

Standard Operasional Prosedur

Klinik IMS dan VCT



KLINIK IMS dan VCT

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

CLINICAL SERVICES UNIT
FHI INDONESIA
2007

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| 1. Standar minimum klinik IMS | 2 |
| 2. Standar minimum penyelenggaraan layanan VCT, Managemen Kasus, Kelompok Dukungan Sebaya, dan Program Hotline MSM ASA – FHI | 16 |
| 3. Standar minimal peralatan dan furniture di ruang laboratorium IMS & VCT | 26 |
| 4. Alur pasien di klinik IMS - VCT – MK | 29 |
| 5. Alur pemeriksaan laboratorium IMS & HIV | 31 |
| 6. Alur pemeriksaan sifilis | 32 |
| 7. Alur pemeriksaan anti-HIV | 33 |
| 8. Alur permintaan reagensia | 34 |
| 9. Alur profilaksis pasca pajanan | 35 |
| 10. Alur pengelolaan limbah | 36 |
| 11. SOP kewaspadaan standar klinik IMS & VCT | 38 |
| 12. SOP membuat larutan chlorine 0.5% | 39 |
| 13. SOP dekontaminasi bedgyn | 40 |
| 14. SOP DTT dengan merebus | 41 |
| 15. SOP administrasi klinik IMS | 42 |
| 16. SOP administrasi klinik VCT | 43 |
| 17. SOP pengambilan darah vena | 44 |
| 18. SOP pengolahan sample darah | 46 |
| 19. SOP pemeriksaan klinik IMS | 47 |
| 20. SOP penggunaan speculum | 50 |
| 21. SOP penggunaan anuskopi | 51 |
| 22. SOP pengambilan sampel dan pembuatan preparat | 52 |
| 23. SOP milking | 54 |
| 24. SOP kombinasi penyuluhan kelompok (group education) dan VCT | 55 |
| 25. SOP pelayanan konseling pra tes | 57 |
| 26. SOP petugas laboratorium klinik IMS & VCT | 59 |

| | |
|---|----|
| 27. SOP pemeriksaan sediaan basah (NaCl 0.9% & KOH 10%) untuk identifikasi T. vaginalis, clue cells, bau amine & candida | 61 |
| 28. SOP pemeriksaan sediaan metilen blue untuk identifikasi diplococcus intraseluler dan PMN | 63 |
| 29. SOP pemeriksaan sifilis | 65 |
| 30. SOP pemeriksaan anti-HIV | 69 |
| 31. SOP kontrol kualitas preparat metilen blue | 75 |
| 32. SOP kontrol kualitas pemeriksaan anti-HIV | 77 |
| 33. SOP permintaan reagensia | 79 |
| 34. SOP pengobatan dan konseling | 82 |
| 35. SOP skintest injeksi benzatin penicillin | 83 |
| 36. SOP pemberian injeksi benzatin penicillin | 84 |
| 37. SOP syok anafilaktik | 85 |
| 38. SOP Pelayanan konseling pasca test | 86 |
| 39. SOP pelayanan petugas manajemen kasus | 88 |
| 40. SOP Profilaksis Pasca Pajanan | 93 |
| 41. SOP pengelolaan limbah | 99 |

Lampiran – Lampiran :

Lampiran 1 : Catatan Medis STI

Lampiran 2 : Catatan Medis VCT

Lampiran 3 : Catatan Medis MK

Lampiran 4 : Formulir permintaan pemeriksaan anti-HIV

Lampiran 5 : Formulir hasil pemeriksaan laboratorium VCT

Lampiran 6 : Lembar hasil pemeriksaan laboratorium IMS

Lampiran 7 : Lembar hasil pemeriksaan laboratorium VCT

Lampiran 8 : Formulir laporan jumlah pemeriksaan

Lampiran 9 : Formulir pencatatan suhu refrigerator

Lampiran 10 : Kartu stock reagensia

Lampiran 11 : Daftar peralatan klinik IMS

Lampiran 12 : Cek list konseling pre test dan konseling post test



**STANDAR MINIMUM
KLINIK IMS dan VCT**

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.

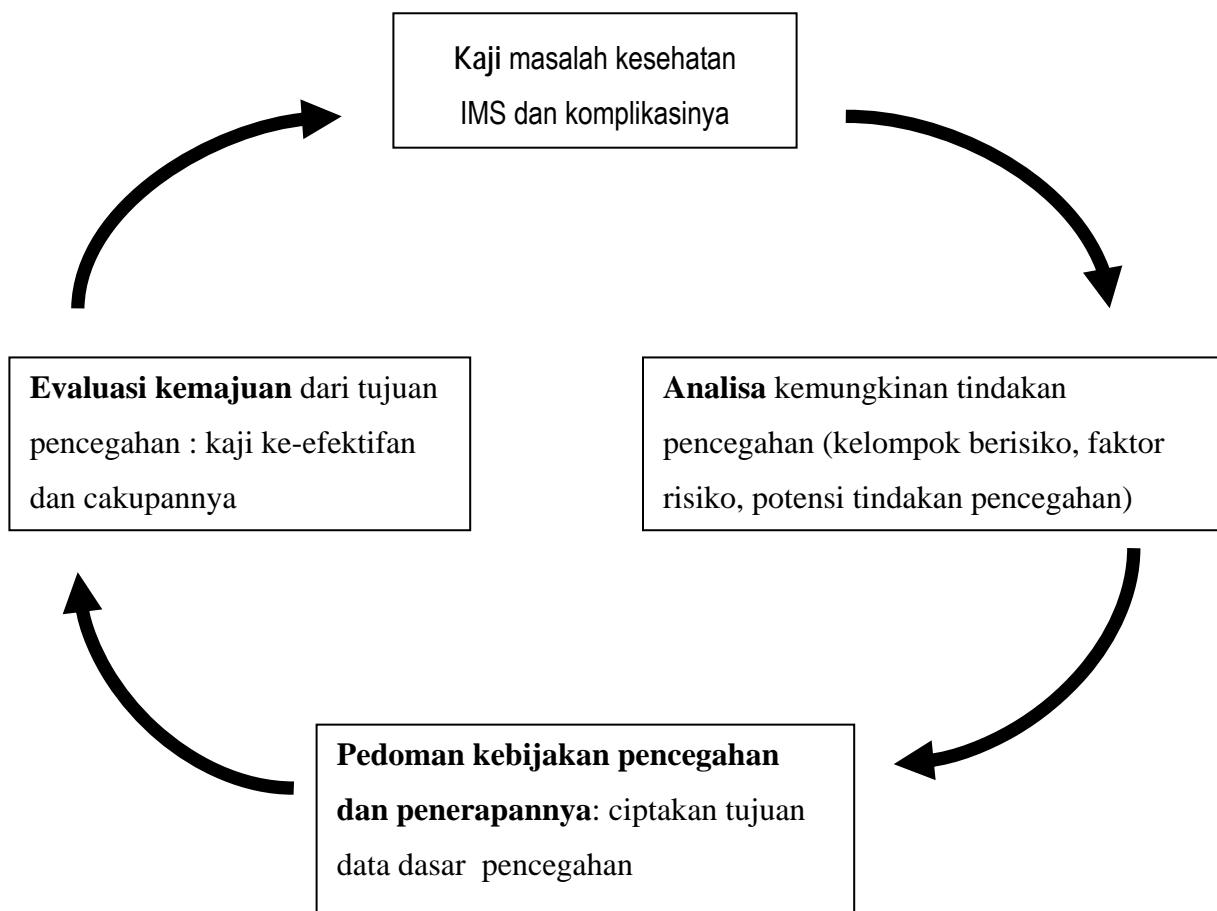
Strategi untuk Perubahan Perilaku Berkesinambungan dapat menjelaskan secara eksplisit unsur-unsur yang berhubungan dengan IMS (contoh pengenalan gejala, pentingnya dapat pengobatan segera, pentingnya menyelesaikan pengobatan, pentingnya pengobatan pasangan, interaksi antara IMS dan HIV, dll) harus dikembangkan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

*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 laboratoirum 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 laboratorrium 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.

STANDARD MINIMUM
PENYELENGGARAAN LAYANAN VCT, MANAGEMEN KASUS, KELOMPOK DUKUNGAN
SEBAYA, DAN PROGRAM HOTLINE MSM ASA - FHI

- Tujuan :
- Mempersiapkan penyelenggaraan VCT, MK, Kelompok dukungan dan hotline services MSM sesuai dengan standar ASA – FHI.
 - Memahami keuntungan dan kerugian standar minimal berbagai model pelayanan VCT, Manajemen Kasus & program Hotline yang dikembangkan ASA-FHI.

Penanggung Jawab : Konselor, Manager Kasus & pengelola program Hotline Services

I. Jenis dan Pendekatan Pelayanan VCT, Manajemen Kasus dan Hotline Service

A. Pelayanan VCT

1. VCT Mandiri.

VCT yang tidak berintegrasi dengan pelayanan kesehatan dan mempunyai hubungan dengan pelayanan perawatan dan dukungan lain. Pelayanan mandiri dikelola oleh LSM lokal dan menjadikan VCT sebagai kegiatannya utamanya. Keberhasilan pelayanan didukung oleh publikasi, pemahaman masyarakat akan VCT, mobile VCT, dan upaya untuk mengurangi stigma berkaitan dengan HIV. Contoh pelayanan VCT mandiri adalah yang dikelola oleh LSM seperti Hotline Surabaya- Jawa Timur dan HIKHA, Bandung-Jawa Barat.

2. VCT yang terintegrasi pada pelayanan kesehatan (Infeksi Menular Seksual, Terapi Tuberkulosa, pelayanan kesehatan masyarakat, dan rumah sakit).

Pelayanan VCT dapat terintegrasi pada pelayanan kesehatan yang telah ada. Dalam pendekatan ini, ASA-FHI mengintegrasikan layanan pada program IMS, TB, Puskesmas dan rumah sakit. Contoh pelayanan VCT yang terintegrasi dilakukan pada hampir sebagian besar program IMS, dua klinik TB (PPTI DKI Jakarta dan BP4 Semarang), Puskesmas Gondang legi bersama IDU program, dan RS jejaring pelayanan VCT.

3. VCT yang terintegrasi pada pelayanan penjangkauan lapangan atau program BCI (BCC- Seksual & HR Program)

Bagi mereka yang sudah mendapatkan program BCI atau terjangkau oleh program lapangan dipromosikan untuk mengikuti pelayanan VCT. Salah satu variasi pendekatan ini adalah konselor bekerjasama dengan petugas lapangan untuk membantu kelompok memperoleh akses lebih dekat.

B. Pelayanan Manajemen Kasus

1. Manajemen Kasus Mandiri.

Pelayanan manajemen kasus yang tidak berintegrasi dengan pelayanan kesehatan tetapi mempunyai hubungan dengan pelayanan perawatan dan dukungan lain. Pelayanan mandiri dikelola oleh LSM lokal dan menjadikan manajemen kasus sebagai kegiatannya

utamanya. Keberhasilan pelayanan didukung oleh kerja jejaring dengan penyedia layanan kesehatan, rehabilitasi, atau LSM. Contoh pelayanan manajemen kasus mandiri adalah yang dikelola oleh LSM seperti yayasan Layak- DKI Jakarta dan Bandung Plus Support, Jawa Barat.

2. Manajemen Kasus yang terintegrasi pada pelayanan VCT dan pelayanan kesehatan (Infeksi Menular Seksual, Terapi Tuberkulosa, pelayanan kesehatan masyarakat, dan rumah sakit).

Pelayanan manajemen kasus dapat terintegrasi pada pelayanan VCT yang telah menempel pada pelayanan kesehatan yang telah ada. Dalam pendekatan ini, ASA-FHI mengintegrasikan layanan MK sebagai pendukung pelayanan VCT pada program IMS, TB, Puskesmas dan rumah sakit. Contoh pelayanan MK yang terintegrasi dilakukan pada hampir sebagian besar program IMS dan VCT, dua klinik TB (PPTI DKI Jakarta dan BP4 Semarang), Puskesmas Gondang legi bersama IDU program, dan RS jejaring pelayanan MK.

3. Manajemen Kasus yang terintegrasi pada pelayanan penjangkauan lapangan atau program BCI (BCC-Seksual & HR Program).

Bagi mereka yang sudah mendapatkan program BCI dan mengikuti pelayanan VCT akan mendapatkan dukungan pelayanan lanjutan berupa manajemen kasus. Pelayanan ini diberikan bagi mereka yang hasil VCT reaktif ataupun non reaktif. Pelayanan yang diberikan kepada hasil testing non reaktif merupakan salah satu dukungan untuk prevention case management. Salah satu variasi pendekatan ini adalah antara petugas manajemen kasus harus berkoordinasi dengan konselor dan petugas lapangan.

C. Kelompok Dukungan Sebaya

Bagi mereka yang positif HIV ditawarkan untuk terlibat dalam perkumpulan atau kelompok sesama yang memiliki status HIV. Kelompok dukungan sebaya ini dapat difasilitasi oleh konselor, petugas manajemen kasus, atau petugas lapangan pada program yang telah dikembangkan ASA-FHI. Kelompok dukungan sebaya membantu sesama Odha untuk menerima status, menerapkan komunikasi perubahan perilaku-positive prevention, peningkatan kualitas hidup, issue kepatuhan, dan bagaimana untuk terus berdaya menghadapi stigma dan diskriminasi sehingga bisa tetap hidup bersama dengan masyarakat.

D. Program Hotline Service MSM

Pola konseling telepon dan pemberian informasi melalui sms untuk MSM dikembangkan pada program BCI yang telah menjangkau atau bekerja untuk komunitas MSM. Materi-materi hotline services merupakan kelanjutan dari program penjangkauan. Untuk menjawab permasalahan MSM terhadap issue psikososial, kesehatan seksual dan HIV&AIDS perlu upaya dengan penyediaan layanan telephon khusus bagi MSM (waria, gay dan kucing).

