



RS Mata Undaan
Care and Smile



Edisi 1

Tahun 2019

PANDUAN

PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA

RS. Mata Undaan Surabaya

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya

Telp. 031 5343 806, 5319 619

Fax. 031 - 5317 503

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 687/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 20 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN PENGUNAAN ANTIBIOTIKA RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 687/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 20 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN PENGUNAAN ANTIBIOTIKA RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	1
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	1
1.3 Daftar Singkatan	1
1.4 Kelebihan dan Keterbatasan Panduan	2
BAB II INDIKASI PEMBERIAN ANTIBIOTIKA	4
2.1 Penggunaan Antibiotik Profilaksis	4
2.2 Alur Pemberian Antibiotik Terapi	5
2.3 Alur Rekomendasi Penggunaan Antimikroba Diluar Pedoman Antimikroba dan Formularium Nasional	6
2.4 Alur Kepatuhan Penggunaan Antimikroba	7
BAB III DAFTAR KASUS DAN ALUR PENANGANAN PASIEN	16
3.1 Daftar Kasus	16
3.2 Penatalaksanaan Kasus	16
BAB IV PENUTUP	21



RS Mata Undaan
Care and Smile

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 687/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 20 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

- Menimbang** : a. Bahwa penggunaan antimikroba dalam pelayanan kesehatan seringkali tidak tepat sehingga dapat menimbulkan pengobatan kurang efektif, peningkatan risiko terhadap keamanan pasien, meluasnya resistensi dan tingginya biaya pengobatan;
b. Bahwa untuk meningkatkan ketepatan penggunaan antimikroba dalam pelayanan kesehatan perlu diberlakukan Panduan Penggunaan Antibiotika;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Permenkes Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
6. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan;
7. Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 668/PER/DIR/RSMU/IV/2019 Tanggal 19 April 2019 tentang Pedoman Kerja Tim Program Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Panduan Penggunaan Antibiotika di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Kedua : Panduan Penggunaan Antibiotika ini digunakan sebagai acuan dalam pemberian profilaksis dan terapi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Ketiga : Panduan Penggunaan Antibiotika di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.
- Kelima : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 20 April 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
NOMOR : 687/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 20 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN PENGGUNAAN ANTIBIOTIKA
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang penting, khususnya di negara berkembang. Salah satu obat andalan untuk mengatasi masalah tersebut adalah antimikroba antara lain antibakteri/antibiotik, antijamur, antivirus, dan antiprotozoa. Antibiotik merupakan obat yang paling banyak digunakan pada infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Berbagai studi menemukan bahwa sekitar 40-62% antibiotik digunakan secara tidak tepat antara lain untuk penyakit-penyakit yang sebenarnya tidak memerlukan antibiotik. Pada penelitian kualitas penggunaan antibiotik di berbagai bagian rumah sakit ditemukan 30% sampai dengan 80% tidak didasarkan pada indikasi (Hadi, 2009).

Penggunaan antibiotik yang relatif tinggi menimbulkan berbagai permasalahan dan merupakan ancaman global bagi kesehatan terutama resistensi bakteri terhadap antibiotik. Selain berdampak pada morbiditas dan mortalitas, juga memberi dampak negatif terhadap ekonomi dan sosial yang sangat tinggi. Muncul dan berkembangnya mikroba resisten dapat dikendalikan melalui dua kegiatan utama, yaitu penerapan penggunaan antimikroba secara bijak, dan penerapan prinsip pencegahan penyebaran mikroba resisten melalui kewaspadaan standar

Dalam upaya mengatasi resistensi antimikroba, perlu disusun Panduan Penggunaan Antimikroba di Rumah Sakit sebagai acuan dalam penerapan penggunaan antimikroba secara bijak.

1.2 Tujuan

1. Sebagai acuan bagi klinisi dalam memberikan terapi antimikroba baik profilaksis maupun terapi empiris secara bijak
2. Untuk mencegah terjadinya resistensi antimikroba

1.3 Daftar Singkatan

ACT	: Artemisinin Combination Therapy
ADS	: Anti Dhipteri Serum
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Virus
APG	: Antegrade Pyelography
ASO	: Automatic Stop Order
Bln	: bulan
CD4	: Cluster of Differentiation 4
CrCl	: Creatinin Clearance
E. coli	: Escherichia coli
ESBL	: Extend Spectrum Beta Lactamase
g	: gram
H5N1	: subtype virus influenza
HIV	: Human Immunodeficiency Virus

HSV	: Herpes Simplex Virus
IM	: Intramuskular
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IU	: International Unit
IV	: Intravena
VFD	: Intravena Fluid Drip
KET	: Kehamilan Ectopic Terganggu
kg	: kilogram
mg/kg	: miligram/kilogram Berat Badan
mgg	: minggu
ml	: milliliter
MOW	: Metode Operasi Wanita (Tubektomi)
MDRO	: Multi Drug-Resistant Organisms
MRSA	: Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus
PO	: per oral
Pre op	: pre operasi
SC	: Sectio Caesar
SMF	: Staf Medik Fungsional
SMX	: Sulfamethoxazole
STD	: Sexually Transmitted Disease
TB/TBC	: Tuberculosis
TMP	: Trimethoprim
TOA	: Tubo Ovarian Abscess
UTI	: Urinary Tract Infection
μ g	: mikrogram

1.4 Kelebihan dan Keterbatasan Panduan

1. Kelebihan

Panduan Penggunaan Profilaksis dan Terapi merupakan daftar antimikroba yang telah disepakati SMF dengan pertimbangan antimikroba secara ilmiah dibutuhkan untuk pelayanan di RS. Mata Undaan Surabaya. Penerapan penggunaan panduan ini akan selalu dipantau. Hasil pemantauan akan digunakan untuk pelaksanaan evaluasi dan revisi agar sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan untuk menunjang keberhasilan penerapan panduan ini, sekaligus dapat mengidentifikasi permasalahan potensial dan strategis penanggulangan yang efektif. Hal ini dapat tercapai melalui koordinasi, pemantauan dan evaluasi penerapan panduan penggunaan antimikroba.

