

## DAFTAR REKOMENDASI LAPORAN HTA

Hasil Penapisan	Tahun	Rekomendasi				Keterangan
		A	B	C	D	
<b>Pemberian Profilaksis Vitamin K pada Bayi Baru Lahir</b>	<b>2003</b>					Telah disosialisasikan dan dipakai sebgai program Binkesmas
1. Semua bayi baru lahir harus mendapat profilaksis vitamin K <sub>1</sub> .		√				
2. Jenis vitamin K yang digunakan adalah vitamin K <sub>1</sub> .		√				
3. Cara pemberian vitamin K <sub>1</sub> adalah secara intramuskular atau oral.		√				
4. Dosis yang diberikan untuk semua bayi baru lahir adalah: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intramuskular, 1 mg dosis tunggal atau</li> <li>• Oral, 3 kali @2 mg, diberikan pada waktu bayi baru lahir, umur 3-7 hari, dan pada saat bayi berumur 1-2 bulan.</li> </ul>		√				
5. Untuk bayi yang lahir ditolong oleh dukun maka diwajibkan pemberian profilaksis vitamin K <sub>1</sub> secara oral.				√		
6. Kebijakan ini harus dikoordinasikan bersama Direktorat Pelayanan Farmasi dan Peralatan dalam penyediaan vitamin K <sub>1</sub> dosis injeksi 2 mg/ml/ampul, vitamin K <sub>1</sub> dosis 2 mg/tablet yang dikemas dalam bentuk strip 3 tablet atau kelipatannya.				√		
7. Profilaksis vitamin K <sub>1</sub> pada bayi baru lahir dijadikan sebagai program nasional.				√		
<b>Imunisasi Influenza untuk Anak dan Dewasa</b>	<b>2003</b>					-
1. Perlu dilakukan penelitian/surveilans tentang insidens, morbiditas dan mortalitas penyakit influenza atau <i>influenza-like illness</i> , <i>cost-effectiveness</i> imunisasi influenza serta pemetaan strain virus influenza di Indonesia.				√		
2. Sementara sebelum ada hasil penelitian di Indonesia, berdasarkan hasil kajian kepustakaan tim ahli merekomendasikan hal-hal sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaksin influenza tidak diberikan rutin kepada setiap orang.</li> <li>• Imunisasi influenza sebaiknya diberikan kepada orang yang berisiko tinggi, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orang usia ≥65 tahun.</li> <li>• Anak usia &gt;6 bulan dan dewasa dengan</li> </ul> </li> </ul>				√		

<p>penyakit kronik kardiovaskular, paru, metabolik termasuk diabetes mellitus dan disfungsi ginjal, dan berbagai tipe penyakit imunodefisiensi termasuk orang dengan AIDS dan resipien transplantasi organ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas kesehatan yang kontak erat dengan orang yang berisiko tinggi.</li> <li>• Imunisasi influenza tidak boleh diberikan kepada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Individu yang hipersensitif terhadap telur dan komponen vaksin.</li> <li>• Individu dengan riwayat Sindrom Guillain-Barre (SGB)</li> <li>• Individu yang demam dan kehamilan trimester pertama.</li> </ul> </li> <li>• Vaksin influenza diberikan setiap tahun.</li> </ul>					
<p>3. Perlu dilaksanakan evaluasi hasil penggunaan vaksin influenza pada anak, dewasa, usila serta orang yang berpenyakit kronik.</p>			√		
<p><b>Persiapan Rutin Prabedah Elektif</b></p>	<p><b>2003</b></p>				<p><b>Disosialisasikan tahun 2007</b></p>
