



# **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**



**DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008**

## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANAN PELAYANAN KESEHATAN**

Diterbitkan oleh:

Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik  
Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik  
Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Hak Cipta pada :

Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik  
Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik  
Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Dilarang memperbanyak tanpa ijin dari :

Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik  
Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik  
Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Edisi I Cetakan 2 2008

Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI  
617.461.059  
Indonesi Indonesia. Departemen Kesehatan. Direktorat Jenderal  
p Bina Pelayanan Medik.  
Pedoman pelayanan hemodialisis di sarana pelayanan kesehatan.  
- - Jakarta : Departemen Kesehatan RI, 2008.  
I. Judul 1. HEMODIALYSIS-HOSPITALS

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat-Nya sehingga tim penyusun dapat menyelesaikan buku Pedoman Pelayanan Hemodialisis ini.

Adanya kecenderungan peningkatan jumlah penderita yang memerlukan pelayanan dialysis seharusnya diiringi dengan peningkatan jumlah sarana dan kualitas pelayanan yang diberikan. Hal ini menjadi perhatian para klinisi Ginjal-Hipertensi dan Departemen Kesehatan untuk menyusun pedoman pelayanan agar dapat dipakai sebagai acuan dalam mengembangkan dan meningkatkan sarana hemodialisis di dalam dan luar Rumah Sakit .

Buku Pedoman Pelayanan Hemodialisis ini disusun bersama-sama antara Departemen Kesehatan dan para pakar dari PERNEFRI. Kami menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Untuk itu kami terbuka terhadap masukan dari berbagai pihak demi perbaikan di masa yang akan datang.

Akhir kata, semoga buku pedoman ini dapat digunakan sebagaimana mestinya dan membawa kebaikan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi para pasien ginjal kronik di Indonesia.

Jakarta, 23 Oktober 2007  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
Direktur Bina Pelayanan Medik Spesialistik



Dr. Ratna Rosita, MPH  
NIP. 140 098 639



## SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK DEPARTEMEN KESEHATAN RI

Saya menyambut gembira dengan adanya Pedoman Pelayanan Hemodialisis di Sarana Pelayanan Kesehatan. Pedoman ini saya harapkan dapat menjadi acuan bagi tenaga medis yang melaksanakan pelayanan hemodialisis baik di rumah sakit maupun diluar rumah sakit, mengingat saat ini jumlah pasien penyakit ginjal kronik semakin meningkat, sementara jumlah unit HD masih sangat terbatas baik fasilitas, sarana maupun sumber daya manusianya.

Disamping itu, pedoman ini diharapkan juga dapat menjadi acuan bagi pihak-pihak baik Pemerintah maupun swasta dalam menyediakan pelayanan hemodialisis yang berkualitas dan aman bagi pasien. Sementara bagi pihak Dinas Kesehatan baik tingkat Propinsi, Kabupaten, Kota, pedoman ini dapat menjadi acuan dalam pemberian ijin, pengawasan dan evaluasi pelayanan hemodialisis di wilayah kerjanya.

Semoga dengan adanya pedoman ini kualitas pelayanan hemodialisis di Indonesia dapat lebih ditingkatkan.

 Jakarta, 26 Oktober 2007  
Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik



**FARID W. HUSAIN**  
**NIP. 130 808 593**

# SAMBUTAN KETUA PERNEFRI

Hemodialisis (HD) di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1973. Sejauh ini telah memberikan manfaat untuk pasien penyakit ginjal tahap akhir untuk memperpanjang harapan hidup dengan kualitas hidup yang cukup baik. Selama 30 tahun terakhir telah banyak perkembangan di bidang hemodialisis, baik dari segi peralatan seperti jenis dialiser yang beragam, membrane yang lebih biokompatibel, teknik pengolahan air yang lebih baik, mesin HD yang lebih modern dan teknik hemodialisis yang lebih maju.

Pelaksanaan HD dan Peritoneal Dialisis (PD), terutama di negara maju, sudah mengikuti rekomendasi yang dikeluarkan oleh badan profesi. Hal ini dibuktikan dari berbagai hasil penelitian, salah satunya ialah DOPPS (*Dialysis Outcome Practice and Pattern Study*). Di Indonesia kita masih perlu meningkatkan kualitas HD. Data-data yang di dapat dari Registrasi Ginjal Indonesia (*Indonesian Renal Registry*) menunjukkan masih banyak kekurangan dalam pelaksanaan dialisis, termasuk kualitas dan kuantitas sumber daya manusianya. Semua ini tidak terlepas dari anggaran yang minim. Akibat dialisis yang tidak adekuat ini tentu akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas pasien.

Pedoman pelayanan hemodialisis yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan (DEPKES) ini sangat penting bagi Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI), karena di dalamnya berisi peraturan-peraturan, landasan hukum, cara pelaksanaan dialisis dan pengawasan bagi unit dialisis. Semua ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dan meningkatkan kualitas pelayanan dialisis, agar dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pasien di Indonesia. Kami mengharapkan pedoman ini dapat menjadi acuan dalam menjalankan semua unit dialisis di Indonesia.

Jakarta, Oktober 2007  
Ketua PB PERNEFRI



DR. Dr. Suhardjono, Sp.PD-KGH, Kger





**DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.**  
**DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK**

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kav. No. 4 - 9 P.O. BOX : 3097, 1196 Jakarta 12950  
Telepon : 5201590 (Hunting) Faximile : 5261814, 5203872  
e-mail : yanmed@depkes.go.id e-mail : seyanmed@depkes.go.id



**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK**

**DEPARTEMEN KESEHATAN RI**

No. : HK.03.05/III/1125/07.....

Tentang

**PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS  
DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

- Menimbang :
- Bahwa dengan adanya peningkatan jumlah pasien ginjal kronik membutuhkan suatu pelayanan medis yang bermutu dan memadai baik dari segi kualitas maupun kuantitas.
  - Bahwa salahsatu pelayanan yang dimaksud dalam butir a adalah perlu tersedianya pelayanan hemodialisis.
  - Bahwa untuk mendapatkan pelayanan hemodialisis yang aman dari penyakit seperti hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC) dan Human Immunodeficiency Virus (HIV) maka pelayanan tersebut harus sesuai dengan Pedoman yang ditetapkan.
  - Bahwa untuk butir c perlu adanya suatu pedoman pelayanan hemodialisis di sarana pelayanan kesehatan
- Mengingat :
- Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
  - Undang-Undang RI Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
  - Undang-Undang RI Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah
  - Undang-Undang RI Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
  - Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom
  - Peraturan Menteri Kesehatan RI No 920/Menkes/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik
  - Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 585/Menkes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis
  - Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 916.Menkes/Per/VIII/1997 tentang Izin Praktek bagi Tenaga Medis
  - Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan
  - Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit





**DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK**

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kav. No. 4 - 9 P.O. BOX : 3097, 1196 Jakarta 12950  
Telepon : 5201590 (Hunting) Faximile : 5261814, 5203872  
e-mail : yanmed@depkes.go.id e-mail : seyanmed@depkes.go.id



**Memutuskan**

- Menetapkan :  
Pertama : Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik tentang Pedoman Pelayanan Hemodialisis di Sarana Pelayanan Kesehatan.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Hemodialisis di Sarana Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Pertama agar digunakan sebagai pedoman oleh tenaga medis dalam melaksanakan pelayanan hemodialisis di Sarana Pelayanan Kesehatan.
- Ketiga : Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan keputusan ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai peraturan yang berlaku.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

**DITETAPKAN DI : J A K A R T A  
PADA TANGGAL : 26 OKTOBER 2007**

*[Signature]*  
**DIREKTUR JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK**

*[Signature]*

**FARID W HUSAIN**  
**NIP. 130 808 593**

Tembusan disampaikan kepada Yth.:

1. Menteri Kesehatan RI
2. Sekretaris Jenderal Dep.Kes.RI di Jakarta
3. PERNEFRI
4. PERSI
5. ARSADA





# TIM PENYUSUN

## Tim Penyusun :

1. DR. Dr. Suhardjono, Sp.PD-KGH, KGer
2. Dr. Dharmeizar, Sp.PD-KGH
3. Dr. Aida Lidya, Sp.PD-KGH
4. Dr. Ginova Nainggolan, Sp.PD-KGH
5. Dr. Maruhum Bonar H. Marbun, Sp.PD-KGH
6. Dr. Suginarti, Mkes
7. Dr. Diah P. Sitaresmi
8. Dr. Ririn Fristika Sari

## Kontributor:

1. Prof. Dr. Wiguno Prodjosudjadi, PhD, Sp.PD-KGH
2. Prof. DR. Dr. Endang Susalit, Sp.PD-KGH
3. Dr. Broto Wasisto, MPH
4. Dr. Budi Sampurna, SpF,SH
5. Dr. Murdiati Umbas
6. Prof. DR. Dr. H. Mochammad Sja'bani, Sp.PD-KGH
7. Prof. Dr. Harun Rasyid Lubis, Sp.PD-KGH
8. Prof. DR. Dr. Ketut Suwitra, Sp.PD-KGH
9. Prof. DR. Dr. Syakib Bakri, Sp.PD-KGH
10. Prof. Dr. H. R. Moh. Yogiantoro, Sp.PD-KGH
11. DR. Dr. Imam Effendi, Sp.PD-KGH
12. Dr. Tunggul D. Situmorang, Sp.PD-KGH
13. Dr. Lucky Aziza Bawazier, Sp.PD-KGH
14. Prof. Dr. Rully M.A Roesli, PhD, Sp.PD-KGH
15. Dr. Pranawa, Sp.PD-KGH
16. Dr. Atma Gunawan, Sp.PD-KGH
17. Dr. Lestariningsih, Sp.PD-KGH
18. Dr. Bambang Purwanto, Sp.PD-KGH
19. Dr. Abdurrahim Rasyid Lubis, Sp.PD-KGH
20. Dr. Ian Effendi N., Sp.PD-KGH
21. Dr. Syaiful Azmi, Sp.PD-KGH
22. Dr. Eddie Jonas Joseph, Sp.PD-KGH
23. Dr. Lukman Hatta Sunaryo, Sp.PD, Sp.KL
24. Dr. Daulat Amin Lubis, Sp.PD