Panduan ini juga ditunjang dengan kebijakan *Automatic Stop Order* (ASO) yaitu penghentian penggunaan antimikroba yang diberikan kepada pasien secara otomatis. Farmasi akan dengan sendirinya menghentikan antimikroba tersebut bila lama terapi yang ditentukan terlewati. Pemesanan antimikroba juga akan otomatis dihentikan ketika pasien :

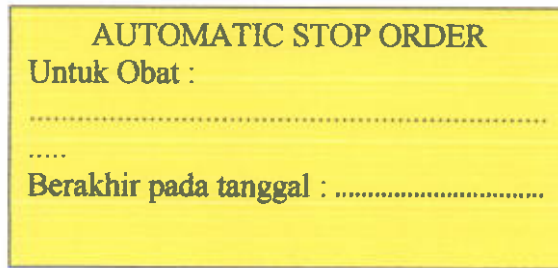
- a. Dipindahkan keatau dari ruang intensif (HCU)
- b. Dikirim ke ruang operasi

Apoteker akan mengingatkan dokter dan perawat jika mendapati suatu penggunaan antimikroba yang hampir mencapai batas pemberian yang aman. Penggunaan akan dilanjutkan setelah dinyatakan secara tertulis oleh dokter yang bersangkutan

Identifikasi dan komunikasi terkait *Automatic Stop Order* akan disampaikan 48 jam sebelum batas waktu pemesanan ;

- a. Apoteker akan mengirim peringatan tentang *Automatic Stop Order* yang akan dilakukan

Peringatan akan ditandai dengan stiker yang akan ditempatkan pada Lembar Catatan Perkembangan Pasien Terpadu (CPPT) di rekam medis
Contoh stiker *Automatic Stop Order*



AUTOMATIC STOP ORDER
Untuk Obat :
.....
Berakhir pada tanggal :

2. Keterbatasan
Panduan ini perlu dilakukan revisi dan penyempurnaan secara berkala sesuai dengan usulan materi dari SMF.

BAB II

INDIKASI PEMBERIAN ANTIBIOTIK

2.1. Penggunaan Antibiotik Profilaksis

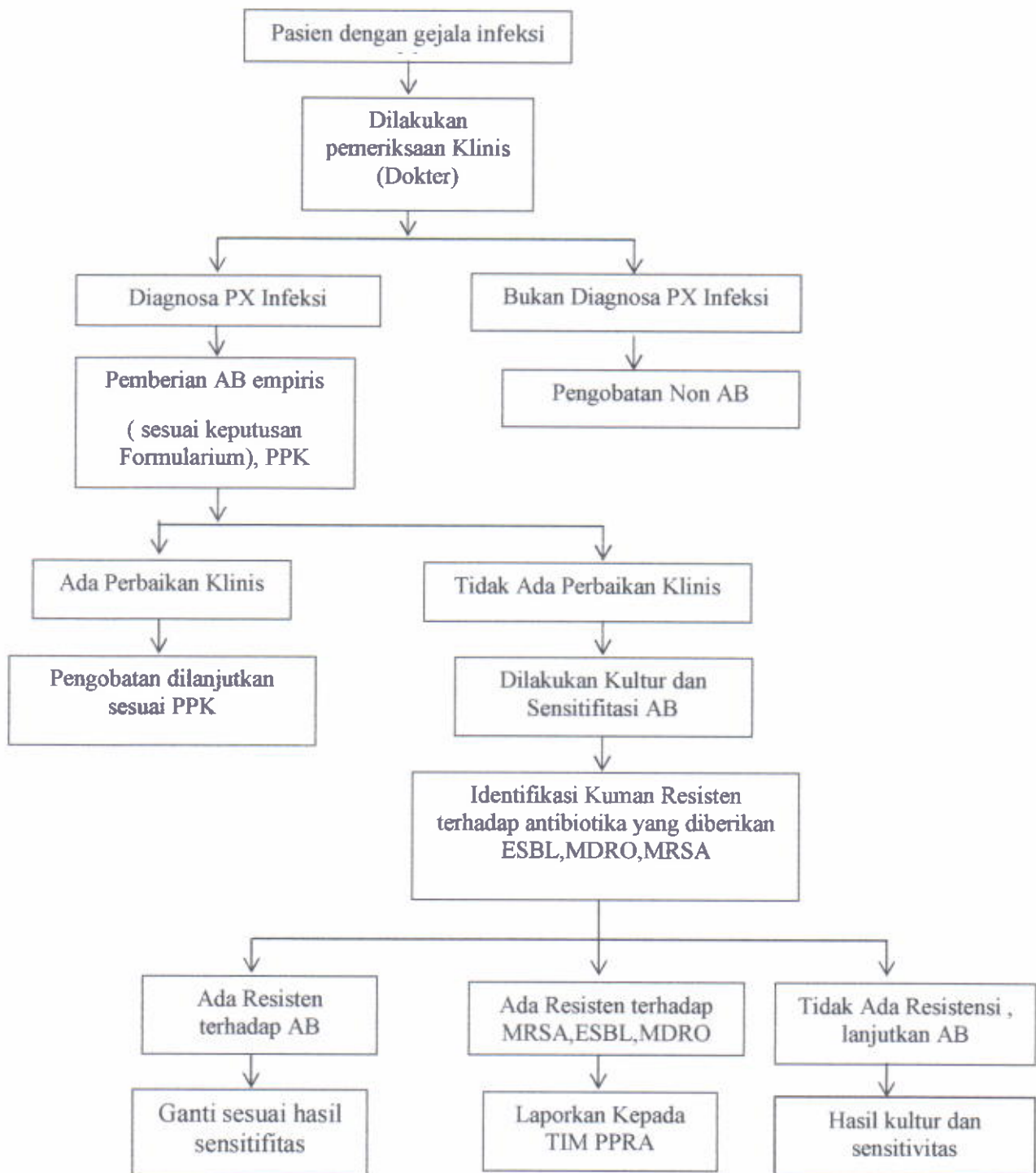
Antibiotik profilaksis adalah antibiotika yang digunakan bagi pasien yang belum terkena infeksi, tetapi diduga mempunyai peluang besar untuk mendapatkannya, atau bila terkena infeksi dapat menimbulkan dampak buruk bagi pasien. Obat-obatan profilaksis harus diarahkan terhadap organisme yang mempunyai kemungkinan terbesar dapat menyebabkan infeksi, tetapi tidak harus membunuh atau melemahkan seluruh patogen. Tujuan pemberian antibiotika profilaksis untuk mengurangi insidensi infeksi luka pasca bedah. Antibiotika profilaksis dibutuhkan dalam keadaan berikut:

- a. Untuk melindungi seseorang yang terkena kuman tertentu
- b. Untuk kasus bedah, profilaksis diberikan untuk tindakan bedah tertentu yang sering disertai infeksi pasca bedah atau yang berakibat berat bila terjadi infeksi pasca bedah.

Prinsip penggunaan antibiotika profilaksis memperhatikan 4 tepat yaitu:

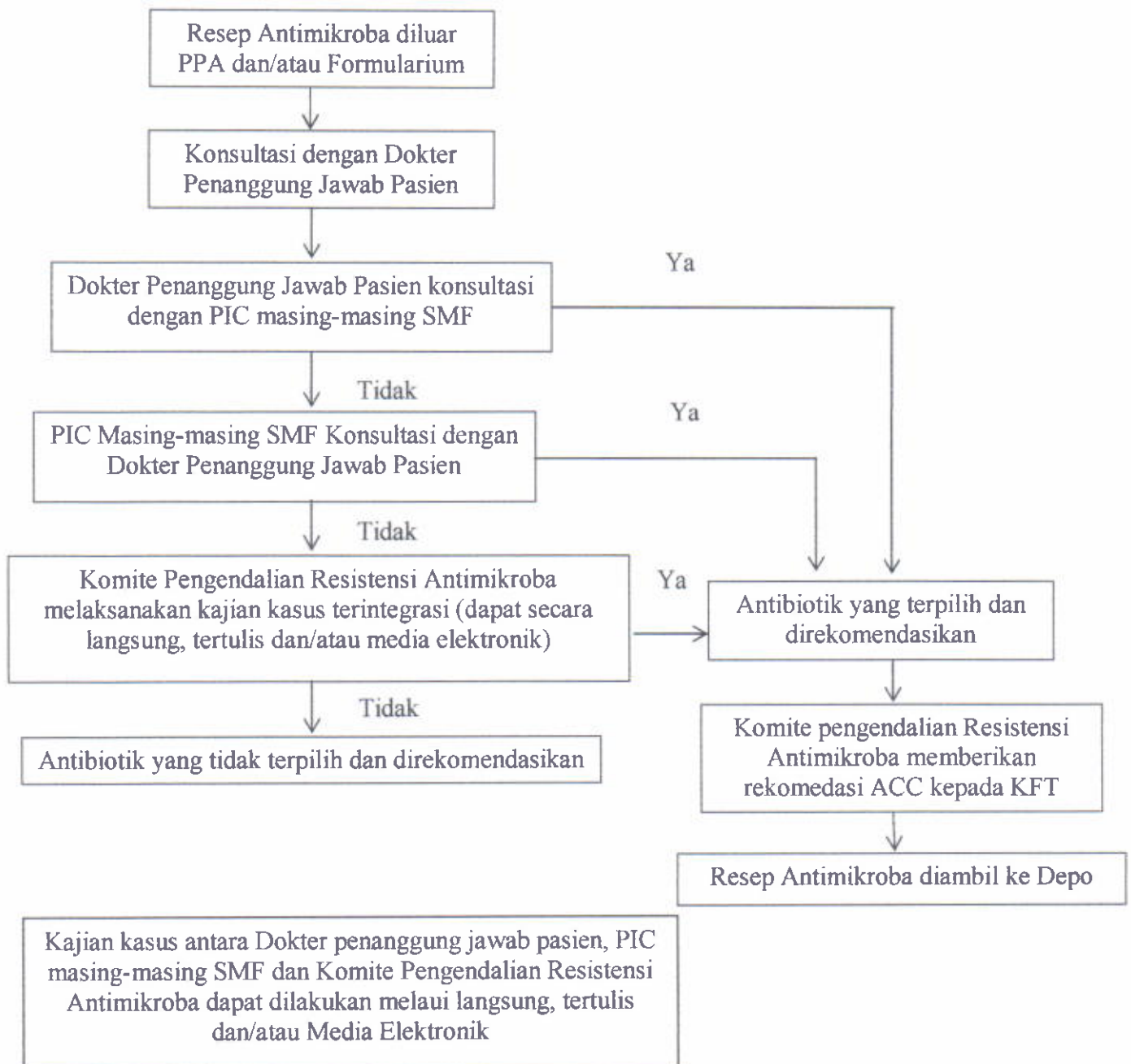
- a. Tepat Indikasi
Antibik profilaksis diindikasikan untuk operasi bersih terkontaminasi dan operasi bersih dengan pemasangan.
- b. Tepat Obat
Penggunaan jenis antibiotika profilaksis mengikuti update evidence terkini.
- c. Tepat Waktu dan Cara Pemberian
- d. Tepat Dosis