<p>1. Pemeriksaan darah tepi lengkap rutin <b>dilakukan</b> pada persiapan prabedah elektif pada <b>anak</b>. Pemeriksaan darah tepi lengkap rutin (Hb, Ht, leukosit, hitung jenis, trombosit) dilakukan pada anak usia &lt;5 tahun, sedangkan untuk anak usia ≥ 5 tahun pemeriksaan darah tepi dilakukan atas indikasi, yaitu pasien yang diperkirakan menderita anemia defisiensi, pasien dengan penyakit jantung, ginjal, saluran napas atau infeksi .</p>			√		
<p>2. Pemeriksaan darah tepi lengkap rutin <b>tidak dilakukan</b> pada persiapan prabedah elektif pada orang <b>dewasa</b>. Pemeriksaan darah tepi lengkap dilakukan pada pasien dengan penyakit hati, riwayat anemia, perdarahan dan kelainan darah lainnya, serta tergantung tipe dan derajat invasif prosedur operasi.</p>			√		

<p>3. pemeriksaan kimia darah rutin <b>tidak dilakukan</b> pada persiapan prabedah elektif pada <b>anak</b>. Pemeriksaan kimia darah dilakukan bila terdapat risiko kelainan ginjal, hati, endokrin, terapi perioperatif, dan pemakaian obat alternatif.</p>			√		
<p>4. pemeriksaan kimia darah rutin <b>tidak dilakukan</b> pada persiapan prabedah elektif pada orang <b>dewasa</b>. Pemeriksaan kimia darah rutin hanya dilakukan pada pasien usia lanjut, adanya kelainan endokrin, kelainan fungsi ginjal dan hati, pemakaian obat tertentu atau pengobatan alternatif.</p>			√		
<p>5. meriksaan hemostasis rutin <b>tidak</b> dilakukan pada persiapan prabedah elektif pada <b>anak</b>. Pemeriksaan hemostasis dilakukan pada pasien dengan riwayat atau kondisi klinis mengarah pada kelainan koagulasi, akan menjalani operasi yang dapat menimbulkan gangguan koagulasi (seperti <i>cardiopulmonary bypass</i>), ketika dibutuhkan hemostasis yang adekuat (seperti tonsilektomi), dan kemungkinan perdarahan pascabedah (seperti operasi saraf).</p>			√		
<p>6. pemeriksaan hemostasis rutin <b>tidak</b> dilakukan pada persiapan prabedah elektif pada orang <b>dewasa</b>. Pemeriksaan hemostasis dilakukan pada pasien yang memiliki riwayat kelainan koagulasi, atau riwayat terbaru yang mengarah pada kelainan koagulasi, atau sedang memakai obat antikoagulan atau obat yang diduga dapat mengganggu koagulasi termasuk obat tradisional, pasien yang memerlukan antikoagulan pascabedah, pasien yang memiliki kelainan hati dan ginjal.</p>			√		
<p>7. pemeriksaan urin rutin <b>tidak</b> dilakukan pada persiapan prabedah elektif baik pada <b>anak</b> maupun <b>dewasa</b>. Pemeriksaan urin rutin dilakukan pada operasi yang melibatkan manipulasi saluran kemih dan pasien dengan gejala infeksi saluran kemih.</p>			√		
<p>8. pemeriksaan foto toraks rutin <b>tidak</b> perlu dilakukan pada persiapan prabedah elektif pada <b>anak</b> maupun <b>dewasa</b>. Pemeriksaan foto toraks dilakukan pada pasien usia di atas 60 tahun, pasien dengan tanda dan gejala penyakit kardiopulmonal, infeksi saluran napas akut, riwayat merokok .</p>			√		
<p>9. pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) rutin <b>tidak</b> dilakukan pada persiapan prabedah elektif pada</p>			√		

<b>anak.</b> pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) hanya dilakukan atas indikasi, bila dari pemeriksaan klinis ditemukan tanda-tanda kelainan jantung.					
10. pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) rutin <b>tidak</b> dilakukan pada persiapan prabedah elektif pada orang <b>dewasa</b> . Pemeriksaan EKG dilakukan pada pasien dengan diabetes mellitus, hipertensi, nyeri dada, gagal jantung kongestif, riwayat merokok, penyakit vaskular perifer, dan obesitas, yang tidak memiliki hasil EKG dalam 1 tahun terakhir tanpa memperhatikan usia. Selain itu EKG juga dilakukan pada pasien dengan gejala kardiovaskular periodik atau tanda dan gejala penyakit jantung tidak stabil ( <i>unstable</i> ), dan semua pasien berusia usia >40 tahun.			√		
11. pemeriksaan fungsi paru rutin <b>tidak</b> dilakukan pada persiapan prabedah elektif baik pada <b>anak</b> maupun <b>dewasa</b> . pemeriksaan fungsi paru hanya dilakukan atas indikasi. Pada pasien dewasa pemeriksaan spirometri dilakukan pada pasien dengan riwayat merokok atau dispnea yang akan menjalani operasi pintasan ( <i>bypass</i> ) koroner atau abdomen bagian atas; pasien dengan dispnea tanpa sebab atau gejala paru yang akan menjalani operasi leher dan kepala, ortopedi, atau abdomen bawah; semua pasien yang akan menjalani reseksi paru dan semua pasien usia lanjut.			√		
12. Puasa rutin <b>dilakukan</b> pada persiapan prabedah elektif baik pada <b>anak</b> maupun <b>dewasa</b> . Pada anak, Jangka waktu puasa dari ASI, susu formula dan makanan padat adalah 4 jam pada anak usia <6 bulan, 6 jam pada anak usia 6-36 bulan dan 8 jam pada anak usia >36 bulan. Jangka waktu puasa dari cairan jernih adalah 2 jam pada anak usia <6 bulan, 3 jam pada anak usia 6-36 bulan dan >36 bulan. Pada orang dewasa jangka waktu puasa adalah 8 jam.			√		
<b>Transfusi Komponen Darah: Indikasi dan Skrining</b>	<b>2003</b>				Telah disosialisasikan di 3 wilayah (Sulsei, Sumbar, dan Bali)
<b>Sel darah merah</b>					
1. Transfusi sel darah merah hampir selalu diindikasikan pada kadar Hemoglobin (Hb) <7 g/dl, terutama pada anemia akut. Transfusi dapat ditunda jika pasien asimtomatik dan/atau penyakitnya memiliki terapi spesifik lain, maka batas kadar Hb yang lebih rendah dapat diterima.		√			

2. Transfusi sel darah merah dapat dilakukan pada kadar Hb 7-10 g/dl apabila ditemukan hipoksia atau hipoksemia yang bermakna secara klinis dan laboratorium.				√		
3. Transfusi tidak dilakukan bila kadar Hb $\geq 10$ g/dl, kecuali bila ada indikasi tertentu, misalnya penyakit yang membutuhkan kapasitas transport oksigen lebih tinggi (contoh: penyakit paru obstruktif kronik berat dan penyakit jantung iskemik berat).		√				
4. Transfusi pada neonatus dengan gejala hipoksia dilakukan pada kadar Hb $\leq 11$ g/dL; bila tidak ada gejala batas ini dapat diturunkan mencapai 7 g/dL (seperti pada anemia bayi prematur). Jika terdapat penyakit jantung atau paru atau yang sedang membutuhkan suplementasi oksigen batas untuk dilakukan transfusi adalah Hb $\leq 13$ g/dL.				√		
<b>Trombosit</b>						
5. Trombosit diberikan untuk mengatasi perdarahan pada pasien dengan trombositopenia bila hitung trombosit $< 50.000/uL$ , bila terdapat perdarahan mikrovaskular difus batasnya menjadi $< 100.000/uL$ . Pada kasus DHF dan DIC supaya merujuk pada penatalaksanaan masing-masing.				√		
6. Profilaksis dilakukan bila hitung trombosit $< 50.000/uL$ pada pasien yang akan menjalani operasi, prosedur invasif lainnya atau sesudah transfusi masif.				√		
7. Pasien dengan kelainan fungsi trombosit yang mengalami perdarahan.				√		
<b>Plasma beku segar</b>						
8. Mengganti defisiensi faktor IX (hemofilia B) dan faktor inhibitor koagulasi baik yang didapat atau bawaan bila tidak tersedia konsentrat faktor spesifik atau kombinasi.				√		
9. Netralisasi hemostasis setelah terapi warfarin bila terdapat perdarahan yang mengancam nyawa.				√		
10. Adanya perdarahan dengan parameter koagulasi yang abnormal setelah transfusi masif atau operasi				√		

pintasan jantung atau pada pasien dengan penyakit hati.					
