



**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS  
NOMOR : 82/UN4.24/2022**

TENTANG

**PEMBERLAKUAN PANDUAN PELAKSANAAN  
PROGRAM PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIBIOTIKA**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS**

- Menimbang** : 1. Bahwa dalam rangka pelaksanaan program pengendalian Resistensi Antibiotika yang efektif dan sesuai standar maka perlu dibuat panduan pelaksanaan program pengendalian resistensi antibiotika;
2. Bahwa agar program pengendalian Resistensi Antibiotika dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Direktur Rumah Sakit Unhas sebagai landasan bagi pelaksanaan program pengendalian Resistensi Antibiotika di Rumah Sakit Unhas ;
3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir 1 dan 2, perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 124, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5044);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit (Lembaran negara republik indonesia tahun 2017 nomor 49);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang pedoman program pengendalian antimikroba di Rumah Sakit
6. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2015 tentang Statuta Universitas Hasanuddin;
7. Peraturan Presiden Republik Indonesia No.77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
8. Keputusan Rektor Unhas Nomor 4337/UN4.1/KEP/2022 tanggal 15 Juli 2022 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas.

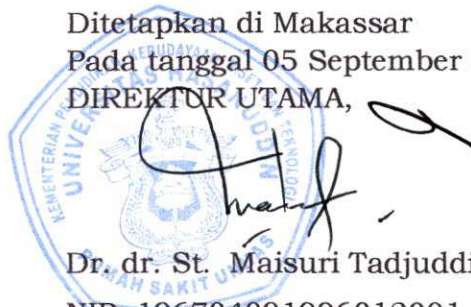
**MEMUTUSKAN :**

- Menetapkan** : Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas Tentang Panduan Pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antibiotika Di Rumah Sakit Unhas;

- Pertama : Panduan Pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antibiotika sebagaimana dimaksud dalam diktum pertama untuk dijadikan panduan dan dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dalam program pengendalian Resistensi Antibiotika, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan secara berkesinambungan di Rumah Sakit Unhas;
- Kedua : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekurangan dan kekeliruan akan diadakan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Makassar  
Pada tanggal 05 September 2022

DIREKTUR UTAMA,

The image shows a circular official stamp of Universitas Hasanudin (Unhas) in blue ink. The stamp contains the text 'UNIVERSITAS HASANUDIN' and 'RUMAH SAKIT UNHAS'. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink.

Dr. dr. St. Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp. OG (K)  
NIP. 196704091996012001

PANDUAN  
PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA  
NOMOR 82/UN4.24/2022

BAB 1

DEFINISI

Sesuai ketentuan Permenkes no. 8/2015 pasal 6 (1), Setiap rumah sakit harus melaksanakan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba secara optimal sedangkan pada pasal 1, (2). Yang dimaksud pengendalian resistensi antimikroba adalah aktivitas yang ditujukan untuk mencegah dan/atau menurunkan adanya kejadian mikroba resisten. Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di rumah sakit dijalankan secara baku, terukur dan terpadu.

Tim PPRA Rumah Sakit Unhas merupakan organisasi fungsional di bawah Komite Farmasi dan Terapi Rasional yang memiliki tugas utama mengendalikan peningkatan AMR di rumah sakit, melalui serangkaian kegiatan aktif dalam bentuk peningkatan pemahaman dan pengertian masalah AMR dan permasalahan yang ditimbulkannya, seperti halnya peningkatan HAI, morbiditas dan mortalitas, peningkatan biaya perawatan dan lain lain. Tim PPRA memiliki fungsi yang bersifat percepatan dalam pencapaian indikator kinerja, sehingga dalam fungsinya harus didukung oleh staf dan organisasi internal rumah sakit yang memiliki kesamaan dalam aktivitasnya. Dalam kesehariannya Tim PPRA lebih ditekankan kepada fungsi koordinasi. Berikut ini adalah pendukung kegiatan PPRA yang memiliki peran, fungsi dan karakteristik masing masing:

