

616.928 3

Ind

P

PEDOMAN PENGAWASAN DAN EVALUASI PENGUNAAN ANTIMIKROBA MELALUI SURVEI PREVALENSI WAKTU TERTENTU DI RUMAH SAKIT

Kementerian Kesehatan RI
2025

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

616.928 3
Ind
P

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI.
Pedoman Pengawasan dan Evaluasi Penggunaan Antimikroba melalui Survei
Prevalensi Waktu Tertentu di Rumah Sakit— Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik
Indonesia 2025

ISBN 978-623-301-483-0 (PDF)

- | | |
|------------|-----------------------------|
| 1. Judul | I. Antimicrobial Resistance |
| II. Survey | |

PEDOMAN PENGAWASAN DAN EVALUASI PENGUNAAN ANTIMIKROBA MELALUI SURVEI PREVALENSI WAKTU TERTENTU DI RUMAH SAKIT

Kementerian Kesehatan RI
2025

TIM PENYUSUN

Pelindung

dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Penulis

dr. Amy Rahmadanti, M.ScPH

Prof.dr. Anis Karuniawati, Ph.D, Sp.MK(K)

dr. M. Helmi Aziz, M.Sc, Sp.MK

dr. Vera Sulaiman, Sp.MK

Desrina Sitompul, MPH

Penasehat

drg. Yuli Astuti Saripawan, M.Kes

Tim Kontributor

dr. Tri Wahyu Kusumawati, MARS

Saudatina Arum Maujudah, MKM

apt.Mariyatul Qibtiyah, S.Si, Sp.FRS

dr Nie Nie Sp.MK

Alicia Margaretta Widya, M.Kedklin, SpMK

dr. Dovi Hakiki Syabudin, MH.Kes

dr. Rizki Rahayuningsih, MKM

Arifah, S.Kep

Wati Mekarsari, SKM, MKM

Telly Verawati, S.Kp., M.Kes

drh. Suwaibatul Annisa

Penyunting / Editor

Natasha Mayandra Theresa

Sudatina Arum Maujudah, MKM

Diterbitkan oleh:

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bekerja sama dengan *Fleming Fund Country Grant to Indonesia*

Dikeluarkan oleh:

Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Diadopsi dari Protokol untuk mengumpulkan data persebaran antimikroba rawat inap *Antimicrobial Use Global Point Prevalence Survey* dialihbahasakan oleh dr. Ralalicia Limato, MPH, PhD

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang



Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk *fotocopy*, rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit

SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN



Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat-Nya, sehingga Pedoman Pengawasan dan Evaluasi Penggunaan Antimikroba Melalui Survei Prevalensi Waktu Tertentu di Rumah Sakit dapat selesai disusun. Pedoman ini merupakan bagian dari upaya berkelanjutan Kementerian Kesehatan untuk mengatasi ancaman global yang serius, yaitu resistansi antimikroba (AMR). AMR dapat menyebabkan infeksi yang sulit diobati, meningkatkan biaya perawatan, dan memperburuk luaran pasien.

Menimbang bahwa pemantauan dan pengawasan penggunaan antimikroba di rumah sakit sangat diperlukan, pedoman ini hadir sebagai acuan teknis yang strategis bagi seluruh rumah sakit di Indonesia. Melalui Survei Prevalensi Waktu Tertentu (Point Prevalence Survey/PPS), kita dapat memperoleh data surveilans yang akurat dan andal.

Pedoman ini bukan hanya panduan bagi rumah sakit dalam melakukan evaluasi penggunaan antimikroba, tetapi juga menjadi dasar bagi Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk melakukan pembinaan dan pengawasan. Data yang terkumpul akan sangat berharga untuk mengevaluasi prevalensi penggunaan, indikasi, jenis, serta kepatuhan terhadap panduan klinis. Hasil ini akan memungkinkan perbandingan data antar-rumah sakit dan data longitudinal di tingkat lokal, regional, dan nasional. Informasi ini esensial untuk merancang intervensi yang spesifik dan efektif, serta menjadi dasar dalam penyusunan kebijakan penggunaan antimikroba yang bijak.

Untuk memastikan pelaksanaan survei yang berkesinambungan dan optimal, diperlukan komitmen dan kolaborasi yang kuat dari seluruh pihak terkait, mulai dari Pemerintah, Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, hingga seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit. Dengan upaya yang komprehensif dan berkelanjutan, saya yakin kita dapat menekan angka resistansi, menjaga efektivitas antimikroba, dan pada akhirnya, menyelamatkan lebih banyak nyawa di masa depan.

Terima kasih atas dedikasi dan kontribusi Bapak dan Ibu sekalian dalam mewujudkan penatagunaan antimikroba yang lebih baik di Indonesia.

Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS

SAMBUTAN

DIREKTUR MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN



Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat-Nya, sehingga Pedoman Pengawasan dan Evaluasi Penggunaan Antimikroba Melalui Survei Prevalensi Waktu Tertentu di Rumah Sakit dapat selesai disusun. Pedoman ini merupakan bagian dari upaya berkelanjutan Kementerian Kesehatan untuk mengatasi ancaman global yang serius, yaitu resistansi antimikroba (AMR).

Resistansi antimikroba dapat menyebabkan infeksi yang sulit diobati, meningkatkan biaya perawatan, dan memperburuk luaran pasien. Oleh karena itu, pemantauan dan pengawasan penggunaan antimikroba di rumah sakit menjadi sangat penting. Melalui Survei Prevalensi Waktu Tertentu (Point Prevalence Survey/PPS) di rumah sakit, kita dapat memperoleh data surveilans yang akurat dan andal, yang sangat esensial untuk memahami pola penggunaan antimikroba.

Agar dapat melaksanakan pemantauan dan pengawasan penggunaan antimikroba secara terstandar maka diperlukan adanya pedoman yang menjadi acuan pelaksanaannya. Untuk itu Kementerian Kesehatan menetapkan Pedoman Pengawasan dan Evaluasi Penggunaan Antimikroba Melalui Survei Prevalensi Waktu Tertentu di Rumah Sakit. Data yang terkumpul dari survei ini akan sangat berharga untuk mengevaluasi prevalensi penggunaan antimikroba, indikasi penggunaannya, jenis dan spektrum yang paling sering digunakan, serta kepatuhan terhadap panduan klinis. Hasil survei ini akan memungkinkan perbandingan data antar-rumah sakit, serta data longitudinal di tingkat lokal, regional, dan nasional pada titik waktu yang sama. Informasi ini sangat penting untuk merancang intervensi yang spesifik dan efektif, serta menjadi dasar dalam penyusunan kebijakan penggunaan antimikroba yang bijak.

Dengan upaya yang komprehensif dan berkelanjutan ini, saya yakin kita bersama dapat menjamin mutu pelayanan kesehatan, dan mengendalikan berkembangnya resistensi antimikroba.

Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan



drg. Yuli Astuti Saripawan, M.Kes

REMARKS

FFCGI TEAM LEADER



As Team Leader of the Fleming Fund country grant to Indonesia, I am honoured to express our full support for the Indonesian Ministry of Health in the establishment of this new national Decree. This Decree standardises the approach to monitoring antimicrobial use (AMU) and improving prescribing practices within Indonesian hospitals and human healthcare settings.

The establishment of this Decree marks a significant advancement in Indonesia's commitment to combating antimicrobial resistance (AMR). By integrating the internationally recognised GLOBAL PPS methodology into national healthcare protocols, the Ministry of Health is taking a commendable step toward enhancing the understanding and management of AMU within Indonesian hospitals and healthcare facilities; a crucial element in the global fight against AMR. This initiative will generate higher quality data to guide treatment decisions and inform policy direction at all levels, from patient care to national strategy.

The Fleming Fund recognises the critical importance of reliable data for informed decision-making regarding antimicrobial use. The adoption of standardised methods of AMU data capture and analysis will empower healthcare providers with robust comparable data to guide best practices in antimicrobial stewardship. This endeavour will also facilitate the identification of trends and challenges, enabling optimal national policy adjustments and targeted interventions to significantly improve patient outcomes and preserve the efficacy of existing antimicrobials for future generations.

We commend the leadership demonstrated by the Indonesian Ministry of Health in addressing AMR and pledge our steadfast partnership in this critical initiative. Our collaboration will focus on providing essential support through capacity building, training, and technical assistance to ensure the effective national implementation of this Decree.

The Fleming Fund country grant to Indonesia remains dedicated to supporting initiatives that strive for sustainable healthcare improvements and tangible impacts on public health, while protecting the efficacy of existing treatment options by combatting AMR and infectious disease. Through coordinated efforts, Indonesia is poised to set a strong precedent for regional efforts in AMR management.

We look forward to continued collaboration with the Ministry of Health and all stakeholders to achieve our shared goal of safeguarding the health of the Indonesian population and contributing positively to addressing global AMR challenges.

Thomas R.D. Weaver, PhD
Team Leader
The Fleming Fund country grant to Indonesia

KATA PENGANTAR

Penggunaan antimikroba yang bijak merupakan elemen krusial dalam upaya pengendalian resistensi antimikroba (*Antimicrobial Resistance/AMR*), yang saat ini menjadi ancaman kesehatan global. Resistansi antimikroba dapat menyebabkan penyakit infeksi menjadi sulit diobati, meningkatkan biaya perawatan, serta memperburuk luaran pasien. Oleh karena itu, surveilans penggunaan antimikroba yang akurat dan andal sangat diperlukan untuk memahami pola penggunaannya, mengidentifikasi area intervensi yang tepat, serta mengevaluasi efektivitas strategi pengendalian AMR.

Sejalan dengan pedoman Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Pemerintah Indonesia telah menetapkan Strategi Nasional Pengendalian Resistensi Antimikroba (Stranas AMR) Sektor Kesehatan 2025–2029 sebagai acuan dalam memperkuat deteksi dan pengendalian AMR. Salah satu intervensi prioritas dalam strategi ini adalah penguatan sistem surveilans konsumsi dan penggunaan antimikroba untuk mendorong praktik penggunaan yang lebih rasional.

Sebagai bagian dari upaya tersebut, Kementerian Kesehatan bersama dengan Fleming Fund Country Grant to Indonesia telah menyusun Pedoman Pengawasan dan Evaluasi Penggunaan Antimikroba melalui Survei Prevalensi Waktu Tertentu di Rumah Sakit. Pedoman ini bertujuan untuk memperkuat kapasitas pengumpulan, analisis, dan pelaporan data penggunaan antimikroba (AMU), serta mendukung pelaksanaan survei prevalensi waktu tertentu di rumah sakit.

Pengumpulan data yang harmonis dan sistem pemantauan yang kuat sangat penting untuk memberikan gambaran akurat mengenai penggunaan antimikroba. Survei ini juga berperan sebagai alat evaluasi dalam program penatagunaan antimikroba (*antimicrobial stewardship*) di rumah sakit. Metode Survei Prevalensi Waktu Tertentu yang digunakan dalam pedoman ini memungkinkan pengukuran jumlah pasien yang menggunakan antimikroba pada periode waktu tertentu, serta memberikan informasi penting untuk pengambilan keputusan terapi dan evaluasi intervensi pengendalian resistensi. Survei ini akan mengintegrasikan variabel penting seperti jenis kelamin dan usia dalam metodologi pengumpulan data, guna mengidentifikasi peresepan antimikroba yang tidak tepat dan mendorong tindakan korektif.

Pedoman ini disusun sebagai acuan teknis pelaksanaan survei prevalensi waktu tertentu di rumah sakit, mencakup tata cara pelaksanaan survei, pengisian instrumen, serta jadwal survei. Dengan adanya pedoman ini, diharapkan rumah sakit dapat melaksanakan evaluasi penggunaan antimikroba secara sistematis dan menghasilkan data yang dapat dimanfaatkan di tingkat kabupaten/kota, provinsi, hingga nasional.

Akhir kata, kami menyampaikan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini. Semoga pedoman ini dapat menjadi landasan penting dalam penguatan surveilans penggunaan antimikroba di Indonesia, demi menjaga efektivitas terapi dan mencegah penyebaran resistensi antimikroba di masa mendatang.

DAFTAR ISI

Lembar Cover

TIM PENYUSUN	2
SAMBUTAN.....	4
DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN	4
SAMBUTAN.....	5
DIREKTUR MUTU PELAYANAN KESEHAN RUJUKAN	5
REMARKS FFCGI TEAM LEADER	6
KATA PENGANTAR	7
DAFTAR ISI.....	8
BAB I PENDAHULUAN.....	11
BAB II PENYELENGGARAAN SURVEI PREVALENSI WAKTU TERTENTU DI RUMAH SAKIT ...	13
A. Waktu dan Lokasi Penyelenggaraan	13
B. Tim pengkajian Survei Prevalensi Waktu Tertentu	13
C. Populasi Sampel Serta Penjelasan Variabel Survei Prevalensi Waktu Tertentu	14
BAB III MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI.....	52
A. Kerahasiaan Data	52
B. Analisis Data	52
C. Pelaporan Data	53
D. Diseminasi Hasil.....	53
E. Persetujuan Etik	53
BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN	54
BAB V PENUTUP	55

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

NOMOR HK.02.02/D/3423/2025

TENTANG

PEDOMAN PENGAWASAN DAN EVALUASI PENGGUNAAN ANTIMIKROBA
MELALUI SURVEI PREVALENSI WAKTU TERTENTU DI RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka upaya pengendalian resistansi antimikroba diperlukan pemantauan dan pengawasan penggunaan antimikroba di rumah sakit;

b. bahwa pemantauan dan pengawasan penggunaan antimikroba di rumah sakit dapat dilaksanakan melalui survei prevalensi waktu tertentu di rumah sakit untuk mendapatkan data surveilans yang akurat;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan tentang Pedoman Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

2. Peraturan Pemerintah No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135);

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistansi Antimikroba di

Waktu Tertentu di Rumah Sakit berdasarkan kewenangan masing-masing.

KEEMPAT : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 22 Agustus 2025

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



Rico Mardiansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004

BAB I

PENDAHULUAN

Surveilans penggunaan antimikroba sangat penting bagi upaya pengendalian resistansi antimikroba atau *Antimicrobial Resistance*. *Antimicrobial Resistance* merupakan ancaman global yang serius, yang dapat menyebabkan penyakit infeksi sulit diobati, meningkatkan biaya perawatan, dan memperburuk luaran pasien. Data surveilans yang akurat dan andal diperlukan untuk memahami pola penggunaan antimikroba, mengidentifikasi area intervensi yang tepat, serta mengevaluasi efektivitas strategi pengendalian resistansi antimikroba. Penguatan surveilans penggunaan antimikroba adalah langkah penting untuk melindungi efektivitas antimikroba yang masih tersedia, mencegah penyebaran resistansi antimikroba, dan menjamin keberlanjutan ketersediaan antimikroba di masa depan.

