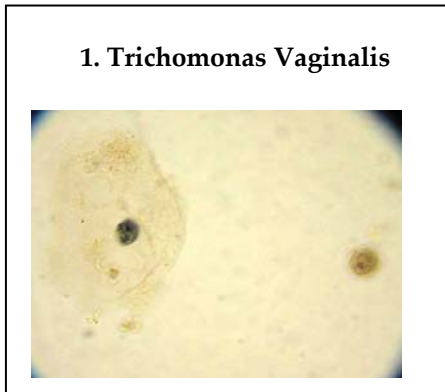
1. Penerimaan sediaan dari ruang pengambilan spesimen
  - a. Sediaan harus diterima bersama dengan formulir catatan medisnya
  - b. Cocokan nomor sediaan dengan nomor di catatan medis
  - c. Sediaan berisi 2 hapusan
2. Teteskan 1 tetes NaCl 0,9 % pada salah satu hapusan, aduk dengan ujung kaca penutup (*cover glass*)
3. Tutup menggunakan kaca penutup dengan menempelkan salah satu sisi kaca penutup pada sediaan dan menutupnya secara perlahan.
4. Teteskan 1 tetes KOH 10 % pada hapusan yang lainnya, cium ada tidaknya bau amis, aduk dengan kaca penutup (*cover glass*) kemudian tutup dengan kaca penutup
5. Periksa sediaan NaCl terlebih dahulu dibawah mikroskop dengan lensa objektif 10x dan 40x untuk melihat adanya Trichomonas vaginalis dan Clue cell
6. Periksa sediaan KOH 10% dibawah mikroskop dengan lensa objektif 10x dan 40x untuk melihat adanya bentuk-bentuk Kandida
7. Masukkan sediaan yang sudah diperiksa kedalam campuran hipocloride 0.5%

8. Tulis hasil pemeriksaan pada catatan medis dan buku register laboratorium IMS (lihat form CSULab01)
9. Berikan lembar catatan medis pada ruangan konseling dan pengobatan

**INTERPRETASI HASIL :**

**SEDIAAN BASAH NaCl 0.9 % :**

1. Trichomonas vaginalis Positif bila : Ditemukan  $\geq 1$  T. vaginalis (bentuk seperti layang-layang dan bergerak)
2. Clue cell Positif bila :  $\geq 25\%$  dari epitel yang ditemukan permukaannya di tutupi oleh bakteri pada sediaan NaCl 0.9%

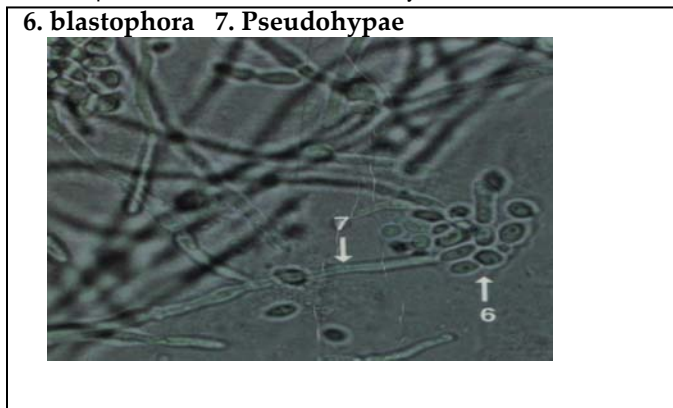


**SEDIAAN BASAH KOH 10 % :**

Kandida positif bila : Ditemukan  $\geq 1$  pseudohypae dan atau blastospora pada sediaan KOH 10%.

Whiff test positif bila tercium bau amis fishy odor setelah ditetesi KOH

**6. blastophora 7. Pseudohypae**



## SOP PEMERIKSAAN SEDIAAN METILEN BLUE UNTUK IDENTIFIKASI DIPLOCOCCUS INTRASELULER DAN PMN

No : CSU/LAB/05  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### TUJUAN :

Prosedur pemeriksaan ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat melakukan pengecatan metilen blue, pemeriksaan metilen blue, pembacaan hasil dan interpretasi hasil serta mencatat hasil pemeriksaan metilen blue pada catatan medis dan buku register.

### PENANGGUNG JAWAB :

Prosedur Pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium yang sudah mendapatkan pelatihan Manajemen klinik Infeksi Menular Seksual.

### PERALATAN :

1. Mikroskop dengan pembesaran objektif 100x
2. Rak pewarnaan
3. Lampu spirtus
4. Pipet tetes
5. Kertas tisu halus
6. Korek Api
7. Botol semprot

### REAGEN :

1. Metilen Blue 0.3 – 1%
2. Minyak emersi dalam xylene
3. Spirtus

### BAHAN PEMERIKSAAN :

Hapusan servick, Hapusan rectal, hapusan uretral  
Bahan pemeriksaan diterima dari ruang pemeriksaan.

### PROSEDUR KERJA :

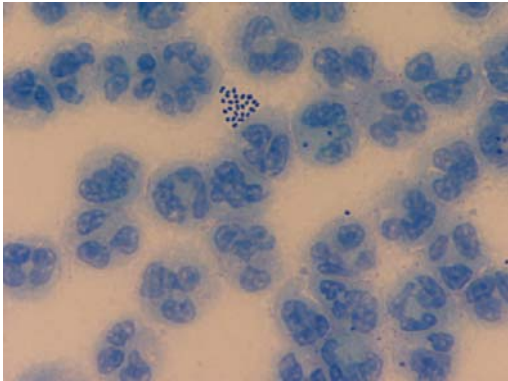
1. Penerimaan sediaan dari ruang pengambilan spesimen
  - a. Sediaan harus diterima bersama dengan formulir catatan medisnya
  - b. Cocokan nomor sediaan dengan nomor di catatan medis
  - c. Sediaan berisi satu hapusan
2. Keringkan sediaan diudara
3. Fiksasi dengan melewatkannya diatas api sebanyak 7 kali
4. Genangi/Tetesi sediaan dengan Methylen blue 0.3% - 1% selama 2 – 3 menit
5. Cuci dengan air mengalir
6. Keringkan sediaan
7. Periksa sediaan dibawah mikroskop dengan lensa objektif 100x menggunakan minyak imersi untuk melihat adanya lekosit PMN dan diplokokus intraseluler.
8. Periksa seluruh sediaan mulai dari sediaan tebal lalu sediaan tipis.

