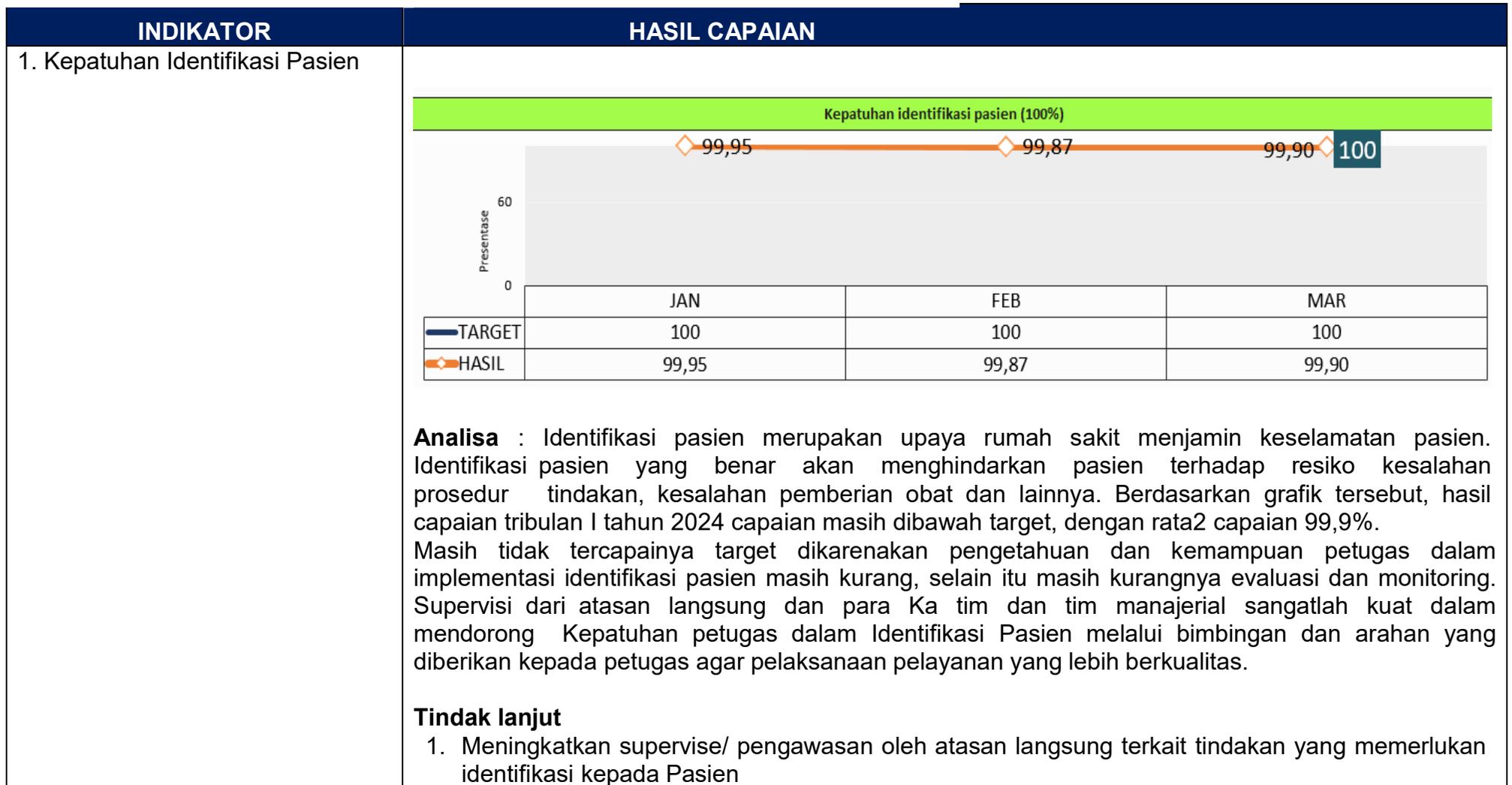
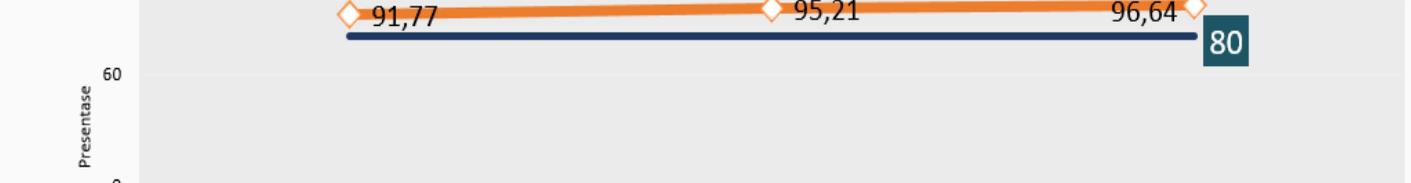
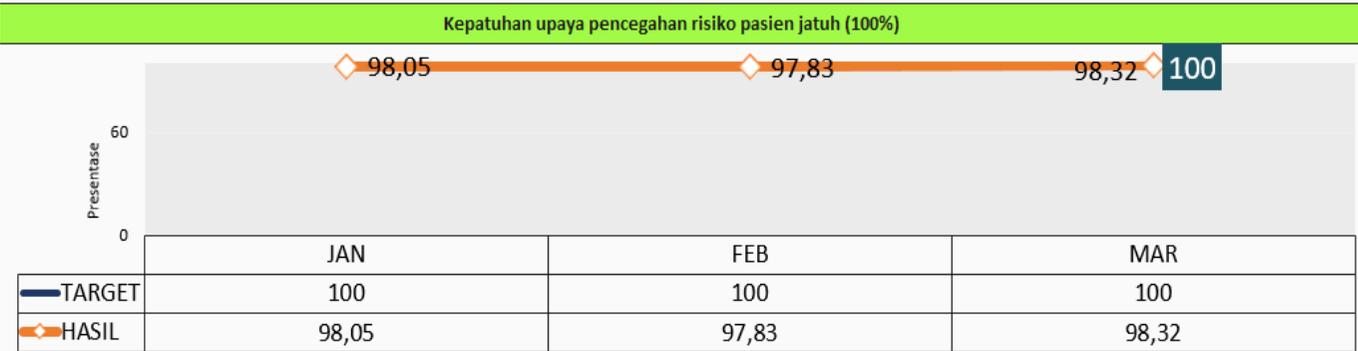
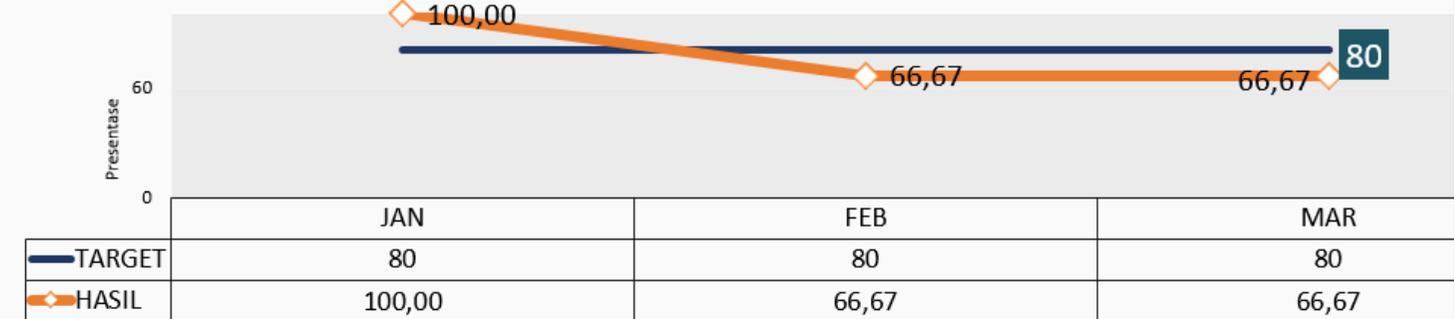