Salah satu metode surveilans untuk mengukur dan memantau persebaran antimikroba serta data AMR di rumah sakit adalah metode Survei Prevalensi Waktu Tertentu (*Point Prevalence Survey* (PPS)) di rumah sakit. Metode ini dikembangkan oleh tim Global-PPS (G-PPS) dan telah digunakan di berbagai negara tanpa biaya. Metode ini dapat menyediakan pengukuran kuantitatif dan kualitatif untuk menilai dan membandingkan jumlah dan kualitas resep antimikroba, prevalensi infeksi terkait layanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections/HAI*), dan resistansi pada pasien dewasa, anak-anak, dan neonatus yang dirawat di rumah sakit di seluruh dunia. Sejak dilakukan uji coba pada tahun 2014, hingga saat ini lebih dari 1.300 institusi di 95 negara telah berpartisipasi dalam Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit. Di Afrika Selatan, hasil penerapan Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit telah dapat memandu tim Program Pengendalian Resistansi Antimikroba (PPRA) di rumah sakit untuk dapat mengidentifikasi serta mengatasi isu spesifik terkait penggunaan antimikroba.

Data yang terkumpul dan tercatat dalam instrumen Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit memungkinkan perbandingan antar rumah sakit maupun perbandingan data longitudinal di tingkat lokal, regional, dan nasional pada titik waktu yang sama. Selain mengukur kualitas persebaran antimikroba seperti kepatuhan terhadap pedoman persebaran maupun antibiotik profilaksis, Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit juga dapat mengidentifikasi kuantitas persebaran antimikroba yang digunakan di rumah sakit. Beberapa temuan dari Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit yang telah dilakukan adalah banyaknya persebaran antimikroba spektrum luas dari golongan inhibitor β -laktamase, sefalosporin generasi ketiga, dan fluorokuinolon.

Selain itu, pada pelaksanaan Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit akan didapatkan umpan balik yang bersifat langsung yang dapat membantu rumah sakit untuk merancang intervensi yang bersifat spesifik terkait penggunaan antimikroba secara bijak. Diharapkan melalui mekanisme umpan balik yang disediakan dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang resistansi antimikroba, memperkuat pengetahuan melalui surveilans dan penelitian, mengurangi insiden infeksi, mengoptimalkan penggunaan agen antimikroba, dan memastikan investasi yang berkelanjutan dalam melawan resistansi

antimikroba.

Oleh karena itu, untuk memberikan acuan terhadap Pelaksanaan Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit penggunaan antimikroba di rumah sakit, yang meliputi tata cara survei, tata cara pengisian instrumen, serta jadwal survei, diperlukan adanya suatu pedoman yang bersifat teknis disesuaikan dan mengacu pada pedoman Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit.

Tujuan dari disusunnya pedoman ditujukan

1. Sebagai acuan bagi rumah sakit dalam melakukan evaluasi penggunaan antimikroba menggunakan metode Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit
2. Sebagai acuan bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota, dan pemangku kepentingan terkait dalam melakukan evaluasi penggunaan antimikroba di tingkat rumah sakit.

Sasaran dari pedoman meliputi

1. Seluruh Rumah Sakit di Indonesia.
2. Dinas Kesehatan Provinsi.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
5. Pemangku kepentingan terkait.

Adapun ruang lingkup pedoman penggunaan antimikroba melalui survei prevalensi waktu tertentu di Rumah Sakit meliputi

1. Pengaturan penyelenggaraan pengawasan dan evaluasi penggunaan antimikroba melalui Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit.
2. Pengaturan pembinaan serta pengawasan pelaksanaan Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit penggunaan antimikroba oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota.

BAB II

PENYELENGGARAAN SURVEI PREVALENSI WAKTU TERTENTU DI RUMAH SAKIT

A. Waktu dan Lokasi Penyelenggaraan

Pengumpulan data oleh rumah sakit harus dilakukan secara berkelanjutan sampai terpenuhi kebutuhan data dalam waktu paling lama 4 minggu. Periode Pengumpulan data yang diusulkan per tahun adalah:

- 1) Periode 1 : Bulan Januari – April
- 2) Periode 2 : Bulan Mei – Agustus
- 3) Periode 3 : September – Desember

Rumah sakit diharapkan mengikuti minimal pada salah satu periode tersebut. Untuk lokasi pengumpulan data di rumah sakit, bagi rumah sakit yang baru pertama kali melaksanakan Survei Prevalensi Waktu Tertentu maka survei dilakukan di seluruh ruang rawat (unit / departemen). Untuk pelaksanaan Survei Prevalensi Waktu Tertentu yang kedua dan seterusnya maka lokasi pengumpulan data adalah:

1. Bagi rumah sakit yang memiliki > 250 tempat tidur, subsampling dapat dilakukan pada tingkat ruang rawat, namun ruang rawat yang menjadi perhatian utama (ruang rawat non-bedah, ruang rawat bedah, dan ruang rawat intensif baik dewasa, anak-anak, dan neonatus) harus selalu diikutsertakan.
2. Bagi rumah sakit dengan jumlah tempat tidur < 250 tempat tidur, pengumpulan data dilakukan di seluruh ruang rawat rumah sakit.

Setiap ruang rawat hanya akan dilakukan survei satu kali dalam satu hari. Hal tersebut dilakukan untuk melakukan perhitungan angka pembagi (denominator) yang merupakan jumlah pasien yang dirawat. Penjadwalan lokasi survei ruang rawat harus dibuatkan untuk memutuskan pada hari dan di lokasi ruang rawat mana pengumpulan data akan dilakukan.

B. Tim pengkajian Survei Prevalensi Waktu Tertentu

Tim pengkajian terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan yang dapat membaca catatan / rekam medis pasien serta memiliki pengetahuan terkait pedoman penggunaan antibiotik lokal, misalnya, dokter spesialis penyakit infeksi, dokter spesialis mikrobiologi, apoteker, perawat, perawat pengendali infeksi, atau profesional kesehatan lainnya. Selain itu, rumah sakit harus menunjuk petugas administrasi yang menjadi narahubung untuk berkoordinasi dengan administrator Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan setempat. Administrator lokal bertanggung jawab untuk:

1. Melakukan pendaftaran rumah sakit.
2. Memasukkan data survei ke dalam instrumen digital.
3. Melakukan validasi data.
4. Melakukan penarikan laporan umpan balik survei yang dilakukan rumah sakit.

C. Populasi Sampel Serta Penjelasan Variabel Survei Prevalensi Waktu Tertentu

1. Kriteria Inklusi

Seluruh pasien yang menjalani rawat inap di ruang rawat rumah sakit pada pukul 8 pagi di hari survei dihitung sebagai angka pembagi (denominator). Seluruh pasien yang menjalani rawat inap yang mendapatkan terapi antimikroba pada pukul 8 pagi di hari survei harus dimasukkan ke dalam sebagai angka pembilang (numerator) yang akan dilakukan pengisian untuk formulir pasien. Untuk pasien yang mendapatkan terapi antimikroba setiap 48 jam tetapi tidak mendapatkan antimikroba pada hari survei dilaksanakan maka harus dimasukkan ke dalam survei dengan alasan pengobatan antimikroba masih berlangsung. Beberapa kriteria agen antimikroba yang masuk ke dalam survei, yaitu:

- a. Antibiotik untuk penggunaan sistemik (J01).
- b. Antijamur untuk penggunaan sistemik (termasuk griseofulvin dan terbinafine) (J02 dan D01BA).
- c. Obat Antituberculosis (OAT) (J04A).
- d. Antibiotik yang digunakan sebagai agen anti-infeksi saluran pencernaan (A07AA).
- e. Antiprotozoa yang digunakan sebagai agen antibakteri serta derivatif nitromidazol (P01AB).
- f. Antivirus untuk penggunaan sistemik (J05).
- g. Antimalaria (P01B).

Data antimikroba dicatat dengan menggunakan nama generik. Antimikroba topikal yang digunakan pada kulit, mata, telinga, atau lokasi topikal lain tidak dimasukkan ke dalam survei. Data tersebut akan dicatatkan ke dalam instrumen dengan kode ATC-5 (*Anatomical Therapeutic Chemical*) dari WHO.

2. Kriteria Eksklusi

Pasien yang harus dikecualikan untuk dimasukkan ke dalam data numerator maupun data denominator adalah sebagai berikut:

- a. Pasien yang menjalani rawat inap sehari dan pasien rawat jalan tidak dimasukkan ke dalam survei dan dianggap sebagai pasien rawat jalan.
- b. Pasien yang dirawat setelah pukul 8 pagi pada hari survei dilaksanakan (meskipun sudah masuk ke dalam sistem rumah sakit pada saat survei dilakukan).
- c. Data dari pasien yang telah dipulangkan sebelum pukul 8 pagi tidak dimasukkan sebagai data pembagi.
- d. Pasien yang mendapatkan peresepan antimikroba pertama pada pukul satu siang (baik

setelah evaluasi klinis, setelah hasil laboratorium didapatkan, atau untuk profilaksis) pada saat hari survei dilaksanakan.

- e. Pasien yang direncanakan mendapatkan peresepan antimikroba pertama kurang dari pukul 8 pagi dan belum mendapatkan antibiotik sebelum pukul 8 pagi (rencana terapi).

3. Definisi Data Pembagi (Denominator)

Dalam formulir ruang rawat, harus diisi data pembagi. Data pembagi tersebut didapatkan dari:

- a. Jumlah total pasien yang menjalani rawat inap di ruang rawat pada pukul 8 pagi di hari survei dilaksanakan.
- b. Jumlah total tempat tidur yang tersedia untuk pasien rawat inap pada pukul 8 pagi di ruang rawat yang dilakukan survei. Jumlah total tempat tidur termasuk tempat tidur yang terisi dan tempat tidur yang kosong. Oleh karena itu, jumlah tempat tidur $\geq$ jumlah pasien rawat inap yang dirawat pada pukul 8 pagi pada hari survei dilakukan.
- c. Jumlah total pasien yang menjalani rawat inap yang terpasang alat-alat invasif pada pukul 8 pagi di hari survei dilakukan.

4. Pengkodean Antibiotik Profilaksis Bedah (SP/*Surgical Prophylaxis*)

Ruang rawat bedah, baik ruang rawat bedah dewasa maupun anak-anak harus dilakukan survei setelah hari dimana sebagian besar tindakan bedah elektif yang menggunakan antibiotik profilaksis dilakukan atau direncanakan. Tujuan dari hal tersebut adalah untuk mendapatkan data pemberian antibiotik profilaksis 24 jam sebelumnya. Apabila sebagian besar operasi bedah elektif direncanakan pada hari Senin, maka ruang rawat bedah harus dilakukan survei pada hari Selasa.

Pemberian antibiotik profilaksis harus dievaluasi dalam 24 jam sebelum untuk dapat memberi kode durasi profilaksis sebagai satu dosis (SP1), satu hari (SP2), atau lebih dari satu hari (SP3) (Tabel 1). Hal ini berarti bahwa seluruh pasien yang dirawat di ruang rawat bedah pada pukul 8 pagi di hari survei dan yang menerima antibiotik profilaksis sebelum pukul 8 pagi di hari survei akan dimasukkan ke dalam survei. Terdapat ketentuan khusus untuk pengisian pada formulir pasien yang mendapatkan antibiotika profilaksis, yaitu:

- a. Masukkan seluruh data antimikroba yang diresepkan dan tidak dihentikan pada pukul 8 pagi atau akan dimulai tepat pada pukul 8 pagi baik untuk indikasi terapeutik maupun profilaksis (SP1, SP2, SP3).
- b. Masukkan seluruh data antimikroba yang diresepkan untuk antibiotik profilaksis dan diberikan sehari sebelum survei dilakukan (Hari sebagian besar intervensi direncanakan) untuk memungkinkan evaluasi apakah profilaksis yang diberikan satu dosis (SP1) atau beberapa dosis dan dihentikan sehari sebelum survei (SP2) atau diberikan lebih dari 1 hari (SP3).

- c. Pasien yang menerima antibiotik profilaksis setelah pukul 8 pagi, tidak disertakan ke dalam survei (Kriteria eksklusi).

HARI SURVEI			TOTAL DURASI	KODE
>1 hari sebelum	1 hari sebelum	Hari Survei		
Tidak ada SP	1 dosis SP	Tidak ada SP	1 dosis	SP1
Tidak ada SP	Tidak ada SP	1 dosis SP sebelum pukul 8 pagi	1 dosis	SP1
Tidak ada SP	>1 dosis SP	—	1 hari (24 jam)	SP2
Tidak ada SP	Total dosis = 24 jam (Sebagian di hari sebelum survei dan sebagian di hari survei). Misalnya 3 dosis yaitu pemberian setiap 8 jam.		1 hari (24 jam)	SP2
1 dosis SP	1 dosis SP	1 dosis SP	>1 hari (24 jam)	SP3
1 dosis SP	1 dosis SP	—	>1 hari (24 jam)	SP3
—	1 dosis SP	1 dosis SP	>1 hari (24 jam)	SP3
1 dosis SP	Tidak ada SP	Tidak ada SP	Tidak ada SP	—
—	—	SP dimulai setelah jam 8 pagi.	Tidak ada SP	—

Tabel 1. Tata Cara Pengkodean Antibiotik Profilaksis

5. Tata Cara Pengisian Formulir Pada Ruang Rawat

Untuk dapat memfasilitasi pengumpulan data, terdapat empat formulir yang harus dilengkapi pada saat melakukan survei prevalensi waktu tertentu, yakni formulir ruang rawat, formulir pasien, formulir rumah sakit, serta formulir infeksi terkait pelayanan kesehatan/HAls. Formulir ruang rawat dicetak untuk tiap ruang rawat yang dilakukan survei. Formulir ruang rawat telah dibuat sedemikian rupa sehingga memudahkan entri data ke dalam instrumen digital. Berikut adalah panduan penjelasan untuk pengisian formulir ruang rawat dan formulir ruang rawat yang harus diisi

Ward Form (Mandatory : Fill in one form for each ward included in the survey)

Include only inpatients "admitted before and present at 08:00 hours" on the day of the survey!

Formulir Bangsal (Wajib: Isi satu formulir untuk setiap bangsal yang termasuk dalam survei) Hanya masukkan pasien rawat inap "yang dirawat sebelum dan hadir pada pukul 08:00" pada hari survei!