a. Peran KSM/Departemen

- Merupakan bagian yang memiliki, mengelola dan mendistribusikan SDM klinisi pada unit kerja atau instansi
- Menyelenggarakan pendidikan profesi
- Menetapkan PPK, CP dan SPO untuk menjamin terlaksanannya pelayanan dan pendidikan yang standar, efektif, efisien dan memuaskan pasien dan keluarga
- Menerapkan prinsip penggunaan antibiotik secara bijak dan kewaspadaan standar
- Melakukan koordinasi program pengendalian resistensi antimikroba di KSM/Departemen
- Melakukan koordinasi dalam penyusunan panduan penggunaan antibiotik pada kasus infeksi dan pembedahan (profilaksis) di KSM/Departemen masing masing
- Melakukan monitoring dan evaluasi penggunaan antibiotik di instansi

sesuai dengan kewenangan disiplin keilmuan/profesinya masing masing.

b. Keperawatan

- Mempunyai fungsi dan peran penting dalam pengendalian meningkatnya AMR, khususnya dalam hal memastikan pasien mendapat antibiotik yang tepat jenis, dosis, rute, terval dan durasinya. Ikut memantau agar supaya pasien terhindar dari *misuse* dan *overuse* antibiotik
- Untuk mencegah transisi AMR dari satu pasien ke pasien yang lain, perlu menerapkan kewaspadaan standar sesuai panduan yang berlaku
- Bersama klinisi DPJP, terlibat aktif dalam cara pemberian antibiotik yang benar dan bijak
- Terlibat aktif dalam pengelolaan spesimen mikrobiologi sesuai SPO yang berlaku, mulai dari informed consent, pengambilan spesimen yang sesuai indikasi, penyimpanan, pelabelan, pengiriman dan pengambilan hasil sesuai SPO *turn around time* (TAT).

c. Instalasi Farmasi

- Memastikan mutu dan ketersediaan dan kelangsungan antibiotik di rumah sakit
- Bersama klinisi DPJP, terlibat aktif dalam tata laksana pasien infeksi → pengkajian persepan, pengendalian, monitoring pemberian antibiotik
- Memberi informasi dan edukasi penggunaan antibiotik kepada pasien dan keluarga
- Bersama klinisi DPJP, melakukan monitoring penggunaan antibiotik dengan cara mengikuti perjalanan pelayanan medis dan penggunaan antibiotiknya
- Bersama klinisi dokter, melakukan audit penggunaan antibiotik secara kuantitatif dan kualitatif melalui review rekam medik dan semua lembar pencatatan jejak rekam pasien
- Mengelola antibiotik berdasarkan ketentuan restriksi antibiotik
- Membantu DPJP untuk menetapkan *streamline antibiotic*
- Monitoring efektivitas, efek samping dan keamanan antibiotik

d. Mikrobiologi Klinis

- Mengelola kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian yang berkaitan dengan keberadaan AMR di rumah sakit
- Bersama DPJP, terlibat melakukan kegiatan pelayanan perawatan pasien infeksi, melalui:

- Memastikan spesimen sesuai dengan kasus penyakitnya
  - Melakukan pemeriksaan mikrobiologi
  - Memberi konsultasi, saran sesuai dengan temuan hasil pemeriksaan mikrobiologi bakteri maupun sensitivitas antibiotiknya.
  - Membuat informasi pola mikroba dan pola kepekaan/resistensi secara berkala setiap tahun yang didistribusikan ke seluruh instalasi perawatan pasien dengan kasus infeksi.
- e. Komite Farmasi dan Terapi Rasional
- Ikut menjaga pelayanan *medis di rumah* sakit sesuai standar setinggi-tingginya dan memuaskan pasien beserta keluarganya
  - Menyusun kebijakan penggunaan antibiotik (*antibiotic policy*) di Rumah Sakit Unhas
  - Menyusun panduan penggunaan antibiotik (*antibiotic guideline*)
  - Memantau kepatuhan penggunaan antibiotik terhadap kebijakan dan panduan di rumah sakit
  - Melakukan evaluasi penggunaan antibiotik bersama tim
- f. Divisi pengendalian dan pencegahan infeksi
- Peran utama dalam masalah *pengendalian AMR di rumah sakit* adalah:
- Pengendalian penyebaran mikroba *resisten*
  - Ikut dalam *penerapan kewaspadaan baku (standar precaution)*
  - Surveilans kasus HAIs akibat infeksi mikroba resisten
  - *Cohorting/isolasi* pasien infeksi dengan mikroba multi resisten (MDRO)
  - Menyusun pedoman penanganan KLB MDRO.