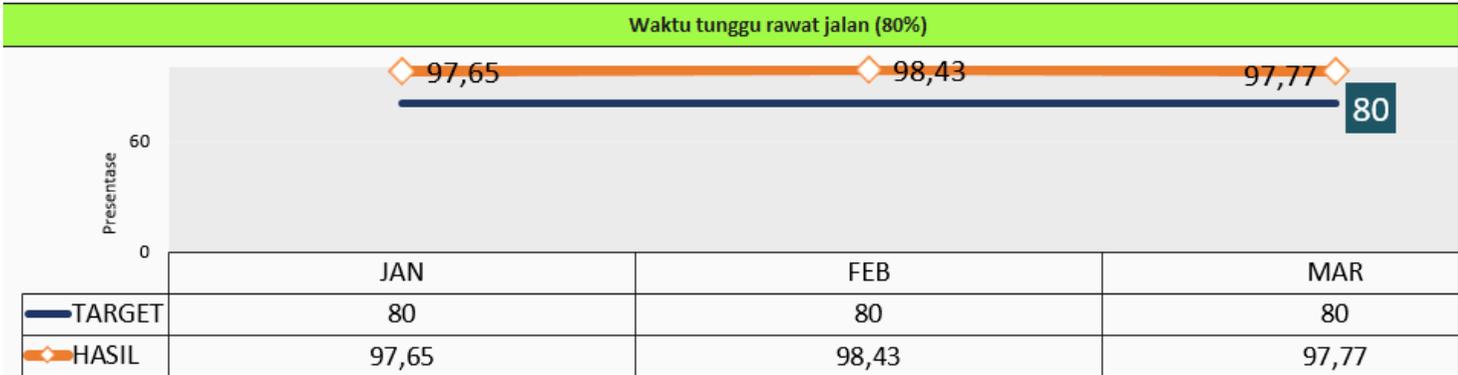
DATA CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) TRIBULAN I TAHUN 2024