<b>Kriopresipitat</b>					
11. Profilaksis pada pasien dengan defisiensi fibrinogen yang akan menjalani prosedur invasif dan terapi pada pasien yang mengalami perdarahan.			√		
12. Pasien dengan hemofilia A dan penyakit von Willebrand yang mengalami perdarahan atau yang tidak responsif terhadap pemberian desmopresin asetat atau akan menjalani operasi.			√		
<b>Skrining</b>					
Untuk skrining donor darah yang aman: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan harus dilakukan secara individual (tiap <i>individual bag</i> atau satu unit plasma) dan tidak boleh dilakukan secara <i>pooled</i> plasma.</li> <li>• Jenis pemeriksaan yang digunakan sesuai dengan standard WHO, dalam hal ini meliputi pemeriksaan atas sifilis, hepatitis B, hepatitis C dan HIV.</li> <li>• Metode tes dapat menggunakan <i>Rapid test</i>, <i>Automated test</i> maupun ELISA hanya bila sensitivitasnya &gt;99%.</li> </ul>			√		
<b>Tatalaksana Ikterus Neonatorum</b>	<b>2004</b>				-
1. <b>Ikterus</b> adalah gambaran klinis berupa pewarnaan kuning pada kulit dan mukosa, sedangkan <b>hiperbilirubinemia</b> adalah kadar bilirubin dalam darah $\geq 13$ mg/dL			√		
2. Ikterus neonatorum, pada umumnya fisiologis, kecuali: <ol style="list-style-type: none"> <li>Timbul dalam 24 jam pertama kehidupan</li> <li>Bilirubin total untuk bayi cukup bulan <math>\geq 13</math> mg/dL atau bayi kurang bulan <math>\geq 10</math> mg/dL</li> <li>Peningkatan bilirubin <math>&gt; 5</math> mg/dL/hari</li> <li>Bilirubin direk <math>&gt; 2</math> mg/dL</li> <li>Ikterus menetap pada bayi cukup bulan <math>&gt; 1</math> minggu atau pada bayi kurang bulan <math>&gt; 2</math> minggu</li> <li>Terdapat faktor risiko</li> </ol> Ikterus fisiologis tidak diterapi.			√		
3. Diagnosis ikterus neonatorum ditegakkan dengan: <ol style="list-style-type: none"> <li>Serum bilirubin</li> <li>Bila tidak tersedia alat untuk melakukan pemeriksaan serum bilirubin, dapat digunakan cara</li> </ol>			√		

visual (sesuai panduan WHO), kemudian pasien harus segera dirujuk.					
4. Tata laksana hiperbilirubinemia neonatorum: a. Fototerapi - apabila fasilitas memadai, dilakukan sesuai pedoman dari AAP - fasilitas tidak memadai, dilakukan sesuai pedoman dari WHO b. Transfusi tukar - dilakukan sesuai panduan WHO				√	
<b>Terapi Sulih Hormon pada Wanita Perimenopause</b>	<b>2004</b>				-
1. Pemberian sulih hormon dapat dimulai pada masa klimakterium awal, yang dapat dilanjutkan sampai masa perimenopause, bahkan sampai masa pascamenopause.				√	
2. Pemberian sulih hormon untuk tujuan pencegahan hanya diberikan apabila memang sangat diperlukan.				√	
3. Pemberian sulih hormon (untuk pengobatan ataupun pencegahan) harus disertai <i>informed consent</i> (IC).				√	
<b>Terapi Ozon</b>	<b>2004</b>				-
1. Belum ada bukti ilmiah yang cukup kuat dalam penggunaan terapi ozon pada penyakit kardiovaskular.				√	
2. Belum ada bukti ilmiah yang cukup kuat dalam penggunaan terapi ozon pada penyakit diabetes melitus.				√	
3. Belum ada bukti ilmiah yang cukup kuat dalam penggunaan terapi ozon untuk penyembuhan berbagai jenis luka.				√	
4. Belum ada bukti ilmiah yang cukup kuat dalam penggunaan terapi ozon pada bidang kedokteran gigi.				√	
5. Belum ada bukti ilmiah yang cukup kuat dalam penggunaan terapi ozon pada penyakit dan kelainan ginekologi.				√	
<b>Pemberian Terapi Imunomodulator Herbal</b>	<b>2004</b>				-
Herbal yang dianggap sebagai imunomodulator pada analisis ini (Maitake, Echinacea dan Phyllanthus) belum dapat				√	

direkomendasikan sebagai obat standar ataupun sebagai terapi tambahan obat standar karena belum ditemukan bukti ilmiah yang kuat baik dari penelitian di luar maupun dalam negeri.					