## BAB II RUANG LINGKUP

Ruang Lingkup panduan ini antara lain mencakup semua alur pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Penggunaan antibiotik terbukti sebagai pemicu timbul dan meningkatnya AMR dan HAI di rumah sakit, berdasarkan Permenkes no. 8/2015, pasal 6 (2b, 2c), Rumah Sakit Unhas secara serentak dan terintegasi:

- a. Melaksanakan penyusunan kebijakan dan panduan penggunaan antibiotik. Guna menjamin terlaksananya implementasi PPRA secara optimal dan terukur, dan secara khusus sebagai dasar penetapan PPK SPO di masing masing KSM.

b. Melaksanakan penggunaan antibiotik secara bijak pada penggunaan antibiotik terapi dan profilaksis.

Dalam melaksanakan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit Unhas, ditetapkan indikator mutu kinerja untuk mengetahui tingkat pencapaian kinerja yang telah direncanakan, meliputi: (Permenkes 8/2015, pasal 11)

- Perbaiki kuantitas penggunaan antibiotik;
- Perbaiki kualitas penggunaan antibiotik;
- Perbaiki pola kepekaan antibiotik dan penurunan pola resistensi antimikroba;
- Perbaiki PPK tatalaksana kasus infeksi dan penggunaan antibiotik serta *clinical pathway* (CP)
- Ketaatan klinisi terhadap PPK masing masing
- Penurunan angka kejadian infeksi di rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba multiresisten (HAI); dan
- Peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisiplin, melalui forum kajian kasus infeksi terintegrasi.

Pembentukan tim pelaksana Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit Unhas, guna menerapkan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba melalui perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi. Untuk selanjutnya di sebut sebagai Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) Rumah Sakit Unhas. PPRA dibentuk melalui surat keputusan direktur dan pada aktivitasnya bertanggung jawab sepenuhnya kepada Direktur Rumah Sakit Unhas melalui subkomite PPRA di bawah Komite Farmasi Terapi dan Rasional.

Struktur organisasi tim PPRA, terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris dan anggota. Masa bakti Tim PPRA ditetapkan dalam surat keputusan Direktur Rumah Sakit UNHAS Unhas. Kualifikasi ketua Tim PPRA adalah klinisi dokter yang dalam tugasnya sehari hari terlibat penuh dalam perawatan pasien dan berminat di bidang infeksi. sedangkan untuk melengkapi struktur organisasi, maka keanggotaan Tim PPRA paling sedikit terdiri dari unsur:

- a. Klinisi perwakilan KSM/Departemen
- b. Keperawatan
- c. Instalasi Farmasi
- d. Laboratorium Mikrobiologi Klinik
- e. Divisi PPI
- f. Komite Farmasi dan Terapi Rasional

Anggota Tim PPRA harus merupakan tenaga kesehatan yang memiliki

kompetensi dalam tatalaksana pengendalian AMR, dapat bekerja sama dalam *teamwork*, dan memiliki kemampuan untuk melakukan edukasi, sosialisasi, melatih, membimbing tenaga kesehatan lain dalam memahami masalah AMR, tata laksana kasus infeksi secara baik dan benar serta penggunaan antibiotik secara bijak.