<i>Date of survey</i> (dd/mm/year) Tanggal survei (hari/bln/thn)		<i>Person completing form (Auditor code):</i> Orang yang mengisi formulir (Kode auditor):	
<i>Hospital name:</i> Nama rumah sakit:		<i>Ward name:</i> Nama bangsal:	
<i>Ward Type:</i> <i>Tick the most appropriate type of department/ward</i> Jenis Bangsal: Pilih jenis departemen/bangsal yang paling sesuai	<i>Adult wards</i> Bangsal dewasa • <i>AMW (General or mixed specialties)</i> – Bangsal medis dewasa umum atau campuran • <i>HO-AMW (Haematology-Oncology)</i> – Hematologi-Onkologi • <i>T-AMW (Transplant (BMT/solid))</i> – Transplantasi (Sumsum tulang/organ padat) • <i>P-AMW (Pneumology)</i> – Pulmonologi • <i>CAR-AMW (Cardiology)</i> – Kardiologi • <i>NEU-AMW (Neurology)</i> – Neurologi • <i>REN-AMW (Nephrology)</i> – Nefrologi • <i>ID-AMW (Infectious Disease)</i> – Penyakit infeksi • <i>DB-AMW (Dermatology-burn wards)</i> – Dermatologi, termasuk bangsal luka bakar • <i>PSY-AMW (Psychiatry)</i> – Psikiatri	<i>Paediatric wards</i> Bangsal pediatrik • <i>PMW (Paediatric Medical Ward)</i> – Bangsal medis pediatrik • <i>HO-PMW (Haematology-Oncology)</i> – Bangsal hematologi-onkologi • <i>T-PMW (Transplant (BMT/Solid))</i> – Bangsal transplantasi (sumsum tulang/organ padat) • <i>PSW (Paediatric Surgical Ward)</i> – Bangsal bedah • <i>PICU (Paediatric Intensive Care Unit)</i> – Unit perawatan intensif • <i>ID-PMW (Infectious Disease PMW)</i> – Penyakit infeksi <i>Neonatal wards</i> Bangsal neonatal	

	• <i>REH-AMW (Rehabilitation)</i> – Rehabilitasi • <i>GER-AMW (Geriatrics)</i> – Geriatri • <i>LTC-AMW (Long-Term care)</i> – Perawatan jangka panjang • <i>OBG-AMW (gynaecology-obstetrics)</i> – Obstetri-Ginekologi • <i>IS-AMW (Isolation ward, e.g. COVID patients)</i> – Bangsal isolasi, misalnya untuk pasien COVID	• <i>ENT-ASW (Ear-nose-throat surg.)</i> – Bedah Telinga-Hidung-Tenggorokan • <i>AICU (General or mixed specialties)</i> – ICU dewasa umum atau campuran • <i>MED-AICU (Medical AICU)</i> – ICU non-bedah • <i>SUR-AICU (Surgical AICU)</i> – ICU bedah • <i>CAR-AICU (Cardiac AICU)</i> – ICU kardiologi • <i>AHCU (High Dependency Unit)</i> – High care unit	• <i>NMW (Neonatal Medical Ward)</i> – Bangsal medis neonatus • <i>NICU (Neonatal Intensive Care Unit)</i> – Ruang perawatan intensif neonatus	
<i>Mixed Ward</i> Bangsal campuran	• <i>Yes</i> Ya • <i>No</i> Tidak			
<i>Activity: Tick as appropriate. In case of mixed wards, tick all encountered activities/specialities</i> <i>Aktivitas: Pilih yang sesuai. Jika bangsal campuran, pilih semua aktivitas/spesialisasi yang ditemui</i>		• <i>Medicine</i> Medis	• <i>Surgery</i> Bedah	• <i>Intensive Care</i> Perawatan intensif
<i>Total number of <u>admitted</u> inpatients (= all patients whether they receive an antimicrobial or not!) on the ward present at 8.00 am on day of survey. For mixed departments, fill the total number of patients corresponding to each of the encountered activities.</i> Jumlah total pasien rawat inap (= semua pasien baik yang menerima antimikroba atau tidak!) di bangsal yang hadir pada pukul 8:00 pagi pada hari survei. Untuk departemen campuran, isi jumlah total pasien yang sesuai dengan setiap aktivitas yang ditemui.				
<i>Total number of beds on the ward present at 8:00 am on day of survey split up by activity. For mixed departments fill in the total number of beds corresponding to each of the encountered activities.</i> Jumlah total tempat tidur di bangsal yang ada pada pukul 8:00 pagi pada hari survei dibagi berdasarkan aktivitas. Untuk departemen campuran, isi jumlah total tempat tidur yang sesuai dengan setiap aktivitas yang ditemui.				
<i>The next section is to be filled in 'only' if you are participating in the Healthcare-Associated Infections (HAI) module</i> Bagian berikutnya hanya diisi jika Anda berpartisipasi dalam modul Infeksi yang Terkait dengan Pelayanan Kesehatan (HAI)				

<i>Total number of “admitted” inpatients with one of the following “inserted” invasive devices at 8:00 am on day of survey</i> Jumlah total pasien rawat inap dengan salah satu alat invasif yang terpasang pada pukul 8:00 pagi pada hari survei:	<i>Indwelling Urinary Catheter (UC)</i> Kateter urin			
	<i>At least one peripheral vascular/intravenous catheter (PVC)</i> Minimal satu kateter vena perifer / kateter intravena			
	<i>Central vascular catheter (CVC)</i> Kateter vena sentral			
	<i>Non-invasive pos. & neg. mechanical ventilation (CPAP, BiPAP, CNEP, ...)</i> Ventilasi mekanik tekanan positif & negatif non-invasif			
	<i>Invasive respiratory endotracheal intubation (IRI)</i> Intubasi endotrakeal (Termasuk trakeostomi)			
	<i>Inserted tubes and drains (T/D)</i> Penggunaan selang tabung dan drainase (Tidak termasuk selang nasogastrik)			

Keterangan Variabel dan Penjelasan Tata Cara Pengisian Formulir Ruang Rawat

Tanggal Survei	:	Diisi tanggal ruang rawat dilakukan survei dengan format hh/bb/tttt (hari/bulan/tahun).
Kode Tim Review	:	Diisi dengan kode inisial atau kode lain standar dari rumah sakit oleh petugas yang mengisi formulir. Kode ini digunakan untuk melacak kemungkinan bias yang mungkin dapat terjadi pada saat pengisian dan evaluasi dilakukan.
Nama Rumah Sakit	:	Diisi dengan nama rumah sakit
Nama Ruang Rawat	:	Diisi dengan nama rumah sakit
Jenis Ruang Rawat	:	Dilakukan dengan mencentang ruang rawat yang dilakukan survei. Telah dipisahkan ruang rawat non- bedah, ruang rawat bedah, ruang perawatan intensif, ruang rawat pediatri, dan ruang rawat neonates
Ruang Rawat Campuran	:	Apabila ruang rawat bersifat campuran (misalnya, dalam satu ruang rawat terdapat pasien dari ruang rawat non-bedah dan ruang rawat bedah) maka mencentang Ya. Apabila tidak, maka mencentang Tidak. Apabila Ya, maka ruang rawat campuran akan didefinisikan di bagian aktivitas. Ruang rawat campuran dapat ditemukan di rumah sakit yang memungkinkan angka pembagi sulit untuk diukur. Hal ini dapat disebabkan oleh ruang rawat yang kadang menerima pasien dari bidang spesialisasi lain dan ruang rawat yang memang sudah terdesain untuk dicampur layanan spesialisasinya. Oleh karena itu, dimungkinkan untuk mendefinisikan ruang rawat sebagai ruang rawat campuran. Apabila perlu, tim survei harus bertanya kepada tenaga kesehatan di ruang rawat apakah terdapat pasien lain yang berasal dari departemen/ruang rawat lain sebelum survei dilakukan.
Aktivitas	:	Pilih seluruh aktivitas yang ditemui (non-bedah, bedah, perawatan intensif) berdasarkan aktivitas perawatan pada hasil survei. Aktivitas ruang rawat tambahan dapat ditentukan selain aktivitas utama yang sudah ditentukan di awal pembuatan instrumen digital melalui daftar departemen rumah sakit. Misalnya: Jika ruang rawat bedah menerima pasien non-bedah/pasien medis, tetap harus terdaftar sebagai bedah dan ditentukan sebagai ruang rawat

campuran dengan mencentang kotak medis di samping bedah sebagai aktivitas utama.

Denominator

- :
1. Jumlah total (n) pasien rawat inap yang dirawat di ruang rawat pada pukul 8 pagi pada hari survei harus dimasukkan dalam kolom aktivitas yang sesuai. Dalam kasus departemen campuran, jumlah pasien rawat inap yang sesuai dengan setiap aktivitas yang ditemui harus dimasukkan. Sebagai pengingat untuk tidak memasukkan pasien yang dipulangkan sebelum pukul 8 pagi dan/atau pasien dengan rencana masuk setelah waktu tersebut. Seorang pasien rawat inap adalah pasien yang menempati tempat tidur pada pukul 8 pagi pada hari survei. Ini mencakup semua pasien yang menggunakan antimikroba dan semua pasien yang tidak menggunakan antimikroba pada pukul 8 pagi pada hari survei.
 2. Jumlah total (n) tempat tidur yang tersedia untuk pasien rawat inap di departemen pada pukul 8 pagi pada hari survei. Dalam kasus departemen campuran, jumlah total tempat tidur yang sesuai dengan setiap aktivitas yang ditemui harus diisi. Jumlah total tempat tidur harus sesuai dengan total tempat tidur yang terisi ditambah tempat tidur yang kosong. Jumlah total tempat tidur harus selalu $\geq$ jumlah pasien rawat inap yang hadir pada pukul 8 pagi di hari survei dilakukan.
 3. (Opsional) Jumlah total (n) pasien rawat inap yang terpasang alat invasif pada pukul 8 pagi pada hari survei dilakukan (untuk modul HAI). Dalam kasus departemen campuran, jumlah pasien rawat inap dengan alat yang dimasukkan harus sesuai dengan setiap aktivitas yang ditemui. Definisi alat invasif yang terpasang, adalah:
 - a. Masukkan ke dalam hitungan pasien dengan alat invasif dengan penyisipan intermiten yang secara tidak sengaja atau sengaja dilepas sebelum pukul 8 pagi tetapi direncanakan dipasang kembali setelah pukul 8 pagi.
 - b. Jangan masukkan ke dalam hitungan pasien dengan alat yang direncanakan dilepas (sengaja) sebelum pukul 8 pagi dan tidak direncanakan dipasang kembali setelah pukul 8 pagi

Pada beberapa kasus, terdapat kesulitan dalam pengisian formulir ruang rawat, terutama pada atribusi angka pembagi (denominator), seperti:

- a. Ruang rawat campuran bedah dan non-bedah. Pada kasus tersebut isi jumlah pasien masing-masing dari pasien bedah dan pasien non- bedah. Pada saat kasus tersebut tidak didefinisikan dengan tepat sesuai daftar rumah sakit formal, lakukan distribusi tempat tidur kosong bedah dan non-bedah secara proporsional (atau merata) terkait jumlah tempat tidur bedah dan non-bedah.
- b. Departemen yang melebihi kapasitas harus diberikan catatan di formulir ruang rawat terkait situasi yang aktual dengan memberikan catatan terkait jumlah total pasien yang dirawat dan jumlah total tempat tidur pada hari survei dilaksanakan.
- c. Terdapat jumlah pasien yang lebih banyak dibandingkan jumlah tempat tidur di ruang rawat. Apabila hal tersebut terjadi, sesuaikan

jumlah tempat tidur dengan jumlah pasien yang menjalani rawat inap pada pukul 8 pagi pada hari survei dilakukan. Dengan demikian, jumlah tempat tidur sama dengan jumlah pasien rawat inap yang hadir pada pukul 8 pagi pada saat survei dilakukan.

Apabila data denominator telah terisi seluruhnya baik dari jumlah pasien, jumlah tempat tidur, dan jumlah pemasangan alat invasif lanjutkan dengan memulai pengisian formulir pasien.

6. Tata Cara Pengisian Formulir Pasien

Formulir pasien dicetak sejumlah pasien di ruang rawat yang telah memenuhi kriteria inklusi. Terdapat beberapa data yang dikumpulkan di tingkat pasien yang meliputi data identitas, data klinis, data pemeriksaan penunjang, hingga data pemberian antimikroba. Berikut adalah formulir ruang rawat pasien beserta formulir lainnya dan panduan penjelasan untuk pengisian formulir pasien

GLOBAL-PPS PATIENT Form

(Mandatory: Fill in one form per patient with an active/ongoing antimicrobial at 8am on the day of the survey)

Formulir Pasien GLOBAL-PPS

(Wajib: Isi satu formulir untuk setiap pasien yang menerima antimikroba pada pukul 8 pagi pada hari survei)

Ward Name/code Nama/kode bangsal	Activity Aktivitas (M, S, IC)	Patient Identifier Identifikasi pasien	Survey Number Nomor survei	Patient Age Umur pasien			Current Weight * In kg Berat saat ini dalam kg	Neonate only (optional) Hanya neonatus (opsional)		Sex M, F, U Jenis kelami n M, F, U
				Years Tahun ≥ 2 years ≥ 2 tahun	Months Bulan 1-23 month 1-23 bulan	Days Hari <1 month <1 bulan		Gestati o-nal age* Usia gestasi	Birth weight* (kg) Berat lahir (kg)	
			KOSONGKAN							

<i>Treatment based on biomarker data or WBC</i> Pengobatan berdasarkan biomarker atau jumlah sel darah putih			• Yes Ya – • No Tidak		<i>Culture(s) sent to the lab to document infection* (Tick if yes)</i> Kultur yang dikirim ke laboratorium untuk mendokumentasikan infeksi* (Centang jika ya):		
<i>If yes, which:</i> CRP, PCT, other or WBC Jika ya,		Type biological fluid sample (Blood/urine/ other)		Most relevant value close to start antimicrobial Nilai paling relevan sebagai dasar pemberian	• Blood Darah	• Cerebrospinal fluid Cairan serebrospinal	• BAL (protected resp. specimen) BAL (protected specimen brush)
					• Urine Urin	• Wound (surgery/biopsy) Luka (operasi/biopsi)	• Sputum/bronchial aspirate Sputum/aspirasi bronkial

yang mana:				antimikroba			
CRP, PCT, lainnya, atau jumlah sel darah putih		Jenis spesimen (darah/urin/lainnya)		Value Nilai Unit Unit			
					• Stool Feses	• Other type of specimen Jenis spesimen lain	

<i>Antimicrobial Name</i> Nama antimikroba		1.		2.		3.		4.		5.	
<i>Start date of the antimicrobial*</i> (dd/mm/yyyy) Tanggal mulai antimikroba* (hh/bb/tttt)											
<i>Single Unit Dose</i> Dosis unit tunggal	<i>Unit (g, mg, IU, MU)</i> Unit										
<i>Doses/ day</i> Dosis/hari	<i>Route (P, O, R, I, IM)</i> Rute										
<i>Diagnosis (see appendix II)</i> Diagnosis (lihat appendix II)											
<i>Type of indication (see appendix III)</i> Jenis indikasi (lihat appendix III)											
<i>Reason in Notes (Yes or No)</i> Alasan di catatan (Ya atau tidak)											
<i>Guideline Compliance (Y, N, NA, NI)</i> Kepatuhan terhadap pedoman											
<i>Is a stop/review date</i>											

<i>documented? (Yes/No)</i> Apakah tanggal penghentian/tinjauan dicatat? (Ya/Tidak)											
<i>N missed doses</i> Jumlah dosis yang terlewatkan	<i>Reason*</i> (S,P,D,O,M,U) Alasan										

<i>Treatment (E: Empirical; T: Targeted)</i> Jenis pengobatan (E: Empiris; T: Tertarget)					
---	--	--	--	--	--

<i>The following resistance data is to be filled in only if the treatment choice is based on microbiology data (Treatment=T) available on the day of the survey</i> Data resistensi berikut harus diisi hanya jika pilihan pengobatan didasarkan pada data mikrobiologi (Jenis pengobatan adalah T) yang tersedia pada hari survei											
<i>Maximum 3 microorganisms (MO) to report Maximum 1 Resistance type by MO to report</i> Maksimal 3 mikroorganisme (MO) yang dilaporkan dan maksimal 1 jenis resistensi (R type) per MO	<i>MO</i> Mikro-organisme	<i>R type**</i> Tipe resistensi	<i>MO</i>	<i>R type**</i>	<i>MO</i>	<i>R type**</i>	<i>MO</i>	<i>R type**</i>	<i>MO</i>	<i>R type**</i>	
<i>Insert codes (see Appendix IV, page 9) MO 1</i>											
Masukkan kode (lihat Appendix IV, hal 9) <i>MO 2</i>											
<i>MO 3</i>											

Resistance type** - choose between: MRSA; MRCoNS; PNSP; MLS; VRE; ESBL (ESBL-producing Enterobacterales); 3GCREB (3rd generation cephalosporin resistant Enterobacterales); CRE (Carbapenem-resistant Enterobacterales); ESBL-NF (ESBL-producing non fermenter Gram-negative bacilli); CR-NF (Carbapenem-resistant non fermenter Gram-negative bacilli); other MDRO; Azoles. Encode Microorganism also if resistance type is unknown.