25. Dr. Ariani Intan Wardani, Sp.PD
26. Dr. Dwi Juwono, Sp.PD-KGH
27. Dr. Hariadi Wiroto, Sp.PD
28. Dr. Januar Widodo Sutandar, Sp.PD
29. Dr. J. Sarwono, Sp.PD
30. Dr. Wasis Santoso, Sp.PD
31. Dr. Bennie Hafis Soeleiman, Sp.PD
32. Dr. Ria Bandiara, Sp.PD-KGH

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	i
Sambutan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik.....	ii
Sambutan Ketua PERNEFRI.....	iii
SK Dirjen Bina Pelayanan Medik.....	iv
Tim Penyusun.....	vi
Daftar Isi.....	viii
<b>BAB I      Pendahuluan</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	2
B. Landasan Dasar Pelayanan Hemodialisis (HD) di Rumah Sakit.....	3
C. Landasan Hukum.....	4
D. Perijinan.....	5
E. Tujuan.....	5
F. Sasaran.....	6
<b>BAB II     Pengertian Pelayanan Hemodialisis</b>	<b>7</b>
A. Definisi.....	8
B. Falsafah.....	9
<b>BAB III    Pengorganisasian</b>	<b>11</b>
A. Struktur Organisasi.....	12
B. Ketenagaan.....	13
C. Kompetensi.....	13
D. Klasifikasi dan Uraian Tugas.....	14
<b>BAB IV     Perijinan</b>	<b>15</b>
A. Perijinan Unit Hemodialisis di Rumah Sakit.....	16
B. Perijinan Unit Hemodialisis di luar Rumah Sakit.....	16
<b>BAB V     Pelayanan Hemodialisis</b>	<b>19</b>
A. Konsep Pelayanan Hemodialisis.....	20
B. Prosedur Pelayanan Hemodialisis.....	20
C. Alur Pasien dalam Pelayanan Hemodialisis.....	20
D. Persyaratan Minimal Obat dan Alat Kesehatan Habis Pakai.....	21
E. Persyaratan Minimal Bangunan dan Prasarana.....	22
F. Persyaratan Minimal Peralatan.....	23
G. Sistem Pembiayaan.....	23



	H. Pengendalian Limbah.....	24
	I. Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).....	25
	J. Pencatatan dan Pelaporan.....	26
	K. Evaluasi dan Pengendalian Mutu.....	27
<b>BAB VI</b>	<b>Sistem Rujukan</b>	<b>25</b>
	A. Pengertian Rujukan.....	26
	B. Sistem Pelayanan Rujukan Hemodialisis.....	26
<b>BAB VII</b>	<b>Unit Dialisis di Luar Rumah Sakit</b>	<b>27</b>
	A. Syarat Unit Hemodialisis di luar Institusi Rumah Sakit	28
	B. Syarat Perijinan Unit Hemodialisis di luar Rumah Sakit	29
	C. Administratif Ketenagaan.....	30
	D. Tarif.....	30
	E. Pembinaan dan Pengawasan.....	30
	F. Sanksi.....	31
	G. Ketentuan Peralihan.....	31
<b>BAB VIII</b>	<b>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) atau Dialisis Peritoneal Mandiri Berkesinambungan (DPMB)</b>	<b>33</b>
	Pendahuluan.....	34
	Pengertian.....	34
	Syarat (wajib terpenuhi).....	34
	Kriteria.....	34
	Prosedur CAPD.....	35
	Peralatan/Obat.....	35
	Monitoring & evaluasi.....	36
<b>BAB IX</b>	<b>Pembinaan dan Pengawasan Unit Dialisis</b>	<b>37</b>
	A. Tujuan Pembinaan dan Pengawasan.....	38
	B. Cara Pengawasan.....	38
	C. Hasil Pengawasan.....	38
	D. Pembinaan.....	38
	E. Sanksi.....	39
	F. Pengembangan.....	39
<b>BAB X</b>	<b>Pengembangan Pelayanan</b>	<b>41</b>



<b>BAB XI</b>	<b>Penutup</b>	<b>43</b>
	<b>Daftar Bacaan</b>	<b>45</b>
	<b>Lampiran – lampiran</b>	<b>47</b>
	▪ Travelling dialysis form (1 bahasa).....	48
	▪ Format laporan unit HD.....	49
	▪ Format Indonesian Renal Registry (IRR).....	51
	▪ Alur Pelayanan Pasien Hemodialisis.....	59
	▪ Alur Perijinan Unit Hemodialisis di luar Rumah Sakit	61







# **BAB I PENDAHULUAN**

## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Peningkatan pembangunan kesehatan di Indonesia seharusnya diikuti secara seimbang oleh perbaikan mutu pelayanan kesehatan baik di sarana pelayanan kesehatan maupun praktek perorangan. Adanya globalisasi serta industrialisasi yang cepat di sektor kesehatan berdampak pada cara melakukan tindakan, baik berupa terapi, pemakaian alat, pemberian resep dan sebagainya sehingga tindakan tersebut sesuai indikasi yang tepat.

Disamping itu dengan adanya UU Perlindungan Konsumen serta terkaitnya praktek kedokteran terhadap aspek medis, legal, etis, psikologis, sosial budaya serta finansial maka perlu dibuat suatu pedoman pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan yang lebih baik kepada masyarakat dan memberikan rasa aman bagi dokter/tenaga medik dalam melakukan praktik kedokteran. Hal ini berlaku juga pada pelayanan dialisis dimana umumnya pasien dengan penyakit ginjal kronik membutuhkan pengobatan yang berulang dan melibatkan peralatan/mesin dengan teknologi tinggi serta kompetensi tenaga kesehatan yang memadai.

Adanya kebijakan desentralisasi dan sistem pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin, maka pasien miskin yang memerlukan hemodialisis dapat terlayani tanpa perlu membayar. Namun demikian, melihat kondisi pelayanan dialisis saat ini di Indonesia, baik dari segi tempat pelayanan dialisis, jumlah mesin dan dokter, tidak akan mencukupi untuk melayani peningkatan jumlah pasien seperti disebutkan diatas.

Selain itu, dengan diberlakukannya UU Praktek Kedokteran No. 29 tahun 2004 yang intinya melindungi kepentingan masyarakat, dituntut kualitas dokter yang mempunyai kompetensi yang tinggi. Disisi lain seorang dokter dibatasi hanya boleh berpraktik di tiga (3) tempat saja. Dengan demikian akan ada kesenjangan bahwa disatu pihak diperlukan penambahan pusat dialisis yang tentunya dibarengi dengan penambahan jumlah dokter yang kompeten, tetapi dibatasi dengan peraturan jumlah tempat praktek yang diperkenankan.

PERNEFRI (Perhimpunan Nefrologi Indonesia) sebagai organisasi profesi konsultan ginjal, merasa bertanggung jawab turut membantu dalam



mengatasi masalah ini terutama padaantisipasi peningkatan jumlah pasien PGK (Penyakit Ginjal Kronik) yang disantuni hemodialisisnya. Dilain pihak PERNEFRI juga turut bertanggung jawab dalam mempertahankan kualitas pelayanan dialisis maupun kompetensi dokternya seperti yang diamanahkan oleh Departemen Kesehatan (DEPKES).

Selain itu, pihak asuransi sebagai penyandang dana untuk pelayanan hemodialisis harus dibantu oleh PERNEFRI untuk dapat mengelola dan melayani pasien hemodialisis dengan optimal sehingga tercapai sasaran dengan biaya yang efisien.

## **B. Landasan Dasar Pelayanan Hemodialisis (HD) di Rumah Sakit**

### **1. Jumlah pasien PGK makin meningkat.**

Seperti di negara lain, prevalensi PGK meningkat dari tahun ke tahun. Penyakit ginjal kronik bisa disebabkan oleh beberapa keadaan seperti hipertensi, diabetes melitus, glomerulonefritis kronik, penyakit obstruksi-infeksi terutama oleh karena batu, dll. Data Pola 50 Penyakit Utama di Rawat Jalan RS se-Indonesia tahun 2004 menempatkan Hipertensi pada peringkat ke 3 dengan 411.355 kunjungan dan Diabetes Melitus pada peringkat ke 7 dengan 326.462 kunjungan.

Penyakit ginjal kronik merupakan masalah besar di Indonesia. Hal ini dapat dilihat dari jumlah tindakan hemodialisis yang dilakukan di RS milik Depkes dan Pemda sepanjang tahun 2005 sebanyak 125.441. Data semester I tahun 2006 PT Askes bahkan menyebutkan bahwa hemodialisis merupakan tindakan rawat jalan yang paling banyak dibiayai dengan besaran dana 4.372.168.679 rupiah.

Saat ini unit hemodialisis di Indonesia yang terdata di PERNEFRI sebanyak  $\pm$  4000 unit, sementara Indonesia membutuhkan sekitar 6000 unit mesin hemodialisis.

Melihat besarnya jumlah tindakan dan kecenderungan peningkatan jumlah pasien yang memerlukan dialisis, maka sangatlah penting bagi dokter memperhatikan kualitas pelayanan dengan cara menerapkan manajemen dan penatalaksanaan terpadu yang dibantu oleh tenaga medik dan paramedik lainnya.