II. Standart Minimum Penyelenggaraan Pelayanan VCT

A. Sumber Daya Manusia

1. Layanan VCT harus mempunyai sumber daya manusia yang sudah terlatih VCT dan memiliki kemampuan melakukan konseling dalam konteks pre dan post HIV&AIDS. Sumber daya manusia yang terlibat dalam pengembangan pelayanan VCT disesuaikan dengan model dan adaptasi dari pelayanan VCT. Petugas konseling VCT professional diutamakan yang telah menamatkan pendidikan S1 dan berlatarbelakang psikologi, ilmu terapan psikologi dan konseling, psikologi konseling, ilmu social, dan pastoral. Untuk menyesuaikan situasi lapangan dan kelompok dampingan, petugas konseling VCT professional dapat dipilih dari mereka yang memiliki potensi dan kualitas yang sesuai sebagai calon konselor professional dan terlatih. Minimum pendidikan adalah SMU, mengikuti program pelatihan khas untuk HIV/AIDS, berkepribadian stabil dan matang serta usia dibawah 40 tahun.

a. Petugas pelayan VCT Mandiri terdiri dari;

| | |
|---------------------|-------------------------|
| Satu Petugas | Program Manager |
| Satu Petugas | Koordinator Konselor |
| Tiga – Lima Petugas | Konselor VCT Terlatih |
| Satu Petugas | Petugas Manajemen Kasus |
| Satu Petugas | Petugas Laboratorium |
| Satu Petugas | Dokter Pengampu |
| Satu Petugas | Petugas Administrasi |
| Satu Petugas | Pekarya kantor |

b.VCT yang terintegrasi pada pelayanan kesehatan terdiri dari;

| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Satu Petugas | Direktur Program |
| Satu Petugas | Program Manager |
| Satu tim STI & Laboratorium | Tim STI |
| Satu Petugas | Konselor VCT Terlatih |
| Satu Petugas | Petugas Manajemen Kasus |

c.VCT yang terintegrasi pada pelayanan penjangkauan lapangan atau program BCI (BCC- Seksual & HR Program) terdiri dari;

| | |
|--------------|-------------------------|
| Satu Petugas | Direktur Program |
| Satu Petugas | Program Manager |
| Satu tim BCI | Tim BCI |
| Satu Petugas | Konselor VCT Terlatih |
| Satu Petugas | Petugas Manajemen Kasus |

2. Layanan MK harus mempunyai sumber daya manusia yang sudah terlatih dan kompeten. Sumber daya manusia yang terlibat dalam pengembangan pelayanan MK disesuaikan dengan model dan adaptasi dari pelayanan MK. Petugas manajemen kasus professional diutamakan yang telah menamatkan pendidikan S1 dan berlatarbelakang ilmu pekerja social, psikologi, ilmu terapan psikologi dan konseling, komunikasi, dan ilmu social. Untuk menyesuaikan situasi lapangan dan kelompok dampingan, petugas manajemen kasus konseling dapat dipilih dari mereka yang memiliki potensi dan kualitas yang sesuai sebagai calon petugas manajemen kasus. Untuk menyesuaikan situasi lapangan dan kelompok dampingan, petugas manajemen kasus dapat dipilih dari mereka yang memiliki potensi dan kualitas yang sesuai sebagai calon

case management professional dan terlatih. Minimum pendidikan adalah SMU, mengikuti program pelatihan khas untuk HIV/AIDS, berkepribadian stabil dan matang serta usia dibawah 40 tahun.

a. Manajemen Kasus Mandiri terdiri dari;

| | |
|---------------------|----------------------------------|
| Satu Petugas | Program Manager |
| Satu Petugas | Koordinator Program MK |
| Tiga – Lima Petugas | Petugas Manajemen Kasus terlatih |
| Satu Petugas | Petugas Administrasi |
| Satu Petugas | Pekarya kantor |

b. Manajemen Kasus yang terintegrasi pada pelayanan VCT dan pelayanan kesehatan, terdiri dari;

| | |
|--------------------|-------------------------|
| Satu Petugas | Program Manager |
| Satu Petugas | Koordinator Program |
| Satu tim STI & VCT | Satu tim |
| Satu Petugas | Petugas Manajemen Kasus |

c. Manajemen Kasus yang terintegrasi pada pelayanan penjangkauan lapangan atau program BCI (BCC-Seksual & HR Program) terdiri dari;

| | |
|------------------|-------------------------|
| Satu Petugas | Program Manager |
| Satu Petugas | Koordinator Program |
| Satu tim BCI&VCT | Satu tim |
| Satu Petugas | Petugas Manajemen Kasus |

3. Kelompok dukungan Sebaya terdiri dari 2 sampai lebih mereka dengan status positif HIV. Penanggungjawab pengelolaan adalah konselor, petugas manajemen kasus dan petugas lapangan.
4. Pengelola Hotline terdiri dari satu orang konselor dan 2 petugas lapangan. Di beberapa tempat yang tidak disediakan konselor, program hotline dikelola oleh petugas lapangan.

B. Sarana dan Prasarana

1. Pelayanan VCT

Sarana Pertama;

- Papan nama / petunjuk
- Ruang tunggu
- Alat Peraga, leaflet kesehatan tentang IMS dan HIV-AIDS, Dildo, Kondom, Poster, Stiker dan Kaset/CD
- Telephon dan fax
- Alat pendukung tempat sampah, tisu, dan persediaan air minum, meja dan kursi yang tersedia dan nyaman dan kalender.
- Jam Kerja Layanan konseling dan testing terintegrasi dalam jam kerja Institusi pelayanan kesehatan setempat.

Sarana Kedua;

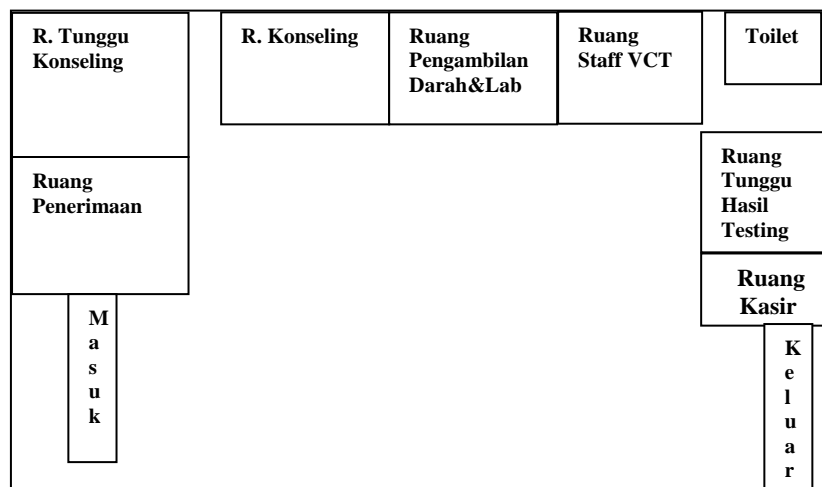
- Ruang konseling yang nyaman untuk 2 atau 3 orang dengan fasilitas pendukung, AC atau Kipas Angin dan penerangan yang cukup.
- Tempat duduk bagi klien maupun konselor
- Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir *informed consent*, catatan medis klien, formulir pra dan pasca testing, buku rujukan, formulir rujukan, kalender, dan alat tulis.
- Kondom dan alat peraga penis, jika mungkin alat peraga alat reproduksi perempuan.
- Alat peragaan lainnya misalnya gambar berbagai penyakit oportunistik, dan alat peraga menyuntik yang aman.
- Air minum
- Kartu rujukan
- Lemari arsip atau lemari dokumen yang dapat dikunci.

Sarana Ketiga;

Ruang pengambilan darah dan peralatan yang diperlukan, seperti;

- Jarum dan semprit steril
- tabung dan botol tempat penyimpan darah
- Stiker kode
- Kertas alkohol
- Cairan desinfektan
- Sarung tangan
- Lab Jas
- Sabun dan tempat cuci tangan dengan air mengalir
- Tempat sampah barang terinfeksi, barang tidak terinfeksi, dan barang tajam (sesuai petunjuk Kewaspadaan Universal Departemen Kesehatan)
- Petunjuk pajanan okupasional dan alur permintaan pertolongan pasca pajanan okupasional.

Contoh denah pelayanan VCT



2. Pelayanan Manajemen Kasus

Sarana Pertama;

- Papan nama / petunjuk nama Lembaga
- Ruang tunggu klien
- Jam Kerja Layanan manajemen Kasus.
- Telp dan fax pendukung

Sarana Kedua;

- Ruang kerja MK yang nyaman untuk intake, asesmen dan perencanaan layanan.
- Tempat duduk bagi klien maupun petugas manajemen kasus.
- Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian, formulir *informed Consent penerimaan layanan MK*, dan catatan klien.
- Daftar alamat layanan, surat atau kartu rujukan dan alat peragaan.
- Lemari arsip atau lemari dokumen yang dapat dikunci.

3. Program Kelompok Dukungan

Sarana Pertama;

- Ruangan yang cukup nyaman untuk 3 – 20 orang.
- Waktu penyelenggaraan layanan.
- Rencana kegiatan kelompok dukungan

4. Program Hotline Service MSM

Sarana ;

- Petunjuk pelayanan Hotline Service MSM
- 3 Telepon local dan 2 HP
- Jam Kerja Hotline dan alur
- Buku catatan perjanjian klien dan catatan harian
- Klasifikasi kasus
- Materi-materi kesehatan seksual dan HIV & AIDS

C. Pembiayaan

Pembiayaan untuk pelayanan konseling ini berbeda-beda tergantung unit pelayanan ini berada. Pelayanan di LSM, puskesmas, rumah sakit yang dikenakan tarif sesuai dengan kondisi atau kebijakan setempat, namun komponen pelayanan tetap sama yaitu meliputi testing dan jasa pelayanan.

Tarif pelayanan disesuaikan dengan pola tarif berdasarkan *unit cost* yang proporsional dari setiap komponen pelayanan, sesuai dengan ketentuan di wilayah masing-masing.

Komponen biaya itu meliputi biaya:

- Administrasi
- Konseling
- Testing HIV

| Standart Minimum Untuk Tempat Pelayanan VCT |
|--|
| 1 Pengaturan pembayaran untuk para staf yang bekerja sebagai konselor VCT, paramedis yang bertugas mengambil spesimen darah dan petugas administrasi kantor. |
| 2 Pelayanan VCT akan dibuka paling sedikit 5 hari dalam satu minggu atau setiap hari kecuali hari libur. |
| 3 Strategi dan perencanaan rutin untuk promosi VCT adalah opt-out |
| 4 Konselor VCT sudah mengikuti pelatihan konseling pre/post tes HIV secara lengkap |
| 5 Pembayaran VCT disesuaikan dengan kebijakan lokal |
| 6 Konseling VCT dilakukan di dalam ruangan tertutup dan pribadi |
| 7 Petugas medis atas permintaan dokter mengambil darah dan mengirimkan ke laboratorium rujukan dengan menggunakan sistem pencatatan. |
| 8 Hasil test HIV dari laboratorium dikembalikan ke tempat VCT yang dirahasiakan. |
| 9 Standar praktis kewaspadaan universal dipraktekkan dalam pengambilan darah, pembuangan jarum suntik sekali pakai, dan cara penyimpanan darah/transportasi. |
| 10 Tersedia refrigerator (almari es penyimpan darah) untuk penyimpan darah di tempat VCT |
| 11 Penggunaan kode tertentu dan bukan nama (identitas) dalam rekap catatan klien dan di atas spesimen rujukan |
| 12 Terdapat mekanisme atau prosedur untuk menjaga kerahasiaan dan keakuratan data. |
| 13 Terdapat dokumen protokol konseling VCT di tempat pelayanan VCT sebagai bahan referensi. |
| 14 Terdapat kebijakan di tempat untuk menangani keadaan berkaitan dengan masalah kesehatan/keadaan darurat. |
| 15 Terdapat sistim untuk pengawasan konselor yang berkerja dalam VCT |
| 16 Terdapat bahan tertulis tentang narasumber lokal untuk keperluan rujukan klien. |
| 17 Tersedian formulir untuk surat persetujuan tes atau membagi informasi dengan orang /lembaga di luar |
| 18 Tersedia akses pada pesawat telepon di tempat VCT |
| 19 Tersedia kemudahan akses fasilitas air minum dan fasilitas toilet (kamar kecil) |
| 20 Terdapat sistim jejaringan rujukan untuk managemen kasus HIV/AIDS |
| 21 Tersedia mekanisme pemberian umpan balik dari klien untuk kualitas pelayanan VCT di tempat |

Standar Minimum untuk Manajemen Kasus HIV/AIDS

1 Kegiatan Manajemen kasus meliputi 5 kunci sbb: 1) penilaian klien yang komprehensif 2) pengembangan rencana pelayanan secara individual 3) koordinasi pelayanan untuk menerapkan rencana pelayanan 4) monitoring/pengamatan klien untuk menilai keberhasilan rencana 5) evaluasi ulang dan revisi secara periodik rencana selama kehidupan klien.

2 Para petugas manager kasus sudah mengikuti pelatihan lengkap tentang proses dan kegiatan penanganan kasus HIV/AIDS.

3 Ada sistem di tempat untuk supervisi para petugas manager kasus.

4 Para petugas manager kasus mengikuti semua kebijakan dan prosedur yang berhubungan dengan rahasia, data dan informasi klien.

5 Layanan manajemen kasus disediakan terbuka untuk semua orang yang layak dipilih untuk pelayanan.

6 Proses penerimaan dan penilaian kebutuhan klien dimulai dalam 5 hari oleh klien ke petugas manager kasus.

7 Rencana pelayanan individual diselesaikan dalam 15 hari dari rujukan petugas manager kasus kepada klien.

8 Petugas manager kasus harus menyediakan pilihan kepada klien untuk layanan yang tersedia, jika memungkinkan.

9 Petugas manager kasus secara rutin mengupdate daftar layanan yang berkesinambungan untuk para klien HIV/AIDS.

10 Petugas manager kasus bertanggungjawab memastikan bahwa klien menerima layanan yang diharapkan dan layanan ini masih sesuai untuk menemukan kebutuhan klien sesuai dokumentasi/data rencana layanan individual.