9. Setelah selesai melakukan pemeriksaan ambil preparat letakkan diatas tissue halus dengan posisi yang terkena minyak emersi menempel ditissue.
10. Catat hasil pemeriksaan pada catatan medis dan buku register laboratorium IMS. (lihat form CSULab06)
11. Berikan lembar catatan medis pada ruangan konseling dan pengobatan

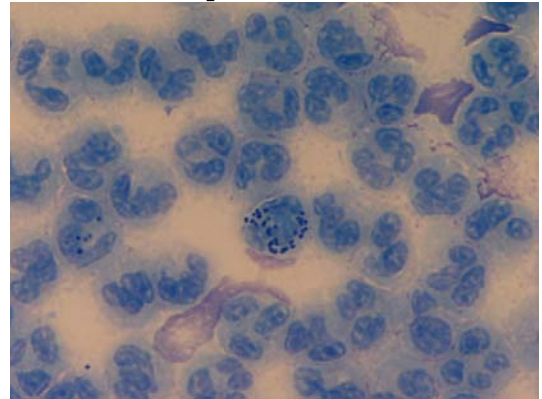
**PENILAIAN HASIL :**

Lihat adanya lekosit PMN dan diplokokus intraseluler

**PMN Positif, Diplococcus Negatif (karena hanya ditemukan Diplococcus ekstraseluler)**



**PMN Positif, Diplococcus Positif**



**INTERPRETASI HASIL :**

- Lekosit PMN Positif bila:
  - Ditemukan  $\geq 30$  PMN/lpb (Serviks/Wanita)
  - Ditemukan  $\geq 5$  PMN/lpb (Uretra/Pria)
  - Ditemukan  $\geq 5$  PMN/lpb (Anus)
- Diplokokus Positif bila: Ditemukan  $\geq 1$  Diplokokus Intrasel/100 lpb

**PENCATATAN :**

Catat hasil pemeriksaan pada catatan medis dan buku register laboratorium IMS

## SOP PEMERIKSAAN SIFILIS

No : CSU/LAB/06  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### TUJUAN :

Prosedur pemeriksaan ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat melakukan pemeriksaan sifilis, pembacaan hasil dan interpretasi hasil serta mencatat hasil pemeriksaan sifilis pada catatan medis dan buku register.

### PENANGGUNG JAWAB :

Prosedur Pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium yang sudah mendapatkan pelatihan Manajemen klinik Infeksi Menular Seksual.

### PERALATAN :

1. Rotator
2. Sentrifus
3. Mikropipet 5 – 50 ul.
4. Tip Kuning
5. Semua peralatan sudah tersedia didalam kit (Pipet, Stirer, dispenser & jarum antigen, Test card, Kontrol Negatip, Kontrol Positip).
6. Sarung tangan

### REAGEN :

1. RPR Shield @ 500 test yang dilengkapi dengan control negative, control positif
2. Determine Syphilis
3. NaCl 0,9 %
4. Hipocloride 0.05%

### BAHAN PEMERIKSAAN :

Serum, Plasma (tidak boleh lisis dan terkontaminasi bakteri) dan cairan CSF

### PROSEDUR KERJA :

#### I. PERSIAPAN

1. Biarkan reagensia pada suhu kamar 30 menit sebelum digunakan
2. Pemeriksaan tapisan pertama menggunakan reagensia RPR, bila didapatkan hasil yang positif dilanjutkan dengan pemeriksaan pengenceran RPR dan Determine.
3. Lakukan pemeriksaan sesuai alur pemeriksaan serologi sifilis.

#### II. PEMERIKSAAN RPR KUALITATIF

1. Keluarkan reagensia RPR dari kotak penyimpanan dan biarkan pada suhu ruangan selama  $\pm$  30 menit
2. Siapkan Test Card.
3. Beri nomor dan tuliskan pada test card.
4. Isi antigen kedalam botol penetesnya dengan cara menghisapnya langsung dari botol antigen, lalu pasang tutup/jarum dispensernya
5. Ambil sampel 1 tetes dengan menggunakan pipet yang tersedia dalam kit.

6. Dengan menggunakan stirer, lebarkan sample memenuhi seluruh lingkaran.
7. Kocok – kocok antigen teteskan antigen (1 tetes) dengan menggunakan dispenser & jarum diatas sampel (posisi vertikal). Tidak perlu mengocok antigen dengan sampel.
8. Letakkan diatas rotator kemudian putar rotator selama 8 menit dengan kecepatan  $100 \pm 2$  rpm.
9. Sertakan kontrol negatif dan kontrol positif setiap kali pemeriksaan dan perlakuan kontrol sama dengan sampel.
10. Baca hasilnya dan tuliskan pada formulir hasil dan lembar hasil pemeriksaan laboratorium. Bila positif lakukan pengenceran RPR dan pemeriksaan TPHA

