

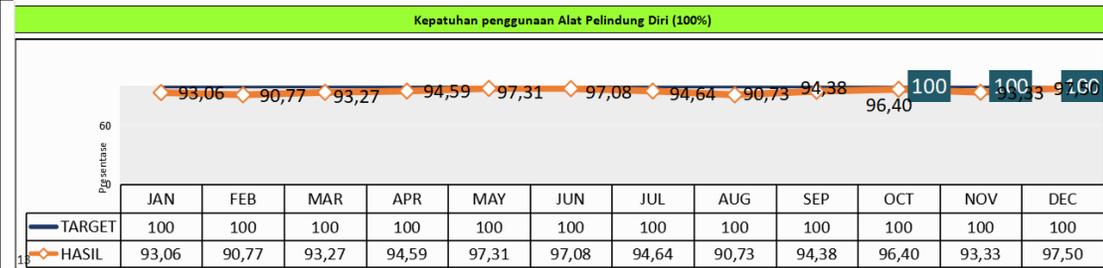
BAB II

HASIL PENGUKURAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RUMAH SAKIT

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																																					
1. Kepatuhan Kebersihan Tangan	Kepatuhan Kebersihan Tangan (≥ 85%)																																					
		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	— TARGET	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	— HASIL	82,22	81,71	81,71	82,09	82,26	81,86	82,32	83,93	82,45	83,03	82,17
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC																										
— TARGET	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85																										
— HASIL	82,22	81,71	81,71	82,09	82,26	81,86	82,32	83,93	82,45	83,03	82,17	83,32																										
<p>Analisa: Kepatuhan kebersihan tangan adalah ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan lima momen. Kepatuhan cuci tangan di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo tahun 2024 belum mencapai target. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit menurun. Kurangnya pengetahuan petugas tentang cuci tangan dan ketidakrutinan supervisi menjadi penyebab budaya cuci tangan belum dilaksanakan secara optimal. Hasil akhir yang diharapkan dari meningkatnya kepatuhan petugas (dokter dan perawat khususnya) dalam cuci tangan ini adalah menurunnya angka infeksi nosokomial yang terjadi pada pasien RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Kebersihan tangan merupakan salah satu indikator keselamatan pasien yang harus dijalankan oleh petugas di rumah sakit, dengan meningkatnya kepatuhan petugas dalam cuci tangan juga dapat meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo.</p> <p>Tindak Lanjut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan dengan melakukan 2. Pelatihan PPI cuci tangan oleh tim PPI bisa dengan metode road show. 																																						

3. Peningkatan kepedulian individu di setiap unit kerja untuk segera mengganti botol handrub yang kosong dengan yang terisi Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan
4. Pengadaan supervisi rutin oleh kepala ruangan atau ka tim
5. Sosialisai dan momitoring pelaksanaan SPO hand hygiene
6. Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene oleh IPCN dan IPCL
7. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelatihan dan supervisi
8. Monitoring capaian angka kepatuhan setiap bulan oleh tim PPI dan dievaluasi setiap tiga bulan
9. Memberikan reward and punishment untuk memantau dan sebagai upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan hand hygiene
10. Pemeliharaan dan perbaikan wastafel secara berkala sehingga dapat berfungsi baik

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri



Analisa:

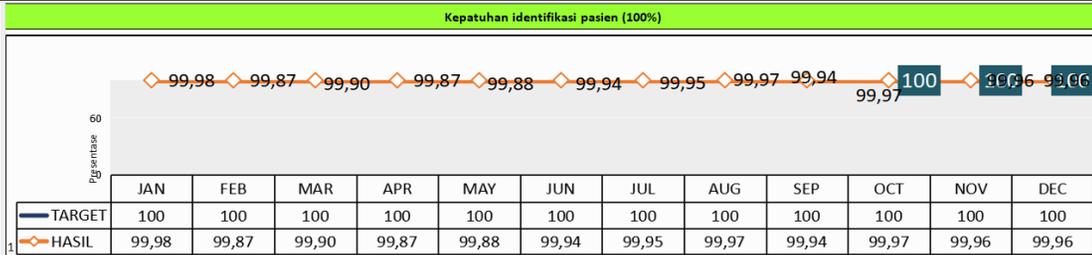
Capaian kepatuhan penggunaan APD menunjukkan hasil yang positif, namun secara keseluruhan angka kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) belum memenuhi target, Faktor seperti kelalaian, kurangnya pengetahuan atau keterbatasan sumber daya yang menyebabkan kegagalan kepatuhan penggunaan APD. Melakukan pemantauan secara teratur untuk memastikan kecapaian kepatuhan penggunaan APD tetap konsisten, pengembangan dan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan petugas kesehatan dalam menggunakan APD .