2. Faktor-faktor yang mendukung tersediakannya pedoman pelayanan hemodialisis

Dalam upaya meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, khususnya bagi pasien penyakit ginjal dan hipertensi, telah tersedia beberapa faktor yang mendukung upaya tersebut antara lain:

- a. Komitmen profesi (Perhimpunan Nefrologi Indonesia dan Perhimpunan Perawat Ginjal Intensif Indonesia) untuk melakukan pengembangan SDM (dokter, perawat, teknisi) baik secara kualitas maupun kuantitas.
- b. Konsensus Dialisis PERNEFRI  
Konsensus ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien gagal ginjal yang menjalani dialisis. Di dalam konsensus ini diuraikan secara garis besar pelaksanaan dialisis untuk dapat digunakan sebagai pedoman dan dapat mempermudah para dokter atau tenaga kesehatan yang bertugas di unit dialisis.
- c. Konsensus Anemia PERNEFRI  
Konsensus ini disusun berdasarkan acuan dan bukti klinik dari berbagai sumber yang akan direvisi secara berkala sesuai dengan perkembangan ilmu dan bukti klinik yang ada.
- d. Pedoman Pengendalian Infeksi Virus Hepatitis B, Hepatitis C dan HIV oleh PERNEFRI  
Pedoman ini disusun dengan tujuan untuk mencegah penularan infeksi hepatitis dan HIV yang dapat terjadi di unit hemodialisis.
- e. Pembiayaan oleh asuransi (PT Askes, asuransi lainnya)

### C. Landasan Hukum

- a. Undang – Undang No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.
- b. Undang – Undang No 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah.
- c. Undang – Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
- d. Peraturan Pemerintah RI No. 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
- e. Peraturan Pemerintah RI No.7 tahun 1987 Jo SKB No.48/MENKES/II/98 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintah dalam Bidang Kesehatan kepada Pemerintah Daerah.

- f. Peraturan Pemerintah RI No.25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai daerah otonomi.
- g. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.920//Menkes/SK/Per/XII/1986 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik
- h. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.585/Menkes/SK/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik.
- i. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.749/.Menkes/SK/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis/Medical Record.
- j. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.436 tahun 1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Medis Indonesia.
- k. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.916/Menkes/Per/VIII/1997 tentang Izin Praktek Bagi Tenaga Medis.
- l. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan.
- m. Surat Keputusan Bersama Menteri Kesehatan RI dan Menteri Dalam Negeri RI No.48/MenKes/SKB/II/1998 tentang Petunjuk Pelaksanaan PP No.7 tahun 1987
- n. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1241 tahun 2004 tentang Penunjukan PT Askes sebagai pelaksana program JPKMM di Indonesia.
- o. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.
- p. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.
- q. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis.
- r. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS.

#### D. Perijinan

##### **Perijinan Pendirian Unit Dialisis :**

1. Unit Dialisis di rumah sakit harus mendapat ijin dari Dinas Kesehatan.
2. Ijin Pendirian Unit Dialisis diajukan ke Dinas Kesehatan disertai verifikasi dari PERNEFRI setelah unit tersebut memenuhi persyaratan yang diperlukan.
3. Ijin berlaku selama 5 tahun dan diperbaharui setelah memenuhi akreditasi yang dilakukan oleh tim dari Dinas Kesehatan bersama dengan organisasi profesi (PERNEFRI).

## E. Tujuan

### Umum:

Meningkatkan kualitas pelayanan pasien gagal ginjal melalui pedoman pelayanan hemodialisis yang berorientasi pada keselamatan dan keamanan pasien.

### Khusus:

- Memberi acuan regulasi pelayanan hemodialisis.
- Memberi acuan manajemen pelayanan hemodialisis.
- Memberi acuan tugas pokok dan fungsi serta kompetensi masing-masing tenaga yang terlibat dalam pelayanan hemodialisis.
- Memberi acuan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam pelayanan hemodialisis.
- Memberi acuan sistem/pola pembiayaan yang berkaitan dengan pelayanan hemodialisis.

## F. Sasaran

- Unit hemodialisis di dalam rumah sakit dan di luar rumah sakit.
- Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota.
- Anggota organisasi profesi yang terkait dengan pelayanan hemodialisis



## **BAB II PENGERTIAN PELAYANAN HEMODIALISIS**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PENGERTIAN PELAYANAN HEMODIALISIS

## A. Definisi

1. *Penyakit Ginjal Kronik (PGK)* adalah:
  - 1.a. Suatu kondisi kerusakan ginjal yang terjadi selama 3 bulan atau lebih, abnormalitas struktural atau fungsional ginjal, dengan atau tanpa penurunan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) yang bermanifestasi sebagai kelainan patologis atau kerusakan ginjal; termasuk ketidakseimbangan komposisi zat di dalam darah atau urin serta ada atau tidaknya gangguan hasil pemeriksaan pencitraan.
  - 2.b. LFG yang kurang dari 60mL/menit/1,73 m<sup>2</sup> lebih dari 3 bulan dengan atau tanpa kerusakan ginjal

Keterangan: disebut PGK apabila terdapat salah satu dari kriteria diatas.

2. *Hemodialisis (HD)* adalah salah satu terapi pengganti ginjal yang menggunakan alat khusus dengan tujuan *mengatasi gejala dan tanda akibat laju filtrasi glomerulus yang rendah sehingga diharapkan dapat memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup pasien.*
3. *Unit hemodialisis* adalah tempat pelayanan hemodialisis yang terdiri dari minimal 4 mesin dialisis, didukung dengan unit pemurnian air (*water treatment*) dan peralatan pendukung serta mempunyai tenaga medis, minimal terdiri dari 2 Perawat Mahir HD, 1 Dokter bersertifikat HD, yang diawasi oleh 1 orang Dokter Internis bersertifikat HD dan disupervisi oleh 1 orang Internis-Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH).
4. *UPHDIRS* adalah Upaya Pelayanan Hemodialisis di Dalam Institusi Rumah Sakit yang berada dibawah instalasi Penyakit Dalam.
5. *SUPHDIRS*: Sarana Upaya Pelayanan Hemodialisis di Luar Institusi Rumah Sakit yang berlokasi permanen (di lahan yang peruntukkan dan penggunaan bangunannya sesuai dengan ketentuan PEMDA) dan berbadan hukum dengan menyelenggarakan pelayanan dialisis kronik rawat jalan serta mempunyai kerjasama dengan Rumah Sakit yang menyelenggarakan hemodialisis sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan.

6. CAPD (*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*) adalah terapi pengganti ginjal yang mempergunakan peritoneum pasien sendiri sebagai membran semipermeabel
7. TPG (Terapi Pengganti Ginjal ) adalah terapi pengganti fungsi ginjal untuk memperpanjang dan mempertahankan kualitas hidup yang optimal.
8. KGH (Konsultan Ginjal Hipertensil ) adalah seorang Dokter yang memiliki kualifikasi Subspesialis Ginjal Hipertensi (Konsultan).

## B. Falsafah

- Pada keadaan gagal ginjal, pasien membutuhkan terapi pengganti fungsi ginjal untuk memperpanjang dan mempertahankan kualitas hidup yang optimal. Terapi pengganti ginjal terdiri dari hemodialisis, CAPD dan transplantasi. Terapi gagal ginjal yang ideal adalah transplantasi ginjal. Akan tetapi karena masih terdapat kendala faktor biaya dan keterbatasan donor maka di Indonesia dialisis masih merupakan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) yang utama. Terapi pengganti ginjal ini merupakan sebagian dari pengobatan pasien gagal ginjal. Selain TPG masih dibutuhkan pengobatan lain seperti vitamin D, eritropoetin, obat pengikat fosfor, dll.
- Pasien hemodialisis mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya komplikasi kardiovaskular. Oleh karena itu penanganannya harus dilakukan oleh seorang Dokter yang memiliki kualifikasi Subspesialis (Konsultan Ginjal Hipertensi/KGH) atau oleh Dokter Internis yang memiliki kompetensi dibidang hemodialisis.
- Tindakan dialisis (hemodialisis dan CAPD) merupakan prosedur kedokteran yang memerlukan teknologi tinggi dan biaya tinggi sehingga menjadi tanggung jawab bersama pemerintah dan masyarakat. Dialisis potensial menimbulkan risiko, oleh karena itu keselamatan pasien serta kualitas pelayanan harus selalu diperhatikan.
- Mengingat keterbatasan yang ada sekarang maka diperlukan suatu mekanisme pengembangan pelayanan yang efektif dan efisien dengan pengawasan yang dapat menjamin kualitas pelayanan.







## **BAB III PENGORGANISASIAN**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PENGGORGANISASIAN

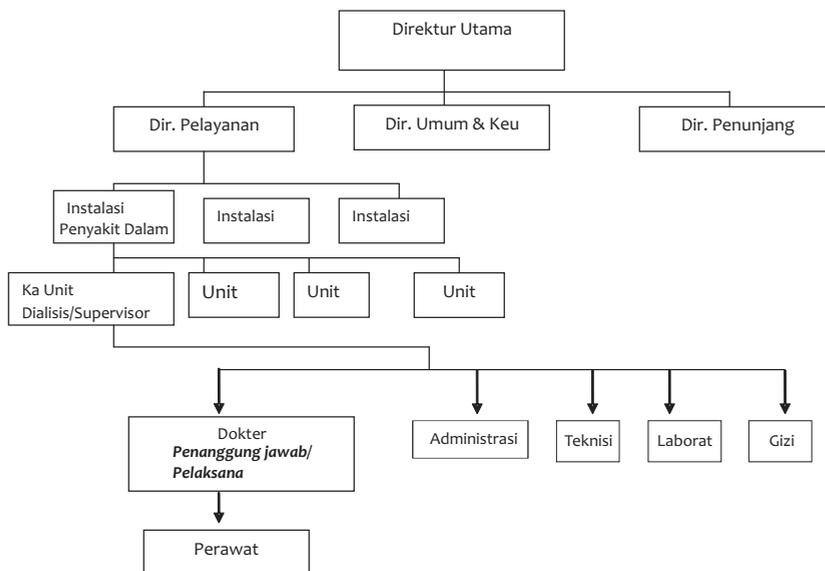
Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang optimal dari program pelayanan hemodialisis perlu ditata pengorganisasian pelayanan dengan tugas dan wewenang yang jelas dan terinci baik secara administratif maupun teknis.