<b>Tonsilektomi pada Anak dan Dewasa</b>	<b>2004</b>				-
<b>1. Indikasi absolut tonsilektomi</b> a. Hipertrofi tonsil yang menyebabkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstruksi saluran napas misal pada OSAS (<i>Obstructive Sleep Apnea Syndrome</i>)</li> <li>- Disfagia berat yang disebabkan obstruksi</li> <li>- Gangguan tidur</li> <li>- Gangguan pertumbuhan dentofacial</li> <li>- Gangguan bicara (hiponasal)</li> <li>- Komplikasi kardiopulmoner</li> </ul> b. Riwayat abses peritonsil. c. Tonsilitis yang membutuhkan biopsi untuk menentukan patologi anatomi terutama untuk hipertrofi tonsil unilateral. d. Tonsilitis kronik atau berulang sebagai fokal infeksi untuk penyakit-penyakit lain.			√		
<b>2. Indikasi relatif</b>					
a. Terjadi 7 episode atau lebih infeksi tonsil pada tahun sebelumnya, atau 5 episode atau lebih infeksi tonsil tiap tahun pada 2 tahun sebelumnya atau 3 episode atau lebih infeksi tonsil tiap tahun pada 3 tahun sebelumnya dengan terapi antibiotik adekuat.			√		
b. Kejang demam berulang yang disertai tonsilitis.				√	
c. Halitosis akibat tonsilitis kronik yang tidak membaik dengan pemberian terapi medis.				√	
d. Tonsilitis kronik atau berulang pada karier streptokokus B-hemolitikus yang tidak membaik dengan pemberian antibiotik resisten β-laktamase.				√	
3. Operasi tonsilektomi pada anak-anak tidak selalu disertai adenoidektomi, adenoidektomi dilakukan hanya bila ditemukan pembesaran adenoid.				√	
<b>Penggunaan <i>Bone Densitometry</i> pada Osteoporosis</b>	<b>2005</b>				Alat akan tersedia di 200 RS milik pemerintah pada tahun 2007
1. <i>Bone densitometry DXA</i> merupakan alat yang paling akurat untuk diagnosis dan monitoring osteoporosis			√		
2. Indikasi pemeriksaan <i>bone densitometry DXA</i> pada pasien dengan faktor risiko yang meningkat.				√	
3. Penggunaan <i>bone densitometry DXA</i> sebagai alat				√	

monitoring terapi osteoporosis sebaiknya dilakukan dengan interval pemeriksaan setelah 2 tahun terapi.				√	
4. Kompetensi dokter untuk menginterpretasi hasil pemeriksaan bone densitometry dan operator densitometer diwajibkan mengikuti pelatihan dan memiliki sertifikasi dari PEROSI (Persatuan Osteoporosis Indonesia) atau badan internasional seperti <i>Internasional Osteoporosis Fondation (IOF)</i> , <i>International Society for Clinical Densitometry (ISCD)</i> .				√	
<b>Penggunaan <i>Extracorporeal Shockwave Lithotripsy</i> pada Batu Saluran Kemih</b>	<b>2005</b>				<b>Akan disosialisasikan tahun 2007-2008</b>
<b>1. Infrastruktur untuk instalasi mesin ESWL</b> Instansi yang memiliki ESWL harus memiliki infrastruktur yang menunjang persyaratan proteksi terhadap bahaya radiasi.				√	
<b>2. Penggunaan ESWL pada batu saluran kemih</b>					
<b><u>1. Batu ginjal :</u></b>					
1.1. Batu staghorn					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pilihan terapi ESWL kombinasi dengan PNL</li> </ul>			√		