Note: * Current weight, Gestational age (in number of weeks), Birth weight, Start date of the antimicrobial and Cultures sent to the lab, missed doses are optional variables.

Jenis resistansi** (pilih dari): MRSA; MRCoNS; PNSP; MLS; VRE; ESBL (ESBL-producing Enterobacterales); 3GCREB (3rd generation cephalosporin resistant Enterobacterales); CRE (Carbapenem-resistant Enterobacterales); ESBL-NF (ESBL-producing non fermenter Gram-negative bacilli); CR-NF (Carbapenem-resistant non fermenter Gram-negative bacilli); other MDRO; Azoles. Masukkan mikroorganisme juga jika jenis resistansi tidak diketahui.

Catatan: * Berat badan saat ini, Usia kehamilan (dalam minggu), Berat lahir, Tanggal mulai antimikroba, dan Kultur yang dikirim ke laboratorium, dosis yang terlewat adalah variabel opsional.

1. Aktivitas: **M** = medis (termasuk kasus Psikiatri, dll.), **S** = bedah (termasuk ortopedi, obstetri, dan ginekologi, dll.), **IC** = perawatan intensif
2. Identifikasi Pasien: Identifikasi unik pasien yang memungkinkan penghubungan ke catatan pasien di tingkat lokal untuk audit yang lebih rinci. Identifikasi unik ini tidak akan dimasukkan dalam basis data online.
3. Nomor Survei: Nomor unik yang tidak dapat diidentifikasi yang diberikan oleh WebPPS untuk setiap pasien yang dimasukkan dalam basis data. Biarkan kosong tetapi catat nomor tersebut setelah data pasien dicatat dalam basis data online. Nomor ini ditampilkan sekali (dan hanya sekali) setelah data pasien dicatat dalam basis data online.
4. Usia Pasien: Jika pasien berusia 2 tahun atau lebih, tuliskan hanya jumlah tahun, jika antara 1 dan 23 bulan tuliskan hanya jumlah bulan, jika kurang dari 1 bulan tuliskan jumlah hari.
5. Jika pengobatan didasarkan pada biomarker, tentukan yang mana: **CRP** (C-reactive protein), **PCT** (Procalcitonin), Biomarker laboratorium lainnya selain CRP, PCT; atau WBC (jumlah sel darah putih).
6. Unit untuk nilai biomarker CRP atau PCT dinyatakan dalam mg/L, µg/L, ng/L, mg/dL, ng/dL, ng/mL, µg/mL, nmol/L. Dalam ribuan per mikroliter (µL) untuk jumlah WBC (jumlah normal WBC dalam darah adalah 4.500 hingga 11.000 WBC per mikroliter). Untuk kalkulator konversi lihat: Kalkulator CRP dan Kalkulator Procalcitonin.
7. Nama Antimikroba: Masukkan nama generik.
8. Dosis Unit Tunggal: Nilai numerik untuk dosis per pemberian (dalam gram, miligram, IU, atau MU).

9. Unit: Unit untuk dosis (g, mg, IU, atau MU)
10. Dosis/hari: Jika perlu berikan pecahan dosis: (misalnya, setiap 16 jam = 1,5 dosis per hari, setiap 36 jam = 0,67 dosis per hari, setiap 48 jam = 0,5 dosis per hari)
11. Rute: Rute pemberian: Intravena dan intratekal dan intraperitoneal = **P**, Intramuskular = **IM**, Oral = **O**, Rektal = **R**, Inhalasi = **I**. Lihat juga halaman 18 dari protokol.
12. Lihat daftar kelompok diagnosis (Lampiran II)
13. Lihat kode indikasi (Lampiran III)
14. Alasan di Catatan: Diagnosis / indikasi untuk pengobatan dicatat dalam dokumentasi pasien (kartu pengobatan, catatan, dll.) pada awal kursus antibiotik (Ya atau Tidak)
15. Kepatuhan terhadap Pedoman: Mengacu pada pilihan antibiotik (bukan rute, dosis, durasi, dll.) sesuai dengan pedoman lokal (Y: Ya; N: Tidak; NA: Tidak Dapat Dinilai karena tidak ada pedoman lokal untuk indikasi tertentu; NI: Tidak Ada Informasi karena diagnosis/indikasi tidak diketahui)
16. N dosis yang terlewatkan: Jumlah dosis yang terlewatkan sejak tanggal mulai pengobatan antibiotik saat ini hingga tanggal survei. Jika tidak ada dosis yang terlewatkan, laporkan sebagai 0. Jika tidak diketahui, biarkan kolom kosong.
17. Alasan: Alasan dosis yang terlewatkan: karena stok habis (S), pasien tidak bisa membelinya (P), pasien menolak/menolak (D), alasan lain (O), beberapa alasan (M), tidak diketahui (U).
18. Pengobatan: Laporkan "E" 1) ketika antibiotik digunakan sesuai dengan pedoman lokal, pengobatan yang terbukti bermanfaat berdasarkan pengalaman; 2) ketika kultur atau pemeriksaan mikrobiologi tidak dilakukan; 3) ketika pemeriksaan mikrobiologi dilakukan, TAPI belum tersedia pada hari survei; atau hasilnya tidak dapat dinilai. Laporkan "T" jika berdasarkan hasil mikrobiologi; Laporkan juga "T" jika mikroorganisme menunjukkan hasil yang rentan.
19. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA)
20. *Methicillin-resistant coagulase negative staphylococci* (MRCoNS)
21. *Streptococcus pneumoniae* yang tidak rentan terhadap penisilin (PNSP)
22. Resistansi makrolida-lincosamida-streptogramin pada isolat *Streptococcus* (MLS)
23. Enterococci yang resisten terhadap vankomisin (VRE)
24. Bakteri yang memproduksi beta-laktamase spektrum luas (ESBL)
25. *Enterobacterales* yang resisten terhadap karbapenem (CRE) – bakteri enterik yang resisten terhadap imipenem, meropenem, atau karbapenem lainnya
26. Non-fermenter penghasil ESBL (ESBL-NF): *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Burkholderia spp.*, *Stenotrophomonas maltophilia* yang resisten terhadap multi-obat
27. Nonfermenter yang resisten terhadap karbapenem (CR-NF): nonfermenter yang resisten terhadap imipenem, meropenem, atau karbapenem lainnya
28. Patogen resisten multi-obat (MDR), selain yang terdaftar di atas
29. Azoles: jika produk obat yang dipilih ditujukan untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh jamur dan ragi yang resisten terhadap azol (misalnya *Candida spp.*, *Aspergillus spp.*

Kombinasi agen anti-infeksi

Kombinasi antibiotik dan inhibitor beta-laktamase

□ JANGAN LAPORKAN dosis inhibitor beta-laktamase

Ampisilin dan inhibitor beta-laktamase: laporkan hanya dosis ampisilin (J01CR01)

Amoksisilin dan inhibitor beta-laktamase: laporkan hanya dosis amoksisilin (J01CR02)

Tikarsilin dan inhibitor beta-laktamase: laporkan hanya dosis tikarsilin (J01CR03)

Piperasilin dan inhibitor beta-laktamase: laporkan hanya dosis piperasilin (J01CR05)

Imipenem dan inhibitor beta-laktamase: laporkan hanya dosis imipenem (J01DH51)

Panipenem dan betamipron: laporkan hanya panipenem (J01DH55)

Contoh:

Amoksisilin dan inhibitor beta-laktamase 1,2g IV → 1g (amoksisilin) + 200mg (asam klavulanat), laporkan hanya 1g sebagai dosis unit

Piperasilin dan inhibitor beta-laktamase 4,5g IV → 4g (piperasilin) + 500mg (tazobaktam), laporkan hanya 4g sebagai dosis unit

Kombinasi lain dari beberapa zat antimikroba

J01EE01 Sulfametoksazol dan Trimetoprim: laporkan jumlah total sulfametoksazol dan trimetoprim

Contoh: Ko-trimoksazol 960mg: (sulfametoksazol 800mg + trimetoprim 160mg), laporkan 960mg

Informasi lebih lanjut tentang agen yang termasuk dalam Global-PPS tersedia dalam daftar antimikroba. Hanya nama zat antimikroba yang perlu ditulis, BUKAN kode ATC! (file excel - tersedia di situs web di bawah dokumen: Global- PPS_antimicrobial_list.xlsx) <http://www.global-pps.com/>

Kode diagnostik terapi (apa yang ingin diobati oleh klinisi)

Lokasi	Kode	Contoh
CNS	CNS	<i>Infections of the Central Nervous System</i> Infeksi Sistem Saraf Pusat
EYE	EYE	<i>Therapy for Eye infections e.g., Endophthalmitis</i> Terapi untuk infeksi mata, misalnya endoftalmitis
ENT	ENT	<i>Therapy for Ear, Nose, Throat infections including mouth, sinuses, larynx</i> Terapi untuk infeksi Telinga, Hidung, Tenggorokan termasuk mulut, sinus, laring
	AOM	<i>Acute otitis media</i> /Otitis media akut
RESP	LUNG	<i>Lung abscess including aspergilloma</i> /Abses paru-paru termasuk aspergiloma
	URTI	<i>Upper Respiratory Tract viral Infections including influenza but not ENT</i> /Infeksi Saluran Pernapasan Atas yang disebabkan oleh virus

Lokasi	Kode	Contoh
		termasuk influenza tetapi tidak termasuk THT
	<i>Bron</i>	<i>Acute Bronchitis or exacerbations of chronic bronchitis</i> /Bronkitis akut atau eksaserbasi bronkitis kronis
		<i>Pneumonia or LRTI</i> /Pneumonia atau infeksi saluran pernapasan bawah (LRTI)
	<i>COVID-19</i>	Penyakit coronavirus yang disebabkan oleh infeksi SARS-CoV-2
	<i>TB</i>	<i>Pulmonary TB (Tuberculosis)</i> /Tuberkulosis paru
	<i>CF</i>	<i>Cystic fibrosis</i> /Fibrosis kistik
CVS	CVS	<i>CardioVascular System infections: endocarditis, endovascular device e.g pacemaker, vascular graft</i> /Infeksi Sistem Kardiovaskular: endokarditis, alat endovaskular seperti pacu jantung, graft vaskular
GI	<i>GI</i>	<i>Gastro-Intestinal infections (salmonellosis, Campylobacter, parasitic, etc.)</i> Infeksi saluran pencernaan (salmonelosis, <i>Campylobacter</i> , parasit, dll.)
	<i>IA</i>	<i>Intra-Abdominal sepsis including hepatobiliary, intra- abdominal abscess etc.</i> Sepsis intra-abdomen termasuk hepatobilier, abses intra-abdomen, dll.
	<i>CDIF</i>	<i>Clostridioides difficile infection</i> /Infeksi <i>Clostridioides difficile</i>
SSTBJ	<i>SST</i>	<i>Cellulitis, wound including surgical site infection, deep soft tissue not involving bone e.g., infected pressure or diabetic ulcer, abscess</i> /Kulit dan Jaringan Lunak: Selulitis, luka termasuk infeksi pada lokasi bedah, jaringan lunak dalam tanpa melibatkan tulang seperti ulkus tekanan atau ulkus diabetik yang terinfeksi, abses
	<i>BJ</i>	<i>Bone/Joint Infections: Septic arthritis (including prosthetic joint), osteomyelitis</i> Infeksi Tulang/Sendi: Arthritis septik (termasuk sendi prostetik), osteomielitis
UTI	<i>Cys</i>	Infeksi Saluran Kemih Bawah (ISK): sistitis
	<i>Pye</i>	<i>Upper UTI including catheter related urinary tract infection, pyelonephritis</i> ISK atas termasuk infeksi saluran kemih terkait kateter, pielonefritis
	<i>ASB</i>	<i>Asymptomatic bacteriuria</i> /Bakteriuria tanpa gejala
GUOB	<i>OBGY</i>	<i>Obstetric/Gynaecological infections, Sexually Transmitted Diseases (STD) in women</i> Infeksi Obstetri/Ginekologi, Penyakit Menular Seksual (PMS) pada wanita
	<i>GUM</i>	<i>Genito-Urinary Males + Prostatitis, epididymo-orchitis, STD in men</i> Genito-Urinary pada Pria + Prostatitis, epididimo-orchitis, PMS pada pria
	<i>Syph</i>	<i>Syphilis</i> /Sifilis
<i>No defined site (NDS)</i>	<i>BAC</i>	<i>Bacteraemia or fungaemia with no clear anatomic site and no shock</i> Bakteremia atau fungemia tanpa lokasi anatomis yang jelas dan tanpa syok
Lokasi tidak terdefinisi	<i>SEPSIS</i>	Sepsis dari asal mana pun (misalnya urosepsis, sepsis paru-paru, dll.), sindrom sepsis atau syok septik tanpa lokasi anatomis yang jelas. Termasuk fungemia (kandidemia) dengan

Lokasi	Kode	Contoh
		gejala sepsis
	<i>Malaria</i>	
	<i>HIV</i>	<i>Human immunodeficiency virus</i> /Virus imunodefisiensi manusia
	<i>PUO</i>	<i>Pyrexia of Unknown Origin - Fever syndrome with no identified source or site of infection</i> /Demam dengan Asal Tidak Diketahui - Sindrom demam tanpa sumber atau lokasi infeksi yang diidentifikasi
	<i>PUO- HO</i>	<i>Fever syndrome in the non-neutropenic Haemato-Onco patient with no identified source of pathogen</i> /Sindrom demam pada pasien Haemato-Onkologi yang tidak neutropenik tanpa sumber patogen yang diidentifikasi
	<i>FN</i>	<i>Fever in the Neutropenic patient</i> /Demam pada pasien Neutropenik
	<i>LYMPH</i>	<i>Lymphatics as the primary source of infection eg suppurative lymphadenitis</i> Sistem limfatik sebagai sumber utama infeksi, misalnya limfadenitis supuratif
	<i>Sys-DI</i>	<i>Disseminated infection (viral infections such as measles, CMV ...)</i> Infeksi diseminata (infeksi virus seperti campak, CMV, dll.)
	<i>Other</i>	Antimikroba diresepkan dengan dokumentasi tetapi tidak ada kelompok diagnosis yang terdefinisi
	<i>UNK</i>	<i>Completely Unknown Indication</i> /Indikasi yang sepenuhnya tidak diketahui
	<i>PROK</i>	<i>Antimicrobial (e.g. erythromycin) prescribed for Prokinetic use</i> Antimikroba (misalnya eritromisin) diresepkan untuk penggunaan prokinetik

