




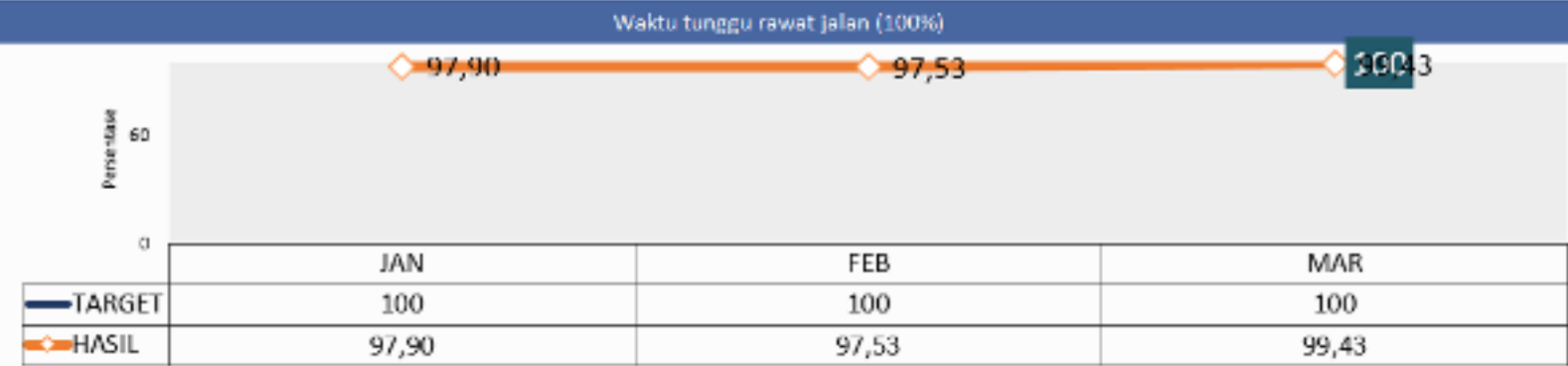
## DATA CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) TRIBULAN I TAHUN 2023


INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
Kepatuhan Identifikasi Pasien	$\Sigma$ proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar x 100% $\Sigma$ proses pelayanan yang di observasi	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #0056b3; color: white;">TARGET</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ff9800; color: white;">HASIL</td> <td>99,90</td> <td>99,95</td> <td>99,94</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p><b>Analisa</b> : 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. Berdasarkan grafik tersebut, hasil capaian tribulan I tahun 2023 trend capaian mengalami penurunan dan masih dibawah target, dengan rata2 capaian 99,93%. Masih tidak tercapainya target dikarenakan pengetahuan dan kemampuan petugas dalam implementasi identifikasi pasien masih kurang, selain itu masih kurangnya evaluasi dan monitoring. Supervisi dari atasan langsung dan para Ka tim dan tim manajerial sangatlah kuat dalam mendorong Kepatuhan petugas dalam Identifikasi Pasien melalui bimbingan dan arahan yang diberikan kepada petugas agar pelaksanaan pelayanan yang lebih berkualitas.</p> <p><b>Tindak lanjut</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan supervise/ pengawasan oleh atasan langsung terkait tindakan yang memerlukan identifikasi kepada Pasien</li> <li>2. Melakukan evaluasi pemahaman petugas terhadap keseragaman redaksi berdasarkan SPO yang sudah di</li> </ol>		JAN	FEB	MAR	TARGET	100	100	100	HASIL	99,90	99,95	99,94
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	100	100	100											
HASIL	99,90	99,95	99,94											