2.2 Alur Pemberian Antibiotik Terapi



Gambar 3.1 Alur Pemberian Antibiotik Terapi

2.3 Alur Rekomendasi Penggunaan Antimikroba Diluar Pedoman Antimikroba Dan Formularium Nasional

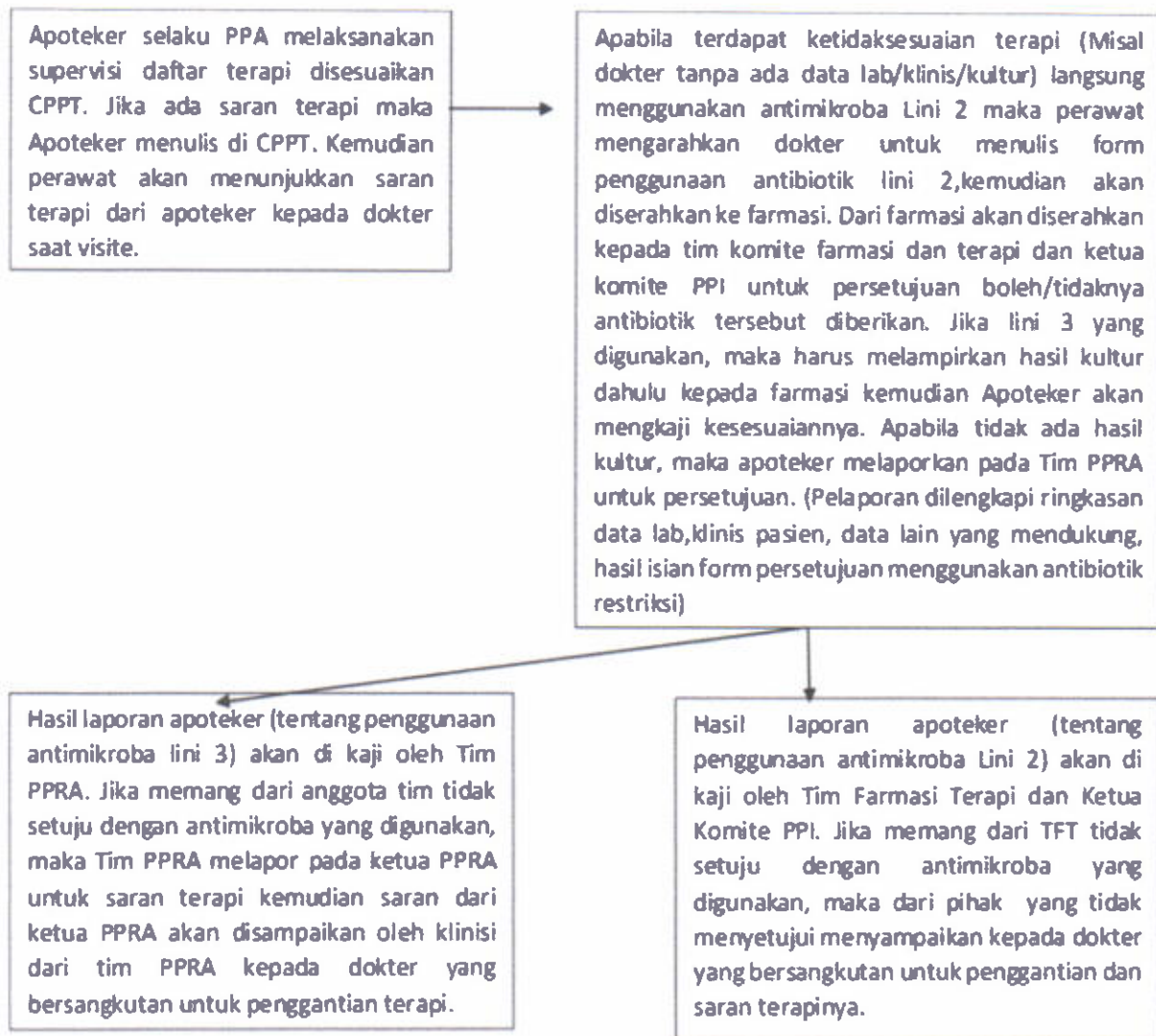


Gambar 3.2 Alur Rekomendasi Penggunaan Antimikroba Diluar Pedoman Antimikroba dan Formularium Nasional