Kode untuk profilaksis bedah dan medis

Lokasi	Kode	Contoh
CNS	Proph CNS	<i>Prophylaxis for CNS (neurosurgery, meningococcal)</i> Profilaksis untuk Sistem Saraf Pusat (bedah saraf, meningokokus)
EYE	Proph EYE	<i>Prophylaxis for Eye operations</i> /Profilaksis untuk operasi mata
ENT	Proph ENT	<i>(Surgical or Medical prophylaxis=SP/MP)</i> /Profilaksis untuk Telinga, Hidung, Tenggorokan (Profilaksis Bedah atau Medis = SP/MP)
RESP	Proph RESP	<i>Pulmonary surgery, prophylaxis for Respiratory pathogens e.g. for aspergillosis</i> Bedah paru, profilaksis untuk patogen pernapasan, misalnya untuk aspergillosis
CVS	Proph CVS	<i>Cardiac or Vascular Surgery, endocarditis prophylaxis</i> Bedah jantung atau pembuluh darah, profilaksis endokarditis
GI	Proph GI	<i>Gastro-Intestinal tract surgery, liver/biliary tree, GI prophylaxis in neutropenic patients or hepatic failure</i> /Bedah saluran pencernaan, hati/pohon bilier, profilaksis saluran pencernaan pada pasien neutropenik atau gagal hati
SSTBJ	Proph BJ	<i>Prophylaxis for SST, for plastic or orthopaedic surgery</i> /Profilaksis untuk kulit dan jaringan lunak, untuk bedah plastik atau ortopedi (Tulang atau Sendi)
UTI	Proph UTI	Profilaksis untuk bedah urologi (SP) atau Infeksi Saluran Kemih Berulang (MP)
GUOB	Proph OBGY	<i>(SP: section caesarean, no episiotomy; MP: carriage of group B streptococcus)</i> Profilaksis untuk bedah Obstetri atau Ginekologi (SP: operasi sesar, tanpa episiotomi; MP: pembawa <i>Streptococcus</i> grup B)
No defined site (NDS)	MP-GEN	Obat digunakan sebagai Profilaksis Medis secara umum, tanpa menargetkan lokasi tertentu, misalnya profilaksis antijamur selama imunosupresi

Kode untuk neonatus

Site	Codes	Examples
Lokasi	Kode	Contoh
<i>Neonatal</i>	MP-MAT	Profilaksis Medis untuk faktor risiko maternal, misalnya pecahnya selaput ketuban yang berkepanjangan pada ibu
	NEO-MP	Obat digunakan sebagai Profilaksis Medis untuk faktor risiko bayi baru lahir, misalnya VLBW (Berat Lahir Sangat Rendah) dan IUGR (Pembatasan Pertumbuhan Intrauterin)
	CLD	<i>Chronic lung disease: long-term respiratory problems in premature babies (bronchopulmonary dysplasia)</i> Penyakit paru kronis: masalah pernapasan jangka panjang pada bayi prematur (displasia bronkopulmonal)

Jenis indikasi

<u>CAI</u> Infeksi yang didapat dari komunitas	Gejala dimulai ≤ 48 jam setelah masuk ke rumah sakit (atau sudah ada saat masuk)		
<u>HAI</u> <i>Healthcare Associated Infection: Symptoms start 48 hours after admission to hospital</i> Infeksi terkait perawatan kesehatan) Gejala dimulai ≥ 48 jam setelah masuk ke rumah sakit	Device related HAI	<u>HAI1</u> (<i>within: 30 days of surgery OR; 90 days after implant surgery</i>) Infeksi situs bedah pasca-operasi (dalam: 30 hari setelah operasi ATAU; 90 hari setelah operasi implan)	
		<u>HAI2</u> Infeksi terkait intervensi dengan asal campuran (infeksi campuran seperti campuran CVC-BSI, PVC-BSI, VAP, CAUTI; atau terkait dengan tabung/drain)	
		<u>HAI2-CVC-BSI</u> Infeksi Aliran Darah Terkait Kateter Vena Sentral	
		<u>HAI2-PVC-BSI</u> Infeksi Aliran Darah Terkait Kateter Vaskular Perifer	
		<u>HAI2-VAP</u> Pneumonia Terkait Ventilator	
		<u>HAI2-CAUTI</u> Infeksi Saluran Kemih Terkait Kateter	
		<u>HAI3</u> Diare terkait <i>C. difficile</i> (CDAD) (>48 jam setelah masuk atau <30 hari setelah keluar dari episode rawat inap sebelumnya)	
		<u>HAI4</u> Infeksi yang didapat di rumah sakit selain yang terkait dengan alat, dengan asal campuran atau tidak terdefinisi (HAP, UTI, BSI)	
		<u>HAI4-BSI</u> Infeksi Aliran Darah, tidak terkait intervensi	
		<u>HAI4-HAP</u> neumonia yang Didapat di Rumah Sakit, tidak terkait intervensi (bukan VAP)	
		<u>HAI4-UTI</u> Infeksi Saluran Kemih, tidak terkait intervensi	
		<u>HAI5</u> Pasien dirujuk dari rumah sakit lain ke rumah sakit peserta dengan HAI yang sudah ditentukan dan didokumentasikan pada Hari 1 masuk, atau pasien dirawat kembali <48 jam setelah tinggal di rumah sakit lain, dengan infeksi yang ada pada masuk saat ini atau dalam waktu 48 jam (pasien dengan infeksi dari rumah sakit lain).	
		<u>HAI6</u> Infeksi yang ada saat masuk dari fasilitas perawatan jangka panjang (LTCF) atau Panti Jompo*	
<u>SP</u> Profilaksis bedah**	<u>SP1</u> satu dosis	<u>SP2</u> satu hari	<u>SP3</u> >1 hari
Untuk pasien bedah, pemberian antimikroba profilaksis harus diperiksa dalam 24 jam sebelumnya untuk mengkodekan durasi profilaksis sebagai			

satu dosis, satu hari (= beberapa dosis yang diberikan dalam 24 jam), atau >1 hari. Lihat penjelasan lebih lanjut dan tabel dalam protokol	
<u>MP</u> Profilaksis medis	Misalnya, penggunaan jangka panjang untuk mencegah infeksi saluran kemih (UTI) atau penggunaan antijamur pada pasien yang menjalani kemoterapi atau penggunaan penisilin pada pasien asplenik, dll.
<u>OTH</u> Lainnya	Misalnya, eritromisin sebagai agen motilitas (agonis motilin).
<u>UNK</u>	Indikasi tidak diketahui sama sekali

Pilih 1 kemungkinan untuk setiap antimikroba yang dilaporkan

Fasilitas perawatan jangka panjang mewakili kelompok heterogen dari fasilitas perawatan kesehatan, dengan layanan yang mencakup perawatan sosial hingga perawatan medis. Ini adalah tempat tinggal kolektif di mana perawatan dan akomodasi disediakan sebagai satu paket oleh lembaga publik, organisasi nirlaba, atau perusahaan swasta (misalnya panti jompo, rumah tinggal).

Profilaksis bedah mencakup antibiotik yang diresepkan sebelum dan sesudah intervensi bedah (operasi di ruang operasi). Kode SP1, SP2, SP3 digunakan dengan kode diagnostik yang didahului oleh 'proph' (misalnya 'proph GI').

Daftar mikroorganisme berdasarkan jenis resistensi

Microorganisms (MO)	Code	Resistance type-1	Resistance type-2	Resistance type-3
<i>Staphylococcus aureus</i>	STAAUR	MRSA		
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	STAEPI	MRCoNS		
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	STAHAE	MRCoNS		
<i>Other coagulase-negative staphylococci (CNS)</i>	STAOTH	MRCoNS		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	STRPNE	PNSP	MLS	
<i>Streptococcus spp., other or not specified</i>	STROTH	MLS		
<i>Enterococcus faecalis</i>	ENCFAE	VRE		
<i>Enterococcus faecium</i>	ENCFAI	VRE		
<i>Enterococcus spp., other or not specified</i>	ENCOTH	VRE		
<i>Neisseria meningitidis</i>	NEIMEN	Other MDRO		
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	NEIGON	Other MDRO		
<i>Listeria monocytogenes</i>	LISMON	Other MDRO		
<i>Citrobacter freundii</i>	CITFRE	ESBL	3CREB	CRE
<i>Citrobacter spp., other or not specified</i>	CITOTH	ESBL	3CREB	CRE
<i>Enterobacter cloacae</i>	ENBCLO	ESBL	3CREB	CRE
<i>Enterobacter spp., other or not specified</i>	ENBOTH	ESBL	3CREB	CRE
<i>Escherichia coli</i>	ESCCOL	ESBL	3CREB	CRE
<i>Klebsiella aerogenes</i>	KLEPAE	ESBL	3CREB	CRE
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	KLEPNE	ESBL	3CREB	CRE
<i>Klebsiella oxytoca</i>	KLEOXY	ESBL	3CREB	CRE
<i>Klebsiella spp., other or not specified</i>	KLEOTH	ESBL	3CREB	CRE
<i>Proteus mirabilis</i>	PRTMIR	ESBL	3CREB	CRE
<i>Proteus vulgaris</i>	PRTVUL	ESBL	3CREB	CRE
<i>Proteus spp., other or not specified</i>	PRTOTH	ESBL	3CREB	CRE
<i>Serratia marcescens</i>	SERMAR	ESBL	3CREB	CRE
<i>Serratia spp., other or not specified</i>	SEROTH	ESBL	3CREB	CRE
<i>Morganella morganii</i>	MOGSPP	ESBL	3CREB	CRE
<i>Providencia spp.</i>	PRVSP	ESBL	3CREB	CRE
<i>Salmonella enteritidis</i>	SALENT	ESBL	3CREB	
<i>Salmonella typhi</i> or <i>paratyphi</i>	SALTYP	ESBL	3CREB	
<i>Salmonella typhimurium</i>	SALTYM	ESBL	3CREB	
<i>Salmonella spp., other or not specified</i>	SALOTH	ESBL	3CREB	
<i>Shigella spp.</i>	SHISPP	ESBL	3CREB	
<i>Yersinia spp.</i>	YERSPP	ESBL	3CREB	
<i>Other Enterobacterales</i>	ETBOTH	ESBL	3CREB	
<i>Acinetobacter baumannii</i>	ACIBAU	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Acinetobacter spp., other or not specified</i>	ACIOTH	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	PSEAER	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	STEMAL	CR-NF		
<i>Burkholderia cepacia</i>	BURCEP	CR-NF		
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	BURPSE	CR-NF		
<i>Burkholderia mallei</i>	BURMAL	CR-NF		
<i>Pseudomonadaceae family., other or not specified</i>	PSEOTH	ESBL-NF	CR-NF	
<i>Campylobacter spp.</i>	CAMSPP	Other MDRO		
<i>Helicobacter pylori</i>	HELPLYL	Other MDRO		
<i>Clostridioides difficile</i>	CLODIF	Other MDRO		
<i>Clostridium spp., other or not specified</i>	CLOOTH	Other MDRO		
<i>Other bacteria Mycobacterium, atypical</i>	MYCATY	Other MDRO		
<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>	MYCTUB	Other MDRO		
<i>Other bacteria</i>	OTHER	Other MDRO		
<i>Candida spp.</i>	CANSPP	Azoles		
<i>Aspergillus spp.</i>	ASPSPP	Azoles		
<i>Other Fungi</i>	FUNG_	Azoles		

Keterangan Variabel dan Penjelasan Tata Cara Pengisian Formulir Pasien

Nama Ruang Rawat	:	Diisi dengan kode/nama unik ruang rawat
Aktivitas	:	Apabila nama/kode ruang rawat merupakan ruang rawat campuran, maka aktivitas perawatan yang sesuai harus ditentukan (M: Perawatan Non-Bedah (<i>Medicine</i>); S: Perawatan Bedah (<i>Surgery</i>); IC: Perawatan Intensif (<i>Intensive Care</i>))
Identifikasi Pasien	:	Pada bagian ini diisi nomor unik dari pasien yang memungkinkan tim review untuk melakukan penelusuran lokal ke tingkat pasien untuk audit/klarifikasi apabila diperlukan. Pada bagian ini dapat diisi nomor rekam medis/catatan klinis dan informasi ini tidak akan dilaporkan atau diserahkan ke dalam aplikasi digital. Pada bagian ini diisi nomor unik yang tidak dapat diidentifikasi dan dihasilkan oleh aplikasi digital untuk setiap catatan pasien. Untuk memastikan tidak ada duplikasi atau kesalahan, harus dipastikan bahwa orang yang memasukkan data secara daring menuliskan nomor tersebut ketika dihasilkan oleh aplikasi digital. Hal ini disebabkan karena nomor tersebut tidak akan dimunculkan kembali
Nomor Survei	:	
Usia Pasien	:	Terdapat tiga kolom yang hanya diisi salah satu (tahun/bulan/hari). Berikut adalah panduan pengisian usia: a. Apabila usia pasien kurang dari 30 hari, isi kolom hari dan masukkan usia dalam hari dengan tepat. b. Apabila usia pasien lebih dari 1 bulan dan kurang dari 2 tahun, isi kolom bulan (Misalnya: 19 bulan). c. Apabila pasien berusia lebih dari 2 tahun, isi kolom tahun.
Berat Badan	:	Pada bagian ini diisi berat badan (dalam Kilogram) dengan satu angka desimal (Misalnya: 70,0 Kg). Kolom ini bersifat opsional.
Khusus Neonatus	:	a. Usia gestasi diisi jumlah minggu kehamilan hingga melahirkan tanpa jumlah hari (Misalnya: 36 minggu 4 hari, hanya ditulis 36 minggu). b. Berat lahir diisi berat lahir (dalam Kilogram) dengan satu angka desimal (Misalnya: 3,2 Kg). c. Kolom ini bersifat opsional.
Jenis Kelamin	:	Pada bagian ini diisi jenis kelamin dengan pilihan M (<i>Male/Laki-laki</i>), F (<i>Female/Perempuan</i>), atau U (<i>Unknown/Tidak diketahui</i>).