Tindak Lanjut:

1. Sosialisasi pentingnya penggunaan APD

2. Monitoring dan evaluasi oleh IPCN

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien



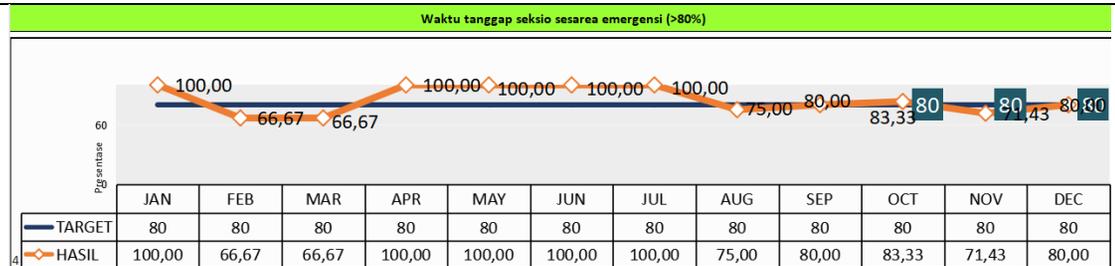
Analisa:

Identifikasi pasien merupakan upaya rumah sakit menjamin keselamatan pasien. Identifikasi pasien yang benar akan menghindarkan pasien terhadap resiko kesalahan prosedur tindakan, kesalahan pemberian obat dan lainnya. Meskipun grafik menunjukkan pencapaian yang sangat konsisten, tinggi dan tidak ada penurunan yang signifikan Rumah Sakit masih perlu mengadakan supervisi dari atasan langsung dan para Ka tim dan tim manajerial, serta melakukan evaluasi dan monitoring secara rutin agar kualitas pelayanan dapat semakin meningkat dan tidak turun.

Tindak Lanjut:

1. Meningkatkan supervise/ pengawasan oleh atasan langsung terkait tindakan yang memerlukan identifikasi kepada Pasien
2. Melakukan evaluasi pemahaman petugas terhadap keseragaman redaksi berdasarkan SPO yang sudah di tetapkan
3. Membuat jadwal role play pelaksanaan SPO identifikasi secara rutin
4. Bagi karyawan baru secara berkesinambungan rumah sakit melakukan pemberian materi yang terkait dengan keselamatan pasien kedalam orientasi serta materi diklat pengembangan staf
5. Melakukan feedback ke petugas pelayanan tentang laporan kejadian keselamatan pasien baik itu kejadian tidak diinginkan dan kejadian nyaris cidera sebagai output dari indicator kepatuhan identifikasi pasien oleh petugas/ perawat di setiap timbang terima. Sebagai upaya pembelajaran untuk mengambil nilai dari kesalahan yang terjadi sehingga dapat mencegah terjadinya kesalahan berulang.

4. Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi



Analisa:

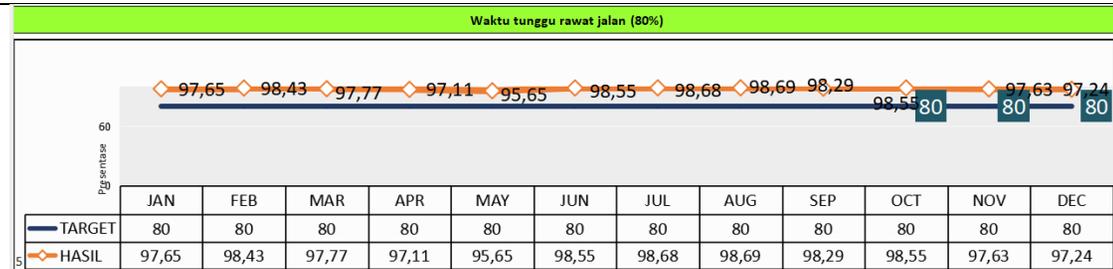
Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan Tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit.