CATATAN :

1. Bila terdapat ketidaksesuaian antara diagnosis, kondisi klinis pasien, hasil kultur mikrobiologi, dengan pemilihan antibiotika (PPAM/Formularium Nasional/Formularium Pendamping RS), mohon menghubungi PIC SMF masing-masing.
2. Pengambilan spesimen mikrobiologi harap dilakukan sebelum antibiotika pertama masuk dan evaluasi tiap 3–5 hari (kondisi klinis, hasil lab. dasar, kultur spesimen)

2.4. Alur Kepatuhan Penggunaan Antimikroba



Gambar 3.3 Alur Kepatuhan Penggunaan Antimikroba

KLASIFIKASI DAN CARA PENGGUNAAN ANTIBOTIK

1. PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PROFILAKSIS

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
BEDAH MATA BERSIH	S. epidermidis S. aureus Streptococcus sp Ps. aeruginosa S. pneumoniae	Topikal:- Chloramphenicol	1 tetes/salep/dosis Setiap 6-8jam	3-5 hari	Pra bedah 1-2 hari Paska bedah 5-7 hari
		Atau Kombinasi Neomycin Polymycin B Injeksi Subkonjungtival	1 tetes/salep/dosis Setiap 6 jam	3-5 hari	Diberikan pada akhir operasi
		Gentamycine Atau Cefuroxime	20 mg/ml 1 mg/0,1 ml intracameral	Tunggal Tunggal	Diberikan pada akhir operasi intracameral

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
TERKONTAMINASI	S. epidermidis S. aureus Streptococcus sp Ps. aeruginosa S. pneumoniae	Topikal:- Chloramphenicol	1 tetes/salep/dosis Setiap 6-8jam	3-5 hari	Pra bedah 1-2 hari Paska bedah 5-7 hari
HORDEOULUM		Atau Kombinasi Neomycin Polymycin B	1 tetes/salep/dosis Setiap 6 jam	3-5 hari	
		Injeksi			Diberikan pada akhir operasi
		Subkonjungtival			Diberikan pada akhir operasi intra
		Gentamycine atau Cefuroxime Cefotaxim	20 mg/ml 1 mg/0,1 ml Intracameral	Tunggal Tunggal	cameral
			1000mg, intra vena	Tunggal	diberikan sebelum tindakan/operasi
		Topikal:-	1 tetes/salep/dosis		

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
	Staphylococcus sp Streptococcus sp	Chloramphenicol atau Kombinasi Neomycin Polymycin B	Setiap 8 jam 1 tetes/salep/dosis Setiap 8 jam	5-7 hari 5-7 hari	Bila terjadi abses, dilakukan insisi
KONJUNGTIVITIS	S. pneumoniae	Topikal: Kombinasi Neomycin Polymycin B Ciprofloxacin	1 tetes/dosis Setiap 4-6 jam 1 tetes/dosis Setiap 6 jam	5-7 hari 5-7 hari	Tetes mata Tetes mata
GONOBLENORRHOEA	N. gonorrhoeae	Sistemik : Ciprofloxacin Ofloxacin Ceftriaxon	500 mg setiap 12 jam 400 mg setiap 12 jam Dewasa :	5 hari 5 hari Tunggal	Oral Oral Im/iv

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
TRACHOMA	<i>C. trachomatis</i>	Topikal Salep Oxytetracycline	8 minggu		
		Sistemik: Tetracycline	Setiap 8 jam 250 mg/dosis p.o		
		Atau Erythromycin	Setiap 6 jam	3 minggu	
		Atau Doxycycline	250 mg/dosis p.o Setiap 6 jam	3 minggu	
			100mg/dosis p.o Setiap 12 jam	3 minggu	
ULKUS KORNEA	<i>Pseudomonas</i> sp	Tobramycin	20 mg/0,5 ml 1x/hari,	5-7 hari	

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
	N. Gonorrhoeae	Ciprofloxacin	Subkonjungtiva 9-14 mg/ml 1 tts/jam 3 mg/ml, 1 tts/jam	2 hari-klinis Membaik 2 hari-klinis	Fortified Fortified
	No- organism	Ceftriaxone	10 mg, 1tts/jam 100 mg/0,5 ml, 1x/hari	2 hari-klinis Membaik	Fortified
	Multiple organism	Cefazidime	Subkonjungtiva 1000-2000mg/hari, intravena 50 mg/ml, 1tts/jam	5 hari 2 hari-klinis Membaik	Fortified
		Cefazoline	50 mg/ml, 1tts/jam	2 hari-klinis Membaik	Fortified
		Tobramycin	9-14 mg/ml	2 hari-klinis Membaik	Fortified

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
Toxoplamosis (chorio retinitis toxoplasma)	<i>P.aeruginosa</i> <i>S.aureus</i> <i>S.pyogenes</i>	Topikal: Ciprofloxacin 0,3% solution Oral: Ciprofloxacin	1 tts/5 mt Dianjurkan 1 tts/jam	30 menit	
PERIORBITAL/ ORBITAL SELUKITIS	<i>H.influenzae</i> <i>Neisseria sp.</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>Streptococcus sp</i> <i>S.aureus</i> <i>Pseudomonas sp</i>	Ciprofloxacin Atau Cefazolin	500 mg/hari Setiap 12 jam Topikal: 50 mg/ml, 1tts/jam Subkonjungtiva: 100 mg/0,5 ml/dosis	5-7 hari 5-7 hari	
					Bila hasil tes kepekaan antibiotik telah ada dan penyakit tidak membaik diganti antibiotik yang sesuai hasil tes membaik. Bila tidak sembuh, operasi