11 Rencana layanan individu harus diperbaharui setiap 6 bulan.

12 Jika klien berpindah ke petugas manager kasus yang baru, arsip klien disediakan untuk petugas manager kasus yang baru.

13 Tersedia dokumentasi di arsip klien tentang pengakhiran, pengalihan atau pemberhentian kasus.

14 Petugas manager kasus harus mengkoordinasi pelayanan dengan petugas manager kasus yang lain dan pelayanan yang lain.

15 Petugas manager kasus harus mengamati ulang, memutuskan dan mencatat jumlah kasus sesuai dengan status kasus dan tingkat aktifitas dari kebutuhan klien dan diperbaharui setiap 6 bulan.

16 Petugas manager kasus secara rutin memiliki akses untuk informasi terbaru menyangkut sumber-sumber komunitas.

17 Ada mekanisme di tempat untuk mendapatkan tanggapan balik klien sesuai dengan kualitas layanan dari petugas manager kasus.

Rencana Monitoring dan Evaluasi

Manajer VCT bertanggung jawab untuk mengawasi kegiatan secara konsisten dengan rencana kerja. Perlengkapan untuk pengawasan proses adalah:

- Gantt Chart Sub Agreement (diagram/table sub agreement Gantt)
- Notulen/catatan pertemuan koordinasi staf, supervisi dan konseling

Laporan yang ditulis dan diserahkan pada Kantor ASA Jakarta adalah:

- Laporan bulanan indicator proses (Form standar PIF terlampir)
- Laporan keuangan (bulanan dan final)
- Laporan narasi final (harus dikumpulkan 30 hari sebelum proyek selesai)

Indikator Output (Kuantitatif):

- Kemajuan yang terlihat dalam pertemuan ASA Program terkait dengan pelaksanaan Standar Minimum VCT dan Manajemen Kasus
- Mengikuti protokol
- Tersedia materi pendidikan kesehatan dan kondom
- Tersedia dan menggunakan format penyimpanan dokumen/catatan
- Tersedianya peralatan tes dan kebutuhan medis yang sesuai
- Mengikuti peraturan staf dan dapat dipertanggungjawabkan

Prosedur

Manajer VCT atau konselor dari luar yang berpengalaman meninjau layanan VCT setiap 6 bulan atau setidaknya setahun sekali. Selesai peninjauan, hasil temuan layanan dipresentasikan dalam pertemuan bulanan administrasi tim VCT dan rapat manajemen.

1. Prosedur Peralatan/Pedoman/Tool untuk jaminan kualitas konselor

Tool/Prosedur Peralatan/pedoman yang dapat digunakan adalah observasi, mendengarkan rekaman sesi atau dengan cara membahas dengan pasien yang dirahasiakan.

Prosedur

Sesi Observasi/atau menggunakan rekaman dengan meminta persetujuan/ijin dari konselor dan klien.

Sebelum observasi dan rekaman dimulai, klien dan konselor harus memberi persetujuan. Alasan observasi/rekaman dijelaskan kepada klien dengan menekankan jaminan kualitas/pelatihan yang rasional. Tidak perlu kewajiban untuk merekam atau observasi yang dipaksakan. Klien dan konselor diberi informasi tentang kode yang akan dipakai dan akan digunakan untuk umpan balik. Nama samaran dapat dipakai oleh klien/konselor untuk tujuan rekaman jika dikehendaki.

Supervisor konselor dimemberikan penjelasan tentang tujuan kegiatan ini. Harus ditekankan bahwa hal ini tidak dipakai dalam hubungannya dengan tinjauan penampilan konselor selain untuk supervisi layanan.

Konselor ahli dari tempat lain dapat mendengarkan dan menyimak rekaman atau mengobservasi sesi dan memberi tanda sesuai dengan kriteria. Skor total akan dicatat berlawanan dengan skor kemungkinan tertinggi .

Konselor berhak menerima umpan balik rahasia sesegera mungkin jika mereka memintanya. Konselor tidak diinformasikan untuk menandai kriteria utama untuk observasi/rekaman. Rekaman atau observasi harus dilakukan supaya tidak mengganggu pelayanan konseling .

2. Survey klien rahasia

Kegiatan ini adalah untuk :

- Mengevaluasi penampilan keseluruhan dari staf pelayanan VCT
- Mengukur kualitas menyeluruh dari perawatan yang disediakan konselor VCT
- Mengukur seberapa jauh konselor mengikuti protokol yang direkomendasi ketika berinteraksi dengan pasien/klien

Prosedur

Karena kerahasiaan klien sangat penting, maka sulit untuk mengetahui tingkat kepuasan klien dengan pelayanan yang ditawarkan pelayanan VCT. Untuk mengetahui lebih informasi kualitatif sesuai standar perawatan konsumen dan konseling pada sejumlah pelayan VCT, survey klien rahasia dapat digunakan.

Sejumlah layanan dan tipe pasien akan menentukan jumlah, jenis kelamin dan usia pasien rahasia, meskipun mereka mengaku sebagai individu atau berpasangan selama periode asesmen. Pasien rahasia akan dilatih berperan sesuai naskah skenario tertentu meliputi alasan yang bisa dipertanggungjawabkan seperti latarbelakang mereka mencari layanan VCT. Sesudah kunjungan, klien rahasia memberikan tanggapan sehubungan dengan interaksi antara konselor dan klien. Klien rahasia dapat memakai peralatan/pedoman/tool jaminan kualitas konselor. Alat dapat dilengkapi setelah kunjungan dan perjanjian dibuat untuk melengkapi umpan balik yang dirahasiakan pada konselor dan/atau supervisor konselor.

3. Formulir Kepuasan Klien

Staf administrasi VCT harus:

- meminta semua pasien untuk melengkapi formulir
- menanyakan apakah pasien mampu membaca formulir dengan jelas
- memberikan petunjuk singkat bagaimana mengisi formulir

Nama klien tidak dicatat. Terdapat almari atau kotak terkunci tersedia untuk masukan formulir tersebut. Komentar yang ditulis di formulir akan dikumpulkan/dijadikan dan dibahas pada pertemuan staf pelayanan.

Pasien yang menemui kesulitan dalam membaca formulir perlu ditanya apakah mereka bersedia bertemu dengan sukarelawan yang terlatih (bukan konselor atau staf langsung dalam pelayanan VCT). Sukarelawan perlu membaca keseluruhan items dan mencatat tanggapan klien.

STANDAR MINIMAL PERALATAN DAN FURNITURE DI RUANG LABORATORIUM IMS & VCT

1. PERALATAN

Setiap laboratorium IMS & VCT 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
9. SD HIV 1/2 BIOLINE 3.0
10. DETERMINE HIV 1/2 O
11. TRIDOT HIV atau ONCOPROBE HIV

3. FURNITURE

1. Kursi ergonomic

2. Gantungan baju lab
3. Filling cabinet
4. Wastafel
5. Meja laboratorium
6. Tempat sampah

4. RUANGAN

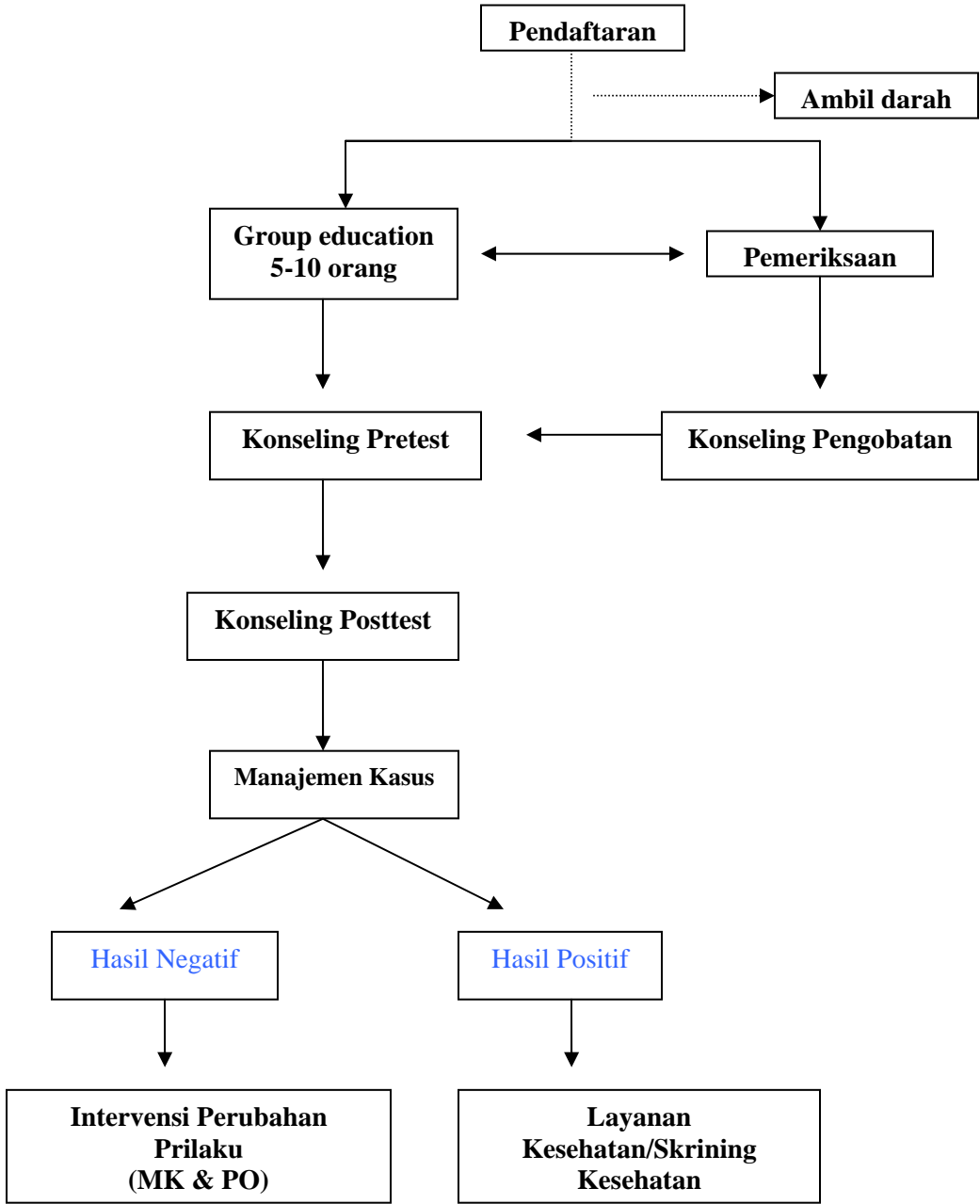
Ruangan yang digunakan untuk laboratorium harus memiliki :

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 dan VCT**

**ALUR PASIEN KLINIK IMS DENGAN VCT
DAN MANAJEMEN KASUS**



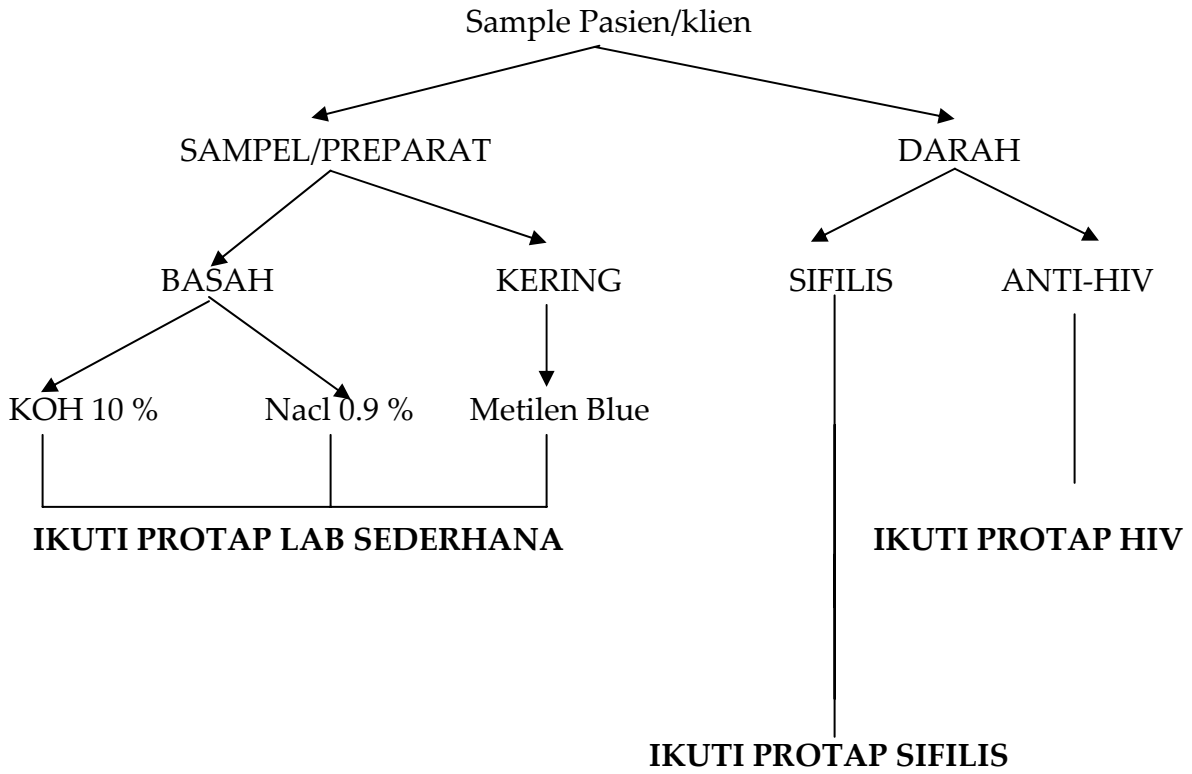
KETERANGAN ALUR:

1. Setiap pasien datang, langsung didaftarkan dan dilakukan pencatatan di buku register dan catatan medis.
2. Setiap pasien baru dijelaskan tentang pengambilan darah untuk skrining sifilis dan ditawarkan, jika pasien bersedia, pasien langsung diambil darahnya
3. Jika di dalam ruang pemeriksaan tidak ada pasien, kirim pasien ke ruang pemeriksaan, tetapi jika sedang berlangsung pemeriksaan, pasien diajak untuk mengikuti edukasi kelompok.
4. Segera setelah ruang pemeriksaan kosong, petugas administrasi/staf lain dapat mengatur pasien berikutnya yang sedang edukasi kelompok untuk ke ruang pemeriksaan, demikian sebaliknya, sambil menunggu hasil laboratorium, pasien dapat mengikuti edukasi kelompok
5. Setelah ada hasil laboratorium, pasien yang sedang menunggu hasilnya, diajak ke ruang konseling pengobatan
6. Di dalam edukasi kelompok dijelaskan bahwa di klinik IMS secara otomatis semua pasien akan mendapatkan pretest counseling untuk HIV
7. Semua pasien yang sudah mendapatkan edukasi kelompok atau sudah mendapatkan konseling pengobatan mengikuti pretest counseling.
8. Jika pasien bersedia darahnya diperiksa, darah yang telah diambil tadi akan diperiksa untuk HIV
9. Setelah ada hasil, konselor akan melakukan posttest counseling, dan secara otomatis akan merujuk semua kliennya untuk bertemu dengan manajer kasus, baik hasilnya negatif maupun positif
10. Manajer kasus akan memprioritaskan untuk merujuk ODHA ke layanan kesehatan yang sudah terlatih untuk HIV/AIDS untuk dilakukan skrining kesehatan, sambil juga mengkaji kebutuhan-kebutuhan klien lainnya
11. Untuk klien dengan hasil negatif, manajer kasus akan juga menekankan perubahan perilaku pada kliennya

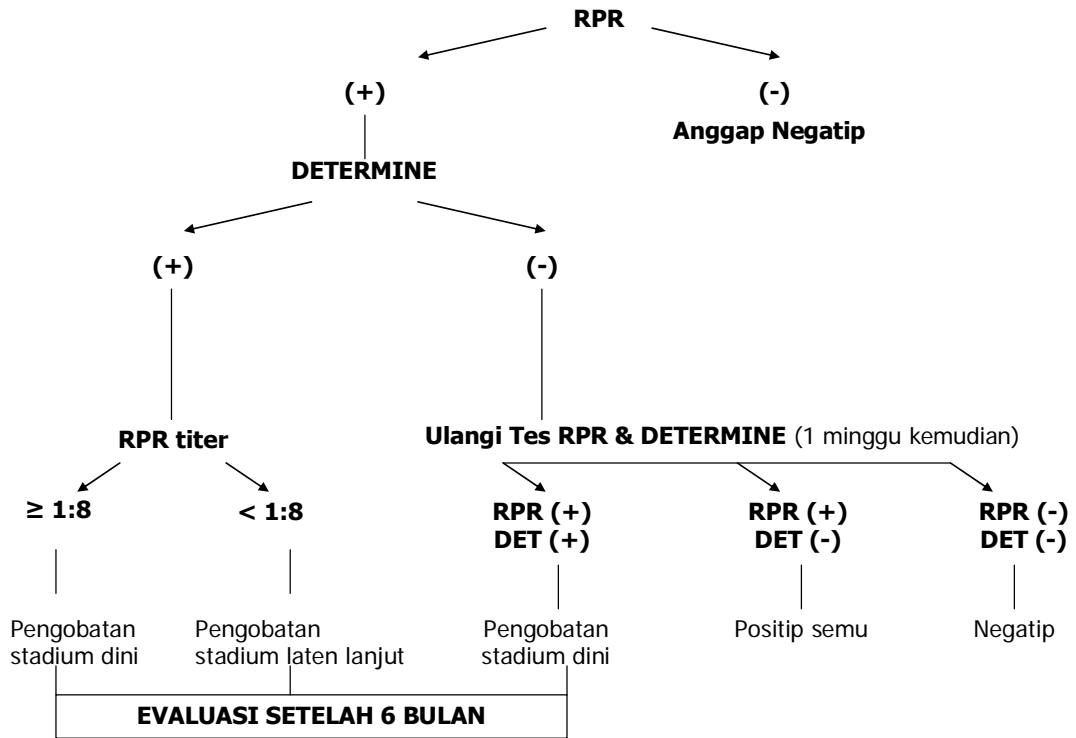
CATATAN:

- Fleksibilitas dalam penggunaan ruangan sangat diperlukan (misalnya, jika konselor lebih dari satu, ketika pasien banyak dan menunggu untuk konseling, konselor dapat aktif untuk bisa mengatur alur pasien dan menggunakan ruangan cadangan yang dapat digunakan dengan tetap memperhatikan standar minimal ruang untuk VCT)
- Penting bagi semua staf klinik IMS memperhatikan alur pasien dan berperan aktif untuk membuat alur pasien lancar

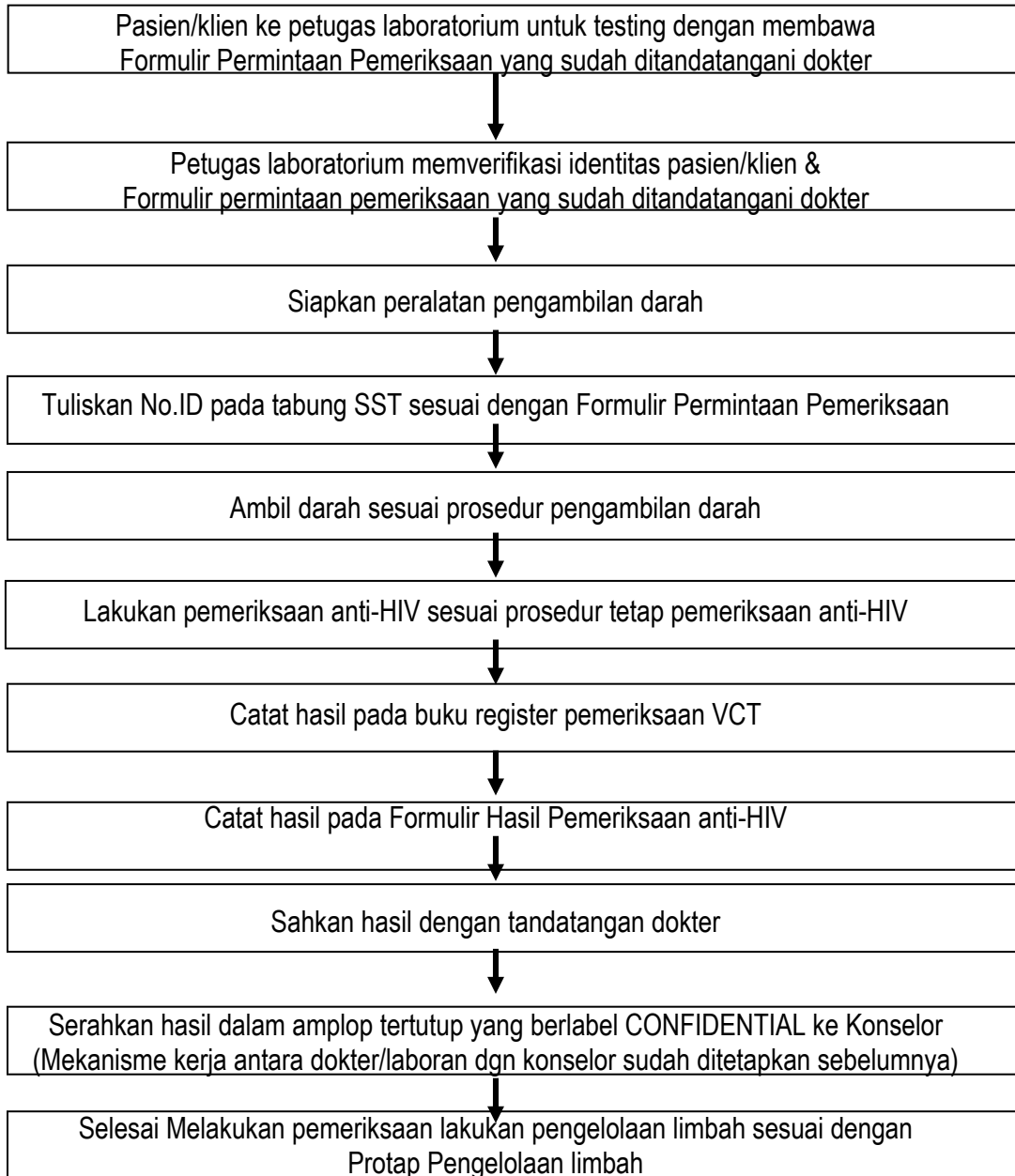
ALUR PEMERIKSAAN LABORATORIUM
UNTUK IMS & HIV



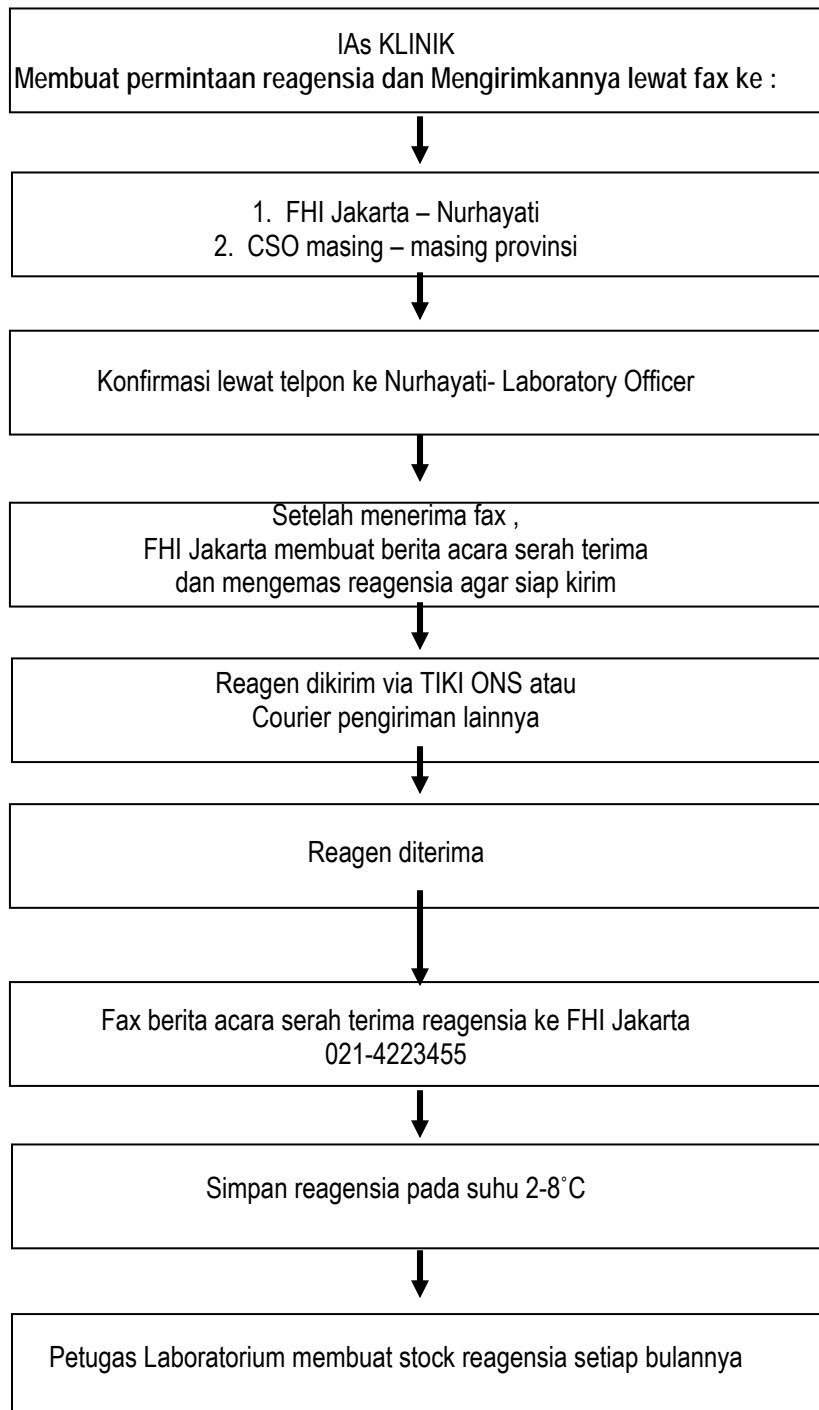
ALUR PEMERIKSAAN TES SEROLOGI SIFILIS



ALUR PEMERIKSAAN ANTI-HIV



ALUR PERMINTAAN REAGENSIA SIFILIS & HIV



Profilaksis Pasca Pajanan

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

| STATUS HIV PASIEN | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|--|
| Pajanan | 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 iamx28 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 iamx28 hari |

Resiko

Faktor yang meningkatkan resiko serokonversi :