Dasar Pengobatan (Biomarker/ Hitung Sel Darah Putih)	: Apabila dasar pengobatan/pemberian antimikroba berdasarkan hasil pemeriksaan penanda biologis (biomarker) atau hitung sel darah putih (Leukosit) maka centang Ya dan centang Tidak apabila pengobatan/pemberian antimikroba tidak berdasarkan data biomarker atau hitung sel darah putih. Apabila dasar pengobatan/pemberian antimikroba berdasarkan hasil pemeriksaan biomarker atau hitung sel darah putih maka harus diisi salah satu dasar pengobatan yang paling relevan, yakni: - CRP (<i>C-reactive protein</i>) dengan satuan mg/L, µg/L, ng/L, mg/dL, ng/dL, ng/mL, µg/mL, nmol/L. - PCR (<i>Procalcitonin</i>) dengan satuan mg/L, µg/L, ng/L, mg/dL, ng/dL, ng/mL, µg/mL, nmol/L. - Hitung sel darah putih dengan satuan 10³/µL. - Biomarker lain selain CRP, PCT, dan hitung sel darah putih. Selain itu, apabila dasar pengobatan/pemberian antimikroba berdasarkan hasil pemeriksaan biomarker atau hitung sel darah putih maka harus diisi jenis sampel yang sesuai dan nilai dari hasil pemeriksaan yang mendasari.
Pemeriksaan Mikrobiologi Biakan	: Apabila dilakukan pemeriksaan biakan untuk mendokumentasikan infeksi mohon centang salah satu dari jenis spesimen, yaitu: - Darah. - Urin - Feses. - Cairan serebrospinal. - Luka (Operasi/Biopsi). - Sputum atau Aspirasi Bronkus. <i>Bronchoalveolar Lavage</i> (BAL). - Jenis spesimen lain
Nama Antimikroba	: Diisi dengan nama generik antimikroba. Daftar antimikroba yang dimasukkan ke dalam survei dapat dilihat di bagian kriteria inklusi. Perlu diingat bahwa antimikroba topikal yang digunakan pada kulit, mata, telinga, atau lokasi topikal lain tidak dimasukkan ke dalam survei.

7. Tata Cara Pengisian Formulir Rumah Sakit

Data atau karakteristik sebuah rumah sakit dapat memiliki dampak terhadap prevalensi resistansi antimikroba dan prevalensi infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan (HAIs). Pada formulir rumah sakit, akan diminta data yang terkait struktur administrasi rumah sakit, profil rumah sakit terkait komitmen dalam penatagunaan antimikroba, layanan diagnostik mikrobiologi, serta terkait pengendalian pencegahan infeksi di rumah sakit. Data yang dikumpulkan akan dapat digunakan untuk mengevaluasi ketersediaan dan komitmen dari sumber daya rumah sakit, ketersediaan peralatan, serta dukungan yang disediakan di rumah sakit dalam memfasilitasi intervensi penatagunaan antimikroba dan keselamatan pasien. Data ini hanya perlu dilakukan pengisian secara daring satu kali tiap tahun dan seluruh informasi yang tidak tersedia dapat dibiarkan terbuka dan seluruh indikator bersifat opsional.

HOSPITAL PROFILE – “Optional data” to be collected at hospital level Provide, if available, for each indicator the year of reference and the number “at hospital level”

Profil Rumah Sakit – "Data Opsional" yang dikumpulkan di tingkat rumah sakit
Berikan, jika tersedia, untuk setiap indikator tahun referensi dan jumlah "di tingkat rumah sakit"

	Year (yyyy) Tahun (tttt)	Number Jumlah
<i>Hospital size : number (N) beds</i> Ukuran rumah sakit: jumlah (N) tempat tidur		
<i>Number of admissions (or discharges)/year</i> Jumlah pasien masuk (atau keluar) rumah sakit per tahun		
<i>Number of patient days or occupied bed-days/year</i> Jumlah hari pasien atau hari tempat tidur terisi per tahun		
<i>Number of consumption of alcohol-based hand rub in litres/year</i> Jumlah konsumsi hand rub berbasis alkohol dalam liter per tahun		
<i>Number of “patients” with blood culture test/year</i> Jumlah "pasien" dengan tes kultur darah per tahun		
<i>Number of stool tests for Clostridioides difficile Infections/year</i> Jumlah tes tinja untuk Infeksi <i>Clostridioides difficile</i> per tahun		
<i>Number of FTE* antimicrobial stewardship physicians</i> Jumlah FTE* dokter tim PPRA		
<i>Number of FTE antimicrobial stewardship pharmacists</i> Jumlah FTE apoteker tim PPRA		
<i>Number of FTE Infection prevention control (IPC) doctors</i> Jumlah FTE dokter tim PPI		
<i>Number of FTE Infection prevention control (IPC) nurses</i> Jumlah FTE perawat PPI (IPCN)		

*FTE=Full-Time Equivalent units or equivalent employees working full-time on antimicrobial stewardship activities or IPC. E.g. if 3 employees work 20 hours, 30 hours and 10 hours/week=total 60 hours/week and assuming that a full-time employee works 40hours/week, the FTE calculation equals 60hours/40hours; or 1.5FTE

*FTE = Unit Ekuivalen Penuh-Waktu atau karyawan setara yang bekerja penuh waktu pada kegiatan PPRAatau PPI. Misalnya, jika 3 karyawan bekerja 20 jam, 30 jam, dan 10 jam/minggu = total 60 jam/minggu, dan dengan asumsi bahwa karyawan penuh waktu bekerja 40 jam/minggu, maka perhitungan FTE adalah 60 jam/40 jam, atau 1,5 FTE.

Indicate for each indicator at hospital level if available 'yes' or 'no'.

Tunjukkan untuk setiap indikator di tingkat rumah sakit jika tersedia 'ya' atau 'tidak'.

	Yes Ya	If yes: Year of introduction Jika ya, tahun dimulai	No Tidak
<i>Presence of formally defined AMS* program</i> Adanya PPRA yang diakui resmi			
<i>Presence of active AMS group (committee and operational team)</i> Adanya tim PPRA yang aktif (komite dan tim pelaksana)			
<i>Presence of formally defined IPC* program</i> Adanya program PPI yang diakui resmi			
<i>Presence of active IPC group (committee and operational team)</i> Adanya tim PPI yang aktif (komite dan tim pelaksana)			
<i>Presence of regular IPC (annual, quarterly) feedback to health care workers</i> Adanya umpan balik reguler PPI (per tahun, triwulan) kepada tenaga kesehatan			
<i>Clinical Infectious Disease (ID) consultation available</i> Tersedianya konsultasi penyakit infeksi			
<i>Specialized AMS or ID training available for physicians/pharmacists</i> Pelatihan penatagunaan antimikroba (PGA) dan penyakit infeksi tersedia untuk dokter/apoteker			
<i>Presence of microbiology lab support on site</i> Adanya dukungan laboratorium mikrobiologi di rumah sakit			
<i>Availability of microbiology lab on weekends/holidays</i> Layanan laboratorium mikrobiologi tersedia di akhir pekan/hari libur			
<i>Availability of periodic cumulative antimicrobial susceptibility report**</i> Laporan kumulatif periodik resistensi Antimikroba tersedia**			
<i>If yes, is susceptibility report distributed to prescribers?</i> Jika iya, apakah laporan resistensi didistribusikan kepada pemberi resep?			
<i>Availability of standardized criteria for appropriate IV-PO switch</i> Tersedianya kriteria standar untuk mengganti antimikroba intravena ke oral secara tepat			
<i>Software available for Infection Control and/or AMS</i> Tersedianya perangkat lunak untuk PPI dan/atau PGA			
<i>Presence of bundles or checklists to decrease CAUTI, VAP, CR-BSI, CDIF, SSI°</i> Tersedianya bundel atau daftar periksa untuk mengurangi CAUTI, VAP, CR-BSI, CDIF, SSI°			

*AMS=antimicrobial stewardship PGA=penatagunaan antimikroba;
 IPC=Infection Prevention and Control PPI=pencegahan dan pengendalian infeksi;
 ** local epidemiological report laporan epidemiologis lokal
 ° CAUTI=Catheter Associated Urinary Tract Infection; VAP=Ventilator Associated Pneumonia; CR-BSI=Catheter-related Blood Stream Infection; CDIF= Clostridioides Difficile Infection; SSI=Surgical Site Infections.

Tick for each indicator if available at hospital level

Centang untuk setiap indikator yang tersedia di rumah sakit

Availability of written policy to document the antimicrobial prescription in the medical record Adanya kebijakan tertulis untuk mendokumentasikan peresepan antimikroba dalam rekam medis	• Yes, all wards Ya, semua bangsal	• Yes, selected wards Ya, bangsal tertentu	• Yes, in ICU Ya, di ICU	• No Tidak
Availability of formal restriction procedure (defined formulary, restrictive list) for certain antimicrobials Adanya prosedur pembatasan formal (daftar formula yang ditentukan, daftar terbatas) untuk antimikroba tertentu	• Yes, all wards Ya, semua bangsal	• Yes, selected wards Ya, bangsal tertentu	• Yes, in ICU Ya, di ICU	• No Tidak
Presence formal review of antimicrobial after 48 hours (post-prescription review) Adanya tinjauan formal resep antimikroba setelah 48 jam (tinjauan paska peresepan)	• Yes, all wards Ya, semua bangsal	• Yes, selected wards Ya, bangsal tertentu	• Yes, in ICU Ya, di ICU	• No Tidak
Presence of antimicrobial ward rounds (Review of antimicrobial orders for assigned patients) Adanya ronde bangsal peresepan antimikroba (tinjauan antimikroba untuk pasien-pasien tertentu)	• Yes, all wards Ya, semua bangsal	• Yes, selected wards Ya, bangsal tertentu	• Yes, in ICU Ya, di ICU	• No Tidak
Who can prescribe antibiotics in your hospital? Siapa yang dapat meresepkan antibiotik di rumah sakit Anda?	• Physician Dokter	• Pharmacist Apoteker	• Nurse Perawat	• Other Lainnya

8. Tata Cara Pengisian Formulir Pelayanan Kesehatan (HAIs) (Optional)

Formulir HAIs dicetak sejumlah pasien di ruang rawat yang telah memenuhi kriteria inklusi dan untuk setiap pasien yang menerima setidaknya satu antimikroba untuk memungkinkan investigasi infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan (HAIs) dengan fokus khusus adalah penggunaan alat-alat invasif. Berikut adalah formulir dan panduan penjelasan untuk pengisian formulir pasien HAIs.

GLOBAL-PPS PATIENT Form – additional variables for HAI at patient level

(Fill in one form per patient with an active/ongoing antimicrobial at 8am on the day of the survei – more info on definitions in protocol)

Formulir Pasien GLOBAL-PPS – variabel tambahan untuk HAI di tingkat pasien

(Isi satu formulir per pasien dengan antimikroba aktif/berlangsung pada pukul 8 pagi pada hari survei – informasi lebih lanjut tentang definisi tersedia dalam protokol)

Ward Name/code Nama/kode bangsal	Activity ¹ Aktivitas (M, S, IC)	Patient Identifier ² Identifikasi pasien	Survey Number ³ Nomor survei	Patient Age ⁴ Umur pasien			Current Weight* In kg Berat saat ini dalam kg	Neonate only (optional) Hanya neonatus (opsional)		Sex M, F, U Jenis kelamin M, F, U
				Years Tahun ≥ 2 years ≥ 2 tahun	Months Bulan 1-23 month 1-23 bulan	Days Hari <1 month <1 bulan		Gestatio- nal age* Usia gestasi	Birth weight* (kg) Berat lahir (kg)	
			KOSONGKAN							

Date of admission in the hospital (dd/mm/yyyy) (optional) Tanggal masuk rumah sakit (tt/bb/yyyy) (opsional)										
Previous hospitalization < 3 months (optional) Rawat inap sebelumnya <3 bulan (opsional)	• Yes, ICU Ya, ICU	• Yes, other Ya, bangsal lain	• No Tidak	• UNK Tidak tahu						

Surgical procedure during current admission in hospital Prosedur bedah selama rawat inap saat ini di rumah sakit	• Yes Ya	• No Tidak	• UNK Tidak tahu
Previous antibiotic course < 1 month (optional) Pengobatan antibiotik sebelumnya < 1 bulan (opsional)	• Yes Ya	• No Tidak	• UNK Tidak tahu

<i>"Inserted" invasive device present at 8 am on the day of the survey</i> Alat invasif yang terpasang pada pukul 8 pagi pada hari survei				<i>Date 1st insertion/star t (optional)</i> Hari pertama alat dimasukkan (opsional)	McCab e score Skor McCab e	• <i>Non-fatal disease</i> Penyakit tidak fatal
<i>Indwelling Urinary Catheter (UC)</i> Kateter urin	• <i>Yes</i> Ya	• <i>No</i> Tidak	• <i>UNK</i> Tidak tahu	_/_/_/____		• <i>Ultimately fatal disease</i> Penyakit lebih fatal
<i>Peripheral Vascular / intravenous Catheter (PVC)</i> Kateter vena perifer / keaeter vena	• <i>Yes</i> Ya	• <i>No</i> Tidak	• <i>UNK</i> Tidak tahu	_/_/_/____		• <i>Rapidly fatal disease</i> Penyakit sangat fatal
<i>Central Vascular Catheter (CVC)</i> Kateter vena sentral	• <i>Yes</i> Ya	• <i>No</i> Tidak	• <i>UNK</i> Tidak tahu	_/_/_/____		• <i>UNK/Not available</i> Tidak tahu/tidak tersedia
<i>Non-invasive pos. & neg. mechanical ventilation (CPAP, BiPAP, CNEP, ...)</i> Ventilasi mekanik tekanan positif & negatif non- invasif	• <i>Yes</i> Ya	• <i>No</i> Tidak	• <i>UNK</i> Tidak tahu	_/_/_/____		
<i>Invasive respiratory endotracheal intubation (IRI)</i> Intubasi endotrakeal (Termasuk trakeostomi)	• <i>Yes</i> Ya	• <i>No</i> Tidak	• <i>UNK</i> Tidak tahu	_/_/_/____		
<i>Inserted tubes and drains (T/D)</i> Penggunaan selang tabung dan drainase (Tidak termasuk selang nasogastrik)	• <i>Yes</i> Ya	• <i>No</i> Tidak	• <i>UNK</i> Tidak tahu	_/_/_/____		
<i>Underlying morbidity (multiple)</i>	• <i>Diabetes mellitus, type 1 or 2</i> Diabetes meliitus, tipe 1 atau 2	• <i>Genetic disorder</i> Gangguan genetik	• <i>End-stage Liver Disease, cirrhosis</i> Penyakit Hati Stadium Akhir, sirosis			
	• <i>AIDS/HIV (only if last CD4 count <500/mm³)</i>	• <i>Congenital heart diseases</i> Penyakit jantung bawaan	• <i>Trauma</i> Trauma			

<i>choice, maximum 3 choices)</i> Penyakit lain yang mendasari (pilihan ganda, maksimal 3 pilihan)	AIDS/HIV (hanya jika jumlah CD4 terakhir <500/mm ³)		
	<i>Hematological or solid cancer/ Recent chemotherapy (<3months)</i> Keganasan hematologi atau padat/Kemoterapi terbaru (<3 bulan)	<i>Chronic lung diseases including cystic fibrosis, COPD, bronchiectasis, asthma</i> Penyakit paru kronis termasuk fibrosis kistik, PPOK, bronkiektasis, asma	<i>Gastroenterological disease (inflammatory bowel disorders, Coeliac disease,...)</i> Penyakit gastroenterologis (gangguan radang usus, penyakit Celiac, dll.)
	<i>Stem cell or solid organ transplant</i> Penerima sel punca atau transplantasi organ	<i>Neutropenia</i> Neutropenia	<i>Chronic neurological conditions</i> Kondisi neurologis kronis
	<i>Chronic Renal Disease (all stages)</i> Penyakit Ginjal Kronis (semua stadium)	<i>High dose steroids</i> Steroid dosis tinggi	<i>Other</i> Lainnya
	<i>Active tuberculosis</i> Tuberkulosis aktif	<i>Malnutrition</i> Malnutrisi	<i>None</i> Tidak ada
		<i>Long COVID</i> Long COVID	<i>Unknown</i> Tidak tahu
<i>Chronic neurological conditions: include Alzheimer's disease, Parkinson's disease, dystonia, ALS (Lou Gehrig's disease), Huntington's disease, neuromuscular disease, multiple sclerosis and epilepsy etc.</i> Kondisi neurologis kronis: termasuk penyakit Alzheimer, penyakit Parkinson, distonia, ALS (penyakit Lou Gehrig), penyakit Huntington, penyakit neuromuskular, multiple sclerosis, dan epilepsi, dll. <i>Corticotherapy ≥ 30 days or recent corticotherapy at high doses (> 5 mg/kg prednisolone > 5 days).</i> Kortikoterapi ≥ 30 hari atau kortikoterapi baru-baru ini dengan dosis tinggi (> 5 mg/kg prednisolon > 5 hari). <i>Malnutrition refers to dietary deficiency which lead to lack of vitamins, minerals and other essential substances. Score illnesses as kwashiorkor, scurvy, delayed growth, serious underweight, etc.</i> Malnutrisi mengacu pada kekurangan gizi yang menyebabkan kekurangan vitamin, mineral, dan zat penting lainnya. Penyakit yang dinilai termasuk kwashiorkor, skurvi, pertumbuhan terhambat, berat badan sangat kurang, dll.			