Secara keseluruhan, kinerja tahun 2024 menunjukkan hasil yang cukup baik, meskipun terdapat beberapa fluktuasi. Kemampuan untuk mencapai target di awal tahun dan kembali meningkat pada pertengahan tahun menunjukkan adanya upaya yang baik dalam mencapai tujuan. Perlu melakukan pengawasan dan evaluasi secara teratur untuk memastikan waktu tanggap terhadap seksio sesarea sudah sesuai dengan SPO yang telah ditetapkan.

Tindak Lanjut:

1. Usulan penempatan dokter di area skrining triage
2. Melakukan evaluasi jadwal jaga dokter terkait waktu dan jumlah kunjungan pasien yang meningkat
3. Mengaktifkan penanggung jawab shift untuk mengatur alur pasien masuk sehingga tindakan dapat dilakukan sesuai dengan jam kedatangan dan tingkat kegawatan
4. Sosialisasi yang terus menerus tentu sangat berpengaruh terhadap pengisian check list pemantauan waktu tunggu pelayanan gawat darurat. Tentunya upaya upaya perbaikan dilakukan secara terus menerus sehingga pada bulan berikutnya angka pelaporan tidak menurun.
5. Bidang Pelayanan MNE melakukan evaluasi emergency respon time terhadap petugas secara berkelanjutan

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa:

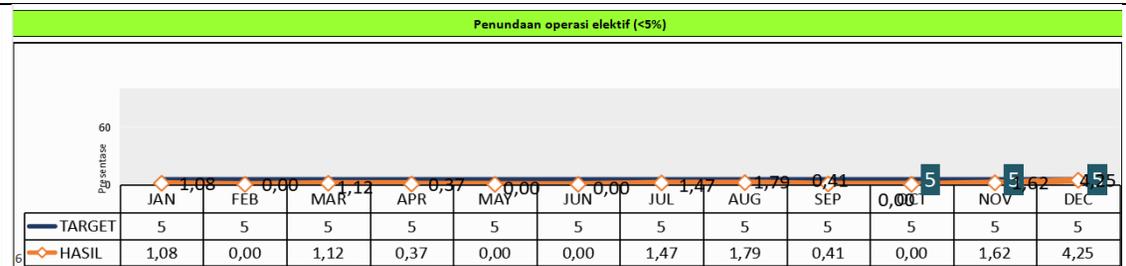
Waktu tunggu rawat jalan yaitu mulai dari kedatangan pasien untuk mengambil nomor antrian sampai mendapatkan pemeriksaan oleh dokter. aspek lamanya waktu tunggu pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu hal penting dan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit, sekaligus mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang telah disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien.

Pada grafik diatas bisa dilihat bahwa tren telah mencapai target. Hal ini dikarenakan sistem online yang digunakan untuk antrian di poli dan antrian pendaftaran loket.

Tindak Lanjut:

1. Pendaftaran sistem online dilengkapi jam datang pasien harus ke rumah sakit
2. Ketika di loket pendaftaran dimunculkan nomer antrian sesuai sistem online per poli
3. Memaksimalkan bagian Front Office Rawat jalan dalam mengecek kelengkapan berkas pasien sebelum dipanggil nomer antrian
4. Meminimalisir keterlambatan kedatangan dokter melalui pengaturan jadwal dokter jaga di Klinik Spesialis
5. Koordinator Klinik aktif mengingatkan/ menghubungi dokter yang bertugas agar datang tepat waktu di Klinik

6. Penundaan Operasi Elektif



Analisa:

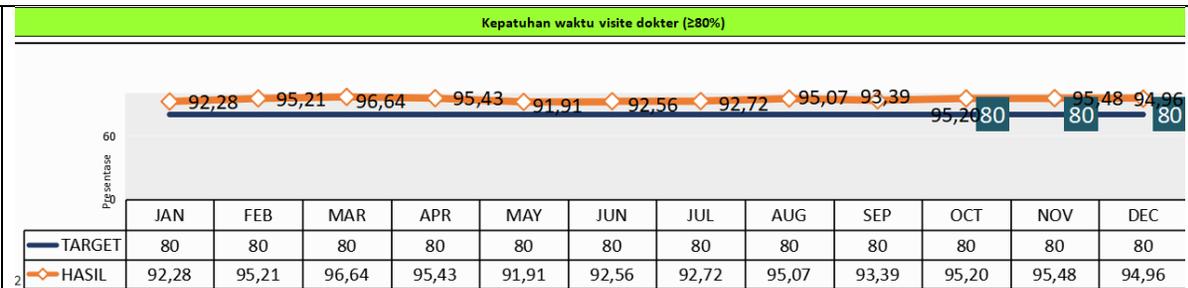
Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang telah direncanakan/dijadwalkan. Pengukuran indikator Penundaan operasi elektif bertujuan untuk menggambarkan kecepatan pelayanan kamar operasi.