## A. Struktur Organisasi

### A.1. Struktur Organisasi Unit Layanan Hemodialisis di dalam Rumah Sakit

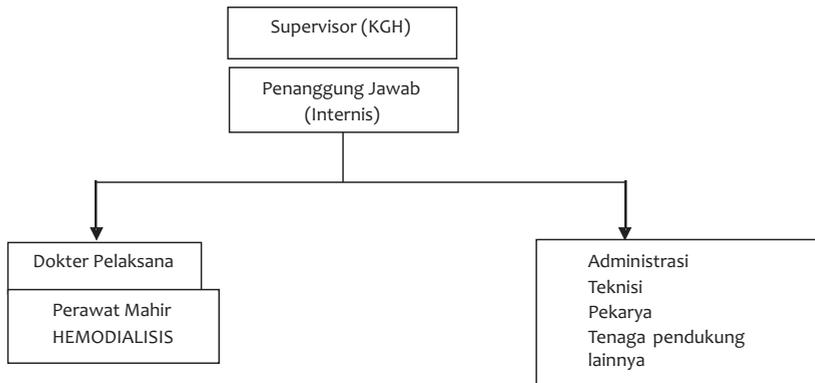
Adanya klasifikasi rumah sakit berdasarkan kemampuan layanan dilihat dari aspek kompetensi, SDM, fasilitas sarana serta kepemilikan menyebabkan bervariasinya pengelolaan layanan mulai dari organisasi sampai dengan pembiayaan di rumah sakit

Secara prinsip, unit layanan HD di dalam rumah sakit memiliki struktur organisasi sbb:



Gb.3.1. Struktur Organisasi Unit Dialisis di Dalam Rumah Sakit mengacu pada Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan DEPKES No. 1045/Menkes/PER/XI/2006

## A.2. Struktur Organisasi Unit Layanan Hemodialisis di Luar Rumah Sakit



Gb.3.2. Struktur Organisasi Unit Dialisis di Luar Rumah Sakit

## B. Ketenagaan

Ketenagaan pelayanan hemodialisis terdiri dari:

1. Tenaga medis (Supervisor, Dokter Sp.PD yang bersertifikat HD, Dokter bersertifikat HD).
2. Perawat (Perawat Mahir dan Perawat Biasa)
3. Teknisi.
4. Tenaga administrasi.
5. Dan tenaga lainnya yang mendukung program.

## C. Kompetensi

1. Supervisor hemodialisis adalah Dokter Sp.PD-KGGH.
2. Dokter penanggung jawab hemodialisis adalah Dokter Sp.PD-KGGH dan atau Dokter Sp.PD yang telah mempunyai sertifikat pelatihan hemodialisis di pusat pendidikan yang diakreditasi dan disahkan oleh PBPERNEFRI.
3. Dokter pelaksana hemodialisis adalah Dokter bersertifikat HD yang telah dilatih di pusat pendidikan yang diakreditasi dan disahkan oleh PBPERNEFRI.
4. Perawat mahir hemodialisis adalah Perawat yang bersertifikat pelatihan HD di pusat pendidikan yang diakreditasi dan disahkan oleh PB.PERNEFRI.
5. Perawat adalah lulusan Akademi Keperawatan.

#### D. Klasifikasi dan Uraian Tugas :

1. Supervisor  
Seorang Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi (Dokter SpPD-KGH) yang diakui oleh Pernefri, dan bertugas sebagai Pengawas Supervisor. Disamping itu dapat juga bertugas sebagai Dokter Penanggung Jawab Unit Dialisis dan/atau Dokter Pelaksana Unit Hemodialisis.
2. Penanggung Jawab  
Seorang Dokter Spesialis Penyakit Dalam (Dokter Sp.PD) yang telah mendapat pelatihan dialisis di Pusat Pelatihan Dialisis yang diakui/diakreditasi oleh PERNEFRI dan bertugas sebagai Penanggung Jawab Unit Dialisis. Disamping itu dapat juga bertugas sebagai Dokter Pelaksana Unit Hemodialisis.
3. Dokter Pelaksana  
Seorang Dokter yang telah mendapat pelatihan dialisis di Pusat Pelatihan Dialisis yang diakreditasi oleh PERNEFRI dan bertugas sebagai Dokter Pelaksana Unit Hemodialisis.
4. Perawat Mahir  
Perawat yang telah menempuh pendidikan khusus dialisis dan perawat ginjal intensif di pusat pelatihan dialisis yang diakui PERNEFRI.
5. Perawat  
Seorang lulusan Akademi Keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan dan membantu tugas perawat mahir HD.
6. Teknisi  
Minimal SMU/STM atau perawat dengan pelatihan khusus mesin dialisis & perlengkapannya. Bertugas : menyiapkan mesin & perlengkapannya, menjalankan & merawat mesin dialisis dan pengolah air, bekerjasama dengan teknisi pabrik pembuatnya (produsen/agen).





## **BAB IV PERIJINAN**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PERIJINAN UNIT HEMODIALISIS

Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan Hemodialisis diperlukan beberapa perijinan disesuaikan dengan lokasi dimana unit tersebut akan dibentuk/didirikan.

## A. Perijinan Unit Hemodialisis di Rumah Sakit

Perijinan unit dialisis di rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) mengikuti ijin rumah sakit tersebut dengan disertai verifikasi dari PERNEFRI setelah unit tersebut memenuhi persyaratan yang ditentukan.

## B. Perijinan Unit Hemodialisis di luar Rumah Sakit

Untuk dapat menyelenggarakan upaya pelayanan hemodialisis di luar institusi RS, maka harus memiliki ijin tertulis dari Dinas Kesehatan dengan disertai rekomendasi dari PERNEFRI setelah unit tersebut memenuhi persyaratan yang ditentukan.

Untuk sarana upaya pelayanan hemodialisis diluar institusi RS milik pemerintah yang merupakan unit HD satelit ,maka ijinnya mengikuti ijin RS Pemerintah yang menjadi rujukannya (*hospital bylaws*).

Ijin yang dimaksud terdiri dari :

1. **Ijin mendirikan/prinsip**, dengan maksud agar pihak penyelenggara mempunyai cukup waktu untuk mempersiapkan sarana dan prasarana serta sumber daya manusia dan ijin-ijin dari instansi lain, yang berlaku satu tahun dan dapat diperpanjang satu kali. Alur pengajuan ijin terdapat dalam lampiran.
2. **Ijin penyelenggaraan**, terbagi 2 tahap :
  - a. **Ijin penyelenggaraan sementara**  
Dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dengan disertai rekomendasi dari PERNEFRI. PERNEFRI berperan melakukan visitasi untuk menilai kesiapan unit tersebut dan mengeluarkan rekomendasi yang meliputi aspek ketenagaan, sarana, peralatan, kompetensi. Ijin tersebut berlaku selama 2 tahun.
  - b. **Ijin penyelenggaraan tetap**  
Dalam pengajuan ijin tetap, maka PERNEFRI harus melakukan visitasi kembali untuk mengevaluasi apakah unit HD tersebut

mampu laksana dalam 2 tahun tersebut dengan menggunakan data Indonesian Renal Registry (IRR). Ijin tersebut dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi setelah syarat administrasi termasuk rekomendasi ulang dari PERNEFRI terpenuhi. Ijin tersebut berlaku selama 5 tahun dan dapat diperpanjang dengan mengajukan permohonan ulang.







# **BAB V**

# **PELAYANAN HEMODIALISIS**

## **PEDOMAN**

## **PELAYANAN HEMODIALISIS**

## **DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PELAYANAN HEMODIALISIS

## A. Konsep Pelayanan Hemodialisis :

1. Dilakukan secara komprehensif.
2. Pelayanan dilakukan sesuai standar.
3. Peralatan yang tersedia harus memenuhi ketentuan.
4. Semua tindakan harus terdokumentasi dengan baik.
5. Harus ada sistem monitor dan evaluasi.

## B. Prosedur Pelayanan Hemodialisis :

- a. Tindakan inisiasi hemodialisis (HD pertama) dilakukan setelah melalui pemeriksaan/konsultasi dengan Konsultan atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam (Dokter Sp.PD) yang telah bersertifikat HD.
- b. Setiap tindakan hemodialisis terdiri dari :
  - Persiapan pelaksanaan hemodialisis : 30 menit
  - Pelaksanaan hemodialisis : 5 jam
  - Evaluasi pasca hemodialisis : 30 menitSehingga untuk setiap pelaksanaan hemodialisis diperlukan waktu mulai dari persiapan sampai dengan waktu pasca hemodialisis minimal 6 jam.
- c. Harus memberikan pelayanan sesuai standar profesi dan memperhatikan hak pasien termasuk membuat *informed consent*.

## C. Alur Pasien dalam Pelayanan Hemodialisis (lihat lampiran)

Pasien hemodialisis RS dapat berasal dari :

1. Instalasi Rawat Jalan.
2. Instalasi Rawat Inap (termasuk ruang rawat intensif).
3. Instalasi Gawat Darurat.
4. Rujukan dari Rumah Sakit /Institusi kesehatan lainnya.