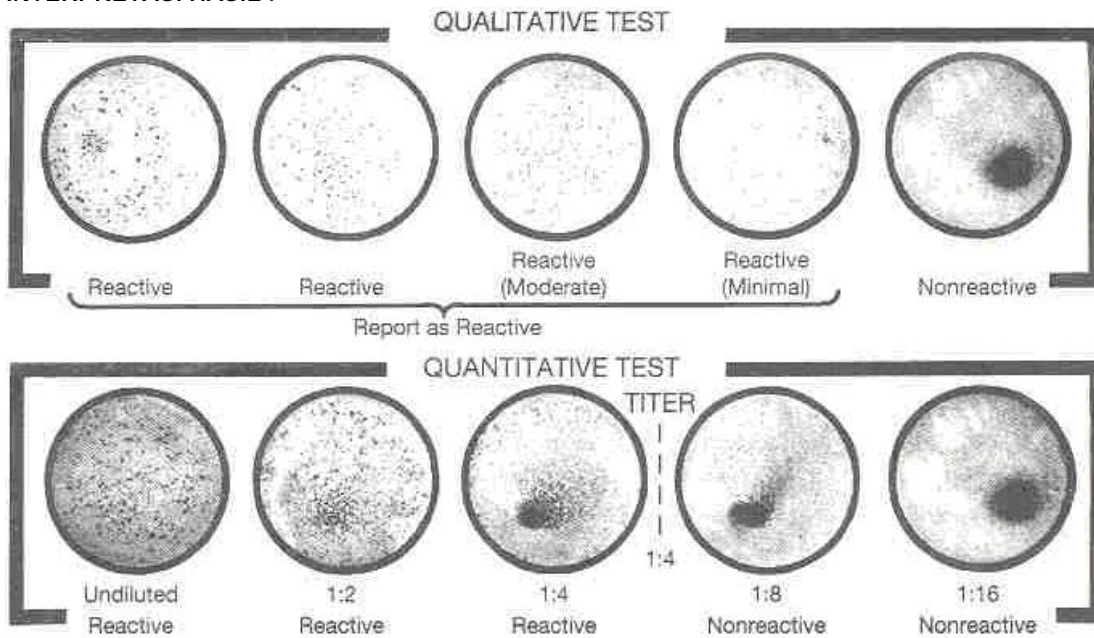
## II. PEMERIKSAAN PENGECERAN RPR

1. Lakukan serial dilution.
2. Pipet kedalam 6 lingkaran pada kartu pemeriksaan RPR masing-masing 50 ul Na Cl 0.9% dengan mikropipet mulai kolom 2 sampai dengan 7
3. Pipet 50 ul serum spesimen pada kolom 1 dan 2
4. Campurkan dengan Na Cl 0.9% pada lingkaran kedua dengan cara menghisap dan mengeluarkannya 5 – 10x didalam lingkaran pertama kartu pemeriksaan
5. Kemudian pipet 50 ul campuran pada lingkaran kedua, campurkan dengan Na Cl 0.9% pada lingkaran ketiga dengan cara menghisap dan mengeluarkannya 5 – 10 x didalam lingkaran ketiga kartu pemeriksaan
6. Lakukan seterusnya sampai dengan lingkaran ketujuh dan buang 50 ul campuran pada lingkaran ketujuh
7. Ratakan dengan batang pengaduk mulai dari pengenceran tertinggi (lingkaran ke-tujuh)
8. Kocok – kocok antigen teteskan antigen (1 tetes) dengan menggunakan dispenser & jarum diatas sampel (posisi vertikal).
9. Tidak perlu mengocok antigen dengan sampel.
10. Letakan diatas rotator kemudian putar rotator selama 8 menit dengan kecepatan  $100 \pm 2$  rpm
11. Baca hasilnya dan tuliskan pada formulir hasil dan lembar hasil pemeriksaan IMS

Lingkaran	I	II	III	IV	V	VI	VII
Pengenceran		1/2	1/4	1/8	1/16	1/32	1/64
Nacl 0.9%		50 ul	50 ul	50 ul	50 ul	50 ul	50 ul
Serum	50 ul	50 ul					

50ul	Antigen	1 tetes	1 tetes	1 tetes	1 tetes	1 tetes	1 tetes
------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

## INTERPRETASI HASIL :



### III. PEMERIKSAAN DETERMINE SIFILIS

Metoda : Immunochromatography  
Reagensia : Determine Sifilis.  
Peralatan : Adjustable Mikropipet ukuran 5 – 50 ul.  
Bahan Pemeriksaan : serum, plasma dan whole blood  
(untuk whole blood menggunakan anti koagulan EDTA).

Persiapan Reagensia: Biarkan semua reagensia pada suhu kamar.

Cara Kerja :

Untuk Serum / Plasma :

1. Buka strip test dari penutup.
2. Dengan menggunakan mikropipet, ambil 50 ul sampel dan teteskan pada bantalan sampel (lihat panah).
3. Tunggu sekurang – kurangnya 15 menit (s/d 24 jam).
4. Baca hasil.

Untuk Sample Whole Blood :


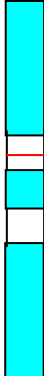


1. Buka strip test dari penutup.
2. Dengan menggunakan mikropipet, ambil 50 ul sampel dan teteskan pada bantalan sampel (lihat panah).
3. Tunggu 1 menit.
4. Tambahkan 1 tetes chase buffer pada bantalan sampel.
5. Tunggu sekurang – kurangnya 15 menit (s/d 24 jam).
6. Baca hasil.

**Untuk Sampel Whole Blood (dari darah perifer) :**

1. Buka strip test dari penutup.
2. Teteskan 50 ul sampel (dengan menggunakan capillary tube yang mengandung EDTA) pada bantalan sampel (lihat panah).
3. Tunggu sampai sampel terabsorb dan tambahkan 1 tetes chase buffer
4. Tunggu sekurang – kurangnya 15 menit (s/d 24 jam).
5. Baca Hasil.

**Interpretasi Hasil :**

- ◆ Positif = terdapat 2 garis merah pada garis kontrol dan garis pasien.
- ◆ Negatif = terdapat 1 garis merah pada garis kontrol.
- ◆ Invalid = tidak ada garis merah baik garis kontrol dan garis pasien.

POSITIF (+)	NEGATIP (-)	INVALID	
			

## SOP KONTROL KUALITAS PREPARAT METILEN BLUE

No : CSU/LAB/12  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

**TUJUAN :**  
Prosedur pemeriksaan ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat mengirimkan sediaan metilen blue untuk dilakukan cross – check.

**PENANGGUNG JAWAB :**  
Prosedur Pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium yang sudah mendapatkan pelatihan Manajemen klinik Infeksi Menular Seksual.

**PERALATAN :**  
1. Kotak Preparat

**PROSEDUR KERJA :**

1. Pisahkan preparat metilen blue yang positif dan negatif setiap harinya
2. Pada akhir bulan, buatlah daftar sediaan positif yang berisi nomor sediaan, hasil pemeriksaan lekosit PMN dan hasil Diplokokus
3. Masukkan sediaan kedalam kotak preparat
4. Hitung jumlah sediaan negatif lalu 10% dari jumlah sediaan yang negatif pisahkan secara acak.
5. Buatlah daftar sediaan negatif diplokokus yang berisi nomor sediaan, hasil pemeriksaan lekosit PMN dan hasil diplokokus (lihat form CSULabQA01)
6. Masukkan sediaan negatif yang sudah dipilih kedalam kotak preparat bersamaan dengan sediaan positif
7. Masukkan daftar sediaan negatif dan positif kedalam kotak preparat
8. Atur sedemikian rupa agar preparat tidak pecah dalam pengiriman
9. Kirimkan kotak preparat ke ASA Program kompleks Ditjen PPM & PL Depkes RI. Jl Percetakan negara 29. Jakarta 10560, Telp 021-4223463. Sebelum tanggal 10 setiap bulannya



## SOP PERMINTAAN REAGENSIA SIFILIS

No : CSU/LAB/07  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

**TUJUAN :**  
Prosedur permintaan, pengiriman dan penyimpanan reagensia ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat melakukan permintaan reagensia, menyimpan reagensia dan mengembalikan reagensia bila kadaluarsa.