Pada grafik tahun 2024 terdapat tren peningkatan yang signifikan pada persentase penundaan operasi elektif menjelang akhir tahun, terutama pada bulan November dan Desember, gangguan pada jadwal pengelolaan operasi dan prioritas penanganan pasien darurat lainnya yang memerlukan perhatian segera membuat penundaan operasi meningkat. Perlu untuk mengelolah jadwal dengan baik serta melakukan evaluasi dan monitoring secara berkala untuk mengurangi penundaan operasi elektif.

Tindak Lanjut:

1. Melakukan pengkajian lebih jelas dengan melakukan pemeriksaan penunjang terkait riwayat penyakit pasien dan keluhan yang menyertai
2. Memberikan edukasi kepada pasien ketika mendaftar operasi tentang kondisi tubuh seperti apa yang bisa menyebabkan penundaan operasi
3. Melakukan evaluasi dan analisis secara berkala untuk mengidentifikasi penyebab penundaan dan meningkatkan kualitas pelayanan.
4. Memberikan edukasi kepada pasien diawal pasien daftar operasi tentang perkiraan biaya operasi baik secara BPJS (jika naik kelas) ataupun secara tunai.

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter



Analisa:

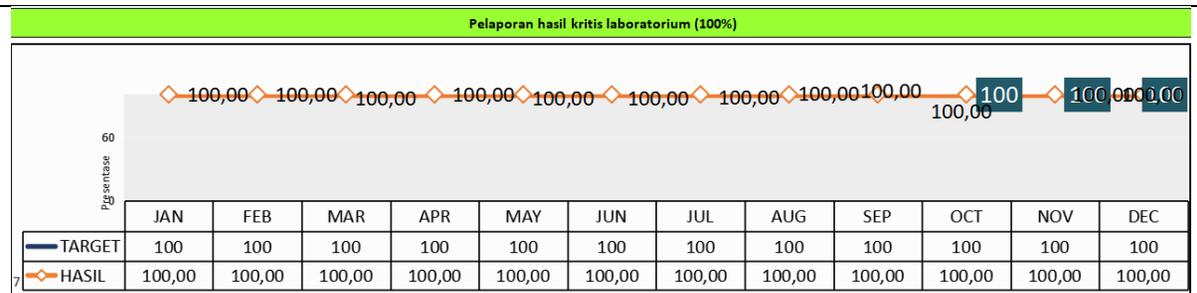
Indikator mutu Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, dengan standar capaian adalah 80%.

Grafik diatas menunjukkan pencapaian indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis memenuhi standar bahkan dapat dikatakan di atas standar. Hal ini disebabkan karena masing-masing dokter memiliki jadwal yang sudah di kondisikan dengan jadwal pemeriksaan di klinik rawat jalan dan rawat inap atau kegiatan tindakan operasi. Dengan tercapainya target juga menunjukkan meningkatnya budaya visite dokter di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo seiring dengan meningkatnya komitmen pelaksanaan Clinical pathway.

Tindak Lanjut:

1. Mempertahankan sistem koordinasi antara unit rawat inap , rawat jalan dengan DPJP yang harus melakukan visite
2. Mempertahankan metode jadwal kegiatan dokter yang dikondisikan dengan kegiatan sesuai prioritas..
3. Rutin dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan clinical pathway
4. Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP dan Edaran di setiap KSM
5. Supervisi jam visite dokter spesialis oleh komite medic

8. Pelaporan Hasil Kritis Laporatorium



Analisa:

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium dilaksanakan dengan tujuan tergambaranya upaya Rumah Sakit dalam menjaga keselamatan pasien dengan prosedur SBAR dalam proses instruksi verbal atau via telepon ditandatangani oleh pemberi instruksi dalam waktu 1 x24 jam di Rawat Inap. Proses komunikasi yang dilakukan antar PPA tentang pelaporan hasil tes kritis laboratorium kepada dokter jaga ruangan yang terdokumentasi di catatan laboratorium dan RM CPPT, serta waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan) standar harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 menit baik secara lisan maupun tulisan