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

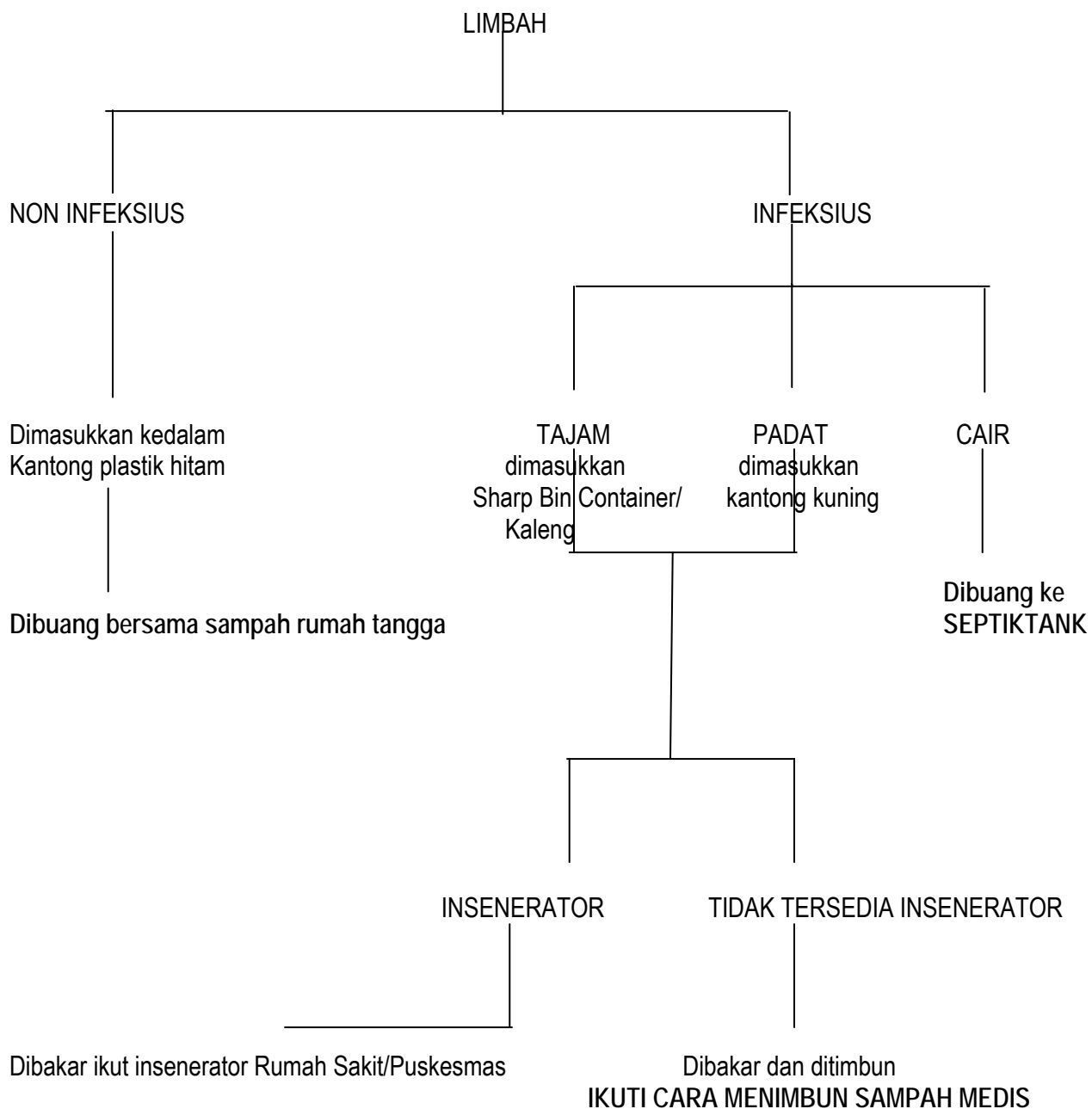
Monitoring

- 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 dan VCT**

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

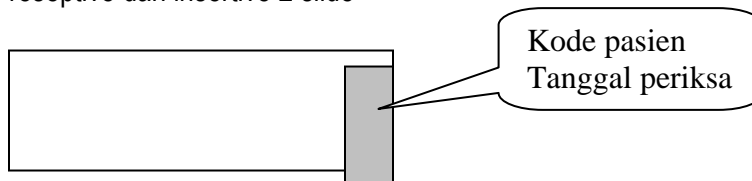
Alat dan Bahan:

- 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 PETUGAS ADMINISTRASI KLINIK VCT

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

Tujuan :

- Klien mendapat pelayanan yang ramah dan efisien
- Identitas klien dan dokumen klien terjaga kerahasiaan

Penanggung jawab : Petugas Administrasi

Alat & Bahan :

- Meja registrasi dan 2 kursi
- Almari File yang dapat dikunci
- Lampu/Penerangan cukup
- Buku Registrasi
- Formulir Konseling
- Tempat sampah
- Alat tulis

Prosedur :

- a. Petugas memberi salam dan mempersilahkan klien duduk
- b. Petugas menanyakan nama, tanggal lahir, jenis kelamin, kota tempat tinggal klien.
- c. Petugas administrasi mencatat identitas klien di buku registrasi klien dengan sistem kode:
 - 4 digit - 4 huruf pertama dari nama
 - 2 digit – 2 angka terakhir tahun lahir
 - 2 digit - bulan lahir
 - 2 digit - tanggal lahir/tahun lahir
- d. Untuk klien baru nomer kode yang sama diisi pada form konseling baru, Untuk klien lama, petugas administrasi mencari dokumen klien dalam lemari file, sesuai nomer registrasi klien.
- e. Petugas administrasi memberikan dokumen klien kepada petugas konselor.
- f. Petugas menunjukkan ruang konseling pada klien dan mempersilahkan menunggu di ruang tunggu, bila konselor masih melayani klien lain.
- g. Sesudah pelayanan VCT selesai, petugas administrasi mengumpulkan dokumen klien dan menyimpannya dalam lemari filr sesuai dengan nomor-urut dokumen
- h. Petugas administrasi mengunci file dokumen

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 lipatan siku pada bagian atas dari vena yang akan diambil (jangan terlalu kencang).
6. Penderita disuruh mengempal dan menekuk tangan beberapa kali untuk mengisi pembuluh darah.
7. Dengan tangan penderita masih mengempal, 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 kepalan 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 ke arah 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 trochar 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 tissue 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

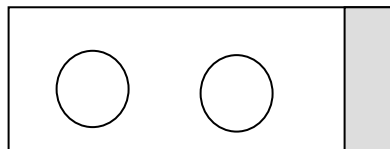
Alat dan bahan :

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

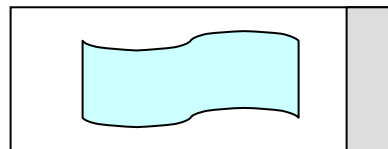
Prosedur :

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 Methylen 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%



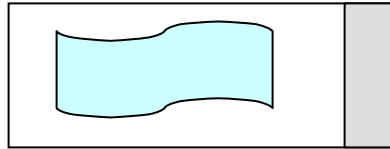
Sediaan dari Fornix posterior & dinding vagina ; KOH



Sediaan dari endoserviks

PENGAMBILAN SAMPEL DAN PEMBUATAN SEDIAAN DARI ANUS

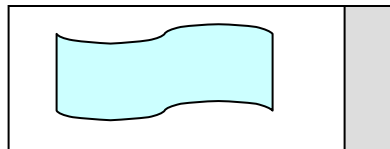
- I. Ambil lidi kapas steril
- II. Masukkan lidi kapas steril ke dalam anus, putar lidi kapas searah jarum jam 2-3 kali (10-30 detik) untuk dapatkan sampel yang cukup.
- III. Tarik lidi kapas pelan-pelan.
- IV. Buatlah hapusan pada kaca objek kedua dengan cara menggulirkan lidi kapas untuk dilakukan 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 KOMBINASI PENYULUHAN KELOMPOK (GROUP EDUCATION) DAN VCT

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

Tujuan :

- Memberikan informasi yang cukup kepada mengenai HIV/AIDS sebelum proses konseling
- Mempermudah proses konseling pre-test dan/atau post-test
- Memberi rasa "aman" pada klien pada awal, karena berada dalam kelompok

Penanggung jawab : Konselor VCT

Alat & Bahan :

- Ruang yang cukup besar untuk 5 – 10 orang
- Tempat duduk yang cukup untuk 5 – 10 orang
- Penerangan dan ventilasi ruangan cukup baik
- Peralatan Audiovisual untuk penyuluhan kelompok (poster, video/film/slides, OHP dan transparan atau LCD dengan powerpoint presentation)
- Leaflet/brosur mengenai HIV/AIDS dan materi lain yang sesuai dengan jenis kelompok risiko
- Peralayan untuk melakukan demonstrasi
- Peralatan Konseling sesuai standar (SOP VCT 2)

Prosedur :

1. Administrasi

- Prosedur administrasi penerimaan klien, sesuai dengan SOP petugas administrasi (SOP VCT)
- Petugas menawarkan untuk mengikuti penyuluhan kelompok

2. Penyuluhan Kelompok

- Penyuluhan kelompok dapat dilakukan sebelum konseling pre-test atau waktu menunggu hasil laboratorium, tergantung pada beban klinik.
- Konselor berkoordinasi dengan tim untuk melakukan penyuluhan kelompok pada saat klien menunggu untuk menentukan siapa yang akan memberikan penyuluhan, materi penyuluhan dan waktu penyuluhan..
- Konselor menyiapkan ruangan dan materi untuk penyuluhan kelompok

- Penyuluh mulai dengan memperkenalkan diri, setelah ada cukup banyak klien (2 – 3 orang), penyuluhan dimulai dengan perkenalan dan pengantar
 - Penyuluh memberikan informasi tentang HIV/AIDS (gejala dan pengobatan, cara penularan, cara pencegahan, kelompok berisiko) dengan menggunakan alat bantu visual yang ada. Bila ada video/film dapat diputar terlebih dahulu (sekitar 5 menit).
 - Penyuluhan memberi informasi mengenai tujuan test HIV dan prosedur testing
 - Berikan informasi tentang HIV/AIDS dan cara pencegahan HIV/AIDS
 - Klien yang ingin mendapat informasi lebih lanjut, butuh bantuan untuk menilai risiko dan/atau memutuskan testing, maka dapat mengikuti pre konseling testing.
 - Waktu penyuluhan secara keseluruhan, diusahakan tidak lebih dari 20 menit
3. Konseling pra test dilakukan sesuai SOP CSU/VCT-02
 4. Konseling post-test dilakukan sesuai SOP CSU/VCT-04

SOP PELAYANAN KONSELING PRETES KLINIK VCT

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

Tujuan :

- Klien mendapat pelayanan konseling di ruangan/tempat yang nyaman dan aman
- Klien mendapat pelayanan konseling pre-test yang terjaga kerahasiaan
- Klien mendapat pelayanan konseling pre-tes sesuai standar
- Klien dapat mengambil keputusan untuk melakukan tes HIV dengan bantuan konselor
- Klien mendapatkan bantuan untuk dilakukan tes HIV

Penanggung jawab : Konselor VCT

Alat & Bahan :

- Ruangannya sesuai standar (lihat standar ruangan konseling)
- 1 Meja dan 2 kursi yang diatur menurut huruf L
- Almari File yang dapat dikunci
- Lampu/Penerangan cukup
- Sirkulasi Udara yang baik dan sejuk
- Alat peraga yang minimal terdiri dari:
 - Leaflet kesehatan tentang IMS dan HIV-AIDS
 - Dildo
 - Kondom
 - Poster
 - Stiker
 - Alat peraga jarum suntik
- Form *Informed consent*
- Formulir permintaan dan hasil testing
- Formulir rujukan ke manajer Kasus
- Bukti Pembayaran
- Dokumen klien
- Ceklis konseling pretes
- Alat tulis
- Tissue
- Kalendar
- Tempat sampah

Prosedur :

1. Konselor memeriksa perlengkapan untuk konseling
2. Konselor memanggil klien (dengan menyebutkan nomer registrasi) dan mempersilahkan masuk keruangan
3. Konselor mempersilahkan klien duduk dengan nyaman di kursi yang telah tersedia
4. Konselor memberi salam dan memperkenalkan diri
5. Konselor memeriksa ulang nomor kode klien dalam formulir dokumen klien.
6. Konselor menanyakan latar belakang kunjungan dan alasan kunjungan.
7. Konselor memberikan informasi tentang HIV/AIDS sesuai dengan ceklis.
8. Konselor membantu klien untuk menilai risiko pada klien.
9. Konselor membantu klien untuk membuat keputusan untuk dilakukan tes HIV, antara lain dengan menjelaskan keuntungan dan keterbatasan melakukan tes HIV.
10. Konselor mendiskusikan prosedur test HIV/AIDS, waktu untuk mendapatkan hasil dan arti dari hasil test
11. Konselor mendiskusikan kemungkinan tindak lanjut setelah ada hasil test
12. Konselor menjelaskan implikasi terinfeksi atau tidak terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi tentang cara menyesuaikan diri dengan status HIV.
13. Konselor VCT menjajaki kemampuan klien dalam mengatasi masalah.
14. Konselor VCT melakukan penilaian sistem dukungan.
15. Konselor VCT memberikan waktu untuk berfikir.
16. Bila klien menyetujui untuk ditest, konselor memberikan form informed consent kepada klien dan meminta tanda tangannya setelah klien membaca isi form. HIV/AIDS.
17. Konselor menjelaskan bahwa sesudah mendapat hasil test klien akan mendapat dukungan dari manajer kasus.
18. Konselor mengisi dokumen klien dengan lengkap.
19. Konselor meminta klien untuk menunggu hasil dan menjelaskan bahwa selama menunggu ada petugas manajemen kasus yang akan mendampingi (waktu testing antara 30-60 menit).
20. Konselor mengantar klien ke tempat pengambilan darah dan menyerahkan form laboratorium kepada petugas laboratorium
21. Sesudah dilakukan pengambilan darah dan klien menunggu hasil, konselor memperkenalkan klien pada manajer kasus
22. Bila klien tidak menyetujui untuk di test, konselor menawarkan kepada klien untuk datang kembali sewaktu-waktu bila masih memerlukan dukungan dan /atau untuk dilakukan tes.
23. Konselor mengucapkan salam

SOP PETUGAS LABORATORIUM IMS & VCT

No : CSU/LAB/11
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

TUJUAN :

Prosedur tetap petugas laboratorium IMS & HIV 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 & HIV Rapid.