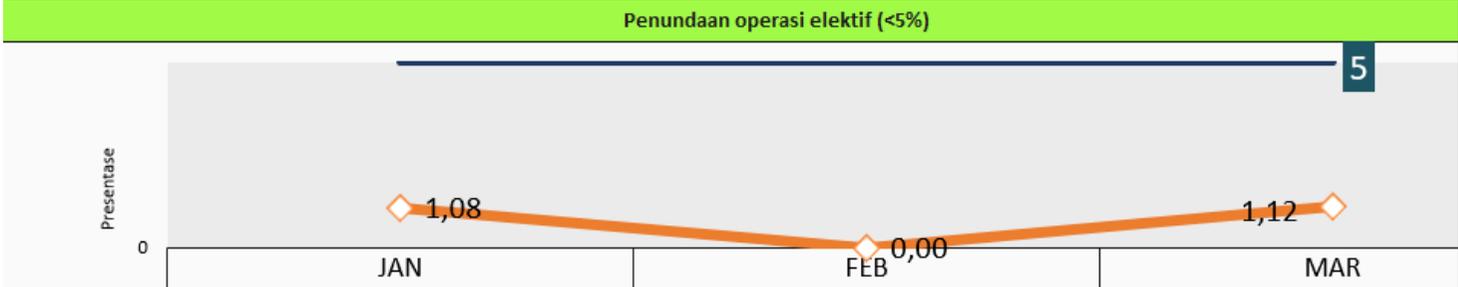


INDIKATOR	HASIL CAPAIAN												
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan evaluasi pemahaman petugas terhadap keseragaman redaksi berdasarkan SPO yang sudah di tetapkan 3. Membuat jadwal role play pelaksanaan SPO identifikasi secara rutin 4. Bagi karyawan baru secara berkesinambungan rumah 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 cedera 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 												
2. Kepatuhan waktu visite dokter	<div style="text-align: center; background-color: #90EE90; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Kepatuhan waktu visite dokter (≥80%)</div>  <table border="1" data-bbox="683 925 2094 1053"> <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>91,77</td> <td>95,21</td> <td>96,64</td> </tr> </tbody> </table> <p>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%. Pada tribulan I tahun 2024 pencapaian indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis memenuhi standar bahkan dapat dikatakan di atas standar 94,54%.</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 R.T.</p>		JAN	FEB	MAR	TARGET	80	80	80	HASIL	91,77	95,21	96,64
	JAN	FEB	MAR										
TARGET	80	80	80										
HASIL	91,77	95,21	96,64										

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN												
	<p>Notopuro Sidoarjo seiring dengan meningkatnya komitmen pelaksanaan Clinical pathway.</p> <p>Tindak lanjut yang telah dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 medik 												
<p>3. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh</p>	 <table border="1" data-bbox="698 933 2056 1050"> <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>98,05</td> <td>97,83</td> <td>98,32</td> </tr> </tbody> </table> <p>Analisa : 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 pencehagahan risiko jatuh.</p> <p>Tindak lanjut dari hasil capaian yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengaktifkan peran case manajer untuk melakukan monitoring dan evaluasi Melakukan 		JAN	FEB	MAR	TARGET	100	100	100	HASIL	98,05	97,83	98,32
	JAN	FEB	MAR										
TARGET	100	100	100										
HASIL	98,05	97,83	98,32										