**PENANGGUNG JAWAB :**  
Prosedur permintaan, pengiriman dan penyimpanan ini dapat dilakukan oleh petugas laboratorium, program manager atau orang yang sudah ditunjuk oleh klinik.

**PROSEDUR KERJA :**

### **I. PERMINTAAN REAGENSIA**

1. Permintaan reagensia dibuat oleh IAs Clinic ke FHI Provinsi minimal 1 bulan sebelum reagensia habis.
2. Untuk Klinik STI reagensia yang disupply Sifilis dan untuk Klinik VCT reagensia yang disupply HIV sedangkan untuk Klinik STI & VCT : Sifilis & HIV.
3. IAs Clinic mengisi formulir permintaan reagensia (Form PERMINTAAN REAGENSIA), dan sertakan juga data mengenai jumlah pemeriksaan yang sudah dilakukan (Form LAPORAN PEMERIKSAAN)
4. Dan kirimkan pula Lembar Hasil Pemeriksaan IMS dan VCT lewat electronic mail. Semua data tersebut dikirim oleh IAs Klinik ke FHI Provinsi, cc: M&E CO, dan laboratory officer FHI Country Office.
5. IAs Clinic mengirimkan permintaan reagensia ke FHI Jakarta via fax ditujukan ke :  
Nurhayati  
Laboratory Officer FHI Jakarta  
Fax No. : 021 – 4223455
6. IAs Clinic juga mengirimkan permintaan reagensia ke Clinical Service Officer masing – masing Provinsi.
7. Setelah IAs Klinik mengirimkan fax permintaan reagensia harap segera menghubungi Nurhayati, Laboratory Officer FHI Country Office Jakarta di handphone 08158046741.
8. Permintaan akan langsung dilayani dan dikirim pada hari yang sama bila permintaan dibawah jam 12.00, namun permintaan diatas jam 12.00 akan dilayani pada hari berikutnya.
9. Bila reagensia tidak diterima dalam waktu 1 minggu setelah permintaan harap segera mengkonfirmasi ke FHI Jakarta.

### **II. PENGEPAKAN & PENGIRIMAN REAGENSIA**

1. Setiap permintaan akan dilayani segera setelah fax diterima dan tidak boleh lebih dari satu minggu.

2. Setiap reagensia yang akan dikirim dimasukkan kedalam styrofoam dan sertakan es batu yang dibungkus dengan kertas.
3. Diatas box styrofoam diberi tanda "REAGENSIA SIMPAN PADA SUHU 2-8°C".
4. Buat alamat dan contact person yang jelas untuk masing – masing IAs atau FHI Provinsi penerima reagensia.
5. Sertakan tanda terima (rangkap 2) untuk setiap reagensia yang dikirim.
6. Reagensia akan dikirimkan langsung ke IAs Klinik yang meminta reagensia.
7. Pengiriman akan dilakukan menggunakan TIKI ONS (Over night services) namun dimana TIKI ONS tidak tersedia maka akan dikirim melalui layanan yang tercepat.
8. Setiap pengiriman reagensia suhu harus selalu terjaga dengan menyertakan es batu yang dibungkus dengan kertas.
9. Kembalikan juga tanda terima reagensia dengan mencantumkan dengan jelas nama penerima, tanggal & jam diterima dan tanda tangan.
10. Segera setelah reagensia diterima, Berita Acara Serah Terima harus dikirim kembali melalui fax ke FHI Jakarta 021-4223455 Up. Nurhayati.

### **III. PENYIMPANAN REAGENSIA**

1. Segera setelah diterima, simpan reagensia pada refrigerator suhu 2 – 8°C.
2. Simpan reagensia secara FIFO (First In First Out) dan atur penyimpanan reagensia agar yang kadaluarsanya terlebih dahulu yang digunakan.
3. Catat suhu refrigerator setiap hari untuk menjaga kestabilan suhu. (Form PENCATATAN SUHU REFRIGERATOR)
4. Biarkan reagen selama ± 30 menit pada suhu kamar sebelum digunakan dan segera kembalikan ke refrigerator setelah digunakan.
5. Gunakan reagensia yang masa kadaluarsanya terpendek dahulu.
6. Jangan gunakan reagensia yang sudah kadaluarsa.
7. Buat kartu stock untuk masing – masing reagensia dan catat setiap penggunaan reagensia.

### **IV. DAFTAR REAGENSIA YANG DISEDIAKAN OLEH FHI**

#### **SIFILIS**

1. RPR Shield Syphilis @ 500 test
2. DETERMINE SYPHILIS @ 100 test

#### **ANTI-HIV**

3. SD HIV 1/2 3.0 Biline @ 100 test
4. DETERMINE HIV @ 100 test.
5. TRIDOT HIV @ 10 test dan 50 test.
6. ONCOPROBE HIV @ 50 test

KOP KLINIK DENGAN ALAMAT, NO, TELP LENGKAP

---

FORMULIR PERMINTAAN REAGENSIA

NAMA CLINIC :  
LAYANAN : STI/ VCT/ STI & VCT\*

Bersama ini mohon dikirimkan :

No	Nama Reagensia	Kebutuhan (jumlah test)

Reagensia tersebut harap dikirimkan ke :

Nama Clinic : \_\_\_\_\_  
Contact Person : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Kode Pos : \_\_\_\_\_  
Telp / Hp yang dapat dihubungi : \_\_\_\_\_

Hormat kami,

Tanda tangan  
Jabatan

\* : coret salah satu

## SOP PENGOBATAN DAN KONSELING

No : CSU/STI/04  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan: Memberikan panduan bagi dokter atau paramedis yang bertugas di ruang pengobatan dan konseling