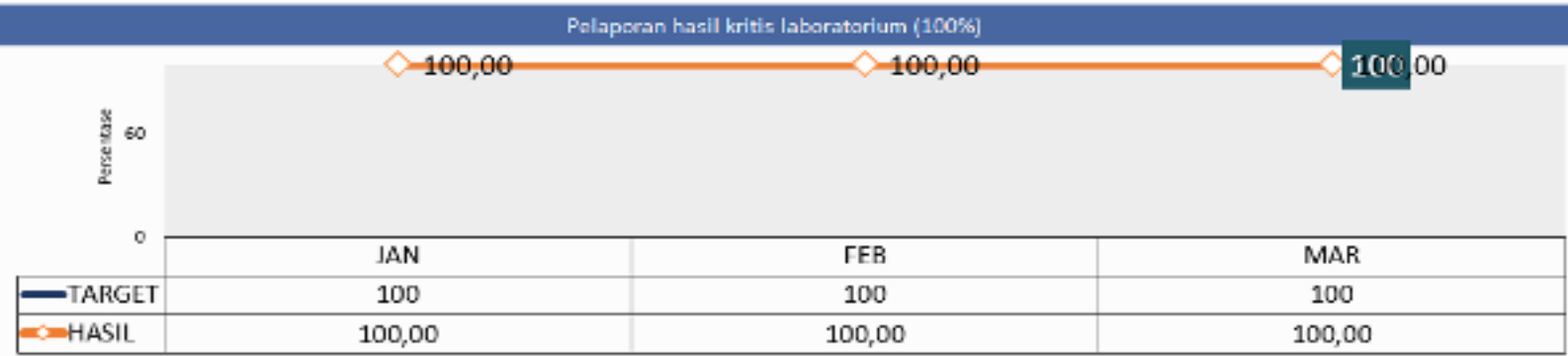
INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
		<p>tetapkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membuat jadwal role play pelaksanaan SPO identifikasi secara rutin</li> <li>4. Bagi karyawan baru secara berkesinambungan rumah sakit melakukan pemberian materi yang terkait dengan keselamatan pasien kedalam orientasi serta materi diklat pengembangan staf</li> <li>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</li> </ol>												
Kepatuhan waktu visite dokter	$\frac{\sum \text{visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan} \times 100\%}{\sum \text{visite dokter spesialis pada hari berjalan}}$	 <table border="1" data-bbox="924 841 2548 964"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>90,41</td> <td>93,74</td> <td>92,62</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Analisa</b> : 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%. Pada tribulan I tahun 2023 pencapaian indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis memenuhi standar bahkan dapat dikatakan di atas standar 92.25%.</p> <p>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 Sidoarjo seiring dengan meningkatnya komitmen pelaksanaan Clinical pathway.</p> <p><b>Tindak lanjut yang telah dilakukan</b></p>		JAN	FEB	MAR	TARGET	80	80	80	HASIL	90,41	93,74	92,62
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	80	80	80											
HASIL	90,41	93,74	92,62											