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
ENDOPHTHALMITIS	Gram positif: Staphylococcus epidemiidis Staphylococcus aureus Streptococcus Propionobacterium acnes Serratia Bacillus Actinomyces Gram negatif: Pseudomonas Aeruginosa Enterobakter amniigenus Corynebacterium	Vancomycin Amikacin	1x /hari 1 mg/0,1ml intravitreal Dosis tunggal 0,4 mg/0,1ml intravitreal 2,25 mg/0,1	5-7 hari Kombinasi	Apabila tidak membaik terapi sesuai hasil kultur

PENYAKIT DAN TINDAKAN	KUMAN PENYEBAB	REKOMENDASI	DOSIS	LAMA PEMBERIAN	KET
		Cefazidime	Intravitreal 0,1 mg/0,1 ml Intravitreal	Kombinasi	
		Gentamyci	1 mg/0,1 ml intravitreal	Kombinasi	
		Clindamycin	2,5 mg/0,1 ml Intravitreal	Tunggal	
		Cefazolin	0,05 mg/0,1 ml intravitreal	Tunggal	
		Meropenem		Kombinasi	

BAB III DAFTAR KASUS dan ALUR PENANGANAN PASIEN

3.1 Daftar Kasus

1. MDRO Non MRSA dan TIDAK ditemukan pasien kontak
2. MDRO MRSA dan TIDAK ditemukan pasien kontak (single case)
3. MDRO MRSA atau Non MRSA dan DITEMUKAN pasien kontak

3.2 Penatalaksanaan Kasus

3.2.1 Case Finding :

A. Dokter

1. Lakukan pengambilan kultur spesimen klinik berdasarkan indikasi medis sebelum pemberian antibiotika
2. Lakukan permintaan kultur skrining karier MRSA (swab hidung, swab tenggorok, dan swab luka terbuka bila ada) yang dilakukan dalam waktu 48 jam masuk rumah sakit (MRS) terhadap pasien :
 - a. Pasien rujukan
 - b. Pasien pernah MRS dalam 1 tahun terakhir
 - c. Pasien pernah terdeteksi kolonisasi dan atau infeksi MRSA

B. Perawat

1. Lakukan pengiriman spesimen klinik untuk pemeriksaan kultur mikrobiologis sesuai yang tertulis
2. Lakukan pengiriman sampel swab untuk pemeriksaan kultur skrining karier MRSA yang dilakukan dalam waktu 48 jam MRS terhadap :
 - a. pasien rujukan,
 - b. pasien pernah MRS dalam 1 tahun terakhir,
 - c. pasien pernah terdeteksi kolonisasi dan atau infeksi MRSA.
3. Tulis "SKRINING MRSA" di pojok kanan atas dari formulir permintaan pemeriksaan (sesuai SPO Komite PPI tentang Skrining dan Eradikasi MRSA).

C. Instalasi Mikrobiologi Klinik

1. Lakukan kultur spesimen klinik pasien sesuai dengan permintaan dokter sesuai dengan Pedoman Praktek Klinik (PPK)
2. Lakukan kultur skrining karier MRSA terhadap sampel swab hidung, swab tenggorok, dan swab luka terbuka (bila ada) dari :
 - a. pasien rujukan,
 - b. pasien pernah MRS dalam 1 tahun terakhir,
 - c. pasien pernah terdeteksi kolonisasi dan atau infeksi MRSA yang diambil dalam 48 jam MRS sesuai PPK.

3.2.2. Pelaporan

A. Instalasi Mikrobiologi Klinik

1. Laporkan hasil kultur spesimen klinik yang menunjukkan MDRO (*index case*) kepada dokter dan Komite PPI (laporan ke Tim PPI menggunakan *link WhatsApp*) segera setelah hasil ditandatangani oleh DPJP SMF Mikrobiologi Klinik

2. Laporkan hasil kultur skrining karier MRSA positif kepada dokter dan Komite PPI (laporan ke Komite PPI menggunakan link whatsapp) segera setelah hasil ditandatangani oleh DPJP SMF Mikrobiologi Klinik.

B. Komite PPI

1. Lakukan pencatatan kasus MDRO yang dilaporkan oleh Instalasi Mikrobiologi Klinik baik dari kultur spesimen klinik maupun kultur skrining karier MRSA
2. Informasikan kasus MDRO pada poin 1 kepada IPCN dan IPCLN untuk segera melakukan investigasi
3. Laporkan kepada Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba (KPR)

3.2.3. Investigasi

A. Tim PPI (IPCN dan IPCLN)

1. Lakukan telusur terhadap pasien kontak dengan infeksi dan atau kolonisasi MDRO yang sama dengan *index case* selama 1 minggu terakhir di ruang rawat yang sama
2. Lakukan konsultasi dengan dokter Instalasi Mikrobiologi Klinik untuk konfirmasi poin 1.
3. Laporkan kepada Komite PPI dalam 24 jam