Kegiatan selanjutnya adalah :

1. Pemeriksaan/penilaian/asesmen tim.
2. Hemodialisis.
3. Bisa dikembalikan ke tempat semula/Dokter pengirim.

#### D. Persyaratan Minimal Obat dan Alat Kesehatan Habis Pakai

##### OBAT

No.	NAMA OBAT	SATUAN	KEKUATAN
1	Adrenalin HCL	Ampul	1 mg
2	Dexametason	Flacon	10 mg
3	Dopamin	Ampul	50 mg dan 200 mg
4	KCL 1mEq/ml	Flacon	25 ml
5	Heparin 5.000 IU	Flacon	5000 unit/ml
6	Protamin Sulfat	Ampul	50 mg/ml
7	Bicarbonat Natrikus 8,4 %	Flacon	25 ml dan 100 ml
8	Anti Histamin	Ampul	
9	Clonidin	Ampul	0,15 mg
10	Dextrose 40 %	Flacon	25 ml
11	Diazepam	Ampul	10 mg
12	Lidocain HCl 2 %	Ampul	20 mg / ml
13	NaCl 0,9 %	Kolf	500 ml
14	Dextrose 5% dan 10%	Kolf	500 ml
15	Nifedipin	Tablet	5 mg
16	Captopril	Tablet	12,5 mg
17	Isosorbid Dinitrate	Tablet	5 mg
18	Parasetamol	Tablet	500 mg
19	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub>	Larutan	3 %
20	Iodin Povidone	Larutan	10 %
21	Antiseptik (savlon, hibiscrub, dll)	Larutan	
22	Alkohol 70%	Larutan	

##### ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI

No.	NAMA ALAT KESEHATAN
1.	Hollow Fiber berbagai ukuran
2.	Blood Line
3.	AV Fistula
4.	Disposable Syringe
5.	Kassa Steril
6.	Blood Set
7.	Masker Disposable
8.	Sarung Tangan Steril
9.	Plester
10.	Oksigen Tabung
11.	Havox / Sunclin (untuk desinfektan mesin sesuai dengan petunjuk pabrik)
13	Campuran Perasetic Acid & H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> (untuk dialiser proses ulang)

## E. Persyaratan Minimal Bangunan dan Prasarana

1. Unit hemodialisis mempunyai bangunan dan prasarana yang sekurang-kurangnya terdiri dari:
  - a. Ruang Hemodialisis
    - Ruang Hemodialisis sekurang-kurangnya mempunyai kapasitas untuk 4 mesin hemodialisis.
    - Rasio mesin hemodialisis dengan luas ruangan sekurang-kurangnya sebesar 1: 8 m<sup>2</sup>.
    - Setiap ruangan mempunyai wastafel untuk cuci tangan.
  - b. Ruang pemeriksaan/ Konsultasi.
  - c. Ruang dokter.
  - d. Ruang perawat (Nurse Station).
  - e. Ruang reuse.
  - f. Ruang pengolahan air (Water Treatment).
  - g. Ruang sterilisasi alat.
  - h. Ruang penyimpanan Obat.
  - i. Ruang pimpinan.
  - j. Ruang administrasi.
  - k. Ruang pendaftaran/penerimaan pasien dan rekam medik.
  - l. Ruang penunjang non medik yang sekurang-kurangnya terdiri dari *pantry*, gudang peralatan, tempat cuci.
  - m. Ruang tunggu keluarga pasien.
  - n. Toilet yang masing-masing terdiri dari toilet untuk petugas, toilet untuk pasien dan toilet untuk penunggu pasien.
  - o. *Spoelhof*.
2. Seluruh ruangan harus memenuhi persyaratan minimal untuk kebersihan, ventilasi, penerangan dan mempunyai sistem keselamatan kerja dan kebakaran.
3. Mesin hemodialisis yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan harus secara berkala dikalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
4. Mempunyai fasilitas listrik dan penyediaan air bersih (*water treatment*) yang memenuhi persyaratan kesehatan.
5. Mempunyai sarana untuk mengolah limbah dan pembuangan sampah sesuai peraturan yang berlaku (*septic tank* besar/rujukan limbah padat infeksius).
6. Tiap unit hemodialisis sangat dianjurkan memiliki fasilitas akses internet untuk dapat mengirim laporan berkala ke Supervisor dan PERNEFRI Pusat (Registrasi PERNEFRI).

## F. Persyaratan Minimal Peralatan

Satu unit hemodialisis mempunyai peralatan meliputi :

1. Sekurang-kurangnya 4 mesin hemodialisis yang siap pakai dan jenis mesin hemodialisis tersebut harus terdaftar di Departemen Kesehatan.
2. Tempat tidur/kursi untuk tempat pasien yang sedang menjalani hemodialisis
3. Peralatan medik standar seperti stetoskop, tensimeter, timbangan badan dan sebagainya, dengan jumlah sesuai kebutuhan.
4. Sebaiknya mempunyai peralatan yang diperlukan untuk resusitasi kardiopulmoner yang sekurang-kurangnya terdiri dari ambu viva.
5. Peralatan reuse dialiser manual atau otomatis.
6. *Nurse call system*.
7. Peralatan pengolahan air sehingga air untuk dialisis memenuhi standar AAMI (*Association for The Advancement of Medical Instrumentation*).
8. Peralatan sterilisasi alat medis
9. Generator listrik berkapasitas sekurang-kurangnya sebesar kebutuhan untuk menjalankan mesin hemodialisis yang ada.
10. Peralatan pemadam kebakaran.
11. Peralatan komunikasi eksternal (telpon dan fax).
12. Peralatan untuk kegiatan perkantoran.
13. Peralatan untuk mengelola limbah dan sampah.
14. Perlengkapan dan peralatan lain sesuai kebutuhan.

## G. Sistem Pembiayaan

1. Sumber :
  - Biaya sendiri (*Out of Pocket*).
  - Asuransi : PT ASKES (wajib), ASKES sukarela, Asuransi kesehatan masyarakat miskin, asuransi lain.
  - Perusahaan.
  - Lain-lain.
2. Pola tarif terdiri dari :
  - Konsul dokter.
  - Tindakan :
    - a. Jasa medik.
    - b. Jasa rumah sakit (untuk unit hemodialisis di Rumah Sakit).
    - c. Bahan dan alat.



## H. Pengendalian Limbah

Mengikuti pengendalian limbah di rumah sakit. Untuk unit hemodialisis di luar rumah sakit pengendalian limbah mengikuti aturan yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan setempat.

## I. Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)

Harus diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- Pelaksanaan kewaspadaan universal (Universal Precautions) yang ketat (Pasien, Staf dan Penggunaan Alat Medik/Non Medik) merupakan kunci utama dalam pencegahan transmisi.
- Penataan ruang, aksesibilitas, penerangan dan pemilihan material harus sesuai dengan ketentuan yang mengacu pada *patient safety*.
- Isolasi mesin hemodialisis hanya diharuskan pada pengidap virus hepatitis B (VHB), tidak pada pengidap virus hepatitis C (VHC) dan HIV.
- Pemakaian dialiser proses ulang hanya diperkenankan pada pasien pengidap VHC dan HIV dengan kewaspadaan khusus, akan tetapi dilarang pada pengidap VHB.

## J. Pencatatan dan Pelaporan

- Dalam rekam medis dicatat diagnosis medik (berdasarkan ICD X) untuk pelaporan ke Dinas Kesehatan yang kemudian diteruskan ke Departemen Kesehatan.
- Setiap unit hemodialisis di rumah sakit dan luar rumah sakit harus mengirim laporan ke pusat Registrasi PERNEFRI secara berkala tiap bulan.

## K. Evaluasi dan Pengendalian Mutu

Kegiatan evaluasi terdiri dari :

- a. Evaluasi internal : Dinilai dari SDM, sarana dan prasarana hemodialisis
- b. Evaluasi eksternal : Dinilai dari kegiatan hemodialisis (jumlah pasien, adekuasi hemodialisis, morbiditas dan mortalitas, tarif hemodialisis yang di monitor oleh Dinkes)
- c. Evaluasi terhadap Buku Pedoman Pelayanan Hemodialisis akan dilakukan setiap 5 tahun sekali oleh PERNEFRI & Depkes.



## **BAB VI SISTEM RUJUKAN**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# SISTEM RUJUKAN

## A. Pengertian Rujukan

Konsep rujukan adalah suatu upaya pelimpahan tanggung jawab dan wewenang secara timbal balik dalam pelayanan kesehatan untuk menciptakan suatu pelayanan kesehatan paripurna. Sistem rujukan diperlukan sebagai tempat konsultasi pasien hemodialisis yang memiliki masalah medik akut maupun kronik.

Rujukan ini dapat berlangsung vertikal dan horizontal sesuai dengan fungsi koordinasi dan jenis kemampuan yang dimiliki.

Rujukan dapat terjadi dari unit hemodialisis di luar rumah sakit ke rumah sakit, atau unit hemodialisis di rumah sakit ke rumah sakit lain dengan kelas rujukan tertinggi.

Rumah sakit rujukan adalah rumah sakit yang mempunyai kerjasama dengan unit hemodialisis (unit hemodialisis tersebut merupakan satelit/jejaring dari unit hemodialisis rumah sakit).

Kegiatan rujukan mencakup:

- a. Rujukan pasien (internal dan eksternal)  
Rujukan internal adalah rujukan antar spesialis dalam satu rumah sakit.  
Rujukan eksternal adalah rujukan antar spesialis keluar rumah sakit dengan mengikuti sistem rujukan yang ada.
- b. Rujukan ilmu pengetahuan dan teknologi, termasuk peningkatan kemampuan tenaga hemodialisis serta sumber daya kesehatan lainnya (dana, alat dan sarana).
- c. Pembinaan manajemen.

## B. Sistem Pelayanan Rujukan Hemodialisis

Pada prinsipnya rujukan pasien hemodialisis rutin dapat dilakukan di Klinik hemodialisis maupun rumah sakit, akan tetapi tindakan hemodialisis pertama kali harus dilakukan di rumah sakit.



# **BAB VII UNIT HEMODIALISIS DI LUAR RUMAH SAKIT**

## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# UNIT HEMODIALISIS DI LUAR RUMAH SAKIT

Upaya pelayanan hemodialisis di luar institusi rumah sakit adalah pelayanan kesehatan mandiri yang menyelenggarakan pelayanan dialisis kronik rawat jalan dan mempunyai kerjasama dengan rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan hemodialisis sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukannya.

Upaya pelayanan hemodialisis di luar institusi rumah sakit dapat merupakan milik pemerintah (Sarana Upaya Pelayanan Hemodialisis di Luar Institusi Rumah Sakit/SUPHDIRS) atau milik swasta (Sarana Upaya Pelayanan Hemodialisis di Luar Institusi Rumah Sakit oleh Swasta/SUPHDIRS).