Keterangan Variabel dan Penjelasan Tata Cara Pengisian Formulir Pasien HAIs

Nama Ruang Rawat	:	Diisi dengan kode/nama unik ruang rawat.
Aktivitas	:	Apabila nama/kode ruang rawat merupakan ruang rawat campuran, maka aktivitas perawatan yang sesuai harus ditentukan (M: Perawatan Non-Bedah (Medicine); S: Perawatan Bedah (Surgery); IC: Perawatan Intensif (Intensive Care)).
Identifikasi Pasien	:	Pada bagian ini diisi nomor unik dari pasien yang memungkinkan tim review untuk melakukan penelusuran lokal ke tingkat pasien untuk audit/klarifikasi apabila diperlukan. Pada bagian ini dapat diisi nomor rekam medis/catatan klinis dan informasi ini tidak akan dilaporkan atau diserahkan ke dalam aplikasi digital.
Nomor Survei	:	Pada bagian ini diisi nomor unik yang dihasilkan oleh aplikasi digital untuk setiap catatan pasien. Untuk memastikan tidak ada duplikasi atau kesalahan, harus dipastikan bahwa orang yang memasukkan data secara daring menuliskan nomor tersebut pada kertas formulir ketika dihasilkan oleh aplikasi digital. Hal ini disebabkan karena nomor tersebut hanya akan muncul sekali.
Usia Pasien	:	Terdapat tiga kolom yang hanya diisi salah satu (tahun/bulan/ hari). Berikut adalah panduan pengisian usia: a. Apabila usia pasien kurang dari 30 hari, isi kolom hari dan masukkan usia dalam hari dengan tepat. b. Apabila usia pasien lebih dari 1 bulan dan kurang dari 2 tahun, isi kolom bulan (Misalnya: 19 bulan). c. Apabila pasien berusia lebih dari 2 tahun, isi kolom tahun.
Berat Badan Khusus Neonatus	:	Pada bagian ini diisi berat badan (dalam Kilogram) dengan satu angka desimal (Misalnya: 70,0 Kg). Kolom ini bersifat opsional. a. Usia gestasi diisi jumlah minggu kehamilan hingga melahirkan tanpa jumlah hari (Misalnya: 36 minggu 4 hari, hanya ditulis 36 minggu). b. Berat lahir diisi berat lahir (dalam Kilogram) dengan satu angka desimal (Misalnya: 3,2 Kg).
Jenis Kelamin	:	Pada bagian ini diisi jenis kelamin dengan pilihan M (Male/Laki-laki),

F (Female/Perempuan), atau U (Unknown/Tidak diketahui).

- Tanggal Masuk Rumah Sakit : Diisi tanggal masuk rumah sakit dengan format hh/bb/tttt (hari/bulan/tahun).
- Riwayat Rawat Inap Sebelumnya : Pada bagian ini diisi riwayat rawat inap dalam tiga bulan terakhir dengan pilihan “Ya-ICU”, apabila dirawat di ICU dalam tiga bulan terakhir, “Ya-lainnya”, apabila dirawat di ruangan selain ICU, atau “Tidak”.
- Prosedur Bedah pada Rawat Inap Saat Ini : Pada bagian ini diisi apakah terdapat prosedur bedah yang didapat pada saat rawat inap yang saat ini dengan pilihan “Ya”, “Tidak”, atau “Tidak diketahui”. Prosedur bedah/operasi didefinisikan sebagai tindakan pengobatan dari penyakit atau cedera yang memerlukan pembukaan tubuh dan menghilangkan atau memperbaiki bagian yang cedera. Oleh karena itu prosedur bedah diagnostik tidak dihitung sebagai prosedur bedah dalam formulir ini.
- Riwayat Pemberian Antibiotik : Pada bagian ini diisi apakah terdapat riwayat pemberian antibiotik dalam kurun waktu 1 bulan sebelum survei dilakukan. Pilihan pengisian adalah “Ya”, “Tidak”, atau “Tidak diketahui”.
- Pemasangan Alat Invasif : Pada bagian ini diisi apakah terdapat pemasangan alat-alat invasif pada saat pukul 8 pagi survei dilakukan. Definisi dari pemasangan alat-alat invasif adalah:
- a. Laporkan seluruh pasien yang terpasang alat-alat invasif baik secara intermiten dan yang secara tidak sengaja atau sengaja dilepas sebelum pukul 8 pagi tetapi akan direncanakan untuk dipasang kembali setelah pukul 8 pagi.
 - b. Jangan laporkan pasien yang terpasang alat-alat invasif yang direncanakan untuk dilepas sebelum pukul 8 pagi dan tidak direncanakan untuk dipasang kembali.
- Alat-Alat Invasif : Berikut adalah jenis-jenis alat invasif yang masuk ke dalam survei:
- a. Kateter urin permanen yang termasuk kateter uretra, suprapubik, serta kateter yang dipasang secara intermiten. Kateter eksternal yang tidak masuk ke dalam uretra seperti kateter kondom tidak dimasukkan ke dalam survei.
 - b. Kateter vaskular perifer/kateter intravena.

- c. Kateter vaskular sentral yang didefinisikan sebagai kateter yang memiliki akses yang berakhir atau bercabang langsung ke pembuluh darah besar yang digunakan untuk memasukkan cairan infus, pengambilan darah, atau monitoring hemodinamik. Kateter yang diimplan sebagai akses vena tidak dimasukkan ke dalam survei.
- d. Intubasi endotrakeal, termasuk trakeostomi.
- e. Ventilasi mekanik bertekanan positif/negatif yang bersifat non-invasif (CPAP, BiPAP, CNEP).
- f. Tabung atau selang yang dimasukkan seperti selang nefrostomi, selang intra-abdomen, selang *drain*, serta selang cairan serebrospinal. Tabung nasogastrik untuk keperluan nutrisi tidak dimasukkan ke dalam survei.

Pada setiap alat diisi apakah alat tersebut terpasang pada pasien dengan pengisian “Ya”, “Tidak”, atau “Tidak diketahui” dan diisi tanggal pemasangan alat tersebut pertama kali.

Skor McCabe : Pada bagian ini diisi terkait perhitungan skor McCabe yang merupakan prediktor risiko infeksi yang berguna pada kondisi tertentu dan sebagai penanda komorbiditas. Skor ini mengklasifikasikan derajat keparahan berdasarkan penyakit yang mendasarinya. Perlu diperhatikan apabila pasien memiliki infeksi aktif/baru, maka skor dihitung berdasarkan sebelum pasien memiliki infeksi. Pilihan yang dapat dipilih antara lain “Penyakit tidak fatal”, “Penyakit sangat fatal”, “Penyakit fatal dan cepat”, atau “Tidak diketahui”. Definisi dari pilihan tersebut adalah:

- a. Penyakit tidak fatal atau pasien dapat bertahan lebih dari lima tahun dengan penyakit penyerta seperti diabetes, keganasan darah dengan >80% kemungkinan bertahan hidup dalam 5 tahun, peradangan, kondisi kronis pada saluran cerna dan saluran kemih, gangguan obstetri, infeksi, dan penyakit lainnya.
- b. Penyakit sangat fatal atau pasien dapat bertahan antara satu hingga empat tahun dengan penyakit penyerta seperti leukemia kronik, mieloma, limfoma, karsinoma metastatik, penyakit ginjal kronis stadium akhir (tanpa transplan), gangguan motor neuron, multipel sklerosis yang tidak respon terhadap terapi, alzheimer, demensia, diabetes yang membutuhkan amputasi/post-amputasi.

- c. Penyakit fatal dan cepat atau pasien dapat bertahan kurang dari satu tahun dengan penyakit penyerta seperti kanker darah stadium akhir (tidak dapat ditransplantasi atau relaps), gagal jantung ($EF < 25\%$), penyakit hati stadium akhir (tidak dapat ditransplantasi, disertai asites, ensefalopati, atau varises), kegagalan organ multipel pada ICU, skor APACHE II > 30 , skor SAPS II > 70 , dan penyakit paru yang disertai *cor pulmonale*.

Penyakit Penyerta : Pada bagian ini diisi penyakit penyerta (maksimal 3 pilihan) yang mendasari pasien, terutama pada pasien imunokompromais. Daftar penyakit penyerta dapat dilihat di formulir pengumpulan data.

9. Tata Cara Penggunaan Aplikasi Digital Global PPS

a. Tahapan Awal Sebelum Entri Data – Pendaftaran

Semua tahapan awal berikut harus diselesaikan oleh rumah sakit sebelum entri data dilakukan. Rumah sakit yang telah berpartisipasi dalam Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit sebelumnya harus masuk dengan kata sandi yang terhubung dengan alamat surat/email. Dengan melakukan login/masuk ke aplikasi, rumah sakit dapat mengaktifkan survei baru dengan menggunakan nomor/identitas rumah sakit yang sama. Hal tersebut dilakukan guna mendapatkan umpan balik longitudinal dari hasil survei yang sebelumnya telah dilakukan. Apabila rumah sakit lupa atau kehilangan akun atau peserta baru, rumah sakit dapat menghubungi narahubung administrator di Kementerian Kesehatan

Rumah sakit yang ingin berpartisipasi dalam Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit perlu mendaftarkan diri di halaman Global-PPS. Konfirmasi yang dikirimkan ke surel akan diterima dan setelah itu rumah sakit dapat masuk ke dalam survei G-PPS. Tim rumah sakit yang melakukan pendaftaran, akan menjadi administrator lokal dan memiliki akses terhadap program. Administrator lokal dapat menambahkan administrator tambahan untuk membantu dalam data entri sekaligus manajemen data rumah sakit masing-masing. Apabila administrator lokal sudah tidak bekerja di rumah sakit tersebut dan tidak memiliki akses ke dalam akun, rumah sakit dapat menghubungi tim helpdesk Kementerian Kesehatan.

b. Tahapan Awal Sebelum Entri Data - Daftar Ruang rawat

Rumah sakit yang sudah berpartisipasi sebelumnya perlu melakukan peninjauan daftar ruang rawat/departemen rumah sakit dan melakukan pembaruan apabila diperlukan (pengubahan/penambahan). Rumah sakit yang baru pertama kali berpartisipasi harus melakukan penambahan dan pendefinisian daftar ruang rawat yang ada di rumah sakit

tersebut. Hal tersebut akan memudahkan rumah sakit pada saat survei, karena daftar ruang rawat akan muncul secara otomatis pada saat data entri dilakukan.

Definisi dan daftar ruang rawat mengikuti struktur hierarki dan beberapa informasi diperlukan, antara lain:

1. Nama ruang rawat/departemen yang dimana kolom ini wajib diisi dan digunakan untuk mengidentifikasi departemen secara unik dalam basis data. Nama unik ini akan digunakan dalam daftar ruang rawat yang dapat diakses di instrumen Global-PPS. Semua departemen baik rawat inap dewasa, pediatri, dan neonatus harus disertakan.
2. Kode dan deskripsi yang bersifat opsional namun akan memudahkan rumah sakit untuk menjelaskan nama departemen secara lebih rinci jika diperlukan.
3. Kelompok departemen seperti ruang rawat non-bedah dewasa, bedah, atau perawatan intensif, ruang rawat pediatrik.
4. Jenis/tipe departemen/ruang rawat yang merupakan kolom yang wajib diisi. Pilih antara spesialisasi/departemen berikut yang tersedia di rumah sakit:

15 Ruang Rawat Non-Bedah Dewasa/ <i>Adult Medical Ward (AMW)</i>	9 Ruang rawat Bedah Dewasa/ <i>Adult Surgical Wards (ASW)</i>
Ruang Rawat Non-Bedah Dewasa Campuran <i>Adult Medical Ward (AMW)</i>	Ruang rawat Bedah Dewasa Campuran <i>Adult Surgical Ward (ASW)</i>
Hematologi-Onkologi <i>Haematology-Oncology (HO-AMW)</i>	Bedah Digestif <i>Digestive Tract Surgery (DIG-ASW)</i>
Transplantasi <i>Transplant (T-AMW)</i>	Ortopedi-Traumatologi <i>Orthopaedics-Trauma Surgery (ORT- ASW)</i>
Pulmonologi/Paru <i>Pneumology (P-AMW)</i>	Urologi <i>Urological Surgery (URO-ASW)</i>
Kardiologi <i>Cardiology (CAR-AMW)</i>	Bedah Toraks Kardiovaskular <i>Cardio-Vascular Surgery (CV-ASW)</i>
Nefrologi <i>Nephrology (REN-AMW)</i>	Bedah Saraf <i>Neurosurgery (NEU-ASW)</i>
Penyakit Infeksi <i>Infectious Disease (ID-AMW)</i>	Bedah Onkologi <i>Oncology-Cancer Surgery (ONCO-ASW)</i>
Dermatologi dan Luka Bakar <i>Dermatology-Burn Wards (DB- AMW)</i>	Bedah Plastik Dan Rekonstruksi <i>Plastic-Reconstructive Surgeryw (PLAS- ASW)</i>
Psikiatri <i>Psychiatry (PSY-AMW)</i>	Bedah Telinga, Hidung, Tenggorok