### BAB III PANDUAN PELAKSANAAN PPRA

#### A. URAIAN TUGAS TIM PPRA

Untuk menjamin kelancaran tata kelola organisasi Tim PPRA, maka diperlukan adanya uraian tugas pokok. Tim pelaksana Program Pengendalian Resistensi Antimikroba mempunyai tugas dan fungsi:

- a. Membantu Direktur RS Unhas dalam menetapkan kebijakan tentang pengendalian resistensi antimikroba;
- b. Membantu Direktur RS Unhas dalam menetapkan kebijakan terkait penggunaan Antibiotika dan panduan penggunaan antibiotik di rumah sakit;
- c. Membantu Direktur RS Unhas dalam pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba;
- d. Membantu Direktur Rumah Sakit Unhas dalam mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program pengendalian resistensi antimikroba;
- e. Menyelenggarakan forum kajian kasus pengelolaan penyakit infeksi terintegrasi (FORKKIT)
- f. Melakukan surveilans pola persebaran dan penggunaan antibiotik;
- g. Melakukan surveilans pola mikroba penyebab kepekaannya terhadap antibiotik;
- h. Menyebarluaskan serta meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang prinsip pengendalian resistensi antimikroba, penggunaan antibiotik secara bijak, dan ketaatan terhadap pencegahan pengendalian infeksi melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan;
- i. Mengembangkan penelitian di bidang pengendalian resistensi antimikroba; dan
- j. Melaporkan seluruh kegiatan program pengendalian resistensi antimikroba kepada Direktur Rumah Sakit Unhas.

#### B. STRATEGI TIM PPRA

Strategi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba dilakukan dengan cara:

- A. Mengendalikan berkembangnya mikroba resisten akibat tekanan seleksi

oleh antibiotik, melalui penggunaan antibiotik secara bijak, yaitu penggunaan antibiotik secara rasional dengan mempertimbangkan dampak muncul dan menyebarnya mikroba (bakteri) resisten. Penerapan penggunaan antibiotik secara bijak sebagaimana dimaksud dilakukan melalui tahapan:

- 1) Meningkatkan pemahaman dan ketaatan staf medis fungsional dan tenaga kesehatan dalam penggunaan antibiotik secara bijak;
- 2) Meningkatkan peranan pemangku kepentingan di bidang penanganan penyakit infeksi dan penggunaan antibiotik,
- 3) Mengembangkan dan meningkatkan fungsi laboratorium mikrobiologi klinik dan laboratorium penunjang lainnya yang berkaitan dengan penanganan penyakit infeksi;
- 4) Meningkatkan pelayanan farmasi klinik dalam memantau penggunaan antibiotik;
- 5) Meningkatkan pelayanan farmakologi klinik dalam memandu penggunaan antibiotik;
- 6) Meningkatkan penanganan kasus infeksi secara multidisiplin dan terpadu;
- 7) Melaksanakan surveilans pola penggunaan antibiotik, serta melaporkannya secara berkala;
- 8) Melaksanakan surveilans pola mikroba penyebab infeksi dan kepekaannya terhadap antibiotik, serta melaporkannya secara berkala

B. Mencegah penyebaran mikroba resisten melalui peningkatan ketaatan terhadap prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi. Pencegahan penyebaran mikroba resisten melalui peningkatan ketaatan terhadap prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi sebagaimana dimaksud dalam dilakukan melalui upaya:

- 1) Peningkatan kewaspadaan standar;
- 2) Pelaksanaan kewaspadaan transmisi;
- 3) Pekolonisasi pengidap mikroba resisten; dan
- 4) Penanganan kejadian luar biasa mikroba resisten.

### C. RENCANA KERJA

Rencana kerja Tim PPRA Rumah Sakit Unhas, disusun berdasarkan arahan Direktur Rumah Sakit Unhas serta upaya perbaikan kinerja pengendalian prevalensi AMR, perbaikan tata kelola penggunaan antibiotik dan *outcome* layanan pada kasus infeksi. Rencana jangka pendek dibuat untuk jangka waktu 1 tahun, sedangkan perencanaan jangka panjang selama 5 tahun sesuai masa kerja berdasarkan surat keputusan Direktur Rumah Sakit Unhas. Seluruh anggaran yang timbul akibat perencanaan kegiatan PPRA, diusulkan



untuk disetujui oleh Direktur Rumah Sakit Unhas.

Rencana kerja disusun oleh Tim PPRA Rumah Sakit Unhas berdasarkan prioritas permasalahan yang berkembang, dan diajukan untuk disetujui kepada Direktur Rumah Sakit Unhas. Rencana kerja yang telah disetujui menjadi acuan pelaksanaan kegiatan Tim PPRA pada tahun berjalan.