## A. Syarat Unit Hemodialisis di luar Institusi Rumah Sakit :

1. Memiliki ijin tertulis yang dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi.
2. Memiliki rekomendasi yang dikeluarkan oleh PERNEFRI.
3. Memiliki kerjasama dengan RS rujukan yang menyelenggarakan pelayanan hemodialisis (terakreditasi) yang diperkuat dengan perjanjian kerjasama tertulis (MOU) antara Direktur RS dengan pimpinan unit dialisis di luar RS (meliputi segi pelayanan, pembinaan, teknis, SDM).
4. Memenuhi persyaratan minimal ketenagaan, bangunan dan prasarana, peralatan, obat dan alat kesehatan habis pakai.
5. Memberikan pelayanan hemodialisis kepada pasien yang telah dapat dilakukan alih tindakan hemodialisis atas permintaan dokter dengan persetujuan dokter pengawas (supervisor).
6. Dapat melakukan tindakan hemodialisis pertama (*first hemodialisis procedure*) atas persetujuan supervisor.
7. Tidak diperkenankan memberikan pelayanan rawat inap.
8. Harus memberikan pelayanan sesuai standar profesi dan memperhatikan hak pasien termasuk membuat *inform consent* sebelum memberikan pelayanan.

## B. Persyaratan Minimal Ketenagaan Unit Dialisis di luar Institusi Rumah Sakit

1. Pimpinan SUPHDIRS  
Pimpinan atau penanggungjawab SUPHDIRS adalah seorang dokter yang bertanggung jawab atas pengelolaan sarana pelayanan kesehatan tersebut dengan kriteria:
  - Mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam mengelola sarana pelayanan kesehatan.
  - Warga Negara Indonesia
  - Hanya boleh sebagai penanggung jawab di satu SUPHDIRS
2. Tenaga medis
  - Dokter yang telah dilatih di pusat pelatihan yang diakui PERNEFRI dan bertugas sebagai dokter pelaksana purna waktu (minimal 1 dokter).
  - Seorang dokter spesialis penyakit dalam (Sp.PD) yang telah dilatih di pusat pelatihan yang diakui oleh PERNEFRI sebagai penanggung jawab unit HD. Seorang internis dapat menjadi penanggung jawab dari paling banyak 3 unit HD.
  - Seorang dokter spesialis penyakit dalam konsultan ginjal hipertensi (Sp.PD-KGH) sebagai supervisor dan/atau penanggung jawab pelayanan hemodialisis. Seorang SpPD-KGH dapat menjadi supervisor dari beberapa unit HD sejauh dibutuhkan.
3. Tenaga Perawat yang terdiri dari:
  - Dua orang perawat mahir dialisis, yang telah menempuh pendidikan khusus dialisis dan perawatan ginjal intensif sekurang-kurangnya 4 bulan di pusat pelatihan yang diakui PERNEFRI dan telah berpengalaman kerja di unit hemodialisis.
  - Satu perawat lulusan akademi keperawatan yang bekerja dibawah bimbingan perawat mahir (minimal 2 perawat untuk setiap 4 mesin hemodialisis).
4. Tenaga administrasi dan tenaga non medis lain sesuai kebutuhan SUPHDIRS wajib menyelenggarakan administrasi keuangan dan melaksanakan kegiatan rekam medik dengan menggunakan format rekam medik sebagaimana lampiran.
5. Perhitungan jumlah jam kerja para tenaga harus sesuai dengan peraturan ketenagakerjaan yang berlaku.



### C. Administratif Ketenagaan

1. Pimpinan SUPHDIRS diangkat dan diberhentikan dengan surat keputusan dari pemilik
2. Tenaga medis dan tenaga perawat purna waktu mempunyai surat pengangkatan dari pimpinan SUPHDIRS.
3. Tenaga medis paruh waktu mempunyai surat ijin dari pimpinan instansi tempatnya bekerja purna waktu.
4. Tenaga medis yang melayani pasien harus mempunyai:
  - ▢ Surat Penugasan dari Departemen Kesehatan
  - ▢ Surat ijin Praktek Tenaga Medik dan Surat Persetujuan Tempat Praktek di SUPHDIRS dari Kepala Dinas / Suku Dinas Pelayanan Kesehatan setempat
  - ▢ Sertifikat telah mengikuti pendidikan atau pelatihan hemodialisis
5. Semua tenaga perawat harus memiliki:
  - ▢ Ijazah perawat
  - ▢ Sertifikat telah mengikuti pendidikan atau pelatihan hemodialisis

### D. Tarif

- ▢ Ketentuan tarif pelayanan ditentukan oleh Badan Hukum Pemilik SUPHDIRS dengan memperhatikan biaya satuan dan kemampuan membayar dari masyarakat.
- ▢ Sebelum memberikan pelayanan kepada pasien agar diberikan informasi mengenai tarif pelayanan yang akan dibebankan kepada pasien.

### E. Pembinaan dan Pengawasan

- ▢ Pembinaan dan pengawasan SUPHDIRS dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan tugas fungsi Dinas Kesehatan dan Suku Dinas Pelayanan Kesehatan dengan melibatkan organisasi profesi termasuk PERNEFRI.
- ▢ Tata cara pembinaan dan pengawasan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## **G. Sanksi**

Kepala Dinas Kesehatan dapat memberikan sanksi berupa teguran tertulis sampai dengan mencabut ijin sementara atau selamanya apabila kegiatan penyelenggaraan SUPHDIRS tidak memenuhi persyaratan, merugikan atau membahayakan masyarakat.

## **H. Ketentuan Peralihan**

Setiap SUPHDIRS wajib mengurus ijin dan memenuhi persyaratan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 1 tahun.







## **BAB VIII CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD) ATAU DIALISIS PERITONEAL MANDIRI BERKESINAMBUNGAN (DPMB)**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

## **PELAYANAN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALISIS (CAPD) ATAU DIALISIS PERITONEAL MANDIRI BERKESINMBUNGAN (DPMB)**

### **Pendahuluan**

Sebagai terapi pengganti ginjal, CAPD merupakan alternatif lain selain HD, yang dapat dipergunakan sendiri-sendiri atau secara bergantian (saling melengkapi). Di beberapa negara seperti Meksiko dan Hongkong, lebih dari 80% pasien PGK tahap 5 memakai CAPD. Oleh karena prosedurnya sederhana, CAPD memungkinkan untuk dikembangkan lebih luas dengan cepat. Prosedur ini mempunyai keterbatasan, terutama komplikasi infeksi (saat ini dengan insiden yang kecil), hambatan aliran, dan klirens yang semakin lama menurun.

### **Pengertian**

CAPD adalah terapi pengganti ginjal yang mempergunakan peritoneum pasien sendiri sebagai membran semipermeabel. CAPD dilaksanakan secara mandiri oleh pasien baik di rumah maupun di luar rumah. Umumnya tanpa menggunakan mesin. Pada keadaan tertentu dapat dilakukan secara otomatis (Automated Peritoneal Dialysis/APD) dengan menggunakan peralatan khusus.

### **Syarat (wajib terpenuhi)**

1. Pasien dengan PGK tahap 5 yang telah didiagnosa oleh seorang Konsultan Ginjal Hipertensi (KGH) atau Internist yang telah mengikuti pelatihan HD dan dinilai mampu untuk melaksanakan CAPD.
2. Pasien telah mendapat penjelasan dan pelatihan intensif mengenai prosedur CAPD dan komplikasinya.
3. CAPD dapat dilakukan sebelum atau sesudah tindakan HD.

### **Kriteria**

1. Pasien mandiri: dapat mengerjakan semua prosedur CAPD sendiri dan tidak mempunyai keterbatasan fisik.
2. Memahami prinsip aseptis dan antisepsis serta dapat menerapkannya dengan baik.
3. Pasien tinggal di tempat yang bersih dan lingkungan yang sehat.
4. Pasien dapat dengan mudah berkomunikasi langsung dengan dokter atau perawat CAPD di unit dialisis (melalui telepon, handphone dll).

## Prosedur CAPD

1. Pemasangan kateter Tenckhoff (intraperitoneal) dilakukan oleh Dr Spesialis Bedah atau KGH yang terlatih bersama dengan perawat CAPD.
2. Penggantian cairan CAPD dilakukan 3-4 kali sehari atau lebih sesuai dengan berat badan pasien. Proses ini dilakukan secara terus menerus dengan teratur.
3. Memperhatikan *exit-site* kateter, merawat dan mencegah infeksi.
4. Pasien mencatat dalam buku catatan:
  - Jumlah cairan masuk dan keluar.
  - Masalah yang terjadi dalam prosedur ini.
  - Memperhatikan cairan yang keluar dalam hal kejernihan, kelainan pada dialisat serta tanda-tanda infeksi.
5. Konsultasi dengan dokter SpPD KGH setiap 1-2 bulan dengan memperlihatkan buku catatan, hasil laboratorium yang berkaitan dan untuk memperoleh resep cairan serta obat-obat yang diperlukan.
6. Tiap 6 bulan dilakukan penggantian transfer set oleh perawat CAPD terlatih.

## Peralatan/Obat

1. Paket awal:
  - Kateter Tenckhoff dan peralatannya untuk operasi pemasangan
  - Cairan CAPD
2. Paket rutin
  - Cairan CAPD 1,5%, 2,3%, 2,5% dan 4,25% sesuai dengan kebutuhan pasien.
  - Minicap antiseptic dan larutan antiseptik.
3. Transfer set  
Transfer set harus diganti setiap 6 bulan.
4. Obat-obatan yang secara rutin diberikan pada pasien PGK untuk mencegah dan mengobati komplikasi kardiovaskular, komplikasi pada tulang dan infeksi yang mungkin terjadi.

