



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional

PERMINTAAN PEMERIKSAAN KULTUR DAN UJI KEPEKAAN ANTIBIOTIK

No. Dokumen:

OT.02.02 / XXXIX.1 / 16005 / 2019

No. Revisi:

00

Halaman:

1/1

| | | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SPO | Tanggal Terbit 09 OKTOBER 2019 | Ditetapkan Oleh : Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC., MARS NIP.196209131988031002 |
| PENGERTIAN | Kultur dan uji kepekaan antibiotik adalah suatu tindakan pemeriksaan jenis kuman pada spesimen baik darah, urin, sputum, luka terhadap antibiotik | |
| TUJUAN | Untuk menentukan jenis antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman sehingga diperoleh terapi antibiotik yang tepat | |
| KEBIJAKAN | SK Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Nomor: HK.02.03/XXXIX.1/14958/2019 Tentang Pedoman Pelayanan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba Rumah Sakit Pusat Otak Nasional. | |
| PROSEDUR | <ol style="list-style-type: none">1. Dokter IGD / DPJP menegakkan diagnosa penyakit infeksi yang disebabkan bakteri yang berpotensi sepsis dan atau penyakit terdiagnosa sepsis2. Setelah diagnosa tegak, dilakukan pengambilan spesimen yang sesuai untuk dilakukan pemeriksaan kultur sebelum pemberian antibiotik empiris | |
| UNIT TERKAIT | <ol style="list-style-type: none">1. IGD2. Instalasi Rawat Inap3. Instalasi Rawat Jalan4. Instalasi Rawat Intensif5. Instalasi Laboratorium dan Bank Darah6. Tim PPRA | |

FORMULIR PENGGUNAAN ANTIMIKROBA 72 JAM (I / II)

| | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Ruang Perawatan | |
| Masuk Ruangan | |
| Indikasi/Diagnosa infeksi | |
| Tanggal permintaan antimikroba | |
| Jenis Antimikroba yang diminta | |
| Hasil kultur sebelumnya | |
| Bahan kultur saat ini | |
| Nama DPJP/Dokter yang meresepkan & tanda tangan | |
| Hasil Evaluasi Antimikroba (Silahkan conteng) | <input type="checkbox"/> Stop Antimikroba |
| | <input type="checkbox"/> Terapi Empiris |
| | <input type="checkbox"/> De-Eskalasi / Streamlining |
| | <input type="checkbox"/> Terapi Definiti / Kombinasi |
| Rekomendasi Tim PPRA | |
| Nama& TTD Tim PPRA (.....) | |

FORMULIR PENGGUNAAN ANTIMIKROBA 7 HARI

| | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nama Pasien: | No. Rekam Medik: |
| Ruang Perawatan | |
| Tanggal permintaan antimikroba | |
| Indikasi/Diagnosa infeksi | |
| Jenis & Lama Pemberian antimikroba yang sudah digunakan | |
| Hasil kultur | |
| Jenis Antimikroba yang diminta | |
| Nama DPJP/Dokter yang meresepkan & tanda tangan | |
| Hasil Evaluasi Antimikroba (Silahkan contreng) | <input type="checkbox"/> Stop Antimikroba <input type="checkbox"/> De-Eskalasi / Streamlining <input type="checkbox"/> Terapi Definiti / Kombinasi |
| Rekomendasi Tim PPRA | |
| Nama& TTD Tim PPRA (.....) | |



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional

FORMULIR PERMINTAAN ANTIBIOTIK DI KAMAR OPERASI

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Nama Pasien (nama jelas) | | | |
| Tanggal Lahir | | | |
| No. Rekam Medis | | | |
| DPJP | | | |
| Dokter yang meminta (nama jelas) | | | |
| SMF | | | |
| Tanggal tindakan | | | |
| Diagnosis | | | |
| Tindakan | | | |
| Perkiraan lama operasi | | | |
| Tipe Operasi | | | |
| | | | |
| Nama antibiotik | Dosis | Indikasi | |
| | | <input type="checkbox"/> Profilaksis | <input type="checkbox"/> Terapeutik |
| | | <input type="checkbox"/> Profilaksis | <input type="checkbox"/> Terapeutik |
| | | <input type="checkbox"/> Profilaksis | <input type="checkbox"/> Terapeutik |
| | | | |
| Kategori Kelas Operasi | <input type="checkbox"/> Bersih | | |
| | <input type="checkbox"/> Bersih terkontaminasi | | |
| | <input type="checkbox"/> Terkontaminasi | | |
| | <input type="checkbox"/> Kotor | | |
| Komorbidity yang ada | | | |
| Pasang implant | <input type="checkbox"/> Ya, yaitu | | |
| | <input type="checkbox"/> Tidak | | |
| | Nama dan Tanda tangan Dokter | | |
| | (.....) | | |