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN												
	<p>diseminasi tentang SPO, monev secara rutin dan berkala</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 												
4. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi	<div style="background-color: #90EE90; text-align: center; padding: 5px;">Waktu tanggap seksio sesarea emergensi (>80%)</div>  <table border="1" data-bbox="678 1086 2132 1209"> <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>100,00</td> <td>66,67</td> <td>66,67</td> </tr> </tbody> </table> <p>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. Adapun kategori emergensi yang diukur adalah adalah kaegori 1 (Misalnya : fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante</p>		JAN	FEB	MAR	TARGET	80	80	80	HASIL	100,00	66,67	66,67
	JAN	FEB	MAR										
TARGET	80	80	80										
HASIL	100,00	66,67	66,67										

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN												
	<p>partum dengan perdarahan aktif). Kecepatan dalam waktu tanggap pelaksanaan operasi seksio sesarea emergensi akan menentukan keluaran yang baik bagi pasien. Berdasarkan grafik tersebut , Hasil capaian waktu tanggap seksio sesarea emergensi belum mencapai target. RSUD R.T Notopuro Sidoarjo terus berusaha untuk memperbaiki sistem untuk dapat memberikan pelayanan yang mendukung sebagai rumah sakit kelas A</p> <p>Tindak lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	 <table border="1" data-bbox="674 1230 2132 1356"> <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>97,65</td> <td>98,43</td> <td>97,77</td> </tr> </tbody> </table>		JAN	FEB	MAR	TARGET	80	80	80	HASIL	97,65	98,43	97,77
	JAN	FEB	MAR										
TARGET	80	80	80										
HASIL	97,65	98,43	97,77										

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN												
	<p>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 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>Tindak lanjut yang telah dilakukan untuk mencapai target:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p style="text-align: center;">Penundaan operasi elektif (<5%)</p>  <table border="1" data-bbox="674 1281 2132 1399"> <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>1,08</td> <td>0,00</td> <td>1,12</td> </tr> </tbody> </table>		JAN	FEB	MAR	TARGET	5	5	5	HASIL	1,08	0,00	1,12
	JAN	FEB	MAR										
TARGET	5	5	5										
HASIL	1,08	0,00	1,12										

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	<p>Analisa: 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 2024 sudah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 0,73%.</p> <p>Masih adanya penundaan operasi elektif di RSUD R.T. Notopuro 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>Tindak lanjut yang telah dilakukan untuk mencapai target:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 3. yang bisa menyebabkan penundaan operasi 4. Memberikan edukasi kepada pasien diawal pasien daftar operasi tentang perkiraan biaya operasi baik secara BPJS (jika naik kelas) ataupun secara tunai.

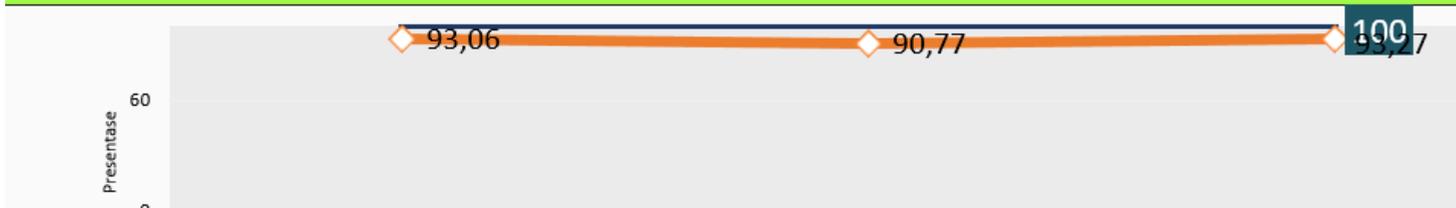
INDIKATOR	HASIL CAPAIAN			
7. Pelaporan hasil kritis laboratorium	Pelaporan hasil kritis laboratorium (100%)			
	Presentase 60 0			
		JAN	FEB	MAR
	— TARGET	100	100	100
	◆ HASIL	100,00	100,00	100,00
<p>Analisa :</p> <p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium dilaksanakan dengan tujuan tergambar upaya 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 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.</p> <p>Tindak lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahan koordinasi antar unit untuk sistem pelaporan 2. Melakukan monitoring dan evaluasi proses ketepatan pelaporan melalui audit rekam medis 				