3.2.4. Intervensi

A. MDRO Non MRSA dan TIDAK ditemukan pasien kontak

I. Tim PPI (IPCN dan IPCLN)

- a) Lakukan koordinasi dengan kepala ruang dan perawat pelaksana
- b) Lakukan *cohorting* (pemisahan) pasien dengan infeksi dan atau kolonisasi MDRO dari pasien negatif menggunakan partisi/sketsel atau ruang isolasi
- c) Berlakukakan kewaspadaan transmisi kontak
- d) Sosialisasikan kepatuhan hand hygiene
- e) Sosialisasikan prosedur cleaning dan disinfecteding ruang rawat sesuai SPO Tim PPI tentang Cleaning dan Disinfecting Area Pasien dengan Kolonisasi dan atau infeksi MDRO

II. Kepala Ruang

- a) Hitung jumlah alat pelindung diri (masker, sarung tangan, dan gaun) sesuai kebutuhan terkait kewaspadaan transmisi kontak serta proses cleaning dan disinfecteding area pasien
- b) Laporkan kebutuhan alat pelindung diri pada poin 1 kepada Instalasi Laundry dan Sterilisasi Sentral dan Instalasi Farmasi
- c) Lakukan restriksi kegiatan perawatan oleh mahasiswa (koas & mahasiswa perawat) terhadap pasien dengan infeksi dan atau kolonisasi MDRO

III. Instalasi Laundry dan Sterilisasi Sentral

- a) Siapkan kebutuhan gaun terkait kewaspadaan transmisi kontak
- b) Siapkan alat dan bahan cleaning dan disinfecteding area pasien

IV. Instalasi Farmasi

- a) Siapkan kebutuhan masker dan sarung tangan terkait kewaspadaan transmisi kontak serta untuk cleaning dan disinfecteding area pasien
- b) Siapkan disinfektan yang dibutuhkan untuk disinfeksi area pasien.

B. MDRO MRSA dan TIDAK ditemukan pasien kontak (*single case*)

I. Tim PPI

- Lakukan poin IV.A.I

II. Kepala Ruang

Lakukan poin IV.A.II

III. Instalasi Laundry dan Sterilisasi Sentral

Lakukan poin IV.A.III

IV. Instalasi Farmasi

a) Lakukan poin IV.A.IV

b) Siapkan terapi eradikasi pasien karier MRSA

V. Dokter

Lakukan permintaan kultur skrining karier MRSA (swab hidung dan swab tenggorok) dari pasien dengan infeksi dan atau kolonisasi MRSA berdasarkan hasil kultur spesimen klinik.

VI. Perawat

Lakukan pengambilan dan pengiriman sampel kultur skrining karier MRSA (swab hidung dan swab tenggorok) dari pasien dengan infeksi dan atau kolonisasi MRSA berdasarkan hasil kultur spesimen klinik.

VII. Instalasi Mikrobiologi Klinik

a) Lakukan kultur skrining karier MRSA terhadap sampel swab hidung dan swab tenggorok dari pasien dengan infeksi dan atau kolonisasi MRSA berdasarkan hasil kultur spesimen klinik.

b) Laporkan hasilnya kepada dokter dan Komite PPI (laporan ke Komite PPI melalui link whatsapp) segera setelah ditandatangani oleh DPJP SMF Mikrobiologi Klinik.

VIII. Dokter, Perawat, dan Instalasi Farmasi

Lakukan tindakan eradikasi terhadap pasien dengan hasil skrining karier MRSA positif (sesuai SPO Komite PPI tentang Skrining dan Eradikasi MRSA) meliputi:

a) Pasien mandi dan keramas dengan sabun chlorhexidine gluconate 4% dua kali sehari selama 7 hari

b) Pemberian mupirocin salep hidung 2% dua kali sehari selama 7 hari (bila hasil kultur swab hidung menunjukkan positif MRSA)

c) Pemberian cotrimoxazole 2x960 mg selama 7 hari (bila kultur swab tenggorok menunjukkan positif MRSA dan pasien tidak alergi cotrimoxazole)

d) Bila terdapat luka terbuka dengan hasil kultur luka menunjukkan positif MRSA maka irigasi luka dengan kombinasi NaCl 0,9% steril dan chlorhexidine gluconate 1,5% setiap 3 hari sebanyak 7 kali. Bila terdapat kemajuan hasil terapi maka irigasi dilanjutkan sampai 14 kali. Catatan: untuk luka di bagian kepala dan atau luka pada pasien pediatrik perlu dilakukan pengkajian lebih lanjut.

C. MDRO MRSA atau Non MRSA dan DITEMUKAN pasien kontak

I. Tim PPI (segera setelah mendapat laporan investigasi dari Tim PPI)

a. Laporkan Kejadian Transmisi MDRO di suatu ruang rawat kepada Direktur dan Bidang Pelayanan Medik beserta rekomendasi langkah-langkah yang harus ditempuh untuk memutus rantai transmisi meliputi :

1) Tidak menerima pasien baru di ruang rawat tersebut untuk keperluan cleaning dan disinfected, serta untuk melindungi pasien baru dari infeksi dan atau kolonisasi MDRO karena ruang rawat dinyatakan dalam kondisi tidak aman

2) Pelaksanaan cleaning dan disinfected ruang rawat secara intensif sesuai SPO Komite PPI, diikuti dengan kultur swab lingkungan ruang rawat setelah proses cleaning dan disinfected selesai dilakukan