Rencana kerja Tim PPRA meliputi:

a. Edukasi

- Pelatihan penggunaan dan surveilans penggunaan antibiotik untuk Peserta Didik
- Pelatihan Pengendalian Resistensi Antimikroba untuk Tim PPRA dan tenaga kesehatan terkait

b. Perluasan jangkauan implementasi PPRA di lingkungan Rumah Sakit Unhas

c. Monitoring dan evaluasi penggunaan antibiotik Lini Ketiga oleh Tim Penatagunaan Antimikroba (PGA)

d. Survcilans pola penggunaan Antimikroba

e. Pembuatan pola bakteri dan sensitivitas antibiotik

f. Kegiatan forum kajian kasus infeksi terintegrasi

g. Lokakarya dan pelaporan

h. Penerbitan Panduan Penggunaan Antibiotika

i. Penerbitan Kebijakan tentang penggunaan antibiotik profilaksis dan lini ketiga

j. Membuat kebijakan terkait pengendalian resistensi antibiotika

a. Edukasi

Pelatihan tentang pengendalian resistensi antimikroba ditujukan pada peserta didik untuk memberikan edukasi terkait peresepan antibiotik yang tepat guna, survcilans penggunaan antibiotika dan analisa secara gyssens. Pelatihan ini bertujuan untuk mendapatkan peresepan antibiotika yang tepat guna menurunkan angka resistensi antibiotika. Output dari surveilans pola penggunaan antibiotika yang diharapkan adalah peserta didik mengetahui pola penggunaan antimikroba serta dapat menganalisis krasionalan peresepan antimikroba.

Pelatihan untuk Tim PPRA terkait audit penggunaan antibiotika bertujuan untuk menambah wawasan terkait peresepan yang rasional dan dapat menganalisis penggunaan antimikroba dengan metoda gyssens serta menghitung dengan Defined Daily Dose (DDD). Pemateri diundang dari External yang expert dalam pengendalian resistensi antimikroba. Materi yang dibawakan terkait peresepan antibiotika yang rasional, pencergahan resistensi antimikroba serta monitoring dan evaliasi penggunaan antimikroba.

b. Perluasan jangkauan implementasi PPRA di lingkungan Rumah Sakit Unhas.

Tim PPRA dalam implementasinya mencakup semua unit yang terkait penggunaan antimikroba melakukan diskusi dengan KSM terkait update clinical pathway penggunaan antibiotika. KSM akan diminta untuk mengirimkan pola persepsi antibiotika yang selanjutnya dibahas bersama Tim PPRA terkait kerasionalannya dan penerapannya di rumah sakit. Dilakukan penyamaan persepsi persepsi antibiotik profilaksis untuk semua DPJP yang melakukan tindakan operasi.

c. Monitoring dan evaluasi penggunaan antibiotik Lini Ketiga oleh Tim

Penatagunaan Antimikroba (PGA)

Monitoring dan evaluasi penggunaan antibiotik yang dilakukan DPJP, merupakan bagian tugas Tim PPRA dalam rangka menekan muncul dan meningkatnya prevalensi AMR melalui upaya penggunaan antibiotik sesuai dengan PPK masing masing KSM/Departemen untuk menghindari pemilihan, dosis, interval yang kurang tepat.

Aktivitas monitoring dan evaluasi dilakukan bersama DPJP, mengikuti perjalanan dan proses perawatan pasien. untuk mendapatkan hasil yang optimal maka diberlakukan beberapa ketentuan:

a. Monitoring dan evaluasi pasien akan dilakukan dengan berdasarkan SOP yang telah diterbitkan oleh Tim PPRA

b. Rumah sakit melalui Tim PGA, menetapkan indikator kasus atau antibiotik yang sedang mendapat perhatian khusus, karena tingginya prevalensi AMR, terjadi lonjakan eksponensial prevalensi AMR

c. DPJP yang meresepkan antibiotika lini ketiga diminta untuk mengisi form permintaan, link dan meneruskan ke Tim PGA

d. Hasil monitoring, segera diumpun-balikkan (*feed-back*) ke DPJP melalui saluran telepon atau kontak langsung.

d. Surveilans pola penggunaan Antimikroba

Surveillans AMR dan penggunaan antibiotik (AMU) merupakan suatu kegiatan pengumpulan data yang dilakukan secara terencana, terus menerus dan menghasilkan analisis informasi untuk mengetahui interpretasi atau tingkat permasalahan dan dapat digunakan untuk evaluasi pencapaian atau perencanaan program perbaikan selanjutnya (*AMR Surveillance in low and middle-income settings*, 2016).