Tanggung jawab: Dokter dan paramedis

### Alat dan Bahan:

- 2 kursi
- Meja
- Dildo
- Kondom
- KIE; brosur, leaflet, lembar balik
- Tensimeter
- Stetoskop
- Obat-obatan; ciprofloksasin, cefixim, azitromisin, doksisisiklin, metronidazol, asiklovir, Benzatin penicillin, water for injection, spuit 10 cc, nistatin supp vag, kit untuk anafilaktik (2 ampul epinefrin 1 mg/ml, 2 spuit 10 cc, jarum no. 19 dan 21 , infuse set, abocath no. 20 dan 22 , 2 bag RL, 2 bag. NaCl 0,9%, 2 vial plastic water for injection 10 cc)

### Prosedur :

*Setelah ada hasil dari ruang laboratorium, petugas laboratorium menyerahkan hasil pada dokter. Dokter menegaskan diagnosis, menetapkan pengobatan, dan mencatatnya pada CM. Pasien dipanggil untuk diberikan pengobatan dan konseling oleh dokter atau paramedis*

1. Berikan konseling pada pasien mengenai:
  - a. Hasil pemeriksaan dan hasil laboratorium
  - b. Diagnosis, cara penularan, diskusikan sumber penularan, dan kemungkinan orang lain yang tertular, cara pencegahan
  - c. Obat yang diberikan; cara minum atau pakainya, berapa kali sehari, harus dihabiskan, hal-hal yang sebaiknya dilakukan sehubungan dengan obatnya, hal-hal yang harus dihindari saat ia minum obat
2. Minta pasien untuk mengulangi pesan dokter atau paramedis sehubungan dengan obat
3. Berikan demo mengenai cara pakai kondom yang benar
4. Minta pasien untuk melakukan cara memakai kondom
5. Jelaskan kapan pasien harus kembali untuk kontrol
6. Identifikasi pasangan seksual, ajak untuk datang ke klinik
7. Bawakan obat pada pasien
8. Tawarkan kondom
9. CM diserahkan ke petugas administrasi untuk direkap dan dimasukkan datanya.

Sumber: WHO Emergency Health Kit

## SOP SKIN TEST INJEKSI BENZATIN PENICILLIN

No : CSU/STI/04-1  
Tanggal pembuatan : 24 April 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 24 April 2008

Tujuan: memberikan panduan pada dokter, perawat/bidan untuk melakukan skintest.

Tanggung jawab: Dokter, paramedis

Alat dan Bahan:

- Sarung tangan
- Benzatin penicillin
- *Water for injection*
- Kapas alkohol
- Insul 1 cc

Prosedur:

1. Larutkan Benzatin Penicillin dengan 9 cc Aqua
2. Ambil 0,1 cc ke dalam insul 1 cc kemudian tambahkan 0,9 cc Aqua for injection
3. Desinfeksi lengan bawah bagian dalam dengan kapas alcohol
4. Suntikkan 0,1 cc larutan untuk skintest subkutan
5. Tunggu 15 menit, lihat adanya indurasi
6. Indurasi >5mm kemungkinan pasien alergi penicillin, beri obat alternatif

## SOP PEMBERIAN INJEKSI BENZATIN PENICILLIN

No : CSU/STI/04-2  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan: memberikan panduan pada dokter, perawat/bidan dalam memberikan pengobatan Benzatin Penicilin

Tanggung jawab: Dokter, paramedis

Alat dan Bahan:

- Sarung tangan
- Benzatin penicillin
- *Water for injection*
- Kapas alkohol
- S spuit 10 cc
- Jarum no. 18G

Prosedur:

1. Jelaskan pada pasien cara pemberian BP
2. Tenangkan pasien, jelaskan bahwa prosedur ini mungkin membuat sedikit tidak nyaman saat dilakukan dan sesudah dilakukan
3. Larutkan serbuk BP dengan 9 cc water for injection
4. Masukkan larutan ke dalam spuit
5. Ganti jarum dengan jarum no. 18G
6. Lakukan antiseptik pada kulit bokong yang akan disuntik dengan kapas alkohol, tunggu hingga kering
7. Segera suntikkan sebanyak masing-masing 5 cc di tiap bokong, terlebih dulu lakukan aspirasi
8. Keluarkan jarum
9. Buang alat suntik ke dalam wadah tahan tusukan
10. Pada pasien dengan sifilis lanjut, jelaskan pentingnya ia kembali pada jadwal yang telah ditentukan, catat tanggal kembali pada kartu pasien

## SOP SYOK ANAFILAKTIK

No : CSU/STI/04-3  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

Tujuan : Memberikan panduan bagi dokter atau paramedis yang bertugas di klinik IMS dalam menangani kasus syok anafilaktik

Tanggung jawab : Dokter dan paramedis

### Alat dan Bahan :

- Tensimeter
- Stetoskop
- 2 ampul epinefrin 1 mg/ml, 2 spuit 10 cc, jarum no. 19 dan 21 , infuse set, abocath no. 18 dan 22 , 2 kantong RL, 2 kantong. NaCl 0,9%, 2 vial plastic *water for injection* 10 cc

### Prosedur :

*Tanda: penurunan tekanan darah secara mendadak, takikardi, denyut lemah, ruam, urtikaria, gejala saluran napas; sesak atau bronkospasme*