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN														
8. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	3. Diseminasi SPO pelaporan nilai kritis secara rutin dan berkelanjutan														
	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional/Formularium RS (100%)														
		100,00	100,00	100,00											
	<table border="1"> <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>		JAN	FEB	MAR	TARGET	100	100	100	HASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	JAN	FEB	MAR												
TARGET	100	100	100												
HASIL	100,00	100,00	100,00												
<p>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. Berdasarkan grafik hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tribulan I 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.</p> <p>Tindak lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 															

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN														
9. Kepatuhan terhadap clinical pathway	Kepatuhan terhadap clinical pathway (>=80%)														
	 <table border="1" data-bbox="683 582 2116 707"> <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>71,88</td> <td>73,44</td> <td>72,66</td> </tr> </tbody> </table>				JAN	FEB	MAR	TARGET	80	80	80	HASIL	71,88	73,44	72,66
	JAN	FEB	MAR												
TARGET	80	80	80												
HASIL	71,88	73,44	72,66												
	<p>Analisa : 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 (72,19%)</p> <p>Tindak lanjut dari hasil capaian yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 														

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN			
10. Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain	Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain (>=80%)			
	— TARGET	80	80	80
	◆ HASIL	100,00	100,00	100,00
<p>Analisa : Kecepatan respon terhadap komplain tribulan I 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 RSUD. Selain itu adanya sosialisasi yang berkesinambungan kepada pasien tentang bagaimana mereka dapat memberikan komplain mereka baik berupa masukan ataupun kritik terhadap rumah sakit</p>				
<p>Tindak lanjut yang telah dilakukan:</p>				
<ol style="list-style-type: none"> 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 complain 4. Sosialisasi yang berkesinambungan mengenai media penyampaian complain kepada pasien / pengunjung RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo 				

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN														
11. Kepatuhan kebersihan tangan	Kepatuhan kebersihan tangan (>=85%)														
															
	<table border="1"> <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>82,22</td> <td>81,71</td> <td>81,71</td> </tr> </tbody> </table>		JAN	FEB	MAR	TARGET	85	85	85	HASIL	82,22	81,71	81,71		
	JAN	FEB	MAR												
TARGET	85	85	85												
HASIL	82,22	81,71	81,71												
<p>Analisa : 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 R.T. Notopuro Sidoarjo tribulan I tahun 2024 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>Tindak lanjut :</p>															

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN												
	<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 terisic 4. Penyediaan banner dan poster cuci tangan untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan 5. Pengadaan supervisi rutin oleh kepala ruangan atau ka tim 6. Sosialisai dan momitoring pelaksanaan SPO hand hygiene 7. Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene oleh IPCN dan IPCL 8. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelatihan dan supervisi 9. Monitoring capaian angka kepatuhan setiap bulan oleh tim PPI dan dievaluasi setiap tiga bulan 10. Memberikan <i>reward and punishment</i> untuk memantau dan sebagai upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan hand hygiene 11. Pemeliharaan dan perbaikan wastafel secara berkala sehingga dapat berfungsi baik. 												
12. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri	<div style="text-align: center; background-color: #90EE90; padding: 5px;">Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (100%)</div>  <table border="1" data-bbox="672 1053 2128 1181"> <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>93,06</td> <td>90,77</td> <td>93,27</td> </tr> </tbody> </table> <p>Analisa : Angka Kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) tahun 2023 belum memenuhi target. Hal ini menunjukkan rendahnya tingkat kepatuhan dan kesadaran petugas laboratorium tentang penggunaan APD sebagai upaya cara mengurangi risiko infeksi.</p>		JAN	FEB	MAR	TARGET	100	100	100	HASIL	93,06	90,77	93,27
	JAN	FEB	MAR										
TARGET	100	100	100										
HASIL	93,06	90,77	93,27										

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	Tindak lanjut 1) Sosialisasi pentingnya penggunaan APD 2) Monitoring dan evaluasi oleh IPCN