Berdasarkan grafik hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tribulan III tahun 2024 telah memenuhi standar. Seluruh hasil tes kritis laboratorium telah dilaporkan. Hal ini disebabkan karena adanya buku bantu laporan yang sudah diseragamkan dengan unit pelayanan

Tindak Lanjut:

1. Mempertahan koordinasi antar unit untuk sistem pelaporan
2. Melakukan monitoring dan evaluasi proses ketepatan pelaporan melalui audit rekam medis
3. Diseminasi SPO pelaporan nilai kritis secara rutin dan berkelanjutan

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional/Formularium



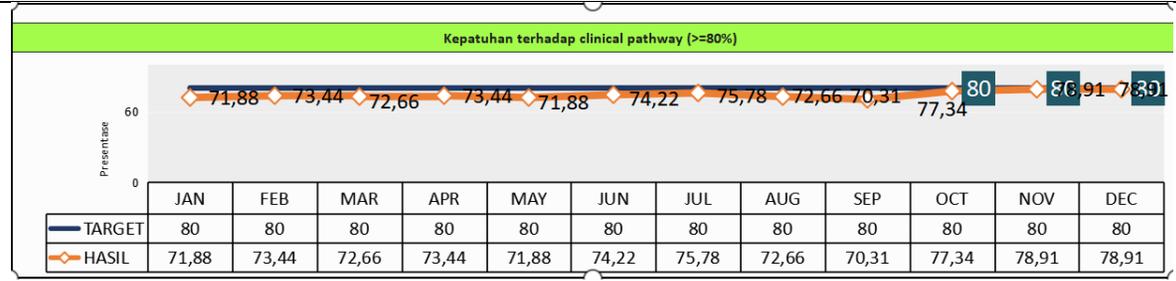
Analisa:

Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional. Capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tahun 2024 telah memenuhi standar. Seluruh hasil tes kritis laboratorium telah dilaporkan. Hal ini disebabkan karena adanya buku bantu laporan yang sudah diseragamkan dengan unit pelayanan

Tindak Lanjut:

1. Mempertahan koordinasi antar unit untuk sistem pelaporan
2. Melakukan monitoring dan evaluasi proses ketepatan pelaporan melalui audit rekam medis
3. Diseminasi SPO pelaporan nilai kritis secara rutin dan berkelanjutan

10. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway



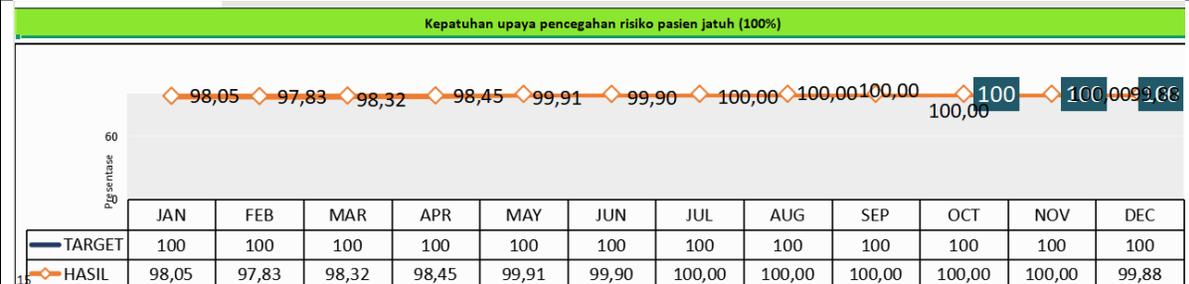
Analisa:

Parameter ini dapat menjadi cerminan mutu kualitas pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit dan juga menentukan biaya yang harus dikeluarkan. Secara keseluruhan grafik menunjukkan hasil kepatuhan terhadap clinical pathway mengalami peningkatan secara bertahap dari Januari hingga Juli, tetapi tidak berhasil mencapai target 80% pada seluruh bulan yang dianalisis. Hasil pada bulan September kembali menurun dibandingkan bulan sebelumnya. Kurangnya monitoring dan evaluasi menjadi penyebab ketidakpatuhan tenaga medis terhadap clinical pathway.