3) Pemberlakuan kewaspadaan transmisi kontak

- 4) Untuk MDRO MRSA, dilakukan skrining karier MRSA (kultur swab hidung dan swab tenggorok) untuk pasien dengan risiko kontak dan petugas kesehatan termasuk peserta didik dan tenaga outsourcing, serta keluarga terdekat petugas kesehatan (suami/istri) di ruang rawat tersebut
 - b. Lakukan sosialisasi dan monitoring proses cleaning dan disinfecting ruang rawat sesuai SPO Komite PPI
 - c. Lakukan sosialisasi dan monitoring kewaspadaan transmisi kontak di ruang rawat
 - d. Bila MDRO adalah MRSA : lakukan tindak lanjut untuk petugas kesehatan dengan hasil skrining positif karier MRSA sesuai dengan SPO Komite PPI tentang Skrining dan Eradikasi MRSA :
 - 1) Informasikan kepada petugas kesehatan tersebut dan atasan langsungnya secara *confidential* untuk mendapatkan terapi eradikasi dan libur kerja selama dilakukan terapi eradikasi
 - 2) Laporkan kepada Direktur dan Bidang Pelayanan Medik apabila status ruang rawat sudah bebas dari MDRO target berdasarkan hasil kultur mikrobiologis
 - e. Laporkan kepada Direktur dan Bidang Pelayanan Medik apabila status rawat sudah bebas dari MDRO target berdasarkan hasil kultur mikrobiologis
- II. Bidang Pelayanan Medik (dalam 24 jam)
- a. Lakukan rapat koordinasi dengan satuan kerja terdampak, Komite PPI, KPRA, KPRS, Bidang Penunjang Medik, dan Bidang Keperawatan setelah mendapatkan laporan kejadian transmisi MRDO dari Komite PPI
 - b. Tentukan langkah-langkah yang ditempuh manajemen RSSA dan kebutuhan anggaran terkait kejadian transmisi MDRO berdasarkan rekomendasi Komite PPI dalam rapat koordinasi tersebut
 - c. Tentukan alternatif alur pelayanan dan penempatan pasien
 - d. Kirim surat edaran terkait kejadian transmisi MDRO dan langkah-langkah yang ditempuh manajemen RSSA kepada pihak-pihak yang berkepentingan yang ditentukan dalam rapat koordinasi tersebut
 - e. Lakukan rapat koordinasi dengan satuan kerja terdampak, Komite PPI, KPRA, KPRS, Bidang Penunjang Medik, dan Bidang Keperawatan untuk mengevaluasi upaya penanggulangan MDRO yang telah dilakukan dan mengembalikan alur pelayanan normal
 - f. Kirim surat edaran apabila ruang rawat dinyatakan aman untuk menerima pasien baru dan menjalankan pelayanan normal setelah menerima laporan dari Komite PPI.
- III. Bidang Keperawatan
- Lakukan koordinasi dengan satuan kerja terdampak :
- a. Atur pola ketenagaan perawat selama proses pembersihan ruang rawat
 - b. Atur pola pelayanan dan penempatan pasien berdasarkan rapat koordinasi dengan Bidang Pelayanan Medik
- IV. Instalasi Laundry dan Sterilisasi Sentral
- Lakukan poin IV.A.III
- V. Instalasi Farmasi
- Lakukan poin IV.A.IV
- VI. Instalasi Mikrobiologi Klinik
- a. Bila MDRO adalah MRSA : lakukan kultur skrining MRSA (swab hidung dan swab tenggorok) pada seluruh pasien dan petugas kesehatan serta keluarga dekat (suami/istri) di ruang rawat

- b. Bila MDRO MRSA atau Non MRSA : lakukan skrining MDRO target pada lingkungan ruang rawat setelah proses pembersihan selesai dilakukan (kultur swab lingkungan)
- c. Informasikan hasil poin 1 dan poin 2 kepada Komite PPI segera setelah hasil ditandatangani DPJP SMF Mikrobiologi Klinik untuk tindak lanjut segera
- d. Laporkan rekapitulasi hasil poin 1 dan poin 2 kepada Direktur dan Bidang Penunjang Medik

BAB VII PENUTUP

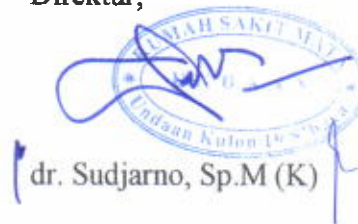
Panduan pengendalian resistensi antimikroba di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, merupakan pokok – pokok pemikiran berbagai upaya pengendalian resistensi antimikroba yang perlu dijabarkan ke dalam program maupun panduan-panduan teknis bagi semua pihak yang berkepentingan.

Dengan dilaksanakannya pengendalian resistensi antimikroba di RS. Mata Undaan secara baik dan benar maka diharapkan akan terwujud pengendalian penyebaran mikroba yang resisten serta meningkatkan pelayanan petugas kepada penderita, peningkatan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat, serta akan meningkatkan efisiensi pelayanan, pengurangan hari perawatan serta sarana dan biaya operasional rumah sakit.

Dengan adanya buku panduan diharapkan Upaya pengendalian resistensi antimikroba akan berhasil dan dampak yang dihasilkan adalah mutu pelayanan rumah sakit akan meningkat.

Buku pedoman pengendalian resistensi antimikroba ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan pengendalian resistensi antimikroba di Rumah Sakit.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 20 April 2019
Direktur,


dr. Sudjarno, Sp.M (K)