<ul style="list-style-type: none"> <li>atau monoterapi ESWL</li> </ul>				√	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Operasi terbuka merupakan pilihan utama berdasarkan pertimbangan kondisi lokal, keamanan, <i>cost-effectiveness</i> dan persetujuan pasien, walaupun bukti ilmiah yang mutakhir dan sahih masih kurang mendukung.</li> </ul>				√	
1.2. Batu kaliks inferior					
<ul style="list-style-type: none"> <li>PNL lebih unggul daripada ESWL</li> </ul>		√			
1.3. Batu kaliks kecil asimtomatik					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tindakan yang terbaik adalah observasi</li> </ul>		√			
<ul style="list-style-type: none"> <li>kasus batu kaliks media atau inferior yang telah terpecah komplis dengan ESWL primer, tetapi residu fragmen menetap, dapat dilakukan pengulangan ESWL.</li> </ul>		√			
<b><u>2. Batu ureter</u></b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>ESWL merupakan pilihan terapi untuk batu ureter proksimal ukuran <math>\leq 1</math> cm, sedangkan untuk batu berukuran <math>&gt; 1</math> cm pilihan terapi adalah litotripsi intrakorporal.</li> </ul>			√		
<ul style="list-style-type: none"> <li>ESWL merupakan pilihan terapi untuk batu ureter distal ukuran <math>&lt; 1</math> cm, sedangkan untuk batu berukuran <math>\geq 1</math> cm pilihan terapi adalah ureteroskopi.</li> </ul>				√	

3. Antibiotik profilaksis tidak diperlukan bagi pasien yang memiliki urin steril sebelum ESWL.		√			
4. Penggunaan <i>Double J stent</i> sebelum ESWL dapat dilakukan pada pasien dengan beban batu 1,5-3,5 cm untuk menurunkan insidens <i>steinstrasse</i> .		√			
5. Pemilihan jenis mesin ESWL berdasarkan kriteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesin yang memungkinkan prosedur ESWL dapat dilakukan tanpa anestesi atau dengan anestesi minimal</li> <li>• Menghasilkan angka bebas batu yang tinggi</li> <li>• Memiliki sistem lokalisasi ganda (fluoroskopi dan USG)</li> </ul>			√		
6. Berdasarkan <i>US Congress Office of Technology Assessment 1987</i> , yang berkompeten melakukan tindakan ESWL adalah dokter spesialis urologi.			√		
<b>Penggunaan Siprofloksasin di Indonesia</b>	<b>2005</b>				-
1. Siprofloksasin tidak efektif pada infeksi tenggorok (faringitis, tonsilitis)					
2. Siprofloksasin tidak dianjurkan sebagai terapi lini pertama pada keadaan berikut :					
<b>1. <u>Infeksi Saluran Napas Atas</u></b>					
A. <u>Otitis Media Supuratif Kronik</u>					
Obat tetes dapat dipakai sebagai obat tunggal lini pertama, pilihan utama adalah ofloksasin, baik pada orang dewasa atau anak.			√		
Pada pasien berusia lebih dari 18 tahun dapat dipilih siprofloksasin atau ofloksasin.			√		
B. <u>Rinosinusitis</u>					
Siprofloksasin tidak direkomendasikan sebagai terapi lini pertama. Untuk sinusitis kronik, siprofloksasin dapat digunakan sebagai antibiotik alternatif bila tidak ada perbaikan dengan antibiotik lini pertama.			√		
<b>2. <u>Infeksi jaringan lunak dan tulang</u></b>					
Bukti-bukti ilmiah yang mendukung efektivitas siprofloksasin pada infeksi jaringan lunak dan tulang masih belum cukup.					