BATASAN :

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

TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB :

1. Melakukan pemeriksaan metilen blue.
2. Melakukan pemeriksaan sediaan basah.
3. Melakukan pengambilan darah.
4. Melakukan pemeriksaan sifilis.
5. Melakukan pemeriksaan anti HIV.
6. Mencatat hasil pemeriksaan pada catatan medis dan buku register IMS dan HIV..
7. Mengumpulkan preparat metilen blue 10 % yang diplococcus negatif dan 100% yang diplococcus positif.
8. Mengumpulkan sampel 10 % yang negatif dan 100% yang positif dan indeterminate.
9. Membuat daftar preparat yang dikirim ke FHI Jakarta untuk cross check.
10. Membuat daftar sampel yang dikirim ke FHI Jakarta untuk cross check.
11. Membuat formulir permintaan reagensia dan mengirimkan ke FHI Jakarta.
12. Membuat stock reagensia 1 bulan sekali dan mengecek stock reagensia.
13. Menjaga kebersihan ruang laboratorium.
14. Memisahkan limbah infeksius dan non infeksius dan mengaturnya sampai ke pembuangan terakhir.
15. 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 lapisi 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)

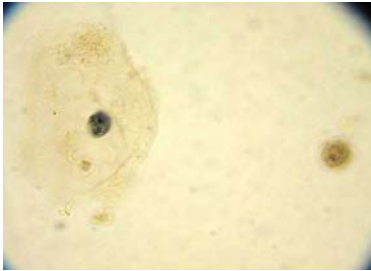
9. Berikan lembar catatan medis pada ruangan konseling dan pengobatan

INTERPRETASI HASIL :

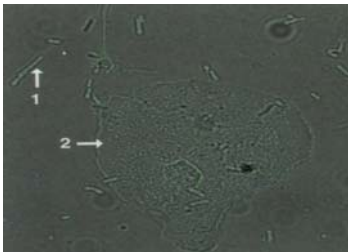
SEDIAAN BASAH NaCl 0.9 % :

1. Trichomonas vaginalis Positif bila : Ditemukan ≥ 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%

1. Trichomonas Vaginalis



2. Clue Cells

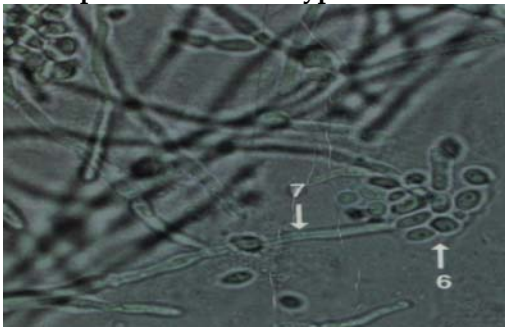


SEDIAAN BASAH KOH 10 % :

Kandida positif bila : Ditemukan ≥ 1 pseudohyphae 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 spiritus
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 :

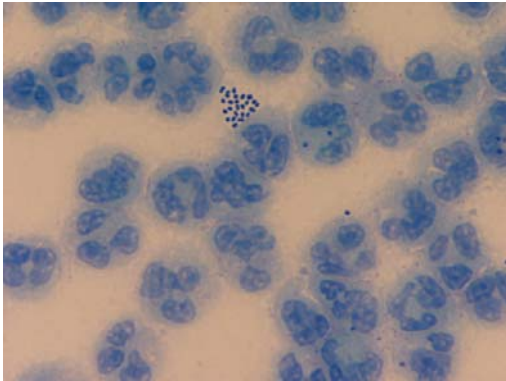
1. Penerimaan sediaan dari ruang pengambilan spesimen
 - a. Sediaan harus diterima bersama dengan formulir catatan medisnya
 - b. Cocokan nomor sediaan dengan nomor di catatan medis
 - c. Sediaan berisi satu hapusan
2. Keringkan sediaan diudara
3. Fiksasi dengan melewatkannya diatas api sebanyak 7 kali
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

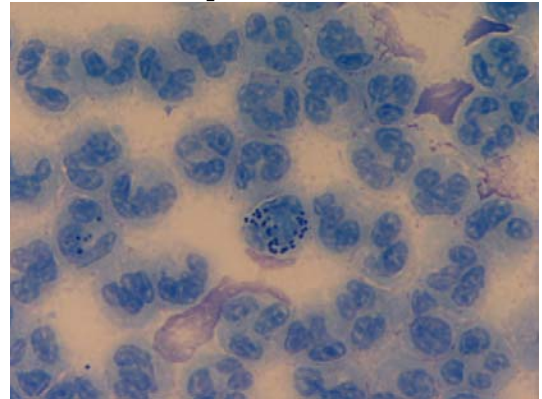
PENILAIAN HASIL :

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 ≥ 30 PMN/lpb (Serviks/Wanita)
 - Ditemukan ≥ 5 PMN/lpb (Uretra/Pria)
 - Ditemukan ≥ 5 PMN/lpb (Anus)
- Diplokokus Positif bila: Ditemukan ≥ 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 Negatif, Kontrol Positif).
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 ± 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

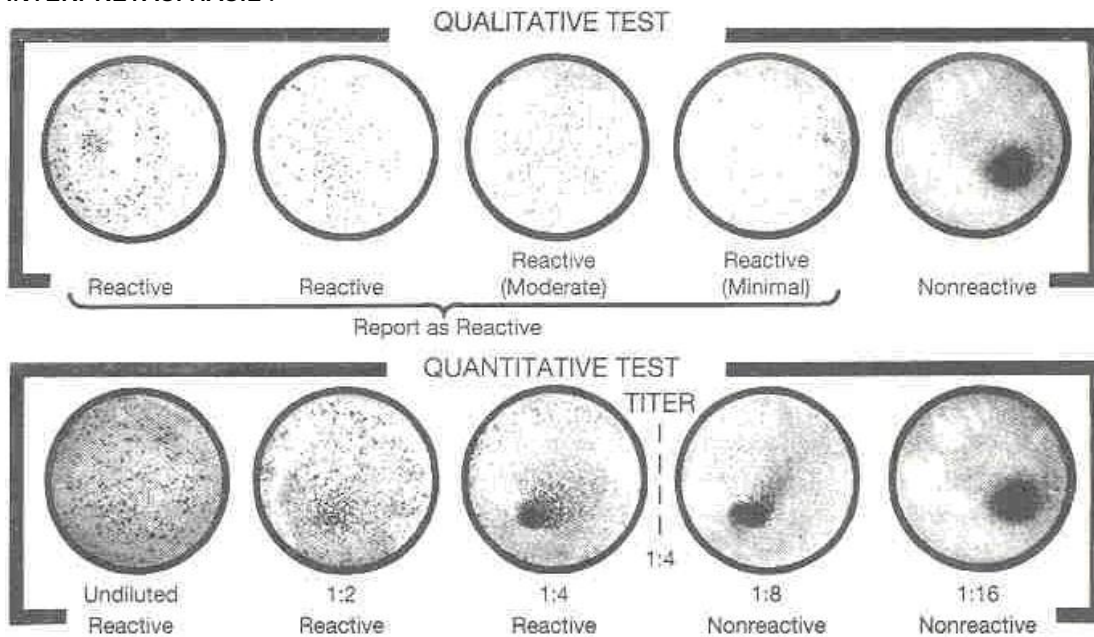
II. PEMERIKSAAN PENGECERAN RPR

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 ± 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 :


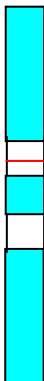


1. Buka strip test dari penutup.
2. Dengan menggunakan mikropipet, ambil 50 ul sampel dan teteskan pada bantalan sampel (lihat panah).
3. Tunggu 1 menit.
4. Tambahkan 1 tetes chase buffer pada bantalan sampel.
5. Tunggu sekurang – kurangnya 15 menit (s/d 24 jam).
6. Baca hasil.

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 :

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

| POSITIP (+) | NEGATIP (-) | INVALID | |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |

SOP PEMERIKSAAN ANTI-HIV

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

TUJUAN :

Prosedur Tetap pemeriksaan anti-HIV ditujukan agar petugas laboratorium dapat melakukan pemeriksaan anti-HIV Rapid.

PENANGGUNG JAWAB :

Prosedur tetap ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium yang sudah mendapatkan pelatihan anti-HIV Rapid.

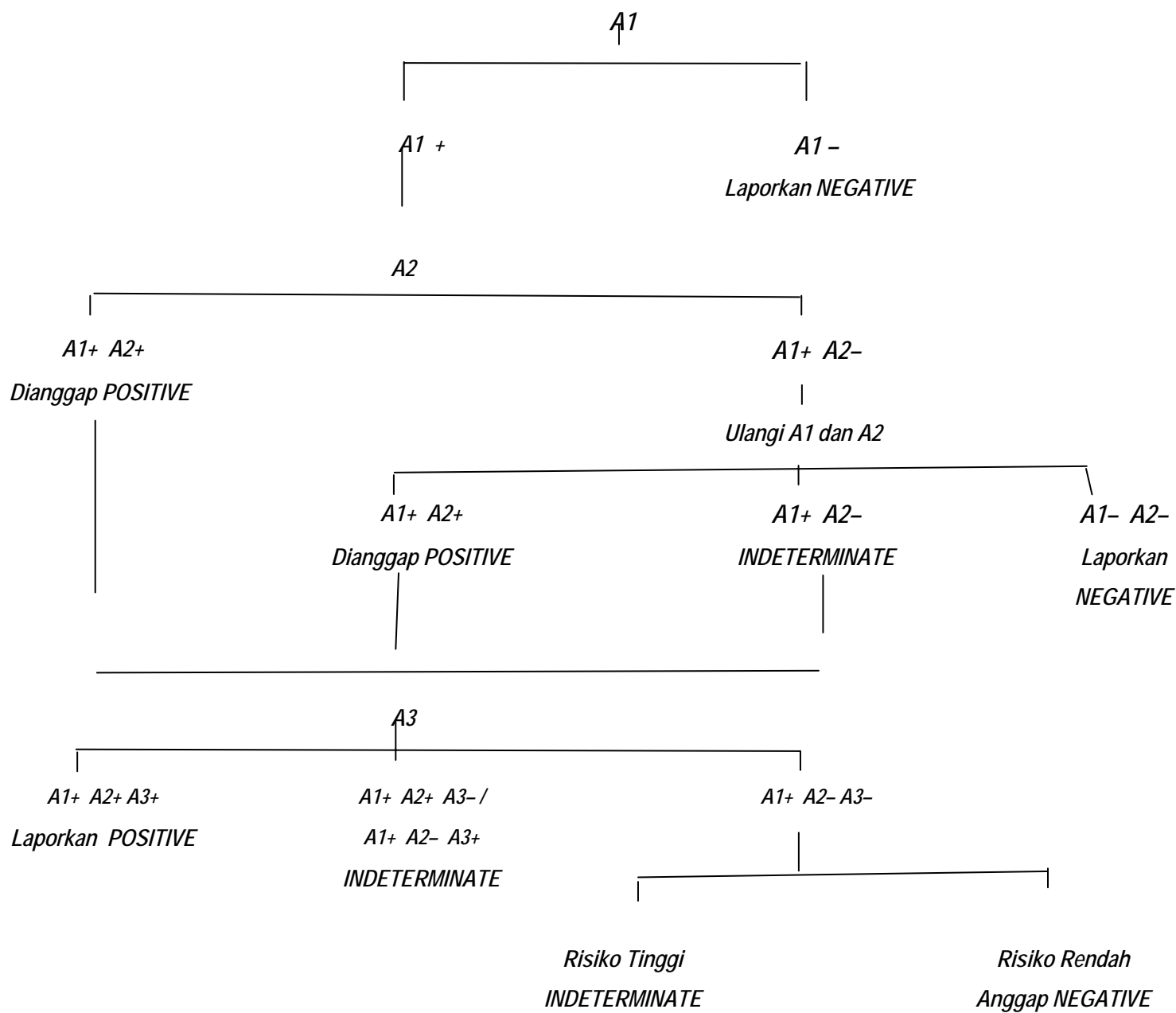
PERALATAN & REAGENSIA :

1. Mikropipet 5 – 50 ul.
2. Sentrifus
3. Sarung tangan
4. Tip kuning
5. Reagensia SD HIV 1/2 Bioline Multi
6. Reagensia Determine HIV Abbott
7. Reagensia Tridot HIV
8. Reagensia Oncoprobe HIV

PERSIAPAN :

1. Biarkan reagensia pada suhu kamar 30 menit sebelum digunakan.
2. Petugas ikuti prosedur tetap petugas laboratorium
3. Penanganan limbah ikuti prosedur tetap Pengelolaan Limbah
4. Ikuti prosedur tetap kewaspadaan universal.
5. Alur dan Strategi pemeriksaan anti HIV menggunakan bagan alur pemeriksaan anti HIV strategi III
 - Strategi III dengan kombinasi 3 reagen yang berbeda, yaitu :
 - Reagen I (SD HIV – 1/2)
 - Reagen II (Determine HIV – 1/2)
 - Reagen III (Tridot HIV/Oncoprobe HIV)

STRATEGI III DIAGNOSIS



PEMERIKSAAN ANTI-HIV

Metoda : Rapid Test

Reagensia : SD HIV 1/2 3.0

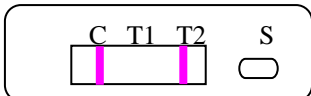
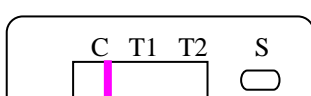
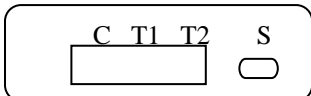
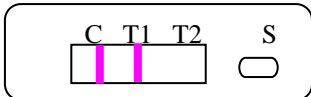
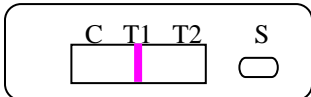
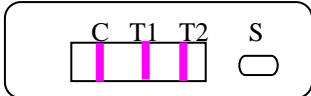
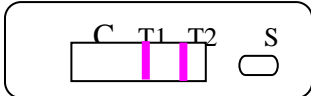

Bahan Pemeriksaan : Serum / plasma

Peralatan : Adjustable Mikropipet ukuran 5 – 50 µl.