## Monitoring & evaluasi

1. Sistem pencatatan  
Laporan dikirim secara berkala oleh unit dialisis ke Pusat Registrasi Nasional.
2. Monitor dilakukan perawat terlatih meliputi:
  - Kunjungan rumah secara rutin untuk mengetahui keadaan umum pasien, lingkungan sekitar, dan memberi nasihat atau pelatihan cara-cara mencegah dan mengatasi komplikasi.
  - Membantu mengatasi komplikasi akut yang tidak dapat diatasi oleh pasien sendiri.
  - Laporan kunjungan diberikan ke dokter KGH untuk ditindaklanjuti.
3. Apabila terjadi peritonitis atau hambatan aliran masuk/keluar cairan yang tidak dapat diatasi sendiri, maka pasien harus kembali ke unit dialisis secepatnya.
4. Kateter Tenckhoff dicabut apabila terdapat peritonitis yang tidak dapat diatasi dengan antibiotika yang adekuat dalam 2 minggu, atau terdapat infeksi jamur, atau membran peritoneum sudah tidak efektif lagi.

Apabila infeksi peritonitis sudah sembuh, kateter Tenckhoff dapat dipasang lagi dalam waktu paling cepat 1 bulan.



## **BAB IX PEMBINAAN & PENGAWASAN UNIT HEMODIALISIS**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PEMBINAAN & PENGAWASAN UNIT HEMODIALISIS

## A. Tujuan Pembinaan dan Pengawasan :

1. Meningkatkan mutu pelayanan
2. Pengembangan jangkauan pelayanan
3. Peningkatan kemampuan kemandirian pelayanan

Pembinaan dan pengawasan dilaksanakan secara berjenjang oleh tim yang terdiri dari Dinas Kesehatan setempat dan PERNEFRI. Pengawasan dan pembinaan dilakukan terhadap semua unit HD di dalam dan di luar RS. Dinas Kesehatan mengawasi aspek legalitas dan PERNEFRI mengawasi aspek medis/profesi.

## B. Cara Pengawasan

1. Setiap unit HD diwajibkan membuat laporan secara berkala setiap bulan kepada Dinas Kesehatan dan PERNEFRI. Cara pelaporan sesuai dengan ketentuan (format yang berlaku).
2. Pengawasan dilakukan dengan pertemuan berkala setiap semester, apabila dipandang perlu maka dapat dilakukan visitasi.

## C. Hasil Pengawasan

Hasil pengawasan dapat berupa aspek hukum dan aspek medik yang berupa rekomendasi yang diberikan kepada dinas kesehatan.

## D. Pembinaan

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan hemodialisis perlu dilakukan pertemuan secara berkala antara petugas kesehatan di unit hemodialisis, supervisor/konsultan, RS rujukan dan Dinas Kesehatan setempat. Hal-hal yang belum dituliskan dalam peraturan ini akan diatur secara tersendiri.

## **E. Sanksi**

Sanksi dapat berupa teguran, peringatan tertulis hingga pencabutan ijin operasional. Sanksi hukum dan administrasi diberikan oleh Dinas Kesehatan, sedangkan sanksi terhadap pelanggaran aspek medik diberikan oleh PERNEFRI.

## **F. Pengembangan**

Setiap SDM yang ada di unit hemodialisis berkewajiban senantiasa meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya baik secara mandiri maupun mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diselenggarakan oleh lembaga-lembaga yang berwenang/terakreditasi.







## **BAB X PENGEMBANGAN PELAYANAN**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PENGEMBANGAN PELAYANAN

Setiap unit HD di rumah sakit dan luar rumah sakit diharuskan untuk senantiasa melakukan pengembangan baik dari segi sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang hemodialisis.

Untuk pengembangan SDM dapat dilakukan dengan mengikuti berbagai kegiatan seperti berikut:

- ☞ Pendidikan berkesinambungan
- ☞ Workshop
- ☞ Seminar
- ☞ Simposium
- ☞ dan pendidikan lainnya

Untuk pengembangan sarana dan prasarana dilakukan dengan meningkatkan kualitas dan kuantitasnya.



## **BAB XI PENUTUP**

### **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# PENUTUP

Dengan meningkatnya jumlah penderita yang memerlukan pelayanan hemodialisis, maka sepatutnya menjadi perhatian unsur-unsur pemberi pelayanan untuk meningkatkan dan mengembangkan pelayanan demi pemenuhan kebutuhan tersebut. Selain sarana dan prasarana, pengembangan dan peningkatan sumber daya manusia juga perlu diperhatikan.

Upaya terus menerus untuk mengacu pada standar pelayanan terbaik adalah harapan dari para konsumen kesehatan. Melalui pelayanan prima, diharapkan kualitas hidup para penderita gagal ginjal kronis dapat ditingkatkan dan dapat berperan produktif pada bangsa dan negara.



# DAFTAR BACAAN

## PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# DAFTAR BACAAN

1. Konsensus Dialisis PERNEFRI, 2003
2. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy 2006 hal s13-s43
3. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Adequacy Update 2000 hal s15-s33
4. NKF-K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Peritoneal Dialysis Adequacy Update 2006
5. Post TW, Rose BD Overview of the management of chronic kidney disease in adults 2007 Up to Date Vol. 15.3 hal 1-35
6. Schmidt RJ. Holley JI. Overview of the hemodialysis apparatus, 2007 Up to Date, Vol 15.3 hal 1-11
7. Rahardjo JP, Susalit E, Suhardjono. Hemodialysis Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid II, Ed IV. Editor Sudoyo AW, Setyohadi B. dkk. Pusat Penerbitan IPD, FKUI.
8. Himpunan Peraturan Perundang-undangan di Bidang Pelayanan Medik, Bagian Hukum, Organisasi, Humas Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan, 2006





## **LAMPIRAN**

# **TRAVELLING DIALYSIS FORM**

## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# CONTOH TRAVELLING DIALYSIS FORM

## RENAL UNIT DR. CIPTO MANGUNKUSUMO GENERAL HOSPITAL

Division of Nephrology & Hypertension - Department of Internal Medicine

Medical Faculty, University of Indonesia

Jl. Diponegoro 71 Phone 62-21-3141203

Jakarta.

Head : Prof. Dr. dr. Endang Susalit, SpPD-KGH

Jakarta,

### TRAVELING DIALYSIS PATIENT QUESTIONNAIRE

**Patient's name** : Age :

**Recent address** :

**Diagnosis and history** :

**Is the patient home trained or center dialyzer ?**

**How long has the patient been on dialysis ?**

**What medications is the patient presently taking ?**

**Laboratory values over the past months :**

**Recent Blood Pressure status :**

**Composition of Dialysate :**

**What Dialyzer and Delivery system is the patient currently using ?**

**Known complications with dialysis runs :**

**Does the patient have a shunt or fistula ?**

**Type of Heparinization used :**

**Number of runs per week :**

**How long per run :**

**TMP used :**                      **Positive pressure :**                      **Negative pressure :**

**HBSAg** : (Date)

**Anti HCV** : (Date)

**Anti HIV** : (Date)

**Diet** : (Date)

**Allergies** : (Date)

**Patient's dry weight** : (Date)

Dr.



## **LAMPIRAN**

# **FORMAT LAPORAN UNIT HEMODIALISIS**

## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

**FORMAT LAPORAN SARANA UPAYA PELAYANAN HEMODIALISIS  
DI LUAR INSTITUSI RUMAH SAKIT OLEH SWASTA**  
PROPINSI .....

---

**NAMA SUPHDIRS** : .....

**ALAMAT** : .....

**TELP & FAX** : .....

**PERIODE BULAN** : .....Tahun .....

**1. JUMLAH KEGIATAN PELAYANAN**

Jumlah Pasien		Jumlah Tindakan HD Per Bulan	Cara Pembayaran			Keterangan
L	P		Perorangan	ASKES	Lain-lain	

**2. JUMLAH PASIEN BARU**

Jumlah Pasien	Jenis Kelamin		Tempat HD Sebelumnya		Keterangan
	L	P	RS	SUPHDIRS	

**3. RUJUKAN/PINDAH TEMPAT HD**

Jumlah Pasien	Tempat HD Baru		Keterangan
	RS	SUPHDIRS	

.....

Pimpinan SUPHDIRS

.....



## **LAMPIRAN**

# **FORMAT INDONESIA RENAL REGISTRY (IRR)**

## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# FORM RU-01, DATA RENAL UNIT

## DATA RENAL UNIT

Form. RU-01 Tahun:

Isi formulir ini dengan lengkap dan jelas, menggunakan huruf balok. Bila ada kotak  beri tanda cek  satu atau lebih sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Segera kirimkan kembali formulir ini ke Pusat Registrasi bila ada perubahan.

Kode:

### I. PROFIL UNIT

1. Nama Unit:

Bentuk:  Instalasi RS  Klinik  Didirikan: -- (tgl-bln-thn)  
 Pemilik:  Pemerintah  Swasta  Hankam  Lain-lain

2. Alamat: Kode Pos:  Kota:   
 Propinsi:

3. Telepon:  /  Fax:  Email:

4. Sumber Dana:  ASKES  Gakin  Umum  Kontraktor  Lain-lain

5. Sumber Daya Manusia:  
 Supervisor (Nephrolog)   
 Dokter Penanggung Jawab:   
 Dokter Pelaksana Harian: 1.  4.   
 2.  5.   
 3.  6.   
 Kepala Perawat:   
 Jumlah Perawat:  orang Perawat Bersertifikat Dialisis  orang

### II. FASILITAS UNIT

Jenis Pelayanan:  HD  CAPD  Transplantasi  CRRT

#### HD

1. Mesin HD: 

Merek	<input type="text"/>	Total:				
Jumlah	<input type="text"/>					

2. Jumlah Waktu Layanan HD: 1 / 2 / 3 shift (lingkari yang sesuai)

3. Jenis Dialisat:  Asetat  Bikarbonat

4. Jenis Dialiser:  Selulose Acetat  Polisulfon  Lain-lain:  (Sebutkan)  
 Tipe

5. Dialiser Reuse:  Manual  Tdk mlkn reuse  
 Mesin  Merek:

6. Layanan HD HBs Ag:  Ada /  Tidak Ada  
 Ruang Isolasi HBs Ag:  Ada /  Tidak Ada

7. Layanan HD Anti HCV:  Ada /  Tidak Ada  
 Ruang Isolasi Anti HCV:  Ada /  Tidak Ada

8. Layanan HD HIV (+):  Ada /  Tidak Ada  
 Ruang Isolasi Anti HIV:  Ada /  Tidak Ada

9. Layanan Dialisis untuk GGA:  CRRT  Hibrid Dialisis  Tidak Ada (Sebutkan)

#### PD

1. Sistem PD:  CAPD  APD  PD Akut  Tidak Ada

2. Produk Sistem:  Baxter  Fresenius  Lain-lain:  (Sebutkan)

3. Program Insersi Kateter Tanckoff:  Ada /  Tidak Ada

4. Program Training Pasien CAPD:  Ada /  Tidak Ada

#### Transplantasi

1. Program Transplantasi:  Ada /  Tidak Ada

2. Kontrol Paska- Transplantasi:  Ada /  Tidak Ada

Form ini dapat didownload di [www.pernefri.org](http://www.pernefri.org)