<b>3. <u>Anak</u></b>					
3.1. Siprofloksasin hanya dianjurkan untuk digunakan sebagai lini kedua, pada situasi dan penyakit tertentu dimana tidak ada obat pilihan lain yang lebih baik, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1. Demam tifoid resisten multiobat</li> <li>3.1.2. Disentri shigella</li> </ul> Penggunaan kuinolon pada anak dengan shigellosis berat, terutama bila terapi empiris		√			

non-kuinolon telah gagal dan uji sensitivitas antibiotik tidak memberikan alternatif yang jelas.					
3.2. Penggunaan siprofloksasin tidak hanya mempertimbangkan aspek efektivitas dan keamanannya, tetapi juga dengan memperhitungkan tingkat kecepatan terjadinya resistensi pada kuman tertentu terhadap siprofloksasin.	√				
3.3. Pada anak dengan fibrosis kistik, siprofloksasin merupakan pilihan pertama untuk terapi antipseudomonas rumatan yang efektif dan cukup aman.	√				
<b>4. <u>Siprofloksasin sebagaimana fluorokuinolon lainnya merupakan lini kedua pada pengobatan tuberkulosis resisten multi obat. Pemberiannya harus bersama dengan obat anti tuberkulosis lini pertama yang masih sensitif.</u></b>			√		
3. Penggunaan siprofloksasin yang dianjurkan adalah untuk keadaan berikut :					
3.1 Infeksi saluran cerna yang disebabkan oleh <i>Shigella dysenteriae</i> dan <i>Salmonella typhi</i> resisten multi obat.	√				
3.2 Infeksi saluran kemih dengan atau tanpa komplikasi.	√				
3.3 Penyakit menular seksual, yaitu gonore, terutama yang disebabkan oleh PPNG ( <i>Penicillinase Producing - Neisseria gonorrhoeae</i> ).	√				
3.4 Terapi empiris pada infeksi saluran napas bawah yang diduga disebabkan oleh <i>Pseudomonas aeruginosa</i> :			√		
3.4.1. Bronkitis kronik eksaserbasi akut derajat berat dengan FEV1 <50					
3.4.2. Bronkiektasis eksaserbasi akut					
3.4.3. Pneumonia komunitas yang dirawat di ICU yang penyebabnya diduga <i>Pseudomonas aeruginosa</i> .					
3.4.4. Pneumonia nosokomial <i>late onset</i>					
3.4.5. Bila dengan pengobatan secara empiris tidak ada perbaikan/memburuk maka pengobatan disesuaikan dengan bakteri penyebab dan uji sensitivitas				√	
4. Interaksi siprofloksasin dengan obat lain yang menimbulkan dampak negatif					
4.1. Siprofloksasin jangan diberikan bersama dengan antasid karena akan menurunkan konsentrasi serum siprofloksasin secara bermakna.	√				
4.2. Siprofloksasin jangan diberikan bersama dengan sukralfat karena akan menurunkan konsentrasi serum siprofloksasin secara bermakna.			√		
4.3. Pemberian siprofloksasin bersama dengan teofilin harus diwaspadai karena akan mengakibatkan konsentrasi teofilin dalam darah lebih tinggi.	√				
<b>Functional Endoscopic Sinus Surgery di Indonesia</b>	<b>2006</b>				<b>Akan disosialisasikan tahun 2007-2008</b>

<p>1. Indikasi BSEF adalah sinusitis kronik atau sinusitis akut berulang yang tidak mengalami perbaikan setelah diberi terapi obat yang optimal dan polip hidung yang tidak berespons terhadap pengobatan medikamentosa. Indikasi absolut BSEF adalah sinusitis dengan komplikasi ke orbita, intrakranial dan perluasannya, mukokel, sinusitis jamur dan sinusitis jamur invasif.</p>		√				