Cara kerja :

1. Biarkan reagen pada suhu kamar.
2. Buka kemasan lalu beri identitas sampel pada membrane.
3. Gunakan Mikropipet ukuran 5 – 50 µl.
4. Ambil serum/ plasma dengan menggunakan Mikropipet sebanyak 10 µl., lalu teteskan ke lubang sampel.
5. Tunggu dan biarkan menyerap.
6. Lalu teteskan 3 tetes buffer (\pm 110 µl)
7. Baca Hasil dalam waktu 5 – 20 menit (jangan melebihi 30 menit).
8. Catat hasil pada formulir dan lembar hasil pemeriksaan laboratorium
9. Bila REAKTIP lanjutkan ke Pemeriksaan Kedua

Interpretasi hasil :

| REAKTIP | NON REAKTIP | INVALID |
|---|---|---|
|  |  |  |
|  | |  |
|  | |  |
| | |  |

PEMERIKSAAN ANTI-HIV

Metoda : Immunochromatography
Reagensia : Determine Anti HIV
Peralatan : Adjustable Mikropipet ukuran 5 – 50 µl.

Bahan Pemeriksaan : serum, plasma dan whole blood (untuk whole blood menggunakan anti koagulan EDTA).

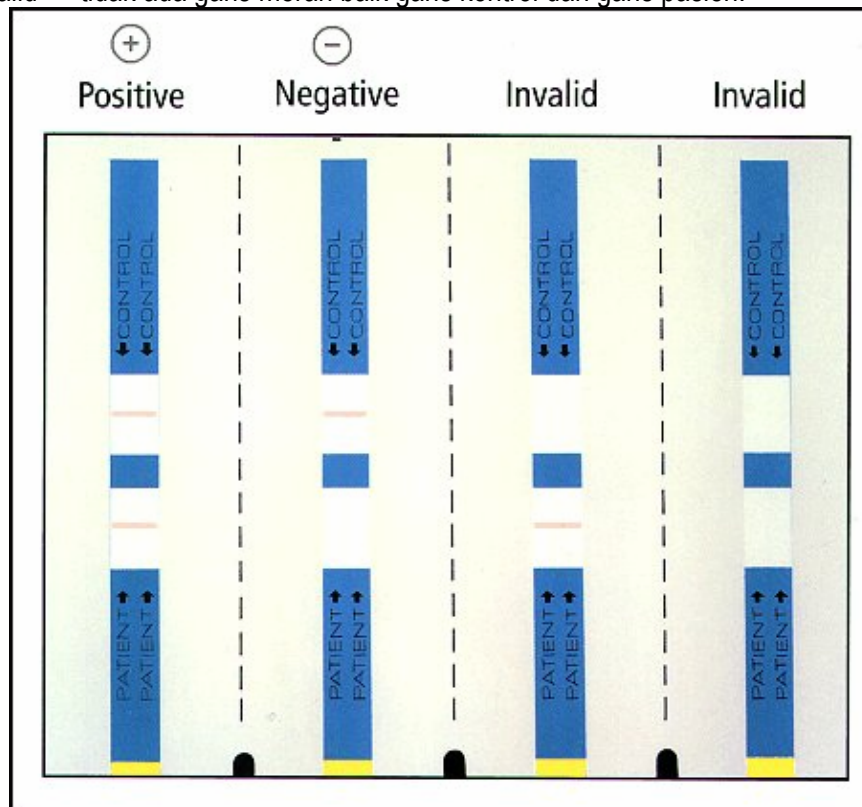
Cara Kerja :

Untuk Serum / plasma :

1. Buka strip test dari penutup.
2. Dengan menggunakan mikropipet, ambil 50 µl sampel dan teteskan pada bantalan sampel (lihat panah).
3. Tunggu sekurang – kurangnya 15 menit (s/d 1 jam).
4. Baca Hasil.
5. Catat hasil pada formulir dan lembar hasil pemeriksaan laboratorium
6. Bila REAKTIP lanjutkan ke Pemeriksaan Ketiga
Bila NEGATIP Lihat ke Strategi Pemeriksaan

Interpretasi Hasil :

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



PEMERIKSAAN ANTI-HIV

Metoda : Rapid Test

Reagensia : Tridot HIV

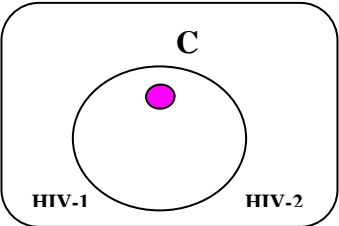
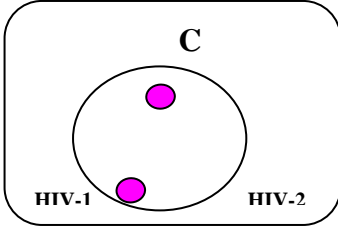
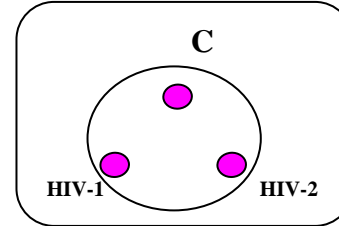
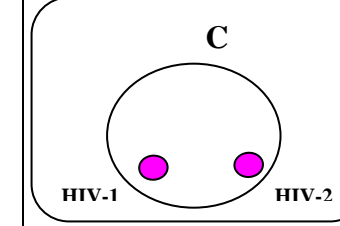
Bahan Pemeriksaan : Serum / plasma

Persiapan Sampel : Sentrifugasi sampel 10.000 rpm selama 15 menit.

Peralatan : Sudah tersedia pada kit.

- Cara kerja :
1. Biarkan reagen pada suhu kamar.
 2. Buka kemasan lalu beri identitas sampel pada membrane.
 3. Teteskan 3 tetes buffer solution ditengah – tengah membran, biarkan menyerap.
 4. Dengan menggunakan disposable dropper yang tersedia pada kit, teteskan 1 tetes serum/plasma , biarkan menyerap.
 5. Tambahkan 5 tetes buffer solution, biarkan menyerap.
 6. Tambahkan 2 tetes protein-A conjugate, biarkan menyerap.
 7. Tambahkan 5 tetes buffer solution, biarkan menyerap.
 8. Baca Hasil Segera.
 9. Catat hasil pada formulir dan lembar hasil pemeriksaan laboratorium
 10. Interpretasikan hasil ke Bagan Strategi III

Interpretasi hasil :

| NON REAKTIP | REAKTIP | REAKTIP | INVALID |
|--|---|--|---|
|  |  |  |  |

PEMERIKSAAN ANTI HIV

Metoda : Rapid Test

Reagensia : HIV Oncoprobe

Bahan Pemeriksaan : Serum / plasma

Peralatan : Sudah tersedia pada kit.

Cara kerja :

1. Biarkan reagen pada suhu kamar.
2. Buka kemasan lalu beri identitas sampel pada membrane.
3. Gunakan disposable dropper yang tersedia pada kit.

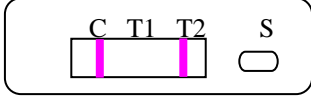
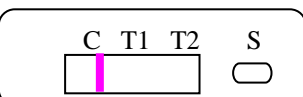
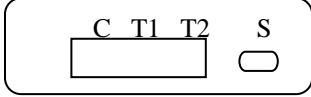


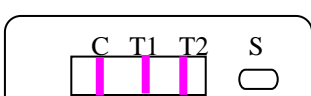

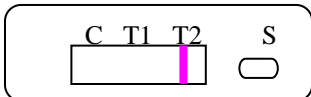
Untuk Sampel berupa serum/plasma

4. Teteskan 1 tetes serum / plasma (\pm 30 ul) ke lubang sampel (S).
5. Lalu teteskan 1 tetes buffer,

Untuk Sampel berupa whole blood

6. Teteskan 2 tetes darah (\pm 60 ul) ke lubang sampel (S).
7. Lalu teteskan 2 tetes buffer,
8. Jalankan timer, tunggu dan biarkan menyerap.
9. Baca Hasil dalam waktu 15 – 20 menit (jangan melebihi 20 menit).
10. Catat hasil pada formulir dan lembar hasil pemeriksaan laboratorium
11. Interpretasikan hasil ke Bagan Strategi III

Interpretasi hasil :

| REAKTIP | NON REAKTIP | 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 KONTROL KUALITAS PEMERIKSAAN ANTI-HIV

No : CSU/LAB/13
Tanggal pembuatan : 10 Februari 2007
Tanggal peninjauan kembali : 10 Februari 2008

TUJUAN :

Prosedur pemeriksaan ini ditujukan agar petugas laboratorium dapat mengirimkan sampel HIV untuk dilakukan cross – check.

PENANGGUNG JAWAB :

Prosedur Pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan oleh petugas laboratorium yang sudah mendapatkan pelatihan pemeriksaan anti-HIV Rapid.

PERALATAN :

1. Styrofoam
2. Rak tabung plastik

PROSEDUR KERJA :

1. Pisahkan sampel pemeriksaan anti-HIV yang reaktif, indeterminate dan negatif setiap harinya
2. Simpan sampel setiap harinya pada refrigerator suhu 2 – 8°C.
3. Pada akhir bulan, buatlah daftar sampel negatif reaktif, indeterminate yang berisi nomor sampel, hasil pemeriksaan anti-HIV (lihat form CSULabQA02)
4. Masukkan sampel dalam rak tabung plastic.
5. Hitung jumlah sampel negatif lalu 10% dari jumlah sampel yang negatif pisahkan secara acak.
6. Masukkan sampel negatif yang sudah dipilih kedalam rak tabung bersamaan dengan sediaan reaktif dan indeterminate.
7. Masukkan daftar sampel negatif dan reaktif, indeterminate kedalam styrofoam
8. Atur sedemikian rupa agar sampel tidak pecah dalam pengiriman
9. Kirimkan sampel 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

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 Bioline @ 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 menegakan 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
- Sduit 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 sduit
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 PELAYANAN KONSELING PASCATES KLINIK VCT

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

Tujuan :

- Klien mendapatkan hasil pemeriksaan test HIV dengan penjelasan implikasinya dari konselor
- Klien mendapatkan dukungan sesuai dengan hasil test
- Klien mendapatkan dukungan tindak lanjut

Penanggung jawab : Konselor VCT

Alat & Bahan :

- Buku Registrasi
- Formulir Konseling Klien yang di test
- Formulir hasil testing dari laboatorium
- Formulir rujukan ke Manajer Kasus
- Alat tulis
- Alat peraga (sama dengan konseling pre-test)
- Ceklis konseling post-test

Prosedur :

1. Konselor memanggil klien dengan menyebutkan nomer register seperti prosedur pemanggilan konseling pre-test.
2. Konselor memperhatikan komunikasi non verbal saat klien memasuki ruang konseling
3. Konselor mengkaji-ulang konseling pretes secara singkat dan menanyakan keadaan umum klien
4. Konselor memperlihatkan amplop hasil tes yang masih tertutup kepada klien
5. Konselor menanyakan kesiapan klien untuk menerima test.
 - Apabila klien menyatakan sudah siap / sanggup menerima hasil tes, maka konselor menawarkan kepada klien untuk membuka amplop bersama konselor
 - Apabila klien menyatakan belum siap, konselor memberi dukungan kepada klien untuk menerima hasil dan beri waktu sampai klien menyatakan dirinya siap
6. Konselor membuka amplop dan menyampaikan secara lisan hasil testing HIV.
7. Konselor memberi kesempatan klien membaca hasilnya.
8. Sediakan waktu yang cukup untuk menyerap informasi tentang hasil
9. Konselor menjelaskan kepada klien tentang hasil testing HIV yang telah dibuka dan yang telah dibaca bersama
10. Konselor memberikan kesempatan dan ventilasikan keadaan emosinya
11. Konselor menerapkan manajemen reaksi

Bila hasil test positif:

1. Konselor memeriksa apa yang diketahui klien tentang hasil test
2. Konselor menjelaskan dengan tenang arti hasil pemeriksaan
3. Konselor memberi kesempatan untuk memventilasikan emosi.
4. Konselor memfasilitasi coping problem (kemampuan menyelesaikan masalah)
5. Setelah klien cukup tenang dan konseling dapat dilanjutkan, konselor menjelaskan beberapa informasi sebagai berikut;
 - Pengobatan ARV
 - Kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual
 - Menawarkan konseling pasangan
6. Konselor menawarkan secara rutin klien mengikuti pemeriksaan sifilis dan manfaat pengobatan sifilis.
7. Untuk klien perempuan terdapat fasilitas layanan pemeriksaan kehamilan dan rencana penggunaan alat kontrasepsi bagi laki-laki dan perempuan.
8. Memotivasi agar datang ke klinik untuk evaluasi awal secara medis
9. Konselor dan klien menyepakati waktu kunjungan berikutnya
10. Apabila pada waktu yang ditentukan klien tidak bisa hadir, disarankan untuk menghubungi konselor melalui telepon untuk perjanjian berikutnya
11. Konselor memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum diketahui
12. Konselor menawarkan pelayanan VCT pada pasangan klien
13. Apabila klien sudah jelas dan tidak ada pertanyaan, maka konseling pasca-testing ditutup
14. Memotivasi agar bersedia didampingi oleh MK
15. Konselor mengisi form pasca-konseling

Bila hasil test negatif:

1. Konselor mendiskusikan kemungkinan klien masih berada dalam periode jendela
2. Konselor membuat ikhtisar dan gali lebih lanjut berbagai hambatan
3. Konselor memastikan klien paham mengenai hasil test yang diterima dan pengertian periode jendela
4. Menjelaskan kebutuhan untuk melakukan tes ulang dan pelayanan VCT bagi pasangan
5. Menjelaskan upaya penurunan risiko yang dapat dilakukan
6. Konselor memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum diketahui
7. Apabila klien sudah jelas dan tidak ada pertanyaan, maka konseling pasca-testing ditutup
8. Konselor memotivasi agar bersedia didampingi oleh MK untuk mempertahankan perilaku yang aman.
9. Membuat perjanjian untuk kunjungan ulang bila dibutuhkan
10. Konselor mengisi form pasca konseling

SOP PELAYANAN PETUGAS MANAJEMEN KASUS

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

Tujuan :

- Klien mendapat dukungan sesudah mendapat hasil tes HIV, baik klinik maupun di rumah
- Klien mendapat informasi mengenai rencana tindak lanjut yang sesuai dengan kondisinya (kesehatan, sosial ekonomi, budaya sdb)
- Klien mendapat dukungan dalam menjalankan program tindak lanjut

Penanggung jawab : Petugas Manajemen Kasus

Alat & Bahan :

- Meja dan kursi
- Almari File
- Lampu/Penerangan cukup
- Alat peraga:
 - Leaflet kesehatan tentang IMS dan HIV-AIDS
 - Dildo dan Kondom
 - Poster
 - Alat peraga jarum suntik
- Direktori pelayanan dan MOU jejaring
- Surat rujukan
- Form-form catatan petugas manajemen kasus
 - Buku Registrasi
 - Formulir manajemen kasus
 - Informed consent manajemen kasus
 - Formulir rujukan antar pelayanan psikososial
 - Hak dan Tanggung Jawab Pasien
 - Penerimaan Pasien
 - Biopsikososial
 - Perencanaan Kebutuhan Pasien
 - Catatan Kegiatan MK
 - Form Monitoring Pelaksanaan Perencanaan Kebutuhan Pasien
- Lembaran Informasi MK (buku kecil)

Prosedur : **Harus dibuat prosedur untuk pelayanan bagi klien tes -**

1. Petugas manajemen kasus menerima rujukan klien dari pelayanan VCT, outreach, petugas medis dan jejaring lainnya, baik yang hasil testnya positif maupun negatif
2. Petugas manajemen kasus mencari informasi dasar dari petugas yang merujuk (konselor) mengenai hasil test, permasalahan klien, status psikologis klien

3. Menyelesaikan proses intake klien dalam 5 hari setelah menerima rujukan klien dengan menerapkan langkah sebagai berikut:
 - a. Menemui klien di klinik VCT atau dirumah klien atau tempat lain yang sesuai dan memperkenalkan diri pada klien
 - b. Manajer Kasus menjelaskan pelayanan manajemen kasus dan memberi informasi pelayanan yang dapat diterima klien dari lembaga termasuk keterbatasan yang dimiliki, persyaratan administratif.
 - c. Menjelaskan peran, tugas dan tanggungjawab manajer kasus termasuk prinsip pelayanan yang mencakup kerahasiaan.
 - d. Menjelaskan kewajiban klien mencakup: kerjasama dalam membuat dan melaksanakan perencanaan, memberi informasi yang benar, kesediaan mematuhi perjanjian yang dibuat untuk kontrol ke tim medis, konseling, mengikuti sesi-sesi edukasi, dsb.
 - e. Bila klien menyetujui, meminta klien menandatangani Formulir Kesediaan Menerima Pelayanan, yang berisi Hak dan Kewajiban yang merupakan kontrak pelayanan antara manajer kasus dengan klien
 - f. Membuat catatan rekam data klien dan memastikan setiap klien mempunyai nomor kode yang benar, sesuai pemberian kode klien pada SOP VCT 1 .
 - g. Melengkapi data intake yang mencakup masalah dan situasi klien serta menghimpun informasi yang diperlukan meliputi : Informasi Pribadi, Status HIV, Tanggal Test Positif HIV atau test anti bodi yang pertama yang menunjukkan positif terjangkit HIV (Kapan, dimana, dokter mana), Tanggal diagnosa AIDS, sumber terkena HIV/AIDS, Jumlah CD4, Viral Load, Penggunaan aktif obat-obatan, dsb
 - h. Mendokumentasikan data Intake pada Formulir Manajemen Kasus
4. Menyelesaikan proses asesmen klien dalam waktu 1 bulan sejak penandatanganan Formulir Kesediaan Menerima Pelayanan yang terdiri dari:
 - a. Melakukan wawancara atau kunjungan rumah/RS dan menghimpun informasi yang diperlukan dari klien maupun pihak-pihak lain atas izin klien yang diperlukan dalam rangka pengkajian dan merumuskan kebutuhan klien
 - b. Asesmen yang dilakukan meliputi : Asesmen Kesehatan, Asesmen Sosial, Asesmen Psikologis, Pemahaman Dasar Klien Tentang HIV/AIDS, Rencana Klien untuk Penurunan Resiko
 - c. Membuat dokumentasi hasil asesmen pada Formulir Manajemen Kasus
5. Petugas Manajemen Kasus membuat rencana pelayanan bagi klien
 - a. Manajer Kasus bersama klien menyusun perencanaan pelayanan sesuai hasil analisa masalah dan kebutuhan
 - b. Manajer Kasus memberikan pilihan/alternatif prioritas kepada klien sehubungan dengan penanganan masalahnya. Klien menentukan dan memutuskan bagi dirinya sendiri.

- c. Manajer Kasus dan klien membuat perencanaan spesifik, berpedoman pada sasaran realistis untuk memprioritaskan kegiatan yang dilaksanakan dan cara pencapaiannya.
- d. Manajer Kasus bersama klien melakukan pembagian tugas dan tanggungjawab masing-masing pihak, siapa melakukan apa, kapan dan bagaimana itu dilaksanakan
- e. Manajer Kasus melakukan koordinasi dengan lembaga-lembaga penyedia layanan termasuk tugas dan tanggungjawabnya
- f. Manajer memberi informasi tentang lembaga penyedia layanan kepada klien termasuk cara mengakses bantuan dari lembaga layanan
- g. Melaksanakan rencana yang disusun melalui kegiatan yang relevan dalam batas waktu realistis
- h. Manajer Kasus mengantisipasi masalah baru yang mungkin akan terjadi dan menentukan sumber-sumber lain yang akan dilibatkan
- i. Rencana pelayanan diperbaiki sesering mungkin tetapi minimal sekali dalam 6 bulan. Bagi klien yang hanya memerlukan informasi saja, perbaikan bisa dilakukan melalui "telepon" saja.
- j. Manajer Kasus harus mendokumentasikan berkas klien termasuk salinan korespondensi tertulis

6. Intervensi/Pelaksanaan Rencana tindak lanjut

- a. Sesuai dengan Perencanaan Pelayanan, Manajer Kasus dan Klien melakukan langkah-langkah yang sudah disusun bersama.
- b. Bila ada masalah/kendala dalam pelaksanaan Perencanaan Pelayanan, Manajer Kasus berkewajiban mencari penyebabnya dan menyelesaikan secara bersama. Jika diperlukan Manajer Kasus akan melakukan Asesmen atau Perencanaan ulang.
- c. Bila ditemukan permasalahan yang sulit diselesaikan, Manajer Kasus mengkonsultasikannya kepada supervisor atau mengadakan Case Conference dengan melibatkan Profesional lain yang dibutuhkan.

7. Monitoring dan Evaluasi

- a. Manajer Kasus memonitor apakah klien memperoleh pelayanan yang diharapkan dan sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Manajer Kasus bersama klien mengevaluasi pelaksanaan pelayanan dalam mengadakan perubahan
- c. Manajer Kasus dan Klien secara kontinu meninjau kembali ketepatan data dan atau merundingkan kembali mengenai perubahan perumusan masalah, tujuan-tujuan, dan rencana pelayanan.
- d. Manajer Kasus dan klien jika diperlukan menilai kembali tujuan-tujuan atau merubah rencana pelayanan
- e. Manajer Kasus bertanggung jawab atas hasil evaluasi dan selalu dibicarakan dengan klien.

- d. Manajer Kasus melakukan monitoring dan Evaluasi hasil pelaksanaan perencanaan melalui pendokumentasian yang dibuat secara lengkap dan terperinci. Monitoring dilakukan setiap 3 bulan sekali.
8. Rujukan, Pemindahan dan Terminasi
- a. Rujukan
- Bila pelayanan yang dibutuhkan klien tidak tersedia di lembaga atau Manajer Kasus tidak mempunyai kompetensi untuk melakukannya → rujuk ke lembaga/sumber bantuan yang tepat.
 - Manajer Kasus memberi informasi kepada klien tentang kemungkinan memerlukan rujukan ke lembaga yang lain bila dibutuhkan.
 - Dalam hal merencanakan rujukan, Manajer Kasus perlu memperhatikan, apakah klien tertarik memperoleh rujukan, apakah ada persyaratan yang harus dipenuhi dan apakah klien menginginkan dukungan manajer kasus selanjutnya .
 - Jika Klien menyetujui rencana rujukan, Manajer Kasus mempersiapkan klien untuk proses yang akan dihadapinya yang meliputi, bantuan yang akan diberikan, persyaratan dan kebijakan lembaga rujukan, kemampuan klien memenuhi persyaratan yang diminta dan bagaimana cara klien menghubungi lembaga rujukan.
- b. Pemindahan/Transfer
- Jika klien membutuhkan transfer ke manajer kasus lain, baik atas anjuran manajer maupun atas permintaan klien, maka proses ini harus diselesaikan dalam waktu satu minggu dan melibatkan Manajer Kasus Pertama, Klien serta Manajer Kasus yang baru
 - Manajer Kasus pertama harus mengkomunikasikan kepada klien perihal pemindahannya ke Manajer Kasus yang baru
 - Manajer Kasus pertama harus mengkomunikasikan kasus yang akan di pindahkan kepada Manajer Kasus yang baru.
 - Pada saat dilakukan pemindahan/transfer Manajer Kasus yang lama perlu membuat surat pengalihan kepada Manajer Kasus yang baru kepada supervisor.
- b. Terminasi
- Manajer kasus akan melakukan terminasi jika :
 - Klien meninggal dunia,
 - Atas permintaan klien
 - Tindakan klien membahayakan lembaga atau manajer kasus
 - Pada Kasus Meninggal :
 - Lihat kemungkinan kebutuhan konseling kedukaan bagi keluarga yang ditinggalkan
 - Manajer Kasus membuat laporan terminasi
 - Pada Kasus dirujuk kepada lembaga pelayanan lain:

- Semua dokumen klien harus dikirim ke lembaga pelayanan yang baru dalam waktu 10 hari kerja, dimulai sejak dia memutuskan untuk pindah.
- Dokumen yang lengkap mencakup: Riwayat kasus, catatan kemajuan, formulir-formulir, semua dokumen sehubungan dengan pelayanan medis dan perawatan klien.

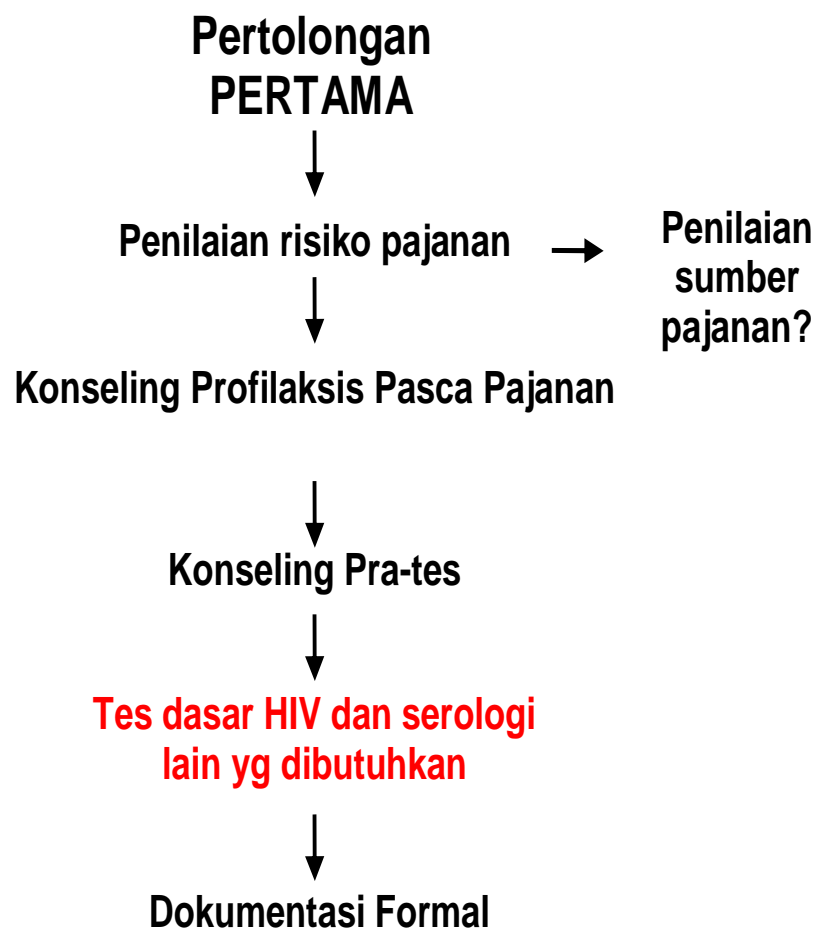
d. Pada Kasus Yang Dihentikan

- Tindakan penghentian kasus harus dimulai oleh Manajer Kasus melalui permohonan tertulis pada supervisor
- Manajer Kasus harus mendokumentasikan secara menyeluruh semua upaya yang dilakukannya untuk memecahkan masalah yang ditimbulkan Klien. Penghentian hanya dapat terjadi jika ada bukti-bukti masalah serius yang berulang serta upaya-upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi kesulitan namun tidak berhasil.

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 PAPANAN**

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 Duviral 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: Duviral 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