# FORM RU-04, DATA PRESKRIPSI TINDAKAN HEMODIALISIS

DATA PRESKRIPSI TINDAKAN HEMODIALISIS (RU-4) (Tidak Untuk Dikirim)		Bulan: 1 Tahun:																														
No.	Subjek	Tanggal																														Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Durasi HD (Td):																															
	• < 3 jam																															0
	• 3 - 4 jam																															0
2	Jumlah Pemakaian Dialiser Baru:																															0
	Jumlah Pemakaian Dialiser Re-used:																															0
	• 1 - 5																															0
3	• 6 - 10																															0
	• 11 - 15																															0
	• > 16																															0
4	Jumlah Pemakaian Jenis Dialisat:																															0
	• Asetat																															0
	• Bikarbonat																															0
5	Jumlah Pemakaian Qb:																															0
	• < 150 ml/mnt																															0
	• 150 - 199 ml/mnt																															0
	• 200 - 249 ml/mnt																															0
6	Jumlah Metode Pemakaian Heparin:																															0
	• Kontinua																															0
	• Intermiten																															0
	• LMWH																															0
7	Jumlah Akses Sirkulasi:																															0
	• Femoral																															0
	• AV Shunt																															0
	• Double/Triple Lumen Cath:																															0
8	Jumlah Pemakaian Program Profiling:																															0
	Jumlah Insidensi Penyakit On-HD:																															0
	• Masalah Akses																															0
	• Perdarahan																															0
9	• First Use Syndrom																															0
	• Alergi thd Dialiser																															0
	• Sakit Kepala																															0
	• Mual & muntah																															0
	• Kram otot																															0
	• Hiperkalemia																															0
	• Hipotensi																															0
	• Hipertensi																															0
	• Nyeri dada																															0
	• Aritmia																															0
	• Gatal-gatal																															0
	• Demam																															0
	• Menggigit/ Dingin																															0
	• Lain-lain																															0
10	Jumlah Insidensi Penanganan Anemia:																															0
	• Transfusi																															0
	• Eritropoietin:																															0
	Reccomon																															0
	Eprex																															0
	Hemapo																															0
Lain-lain																															0	
	Preparat Besi I.V.																															0

Form ini dapat didownload di [www.pernefri.org](http://www.pernefri.org)











## **LAMPIRAN**

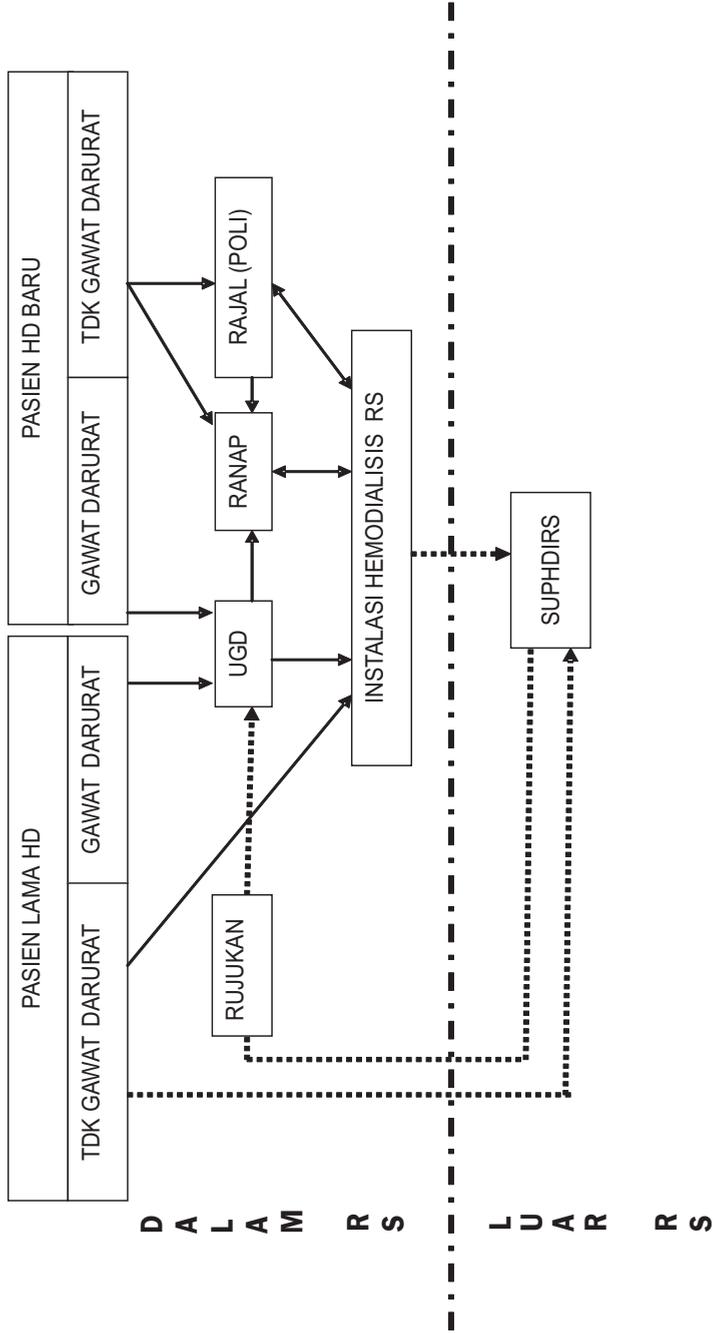
# **ALUR PELAYANAN PASIEH HEMODIALISIS**

## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

# ALUR PELAYANAN DAN RUJUKAN PASIEN HEMODIALISIS





## **LAMPIRAN**

# **ALUR PERIJINAN UNIT HEMODIALISIS DI LUAR RUMAH SAKIT**

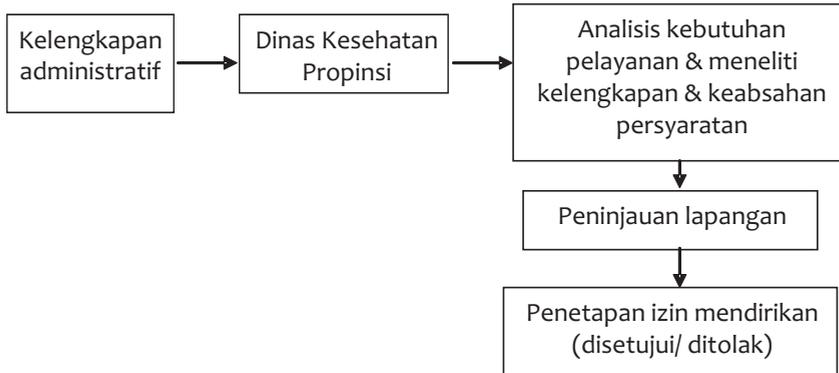
## **PEDOMAN PELAYANAN HEMODIALISIS DI SARANA PELAYANAN KESEHATAN**

---

DIREKTORAT BINA PELAYANAN MEDIK SPESIALISTIK  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
TAHUN 2008

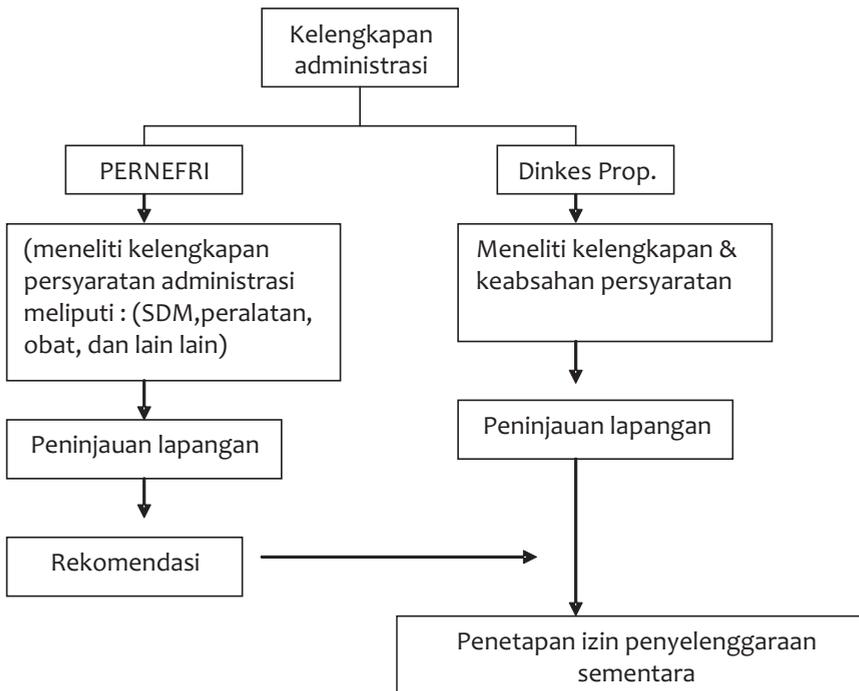
# Alur Perizinan Unit Hemodialisis di Luar Rumah Sakit

## I. IZIN MENDIRIKAN



## II. IZIN PENYELENGGARAAN

### A. Izin sementara



## B. Izin tetap