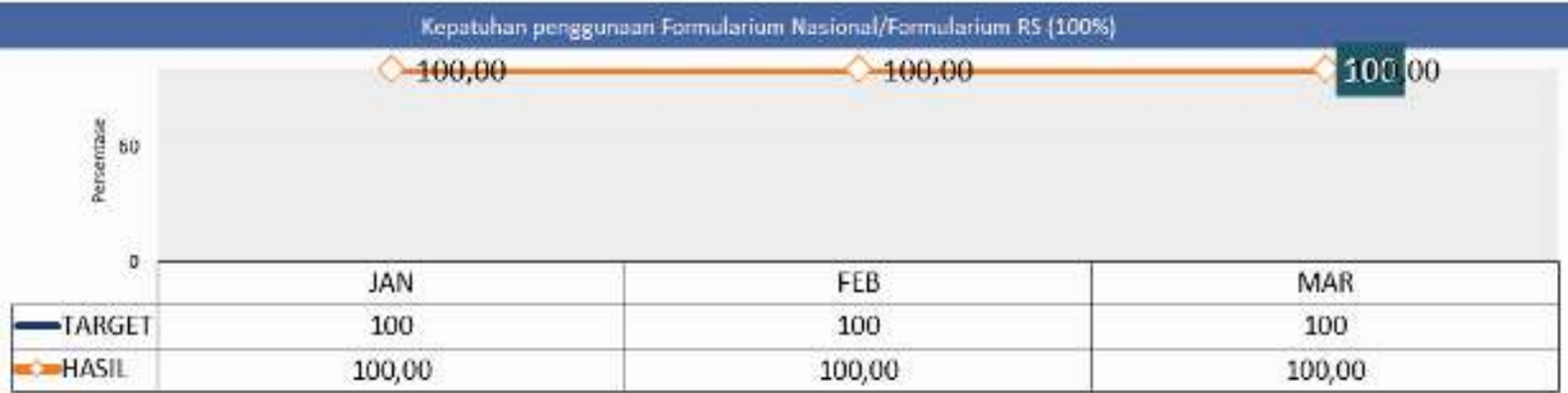
INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan sistem koordinasi antara unit rawat inap , rawat jalan dengan DPJP yang harus melakukan visite</li> <li>2. Mempertahankan metode jadwal kegiatan dokter yang dikondisikan dengan kegiatan sesuai prioritas..</li> <li>3. Rutin dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan clinical pathway</li> <li>4. Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP dan Edaran di setiap KSM</li> <li>5. Supervisi jam visite dokter spesialis oleh komite medik</li> </ol>												
Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	<p><u>Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh</u> x 100%</p> <p>Jumlah kasus yang berisiko jatuh. Semua pasien</p>	 <table border="1" data-bbox="927 779 2499 901"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>99,14</td> <td>99,42</td> <td>95,09</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Analisa :</b> Berdasarkan grafik didapatkan hasil capaian belum mencapai target. Hal ini disebabkan karena setelah melakukan assesmen ulang risiko jatuh, staf tidak melakukan dokumentasi hasil edukasi terkait pencegahan risiko jatuh kepada Pasien dan keluarga di lembar edukasi dan juga optimalnya supervisi terhadap kepatuhan staf dalam upaya pencegahan risiko jatuh.</p> <p><b>Tindak lanjut</b> dari hasil capaian yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengaktifkan peran case manager untuk melakukan monitoring dan evaluasi Melakukan diseminasi tentang SPO, monev secara rutin dan berkala</li> <li>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.</li> <li>3. Monitoring kepatuhan pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh di semua unit pelayanan oleh case manager secara berkelanjutan</li> </ol>		JAN	FEB	MAR	TARGET	100	100	100	HASIL	99,14	99,42	95,09
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	100	100	100											
HASIL	99,14	99,42	95,09											

INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Peningkatan kesadaran perawat terhadap pentingnya mendokumentasikan skrining pasien resiko jatuh</li> <li>5. Peningkatan koordinasi unit kerja dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit untuk pengecekan sarana dan fasilitas di unit yang berindikasi risiko jatuh.</li> <li>6. Edukasi kepada petugas dan keluarga pasien di setiap unit kerja tentang pencegahan pasien resiko jatuh</li> <li>7. Edukasi petugas kepada keluarga pasien untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran keluarga untuk berperan serta dalam pencegahan cedera pada pasien resiko jatuh</li> </ol>												
Waktu tanggap seksio sesarea emergensi	<p>Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat- darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu <math>\leq 5</math> menit x 100%</p> <p>Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-</p>	 <p>Waktu tanggap seksio sesarea emergensi (&gt;80%)</p> <table border="1" data-bbox="924 760 2537 865"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>75,00</td> <td>100,00</td> <td>75,00</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Analisa :</b> Berdasarkan grafik tersebut , Hasil capaian waktu tanggap seksio sesarea emergensi belum mencapai target.</p> <p><b>Tindak lanjut</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usulan penempatan dokter di area skrining triage</li> <li>2. Melakukan evaluasi jadwal jaga dokter terkait waktu dan jumlah kunjungan pasien yang meningkat</li> <li>3. Mengaktifkan penanggung jawab shift untuk mengatur alur pasien masuk sehingga tindakan dapat dilakukan sesuai dengan jam kedatangan dan tingkat kegawatan</li> <li>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.</li> <li>5. Bidang Pelayanan MNE melakukan evaluasi emergency respon time terhadap petugas secara berkelanjutan</li> </ol>		JAN	FEB	MAR	TARGET	80	80	80	HASIL	75,00	100,00	75,00
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	80	80	80											
HASIL	75,00	100,00	75,00											