	<i>Ear-Nose-Throat Surgery (ENT-ASW)</i>
Rehabilitasi Medik <i>Rehabilitation (REH-AMW)</i>	5 Ruang rawat Intensif/ <i>Adult Intensive Care Units (AICU)</i>
Geriatric <i>Geriatrics (GER-AMW)</i>	Ruang Rawat Intensif Dewasa Campuran <i>Adult Intensive Care Unit (AICU)</i>
Rawat Inap Lama <i>Long-Term Care (LTC-AMW)</i>	Ruang Rawat Intensif Dewasa Non- Bedah <i>Medical Adult Intensive Care Unit (MED- AICU)</i>
Obstetri-Ginekologi <i>Obstetrics-Gynaecology (OBG-AMW)</i>	Ruang Rawat Intensif Dewasa Bedah <i>Surgery Adult Intensive Care Unit (SUR- AICU)</i>
Ruang Rawat Isolasi <i>Isolation Ward (IS-AMW)</i>	Ruang Rawat Intensif Dewasa Kardiologi <i>Cardiac Adult Intensive Care Unit (CAR- AICU)</i>
	<i>High Dependency Unit (AHDU)</i>
6 Ruang rawat Pediatri/ <i>Pediatric Wards</i>	
Ruang Rawat Non-Bedah Pediatri Campuran <i>Pediatric Medical Ward (PMW)</i>	Ruang Rawat Bedah Pediatri Campuran <i>Pediatric Surgical Ward (PSW)</i>
Hematologi-Onkologi <i>Haematology-Oncology (HO-PMW)</i>	Ruang Rawat Intensif Pediatri Campuran <i>Pediatric Intensive Care Unit (PICU)</i>
Transplantasi <i>Transplant (T-PMW)</i>	Penyakit Infeksi <i>Infectious Disease (ID-PMW)</i>
2 Ruang rawat Neonatus/ <i>Neonatal Wards</i>	
Ruang Rawat Non-Bedah Neonatus <i>Neonatal Medical Ward (NWM)</i>	Ruang Rawat Intensif Neonatus Campuran <i>Neonatal Intensive Care Unit (NICU)</i>

Perlu diingat bahwa departemen yang berbeda dapat dimasukkan secara manual pada aplikasi digital. Pada kasus tertentu, PICU dan NICU merupakan departemen gabungan. Maka harus dialokasikan jumlah tempat tidur untuk masing-masing NICU dan PICU pada ruang rawat gabungan. Dengan demikian, dapat didefinisikan ruang rawat menjadi dua ruang rawat yang berbeda (PICU dan NICU).

Aktivitas untuk departemen (Non-Bedah/Bedah/Perawatan Intensif) akan secara otomatis ditetapkan oleh aplikasi berdasarkan jenis ruang rawat yang dipilih. Aktivitas utama ini tidak dapat diubah atau dinonaktifkan. Selain aktivitas utama, masih dimungkinkan untuk mendefinisikan ruang rawat sebagai ruang rawat campuran pada hari survei apabila pada hari tersebut terdapat beberapa pasien yang berasal dari ruang rawat dengan aktivitas yang berbeda. Hal tersebut harus dicatat dalam data survei pembagi.

c. Entri dan Validasi Data

Pilih survei daring/*online* dan masuk ke survei yang tersedia. Daftarkan rumah sakit

sesuai dengan periode survei yang telah ditetapkan dan pilih modul yang akan diikuti. Masuk ke survei yang baru saja didaftarkan dan aktifkan survei untuk melakukan entri data. Tahapan entri data adalah sebagai berikut:

- 1) Lengkapi data pembagi (denominator) untuk semua ruang rawat yang dilakukan survei (Lihat formulir pengumpulan data) sebelum entri data pasien pertama. Kriteria data pembagi yang dikumpulkan dapat dilihat definisi data denominator.
- 2) Lengkapi data pasien setelah seluruh formulir ruang rawat dimasukkan. Tahapan dan hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyelesaian data pasien dapat diakses melalui situs halaman [aplikasidigital
https://app.globalpps.uantwerpen.be/globalpps_webpps/](https://app.globalpps.uantwerpen.be/globalpps_webpps/).
- 3) Setelah data denominator dan data pasien masuk ke dalam aplikasi digital maka rumah sakit perlu menyelesaikan proses validasi untuk dapat mendapatkan laporan umpan balik. Proses validasi mengidentifikasi isu-isu kecil, peringatan, atau ketidaksesuaian dalam entri data survei, seperti:
 - a) Survei tanpa dilakukan entri data, maka sistem akan memberikan peringatan.
 - b) Daftar departemen yang tidak lengkap, nilai yang hilang, atau denominator yang hilang, maka sistem akan memberikan peringatan.
 - c) Entri data tanpa data antibiotik atau duplikasi nama antibiotik yang sama, maka sistem akan memberikan peringatan.
 - d) Entri data pasien dengan formulir HAls yang tidak lengkap, maka sistem akan memberikan peringatan.
 - e) Dosis antibiotik yang terlalu tinggi, maka sistem akan memberikan peringatan.
 - f) Konsistensi antara kode diagnostik dan indikasi akan dilakukan pengecekan, apabila terjadi kesalahan maka sistem akan memberikan peringatan.
 - g) Evaluasi antara peresepan *targeted* dan profilaksis akan dilakukan evaluasi, apabila terjadi kesalahan maka sistem akan memberikan peringatan.

d. Ekspor Data dan Umpan Balik

Data dapat diekspor ke dalam bentuk *file Microsoft Excel* dan dapat dilakukan kapan saja selama proses data dilakukan. Data tersebut berisi data yang dientri di tingkat departemen dan data di tingkat pasien. Hal tersebut memungkinkan rumah sakit untuk melakukan verifikasi manual (ketepatan dan kelengkapan data) dan memungkinkan rumah sakit melakukan analisis pada data rumah sakit sendiri. Data tersebut dilaporkan dalam bentuk enam lembar kerja yang terdiri dari:

- 1) Survei: periode survei

- 2) Institusi: memberikan detail tentang institusi/rumah sakit
- 3) Formulir Ruang rawat: memberikan detail tentang denominator yang dikumpulkan di tingkat ruang rawat
- 4) Formulir Pasien: memberikan detail pada data antimikroba untuk setiap pasien yang menerima setidaknya satu antimikroba pada hari survei. Perhatian: setiap baris adalah satu antimikroba. Informasi yang dikumpulkan di tingkat pasien, seperti usia dan jenis kelamin, diulang pada baris yang sesuai untuk pasien tertentu. Pasien dikode secara unik dan didefinisikan oleh nomor survei mereka.
- 5) Dua lembar kerja yang melaporkan data mentah untuk modul rawat jalan: Pendaftaran unit dan pendaftaran rawat jalan.

Aplikasi digital dirancang untuk menghasilkan umpan balik secara otomatis untuk setiap rumah sakit yang berpartisipasi. Umpan balik disajikan dalam bentuk yang sederhana dan mudah diinterpretasikan sesuai kebutuhan rumah sakit baik untuk paparan maupun intervensi lokal. Umpan balik tersebut akan membandingkan data rumah sakit dengan hasil di tingkat nasional (Apabila partisipan nasional ≥ 4 rumah sakit), hasil di tingkat benua, dan hasil dari rumah sakit yang memiliki tipe serupa di tingkat nasional.

Hasil umpan balik longitudinal dapat diakses pada tombol umpan balik interaktif. Hasil tersebut dapat disesuaikan berdasarkan jenis ruang rawat, diagnosis, indikasi, dan subgrup antimikroba. Grafik dan tabel dapat diunduh sesuai kebutuhan dan digunakan sebagai bahan presentasi lokal dan bahan dasar intervensi tindak lanjut penatagunaan antimikroba. Perlu diingat, untuk mendapatkan laporan umpan balik, rumah sakit sudah harus melakukan validasi data.

BAB III

MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI

A. Kerahasiaan Data

Untuk menjaga privasi dan kerahasiaan data, nama rumah sakit tidak akan pernah diungkapkan dalam laporan maupun publikasi tanpa persetujuan dari rumah sakit/peserta (misalnya apabila akan dipublikasikan ke dalam artikel ilmiah). Nomor urut unik akan diberikan pada setiap rumah sakit setelah selesai melakukan registrasi pada aplikasi digital.

Identitas dari pasien sepenuhnya akan diproses secara anonim di dalam aplikasi digital. Setiap identitas pasien akan diberikan kode nomor survei unik yang tidak dapat diidentifikasi. Nomor ini akan dihasilkan secara otomatis oleh komputer berdasarkan beberapa kode internal.

B. Analisis Data

Dari formulir pengumpulan data tersebut maka rumah sakit dapat menganalisa antara lain sebagai berikut:

1. Prevalensi penggunaan antimikroba
2. Indikasi penggunaan antimikroba
3. Kelas spektrum antimikroba yang banyak digunakan
4. Rasio penggunaan antibiotika kelas AWaRE
5. Jenis antibiotika yang digunakan.
6. Kesesuaian persepsan dengan panduan praktek klinis
7. Dasar persepsan antibiotika
8. Pencatatan durasi dan penghentian pemberian antibiotika
9. Durasi pemberian antibiotika profilaksis
10. Proporsi persepsan antibiotika empirik dan tertarget (definitive setelah hasil kultur didapatkan)

Data yang dikumpulkan dapat dianalisa oleh rumah sakit secara manual, menggunakan sistem informasi yang tersedia di rumah sakit, maupun memanfaatkan aplikasi digital analisis data milik *Global Point Prevalensi Survey* (G-PPS).

C. Pelaporan Data

Seluruh rumah sakit yang berpartisipasi dalam Survei Prevalensi Waktu Tertentu harus melakukan pelaporan hasil dari survei. Pelaporan dilakukan secara internal dan eksternal. Perlu diperhatikan, bahwa seluruh data yang dihasilkan dalam Survei Prevalensi Waktu Tertentu merupakan milik masing-masing rumah sakit. Kementerian Kesehatan hanya akan menarik data dari masing-masing rumah sakit untuk dijadikan data secara regional maupun nasional terkait penggunaan antimikroba di tingkat regional maupun nasional.

1. Pelaporan Di Tingkat Rumah Sakit (Internal)

- a) Laporan hasil umpan balik Survei Prevalensi Waktu Tertentu yang diperoleh dari aplikasi dilaporkan oleh tim review kepada tim / komite PPRA rumah sakit. Laporan hasil umpan balik disampaikan paling lambat satu bulan setelah hasil umpan balik diterima.
- b) Tim / komite/subkomite PPRA menyampaikan laporan ke pimpinan rumah sakit untuk mendapatkan arahan perbaikan.

2. Pelaporan Di Tingkat Eksternal

Laporan di tingkat eksternal ditujukan kepada Dinas Kesehatan setempat dan Kementerian Kesehatan.

D. Diseminasi Hasil

Laporan hasil umpan balik Survei Prevalensi Waktu Tertentu disampaikan kepada seluruh staf di rumah sakit melalui berbagai media, seperti pada rapat manajemen rutin, *dashboard* dalam sistem informasi manajemen rumah sakit, surat edaran, dan sebagainya. Untuk diseminasi di tingkat regional, maka dinas kesehatan setempat dapat mengkoordinasikan kegiatan bersama beberapa rumah sakit.

Untuk pelaporan umpan balik di tingkat nasional dapat diakses langsung oleh administrator di Kementerian Kesehatan. Hasil umpan balik tersebut dapat digunakan untuk pelaksanaan evaluasi penggunaan antibiotik dan menjadi dasar masukan dalam penyusunan kebijakan.

E. Persetujuan Etik

Pada dasarnya, Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit bukan merupakan suatu penelitian, tetapi adalah proses audit klinis untuk mengevaluasi ketepatan penggunaan antimikroba di rumah sakit. Oleh karena itu, kebutuhan kebijakan penggunaan etik akan dikembalikan ke masing-masing rumah sakit. Perlu diperhatikan, bahwa dalam praktiknya, audit klinis Survei Prevalensi Waktu Tertentu harus dapat memastikan kerahasiaan pasien dan staf yang terlibat dalam Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit dan memastikan data yang dikumpulkan telah disimpan dengan tepat.

BAB IV

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pembinaan terkait dengan pengawasan dan evaluasi penggunaan antimikroba menggunakan metode Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan pemangku kepentingan lain sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan rumah sakit. Pembinaan dilakukan melalui kegiatan bimbingan teknis, lokakarya, maupun kunjungan pembinaan.

Dalam hal pembinaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan kepada rumah sakit yang berpartisipasi dalam Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit, Dinas Kesehatan dapat melibatkan rumah sakit yang sudah berpengalaman dalam pelaksanaan Survei Prevalensi Waktu Tertentu di rumah sakit.

Terkait dengan masalah pengisian, dukungan teknis terkait masalah pengisian, pelatihan, masalah penggunaan aplikasi, serta permasalahan lainnya dapat dilakukan dengan menghubungi tim *helpdesk Kementerian Kesehatan*. Untuk informasi lebih lanjut terkait privasi dan kerahasiaan data, rumah sakit dapat menghubungi tim *helpdesk AMU PPS Kementerian Kesehatan* pada email Timkeramrppikemkes@gmail.com.

Untuk meminimalisir kesulitan dalam pengisian dan penggunaan aplikasi, telah disediakan fitur:

- a. Pemeriksaan internal untuk mengevaluasi validitas pengisian atau pengisian yang salah.
- b. Kotak *pop-up* yang dapat memandu pengisian.
- c. Fungsi bantuan yang terhubung dengan bantuan di setiap layar.
- d. Halaman khusus untuk bantuan, buku panduan manual, serta daftar pertanyaan yang sering ditanyakan.
- e. Tata letak halaman aplikasi yang serupa dengan formulir versi kertas.
- f. Kapasitas untuk melakukan ekspor data ke dalam format *Microsoft Excel*.

BAB V

PENUTUP

Pengawasan dan evaluasi penggunaan antimikroba melalui PPA dapat memberikan gambaran yang berharga terkait penggunaan antimikroba pada sektor kesehatan manusia, terutama di rumah sakit di Indonesia. Data yang nantinya akan terkumpul diharapkan dapat membantu dalam pembuatan kebijakan hingga keputusan terkait penatagunaan antimikroba yang efektif, baik di tingkat rumah sakit, tingkat regional, hingga di tingkat nasional. Untuk menjalankan survei yang berkesinambungan, tentunya perlu ada komitmen dan kolaborasi yang kuat dari berbagai pihak terkait, mulai dari Pemerintah, Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, serta seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit dalam penatagunaan antimikroba. Dengan upaya yang menyeluruh dan berkesinambungan, kita dapat memastikan bahwa angka resistansi dapat ditekan, antimikroba akan tetap efektif dalam mengobati infeksi dan menyelamatkan nyawa di masa depan.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



Rico Mardiansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2025