<p>2. Indikasi BSEF yang diperluas adalah untuk pengangkatan tumor jinak dan ganas pada hidung dan sinus paranasal, tumor hipofisis, menambal kebocoran likuor serebrospinal, dakriosistorinostomi, biopsi dan pengangkatan tumor retroorbita yang meluas ke hidung dan sinus paranasal, dekompresi orbita, dekompresi nervus optikus, ligasi arteri sfenopalatina pada epistaksis dan terapi bedah pada atresia koana.</p>			√			
<p>3. Melakukan tindakan BSEF sesuai standar prosedur dengan mengingat kompetensi operator dan ketersediaan alat. Tindakan dilakukan dalam anestesi umum dengan teknik hipotensi terkendali atau anestesi lokal jika tidak memungkinkan anestesi hipotensi terkendali.</p>			√			
<p>4. Menyediakan fasilitas yang dibutuhkan untuk melakukan prosedur BSEF terdiri dari perangkat keras yaitu, sumber cahaya, teleskop dan sistem kamera serta memenuhi kebutuhan standar minimal perangkat lunak yaitu instrumen bedahnya (pisau sabit, forsep dan lain-lain).</p>			√			
<p>5. Meningkatkan kerjasama dengan cabang ilmu terkait yaitu bagian Radiologi, Anestesi, Anak, dan Penyakit Dalam dalam penatalaksanaan pasien yang akan menjalani BSEF. Menyebarkan pengetahuan mengenai anatomi radiologik dinding lateral hidung dan teknik hipotensi terkendali kepada dokter ahli Radiologi dan mengenai teknik anestesi hipotensi terkendali kepada dokter ahli Anestesi di seluruh Indonesia.</p>			√			
<p>6. Departemen Kesehatan RI berdasarkan asupan dari PERHATI-KL membuat standar biaya operasi sesuai dengan berat-ringannya prosedur operasi, dengan mempertimbangkan situasi dan kondisi setempat.</p>				√		
<p>7. Institusi pendidikan dan / PERHATI-KL menyelenggarakan kursus dan pelatihan, bimbingan teknologi untuk meningkatkan jumlah dan kompetensi SDM.</p>				√		

<b>Skrining Hipotiroidisme Kongenital pada Bayi Baru Lahir</b>	<b>2006</b>					
1. Perlu dilakukan skrining hipotiroidisme kongenital sehingga kecacatan (retardasi mental) dapat dicegah						
2. Perlu suatu kebijakan & strategi untuk sosialisasi skrining meliputi : 1) Administrasi/manajemen 2) Regulasi 3) Pembiayaan 4) Pelatihan sumber daya manusia (SDM) 5) Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) 6) <i>Standard Operational Procedure (SOP)</i>						
3. Skrining hipotiroidisme kongenital perlu dilaksanakan secara bertahap, dari tingkat pelayanan dasar hingga pelayanan rujukan.						
4. Perlu SK Menkes untuk membentuk kelompok kerja nasional (Pokjanal) tumbuh kembang anak/skrining						
<b>Skrining Gangguan Dengar pada Bayi Baru Lahir</b>	<b>2006</b>					
1. Skrining pendengaran dilakukan pada semua bayi baru lahir dengan atau tanpa faktor risiko.			√			
2. Skrining dilakukan sebelum bayi meninggalkan RS pada bayi yang lahir di RS dan sebelum usia satu bulan pada bayi yang lahir selain di RS.				√		
3. Diagnosis gangguan pendengaran ditegakkan sebelum usia tiga bulan dan dilanjutkan dengan tatalaksana sebelum usia enam bulan.			√			
4. Skrining pendengaran dilakukan dengan OAE dua tahap dilanjutkan AABR.			√			
5. Departemen THT meningkatkan kerjasama dengan cabang ilmu terkait yaitu Departemen Ilmu Kesehatan Anak (Perinatologi dan Neurologi), Kebidanan dan Kandungan, Rehabilitasi Medik, Psikiatri, dan ahli audiologi dalam hal penatalaksanaan pasien.					√	
6. Departemen Kesehatan RI berdasarkan asupan dari PERHATI-KL menyusun kebijakan penyediaan fasilitas skrining, dengan mempertimbangkan situasi dan kondisi setempat.					√	