Tindak Lanjut:

1. Terapkan peresepan sesuai formularium rumah sakit.
2. Lakukan implementasi standarisasi asuhan klinik sesuai dengan clinical pathway
3. Lakukan koordinasi dengan komite medis untuk membahas ketepatan penggunaan antibiotik
4. Lakukan audit clinical pathway.

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh



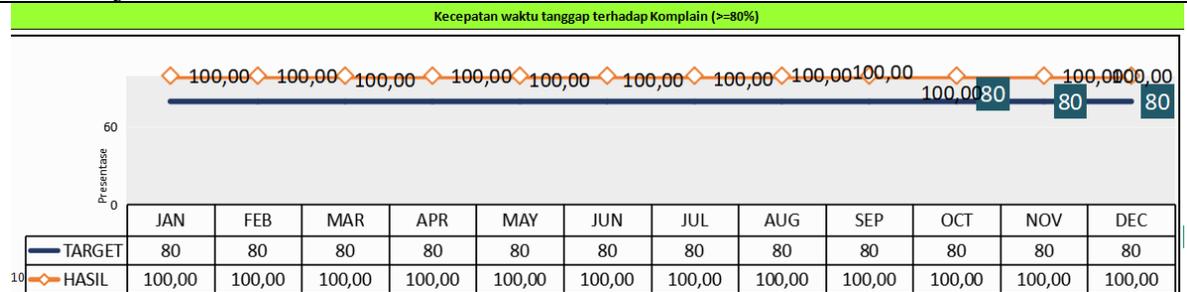
Analisa:

Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh telah mencapai target yang ditetapkan, menunjukkan bahwa rumah sakit telah berhasil mencegah risiko pasien jatuh dan memprioritaskan keselamatan pasien. Penyebab kegagalan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien seperti peralatan keamanan dan fasilitas yang baik dapat mendukung kecapaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh. Melakukan evaluasi secara berkala untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi, mengembangkan dan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan tenaga medis dalam mencegah risiko pasien jatuh.

Tindak Lanjut:

1. Mengaktifkan peran case manager untuk melakukan monitoring dan evaluasi Melakukan diseminasi tentang SPO, monev secara rutin dan berkala
2. Melaporkan hasil capaian kepada seluruh staf setiap tiga bulan sekali Sebagai upaya pembelajaran untuk mengambil nilai dari kesalahan yang terjadi sehingga dapat mencegah terjadinya kesalahan berulang.
3. Monitoring kepatuhan pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh di semua unit pelayanan oleh case manager secara berkelanjutan
4. Peningkatan kesadaran perawat terhadap pentingnya mendokumentasikan skrining pasien resiko jatuh
5. Peningkatan koordinasi unit kerja dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit untuk pengecekan sarana dan fasilitas di unit yang berindikasi risiko jatuh.
6. Edukasi kepada petugas dan keluarga pasien di setiap unit kerja tentang pencegahan pasien resiko jatuh
7. Edukasi petugas kepada keluarga pasien untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran keluarga untuk berperan serta dalam pencegahan cedera pada pasien resiko jatuh

12. Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain



Analisa:

Kecepatan respon terhadap komplain pada tribulan III tahun 2024 rata-rata sebesar 100% diatas target. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen komplain di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo menunjukkan hasil yang baik. Hal ini terbukti dari cepatnya pengelolaan complain serta adanya penyampaian informasi dari rumah sakit kepada pasien bahwa keluhan yang masuk sudah ditangani. Yang menjadi factor pendukung dalam manajemen komplain di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo adalah adanya SOP dan fasilitas complain, keterampilan yang

baik dari para petugas rumah sakit dalam menangani komplain, sehingga tiap ada pasien yang melakukan complain secara langsung ke petugas, petugas bisa memberikan penjelasan hingga pasien tersebut mengerti dan dapat menerima solusi yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit. Selain itu adanya sosialisasi yang berkesinambungan kepada pasien tentang bagaimana mereka dapat memberikan komplain mereka baik berupa masukan ataupun kritik terhadap rumah sakit.

Tindak Lanjut:

1. Melakukan diseminasi, monitoring dan evaluasi terhadap SPO manajemen complain
2. Memberikan pelatihan petugas secara berkala tentang manajemen konflik (penanganan complain)
3. Melakukan observasi terhadap sarana, fasilitas dan pelayanan yang berisiko munculnya komplain
4. Sosialisasi yang berkesinambungan mengenai media penyampaian complain kepada pasien / pengunjung RSUD Sidoarjo