Rumah Sakit Unhas, melaksanakan kegiatan surveillans sesuai dengan program WHO GLASS akan tetapi lebih pada kriteria mampu laksana, prioritas, memiliki nilai evaluasi dan dapat digunakan untuk program perbaikan selanjutnya. Pada kegiatan surveillans AMR dilakukan secara bertahap dan ditetapkan bakteri indikator:

a. Bakteri penghasil enzim *Extended spectrum betalctamase (ESBL)*, meliputi

*E. Coli* dan *Klebsiella pneumoniae*. Dua jenis bakteri ini paling sering menimbulkan masalah HAI dan sebagai penyebab kematian.

- b. *Methicillin resistance staphylococcus aureus (MRSA)*
- c. *Carbapenem resistance enterobacteriaceae (CRE)*
- d. *Acinetobacter baumannii*
- e. *Streptococcus pneumonia*
- f. *Hemophyllus influenza*

Surveilans AMU, ditujukan untuk mengendalikan penggunaan yang berpotensi menimbulkan resistensi serta antibiotik yang harus di-reserve. Dilakukan dalam bentuk DDD/100 patient days dan kualitatif berdasarkan metode Gyssens.

Audit penggunaan antibiotik, dimaksudkan untuk memperoleh data penggunaan antibiotik baik kuantitatif menggunakan metode DDD/100 *patients-day*, untuk mengetahui rasio penggunaan antibiotik di rumah sakit pada waktu tertentu. Audit kualitatif menggunakan metode Gyssens dimaksudkan untuk mengetahui tingkat kesesuaian penggunaan antibiotik terhadap PPK masing-masing KSM atau untuk mengetahui tingkat *appropriateness* penggunaan antibiotik. Meliputi kategori: (Usman Hadi *et. al.*, 2006):

1. 0 = tepat indikasi, jenis, dosis, interval, rute, durasi.
2. I = tidak tepat waktu/ saat pemberian
3. IIa = tidak tepat dosis, IIb= tidak tepat interval, IIc= tidak tepat rute
4. IIIa = durasi terlalu lama, IIIb= durasi terlalu pendek
5. IVa = ada yang lebih efektif, IVb= ada yang kurang toksik, IVc= ada yang lebih murah , IVd= ada yang spektrum lebih sempit
6. V = tidak ada indikasi
7. VI = data tidak lengkap, tidak bisa dievaluasi.

Tahapan audit penggunaan antibiotik :

- a. Audit penggunaan antibiotik diselenggarakan secara rutin meliputi audit kuantitatif dan kualitatif.
- b. Audit antibiotik diselenggarakan secara bertahap, meliputi penggunaan terapi dan profilaksis. Dengan menetapkan KSM/Departemen pada periode waktu tertentu.
- c. Data diekstrak dari Rekam Medik pasien yang dikategorikan per KSM
- d. Data dianalisis bersama Tim PGA dan melibatkan pihak dari luar yang dianggap cakap dalam hal analisis dengan metode gyssens
- e. Hasil audit disampaikan kepada KSM/Departemen yang bersangkutan serta kepada Direktur sebagai laporan.

antibiotika juga disusun berdasarkan literatur yang terbaru kemudian selanjutnya disosialisasikan dan disebarakan ke semua unit terkait.