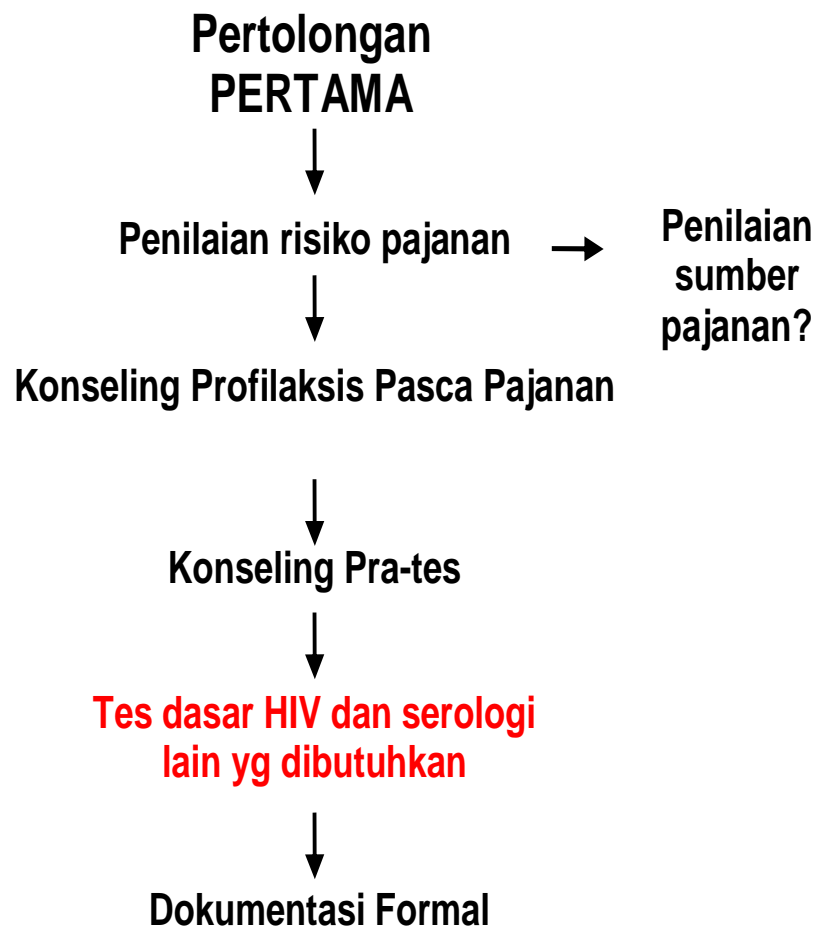
1. Hentikan obat
2. Baringkan pasien pada alas yang datar
3. Perhatikan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi pasien
4. Suntikkan epinefrin (larutkan 1 mg epinefrin dengan 9 cc *water for injection*), secara intravena, 1 cc tiap 10 menit hingga tekanan darah 100mmHg, dapat diberikan hingga 10 cc
5. Pasang infus
6. Bila sulit menemukan vena, berikan epinefrin 0.3-0.5 mg secara subkutan atau intramuscular, ulangi tiap 5-10 menit jika perlu
7. Setelah stabil (jalan napas baik, pernapasan baik, serta sirkulasi baik) rujuk ke rumah sakit untuk dimonitor

Sumber: MSF Clinical Guidelines 2006

## SOP PROFILAKSIS PASCA PAJANAN

No : CSU/PPP/01  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### ALUR PROFILAKSIS PASCA PAJANAN



**SOP PROFILAKSIS PASCA PAJANAN  
PAJANAN AKIBAT PEKERJAAN: PENANGANAN TEMPAT PAPARAN**

No : CSU/PPP/01-1  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

**A. TUJUAN**

Menjelaskan proses tenaga kesehatan dalam menangani kontak dengan bahan-bahan yang berpotensi infeksius.

**B. PROSEDUR**

*Yang harus segera dilakukan ketika terkena pajanan:*

1. Cuci area yang terpajan dengan cairan yang berpotensi infeksius dengan sabun dan air.
2. Bilaslah mukosa membran yang terpajan dengan air. Jika tersedia larutan saline, bilaslah mata dengan saline.
3. Jangan menambahkan bahan yang dapat mengiritasi, termasuk antiseptik dan desinfektan ke area yang terpajan.

**SOP PROFILAKSIS PASCA PAJANAN  
PAJANAN AKIBAT PEKERJAAN: MELENGKAPI LAPORAN PAJANAN**

No : CSU/PPP/01-2  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

- A. Beritahu Petugas Medik perihal pajanan sesegera mungkin
- B. Lengkapi Formulir Laporan Kejadian Pajanan Akibat Pekerjaan Fasilitas Kesehatan
1. Tanggal dan waktu pajanan
  2. Lokasi pajanan
  3. Dimana dan bagaimana pajanan terjadi
  4. Jika menyangkut objek tajam, jenis dan merk alat tersebut
  5. Jenis dan jumlah cairan
  6. Tingkat keparahan pajanan ( misal, kedalaman luka tusuk )
  7. Sumber pajanan:
    - Status infeksi
    - Jika terinfeksi HIV, derajat kesakitannya, viral load jika ada, riwayat terapi anti retroviral
  8. Konseling dan penanganan pasca pajanan
  9. Perincian tentang tenaga kesehatan yang terpajan:
    - Status medis yang ada
    - Status vaksinasi Hepatitis B
- C. Laporkan kejadian ke Dokter Penanggung Jawab. Dokter penanggung jawab akan melaporkan kejadian ke Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten dan orang yang terkena pajanan di rujuk ke RS yang memiliki ARV.

**SOP PROFILAKSIS PASCA PAJANAN  
PAJANAN AKIBAT PEKERJAAN: EVALUASI PAPARAN**

No : CSU/PPP/01-3  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

- A. Petugas Medis akan mengevaluasi pajanan yang berpotensi menularkan virus HIV berdasarkan pada:  
(Petugas yang menilai dapat seorang dokter klinik IMS yang telah dilatih HIV/AIDS dan jika klinik tersebut memiliki ARV, atau jika klinik tidak memiliki ARV sendiri atau dokter belum dilatih, bisa dengan sistem rujukan ke rumah sakit rujukan yang memiliki ARV)
1. Jenis dan jumlah cairan tubuh/ jaringan
    - Darah
    - Cairan yang mengandung darah
    - Cairan semen
    - Cairan vagina
    - Cairan otak
    - Cairan sendi
    - Cairan pleura
    - Cairan peritoneal
    - Cairan perikardial
    - Cairan amnion
  2. Jenis pajanan
    - Luka perkutaneus
    - Pajanan membran mukosa
    - Pajanan pada kulit yang tidak utuh
    - Gigitan yang mengakibatkan pajanan melalui darah
  3. Status sumber infeksi
    - Adanya antibodi HIV
    - Adanya HbsAg
    - Adanya antibodi HCV
- A. Jika status HIV orang sumber tidak diketahui, orang yang menjadi sumber akan diinformasikan tentang adanya kejadian dan diminta persetujuannya untuk dilakukan tes diagnostik HIV.
- Test untuk menegakkan diagnosis HIV harus dilakukan sesegera mungkin; dianjurkan melakukan test antibodi HIV cepat
  - Kerahasiaan orang yang merupakan sumber akan dijaga selalu
  - Jika orang yang merupakan sumber HIV negatif, test awal atau penatalaksanaan lebih lanjut terhadap tenaga kerja kesehatan yang terpajan tidaklah diperlukan.