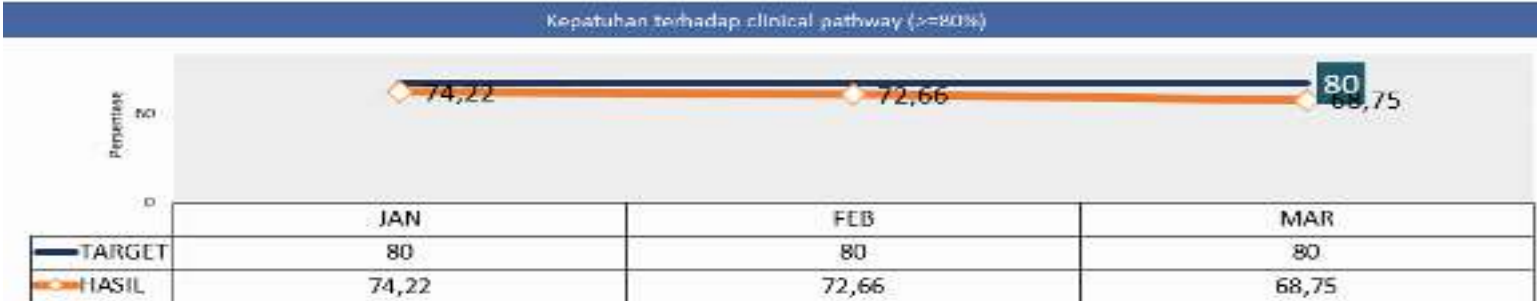
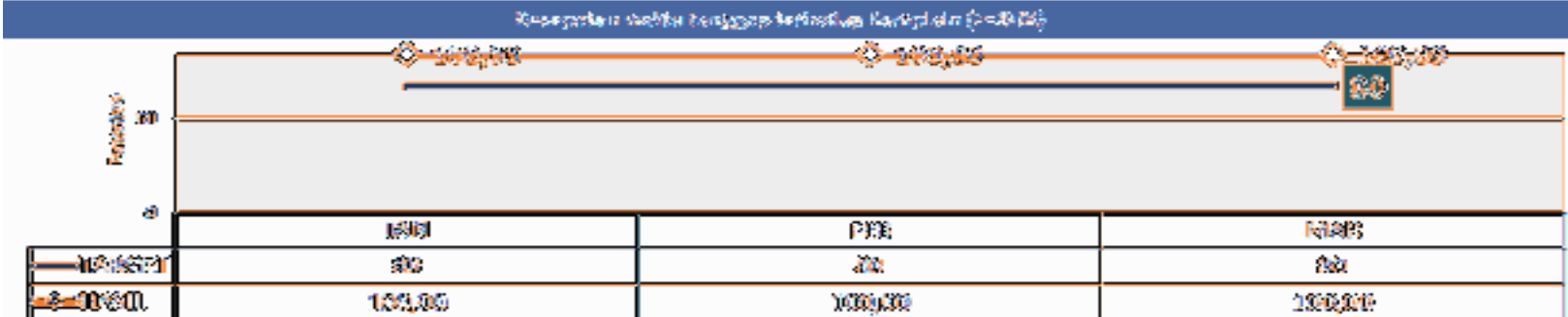
INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
Waktu tunggu rawat jalan	$\frac{\sum \text{waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei} \times 100\%}{\sum \text{seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}}$	 <table border="1" data-bbox="924 561 2502 683"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>97,90</td> <td>97,53</td> <td>99,43</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Analisa :</b>  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 oleh rumah sakit, sekaligus mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien.  Dalam grafik diatas bisa dilihat bahwa tren telah mencapai target. Hal ini dikarenakan sistem online digunakan untuk antrian di poli dan antrian pendaftaran loket.</p> <p><b>Tindak lanjut yang telah dilakukan untuk mencapai target:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendaftaran sistem online * dilengkapi jam datang pasien harus ke rumah sakit</li> <li>2. Ketika di loket pendaftaran dimunculkan nomer antrian sesuai sistem online per poli</li> <li>3. Memaksimalkan bagian Front Office Rawat jalan dalam mengecek kelengkapan berkas pasien sebelum dipanggil nomer antrian</li> <li>4. Meminimalisir keterlambatan kedatangan dokter melalui pengaturan jadwal dokter jaga di Klinik Spesialis</li> <li>5. Koordinator Klinik aktif mengingatkan/ menghubungi dokter yang bertugas agar datang tepat waktu di Klinik</li> </ol>		JAN	FEB	MAR	TARGET	100	100	100	HASIL	97,90	97,53	99,43
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	100	100	100											
HASIL	97,90	97,53	99,43											
Penundaan	$\sum$ pasien yang													