D. INDIKATOR KINERJA (*Key Performance Indicator*)

Dalam melaksanakan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit Unhas, ditetapkan indikator mutu kinerja untuk mengetahui tingkat pencapaian kinerja yang telah direncanakan, meliputi: (Permenkes 8/2015, pasal 11)

- a. Perbaikan kuantitas penggunaan antibiotik;
- b. Perbaikan kualitas penggunaan antibiotik;
- c. Perbaikan pola kepekaan antibiotik dan penurunan pola resistensi antimikroba;
- d. Perbaikan PPK tatalaksana kasus infeksi dan penggunaan antibiotik serta *clinical pathway* (CP)
- e. Ketaatan klinisi terhadap PPK masing masing
- f. Penurunan angka kejadian infeksi di rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba multiresisten (HAI); dan
- g. Peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisiplin, melalui forum kajian kasus infeksi terintegrasi.

BAB IV

DOKUMENTASI

1. Permintaan antibiotik lini ketiga yang diajukan DPJP ke Tim PGA
2. Permintaan antibiotik profilaksis diluar daftar antibiotik yang terdapat dalam SOP pemilihan antibiotik profilaksis
3. Hasil audit kualitatif dan kuantitatif penggunaan antibiotik

05 September 2022

Ketua Komite Farmasi dan Terapi Rasional,



dr. Lia Hafiyani, M. Pharm., Sc.  
NIP 198704032012122001

e. Pembuatan pola bakteri dan sensitivitas antibiotik

Pola Bakteri dilakukan satu kali dalam satu tahun dan dikeluarkan oleh mikrobiologi klinik. Pola bakteri akan disebarkan ke semua unit dan DPJP untuk dijadikan pertimbangan dalam meresepkan antibiotika.

f. Kegiatan forum kajian kasus infeksi terintegrasi

1. Forum dilakukan satu kali dalam satu bulan atau lebih jika ada pasien yang harus segera mendapatkan rekomendasi terapi antibiotika karena kasus infeksi yang kompleks
2. Peserta forum adalah Tim PGA, DPJP yang bertanggung jawab pada pasien, Instalasi Farmasi, Komite Medik, Diryanmed, Bidang Pelayanan Medik, Casemix, dan Unit terkait lainnya
3. Rekomendasi forum akan dikirimkan kepada Direktur Utama, semua peserta forum dan DPJP terkait.

g. Lokakarya dan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan kegiatan Tim PPRA serta hasil capaiannya dilaporkan setiap tahun kepada direktur Rumah Sakit Unhas, Dinas Kesehatan dan Kementerian kesehatan RI.

Isi laporan meliputi:

1. Kegiatan yang direncanakan dan telah dianggarkan oleh Rumah Sakit Unhas, meliputi kegiatan pelatihan, penelitian, rutin, surveillans, pembuatan atau revisi panduan penggunaan antibiotik dan PPK
2. Sesuai KPI yang ditetapkan
3. Hasil surveillance AMR dan AMU

h. Penerbitan Panduan Penggunaan Antibiotika

PPAB disusun berdasarkan PMK terbaru yang diterbitkan oleh kementerian kesehatan dan atas usulan dari masing-masing KSM dan dirapatkan dengan unit terkait yang kemudian disetujui oleh Dirut. Didalam PPAB berisi penggolongan antibiotika dalam pemilihan terapinya dewasa dan anak, antibiotik profilaksis, kriteria sepsis dan hal lain terkait infeksi. PPAB selanjutnya disosialisasikan dan disebarkan ke KSM dan semua unit terkait dalam bentuk hard copy dan soft copy. PPAB diharapkan menjadi landasan dalam pemilihan terapi antibiotik untuk semua DPJP.

i. Membuat kebijakan terkait pengendalian resistensi antibiotika

1. Memperbaharui kebijakan terkait Infeksi sesuai pengembangan ilmu terbaru.
2. Kebijakan disetujui oleh dirut kemudian disosialisasikan ke semua KSN dan Unit terkait
3. Untuk SOP pemilihan antibiotik lini ketiga dan profilaksis di kirimkan dalam bentuk buku ke semua KSM dan Unit terkait. Kemudian dibuatkan form permintaan khususnya yang membutuhkan monitoring dan Tim PGA
4. Panduan lain yang berhubungan erat dengan infeksi dan penggunaan