B. Jika orang yang merupakan sumber menolak test HIV, Petugas Medis yang Bertugas akan datang akan menghubungi dokter penanggung jawab klinik yang akan meminta sumber dengan persuasif untuk mau diperiksa darahnya dengan tetap memperhatikan prinsip konfidensial.

D. Jika orang yang merupakan sumber tidak diketahui, pajanan akan dievaluasi sebagai kasus yang beresiko tinggi untuk infeksi: dimana dan dalam keadaan apa pajanan itu terjadi.

## SOP PROFILAKSIS PASCA PAJANAN MEMILIH OBAT UNTUK PAJANAN HIV

No : CSU/PPP/01-1  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

### A. Definisi resiko

#### 1. Resiko rendah

- Terpajan dengan sedikit darah atau cairan yang terkontaminasi darah dari penderita infeksi HIV yang tanpa gejala dengan kandungan Virus yang rendah.
- Pajanan perkutaneus dengan jarum tak berlubang
- Berbagai macam luka superfisial atau pajanan mukokutaneus

#### 2. Resiko tinggi

- Terpajan dengan banyak darah atau cairan infeksi
- Terpajan dengan darah atau cairan yang terkontaminasi darah penderita infeksi HIV dengan kandungan virus yang tinggi
- Luka dengan menggunakan jarum berlubang
- Luka yang dalam dan luas
- Kepastian adanya resistensi obat anti retrovirus di pasien sumber

### B. Regimen untuk kategori risiko

Kategori risiko	Profilaksis anti retro virus
Rendah	Zidovudine (AZT) 300 mg dua kali sehari selama 28 hari. Lamivudine (3TC) 150 mg dua kali sehari selama 28 hari (CATATAN : Regimen dapat diberikan berupa <b>Duviral</b> 1 tablet, dua kali sehari) Pilihan lain pengganti Zidovudine = Stavudine 30mg/40 mg dua kali sehari
Tinggi	Zidovudine(AZT) 300 mg dua kali sehari selama 28 hari Lamivudine (3TC) 150 mg dua kali sehari selama 28 hari Efavirenz( EFV) 600mg satu kali sehari Pilihan lain pengganti efavirenz: Lop/r (Kaletra) 2X400 mg (3 tab) (CATATAN: <b>Duviral</b> 1 tablet dua kali sehari dapat menggantikan dengan Zidovudine+ Lamivudine)

*Nevirapine tidak direkomendasikan untuk PPP*

### C. Toksisitas ARV

1. Gejala efek samping ARV, seperti sakit kepala, muntah dan diare sering ditemukan.

2. Direkomendasikan untuk melanjutkan penanganan tanpa merubah regimen PPP (contoh, menambahkan analgesik, antimotilitas atau anti mual )

## SOP PENGELOLAAN LIMBAH

No : CSU/STI/05  
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007  
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

**TUJUAN :**  
Prosedur pengelolaan limbah ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat menjaga dirinya sendiri dan lingkungan.

**PENANGGUNG JAWAB :**  
Prosedur pengelolaan limbah ini harus dilakukan oleh seluruh petugas laboratorium dan petugas medis lain yang ditunjuk oleh Program Manager.

**PROSEDUR KERJA :**

### I. JENIS – JENIS LIMBAH

Upaya pengelolaan limbah di klinik meliputi penanganan limbah cair dan padat. Adapun teknik penanganan sampah meliputi pemisahan, penanganan, penampungan sementara dan pembuangan.

#### 1. LIMBAH UMUM ATAU SAMPAH RUMAH TANGGA

Semua limbah yang tidak kontak dengan tubuh pasien umumnya dikenal sebagai sampah non-medis, yakni sampah – sampah yang dihasilkan dari kegiatan di ruang tunggu pasien/pengunjung, ruang administrasi. Sampah jenis ini meliputi sisa makanan, sisa pembungkus makanan, plastik dan sisa bungkus obat.

Cara Penanganan limbah umum atau sampah rumah tangga :

- Kumpulkan sampah dalam kantong plastik hitam.
- Sampah jenis ini dapat langsung dibuang melalui pelayanan pengelolaan sampah kota atau dibuang ke tempat sampah.

#### 2. LIMBAH KLINIS

Limbah klinis merupakan tanggung jawab klinik/sarana kesehatan lain dan memerlukan perlakuan khusus. Karena dapat memiliki potensi menularkan penyakit maka dikategorikan sebagai limbah berisiko tinggi.

Limbah Klinis antara lain :

1. Darah atau cairan tubuh lainnya, material yang mengandung darah kering seperti perban, kassa dan benda – benda dari kamar periksa.
2. Benda – benda tajam bekas pakai, misalnya jarum vacuntainer, jarum suntik, tabung darah, cover gelas dan objek gelas yang bersifat infeksius.

Cara Penanganan Limbah Klinis:

1. Untuk limbah benda tajam tempatkan wadah tahan tusukan (sharp bin biohazard).

2. Untuk limbah klinis lain sebelum dibawa ke tempat pembuangan akhir/pembakaran (insinerator) semua jenis limbah klinis ditampung dalam kantong kedap air, biasanya berwarna kuning.
3. Ikat rapat/tutup bila kantong plastik limbah kuning dan sharp bin container sudah berisi 3/4 penuh.

### 3. LIMBAH LABORATORIUM

Setiap jenis limbah yang berasal dari laboratorium dikelompokkan sebagai limbah berisiko tinggi.

Cara Penanganan limbah laboratorium:

1. Sebelum keluar dari ruang laboratorium dilakukan dekontaminasi dengan hipoklorit selanjutnya ditangani secara prosedur pembuangan limbah klinis.
2. Cara penanganan terbaik untuk limbah medis adalah dengan insenerasi.
3. Satu – satu cara lain adalah menguburnya dengan metoda kapurisasi.

## II. PEMILAHAN LIMBAH

Pemilahan dilakukan dengan menyediakan wadah yang sesuai dengan jenis sampah medis. Wadah – wadah sampah tersebut biasanya menggunakan kantong plastik berwarna sehingga memudahkan untuk membedakan sampah non medis dan sampah medis.