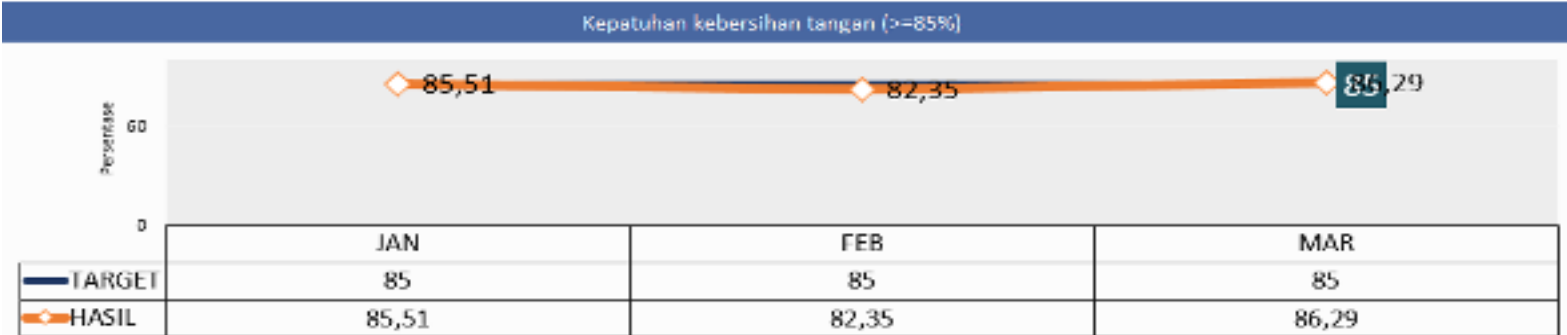
INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
Operasi Elektif	<u>waktu jadwal operasinya</u> <u>berubah x 100%</u> $\sum$ pasien operasi elektif	 <p style="text-align: center;">Penundaan operasi elektif (&lt;5%)</p> <table border="1" data-bbox="919 555 2467 678"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>0,36</td> <td>1,08</td> <td>0,73</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Analisa:</b>            Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang telah direncanakan/ dijadwalkan. Pengukuran indikator Penundaan operasi elektif bertujuan untuk menggambarkan kecepatan pelayanan kamar operasi.</p> <p>Berdasarkan grafik tersebut didapatkan bahwa hasil capaian tribulan I tahun 2023 sudah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 0%.</p> <p>Masih adanya penundaan operasi elektif di RSUD Sidoarjo disebabkan karena kondisi Pasien. baik secara kondisi kesehatan pasien maupun secara administratif. Penyebab tersebut diantaranya, Laborat pasien belum normal, Tensi masih tinggi, Dokter Spesialis Paru, IPD, Jantung dll belum acc, Kondisi /keadaan umum pasien belum memungkinkan Pasien masih dapat terapi ASA</p> <p><b>Tindak lanjut yang telah dilakukan untuk mencapai target:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian lebih jelas dengan melakukan pemeriksaan penunjang terkait riwayat penyakit pasien dan keluhan yang menyertai</li> <li>2. Memberikan edukasi kepada pasien ketika mendaftar operasi tentang kondisi tubuh seperti apa</li> <li>3. yang bisa menyebabkan penundaan operasi</li> <li>4. Memberikan edukasi kepada pasien diawal pasien daftar operasi tentang perkiraan biaya operasi baik</li> </ol>		JAN	FEB	MAR	TARGET	5	5	5	HASIL	0,36	1,08	0,73
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	5	5	5											
HASIL	0,36	1,08	0,73											

INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN
		secara BPJS (jika naik kelas) ataupun secara tunai.
Pelaporan hasil kritis laboratorium	$\Sigma$ pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit x 100% $\Sigma$ seluruh pemeriksaan laboratorium kritis	 <p><b>Analisa :</b></p> <p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium dilaksanakan dengan tujuan tergambar 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</p> <p>Berdasarkan grafik hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tribulan I tahun 2023 telah memenuhi standar. Seluruh hasil tes kritis laboratorium telah dilaporkan. Hal ini disebabkan karena adanya buku bantu laporan yang sudah diseragamkan dengan unit pelayanan.</p> <p><b>Tindak lanjut</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahan koordinasi antar unit untuk sistem pelaporan</li> <li>2. Melakukan monitoring dan evaluasi proses ketepatan pelaporan melalui audit rekam medis</li> </ol>

INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
8. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	$\frac{\sum R/ \text{ yang patuh dengan formularium nasional}}{\sum \text{ seluruh R/}} \times 100 \%$	<p data-bbox="962 264 1983 297">3. Diseminasi SPO pelaporan nilai kritis secara rutin dan berkelanjutan</p>  <p data-bbox="924 347 2502 389">Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional/Formularium RS (100%)</p> <table border="1" data-bbox="924 389 2502 740"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="924 797 2569 943"><b>Analisa :</b> 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.</p> <p data-bbox="924 984 2569 1089">Berdasarkan grafik hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tribulan I tahun 2023 telah memenuhi standar. Seluruh hasil tes kritis laboratorium telah dilaporkan. Hal ini disebabkan karena adanya buku bantu laporan yang sudah diseragamkan dengan unit pelayanan.</p> <p data-bbox="924 1130 2569 1276"><b>Tindak lanjut</b></p> <ol data-bbox="962 1170 2306 1276" style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahan koordinasi antar unit untuk sistem pelaporan</li> <li>2. Melakukan monitoring dan evaluasi proses ketepatan pelaporan melalui audit rekam medis</li> <li>3. Diseminasi SPO pelaporan nilai kritis secara rutin dan berkelanjutan</li> </ol>		JAN	FEB	MAR	TARGET	100	100	100	HASIL	100,00	100,00	100,00
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	100	100	100											
HASIL	100,00	100,00	100,00											
9. Kepatuhan terhadap clinical														



INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
pathway		 <p>Kepatuhan terhadap clinical pathway (&gt;=80%)</p> <table border="1" data-bbox="919 483 2456 581"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>74,22</td> <td>72,66</td> <td>68,75</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Analisa :</b>  Parameter ini dapat menjadi cerminan mutu kualitas pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit dan juga menentukan biaya yang harus dikeluarkan.  Berdasarkan grafik didapatkan hasil capaian belum memenuhi target.</p> <p><b>Tindak lanjut</b> dari hasil capaian yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapkan persepian sesuai formularium rumah sakit.</li> <li>2. Lakukan implementasi standarisasi asuhan klinik sesuai dengan clinical pathway</li> <li>3. Lakukan koordinasi dengan komite medis untuk membahas ketepatan penggunaan antibiotik</li> <li>4. Lakukan audit clinical pathway.</li> </ol>		JAN	FEB	MAR	TARGET	80	80	80	HASIL	74,22	72,66	68,75
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	80	80	80											
HASIL	74,22	72,66	68,75											
10.Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain	Jumlah KKM, KKK dan KKH yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti	 <p>Respons waktu tanggap keluhan komplain (&lt;=30 hari)</p> <table border="1" data-bbox="919 1273 2537 1377"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>30</td> <td>30</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>90,00</td> </tr> </tbody> </table>		JAN	FEB	MAR	TARGET	30	30	30	HASIL	100,00	100,00	90,00
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	30	30	30											
HASIL	100,00	100,00	90,00											

INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN												
		<p><b>Analisa</b> : Kecepatan respon terhadap komplain tribulan I tahun 2023 rata-rata sebesar 100% diatas target. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen komplain di RSUD 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 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 RSUD. Selain itu adanya sosialiasi yang berkesinambungan kepada pasien tentang bagaimana mereka dapat memberikan komplain mereka baik berupa masukan ataupun kritik terhadap rumah sakit</p> <p><b>Tindak lanjut yang telah dilakukan:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan diseminasi, monitoring dan evaluasi terhadap SPOManajemen complain</li> <li>2. Memberikan pelatihan petugas secara berkala tentang manajemen konflik (penanganan complain)</li> <li>3. Melakukan observasi terhadap sarana, fasilitas dan pelayanan yang berisiko munculnya komplain</li> <li>4. Sosialisasi yang berkesinambungan mengenai media penyampaian complain kepada pasien / pengunjung RSUD Sidoarjo</li> </ol>												
11.Kepatuhan kebersihan tangan	Total kebersihan tangan yang dilakukan x 100% Peluang kebersihan tangan	 <table border="1" data-bbox="951 1268 2494 1377"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TARGET</td> <td>85</td> <td>85</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>HASIL</td> <td>85,51</td> <td>82,35</td> <td>86,29</td> </tr> </tbody> </table>		JAN	FEB	MAR	TARGET	85	85	85	HASIL	85,51	82,35	86,29
	JAN	FEB	MAR											
TARGET	85	85	85											
HASIL	85,51	82,35	86,29											

INDIKATOR	METODE PENGUKURAN	HASIL CAPAIAN
		<p><b>Analisa :</b>  Kepatuhan cuci tangan adalah ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan lima momen.</p> <p>kepatuhan cuci tangan di RSUD Sidoarjo tribulan I tahun 2023 belum mencapai target. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit menurun. Hal tersebut disebabkan oleh kurangnya pengetahuan petugas tentang cuci tangan. Petugas biasanya lupa mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien. Petugas tidak mengingat seluruh momen wajib cuci tangan, Tidak terdapat supervisi rutin oleh kepala ruangan, Budaya cuci tangan belum dilaksanakan secara optimal.</p> <p>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 Sidoarjo. Karena kebersihan tangan merupakan salah satu indikator keselamatan pasien yang harus dijalankan oleh petugas di rumah sakit, maka meningkatnya kepatuhan petugas dalam cuci tangan juga berarti meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD Sidoarjo.</p> <p><b>Tindak lanjut :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan dengan melakukan</li> <li>2. Pelatihan PPI cuci tangan oleh tim PPI bisa dengan metode road show.</li> <li>3. Peningkatan kepedulian individu di setiap unit kerja untuk segera mengganti botol handrub yang kosong dengan yang terisic</li> <li>4. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan</li> <li>5. Pengadaan supervisi rutin oleh kepala ruangan atau ka tim</li> <li>6. Sosialisai dan momitoring pelaksanaan SPO hand hygiene</li> <li>7. Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene oleh IPCN dan IPCL</li> <li>8. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelatihan dan supervisi</li> <li>9. Monitoring capaian angka kepatuhan setiap bulan oleh tim PPI dan dievaluasi setiap tiga bulan</li> <li>10. Memberikan <i>reward and punishment</i> untuk memantau dan sebagai upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan hand hygiene</li> <li>11. Pemeliharaan dan perbaikan wastafel secara berkala sehingga dapat berfungsi baik.</li> </ol>

### **BAB III PENUTUP**

Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dilakukan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan, penunjang medis dan non medis, maupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen; dan dilakukan supervisi dan evaluasi secara berkelanjutan.

Laporan publikasi pencapaian indikator mutu Rumah Sakit ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit untuk melakukan perbaikan mutu layanan serta menyusun perencanaan, pembiayaan pada setiap jenis pelayanan RSUD Sidoarjo.