Warna Kantong	Jenis Limbah
Hitam	Limbah rumah tangga biasa, tidak digunakan untuk menyimpan atau mengangkut limbah klinis
Kuning	Semua jenis limbah yang akan dibakar
Kuning dengan strip hitam	Jenis limbah yang sebaiknya dibakar tetapi bisa juga dibuang di sanitary landfill bila dilakukan pengumpulan terpisah dan pengaturan pembuangan.
Biru muda atau transparan dengan strip biru tua	Limbah untuk autoclaving (pengolahan sejenis) sebelum pembuangan akhir
Merah	Limbah beracun dan radioaktif

### WADAH LIMBAH PADAT

1. Selalu gunakan sarung tangan dan sepatu pada saat menangani dan membawa limbah medis.
2. Gunakan wadah yang mudah dicuci, tidak mudah bocor, wadah yang paling baik dapat dari jenis plastik atau logam galvanis sebab tidak mudah bocor dan korosif.
3. Dilengkapi dengan tutup, lebih baik jika tersedia wadah yang dilengkapi dengan pedal pembuka.
4. Tempatkan wadah limbah padat pada tempat yang sesuai, jauh dari jangkauan anak – anak dan pasien serta tidak dekat dengan ruang makan atau ruang tunggu.

5. Kosongkan wadah setiap hari atau saat 3/4 bagiannya sudah penuh walau belum 1 hari dan jangan memungut limbah medis tanpa menggunakan sarung tangan.
6. Cucilah wadah limbah medis dengan larutan desinfektan dan bilas dengan air minimal sekali setiap hari atau bila kelihatan kotoran/kontaminan setelah dipakai.
7. Lepas sarung tangan dan cuci tangan setelah melakukan penanganan limbah.

#### **WADAH PENAMPUNG LIMBAH BENDA TAJAM**

1. Selalu gunakan sarung tangan dan sepatu pada saat menangani dan membawa limbah medis.
2. Tahan bocor dan tahan tusukan.
3. Beri wadah dengan hipoklorit 0.5%.
4. Harus mempunyai pegangan yang dapat dijinjing dengan satu tangan.
5. Mempunyai penutup yang tidak dapat dibuka lagi.
6. Bentuknya dirancang agar dapat digunakan dengan satu tangan.
7. Ditutup dan diganti setelah 3/4 bagian terisi limbah.
8. Ditangani bersama limbah medis.

### **III. PENANGANAN LIMBAH**

Penanganan sampah dari masing – masing sumber dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Wadah tidak boleh penuh atau luber. Bila wadah sudah terisi 3/4 bagian maka segera dibawa ke tempat pembuangan akhir.
2. Wadah berupa kantong plastic dapat diikat rapat pada saat pengangkutan, dan akan dibuang berikut plastiknya.
3. Pengumpulan sampah dari ruang pemeriksaan dan ruang laboratorium harus disimpan dalam wadah yang tertutup atau tong sebelum dikapurisasi atau incenerasi.
4. Petugas yang menangani harus selalu menggunakan sarung tangan dan sepatu, serta harus mencuci tangan dengan sabun cair setiap selesai mengambil sampah.

### **IV. PENAMPUNGAN SEMENTARA**

Pewadahan sementara sangat diperlukan sebelum sampah dibuang. Syarat yang harus dipenuhi wadah sementara ialah:

1. Ditempatkan pada daerah yang tidak mudah dijangkau petugas, pasien dan pengunjung.
2. Harus tertutup dan kedap air serta tidak mudah bocor agar terhindar dari jangkauan serangga, tikus dan binatang lainnya.
3. Harus bersifat sementara dan tidak boleh lebih dari satu hari untuk sampah non infeksius.
4. Untuk sampah infeksius dan benda tajam yang menunggu pembuangan ke insenerasi ditempatkan kedalam tong yang terbuat dari logam galvanis atau plastik yang tertutup.

### **V. PEMBUANGAN / PEMUSNAHAN**

Seluruh sampah yang dihasilkan pada akhirnya harus dilakukan pembuangan atau pemusnahan. Sistem pemusnahan yang dianjurkan adalah dengan pembakaran (insenerasi). Pembakaran dengan suhu tinggi akan membunuh mikroorganisme dan mengurangi volume sampah sampai 90%.

### **A. Pembuangan Limbah Cair**

Pengelolaan limbah cair harus tetap mendapat penanganan dengan memperhatikan kaidah – kaidah dalam pengelolaan (pembuangan) limbah cair antara lain:

1. Sistem penyaluran harus tertutup
2. Kemiringan 2-4° untuk menjaga agar tidak terjadi endapan dalam saluran.
3. Belokan (elbow) saluran harus lebih besar dari 90°.
4. Bangunan penampung (septic tank) harus kedap air, kuat, dilengkapi dengan main hole dan lubang hawa (ventilasi).
5. Penempatan lokasi harus mempertimbangkan keadaan muka air tanah dan jarak dari sumber air.

### **B. Pembuangan Benda Tajam**

1. Wadah benda tajam merupakan limbah medis yang harus dimasukkan kedalam kantong medis sebelum insenerasi.
2. Idealnya semua benda tajam dapat diinsenerasi, tetapi bila tidak mungkin dapat dikubur dan dikapurisasi bersama limbah lain.
3. Namun apapun metoda yang digunakan jangan sampai menimbulkan timbulnya luka,

### **C. Cara Menimbun Sampah Medis**

Bila fasilitas insenerator tidak ada maka limbah medis dimusnahkan dengan cara kapurisasi di halaman Puskesmas / sarana kesehatan sebagai berikut:

1. Buatlah sumur dengan kedalaman 2.5 meter setiap tinggi sampah 75cm ditaburi dengan kapur sampai tertutup rata kemudian ditambahkan sampah lagi setinggi 75 cm dan ditaburi lagi dengan kapur secara merata kemudian dikubur.
2. Penguburan limbah medis sebaiknya menggunakan kaleng tidak menggunakan kantong plastik.
3. Bila sampah menggunakan kantong plastik bakar dulu sampah baru kemudian ditimbun.

CARA MENIMBUN SAMPAH MEDIS BILA INSENERATOR TIDAK TERSEDIA

