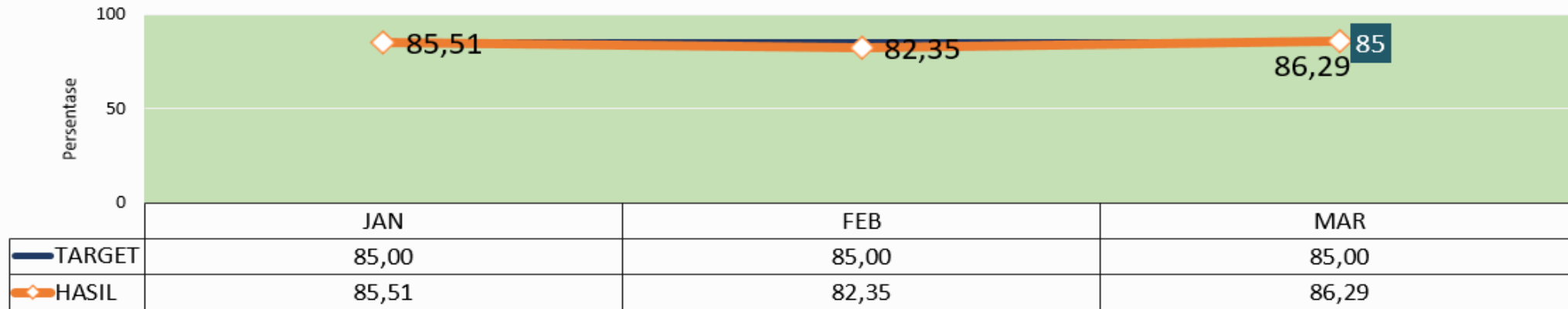


# KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

Kepatuhan kebersihan tangan



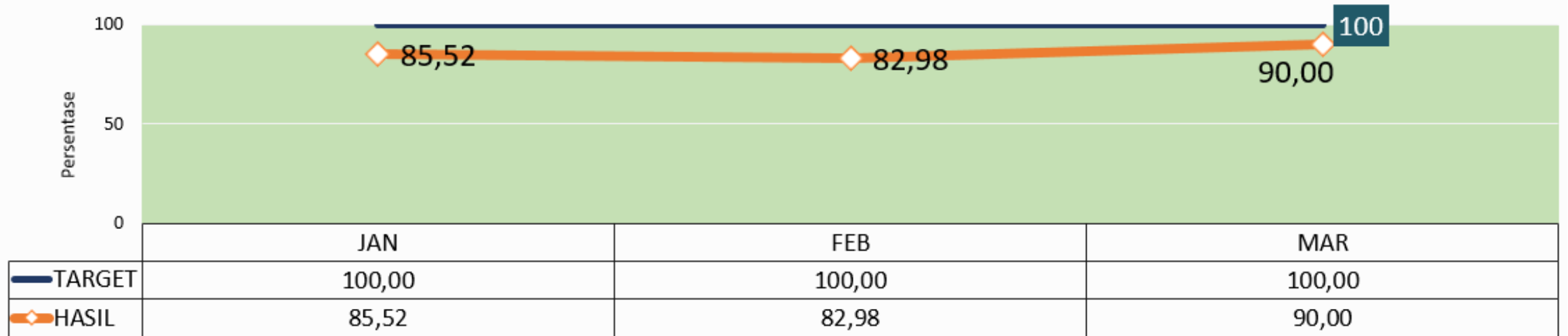
## ANALISA

kepatuhan cuci tangan di RSUD Sidoarjo tribulan I tahun 2022 telah mencapai target. Hal ini menunjukkan bahwa upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit telah meningkat. Hal tersebut disebabkan oleh meningkatnya pengetahuan petugas tentang cuci tangan. terdapat supervisi rutin oleh kepala ruangan, Sehingga budaya cuci tangan bisa dilaksanakan secara optimal.

## TINDAK LANJUT

- 1) Peningkatan pemahaman, kepedulian dan kesadaran pentingnya cuci tangan dengan melakukan Pelatihan PPI cuci tangan oleh tim PPI bisa dengan metode road show.
- 2) Peningkatan kepedulian individu di setiap unit kerja untuk segera mengganti botol handrub yang kosong dengan yang terisic
- 3) 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.

Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri

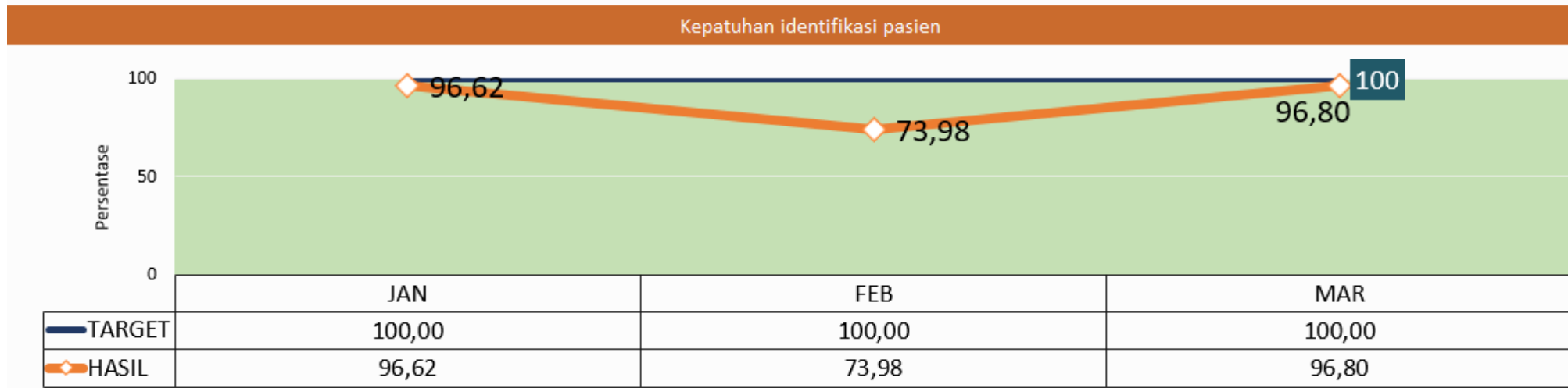


## ANALISA

Angka Kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri ( APD ) tribulan I tahun 2022 belum memenuhi target. Hal ini menunjukkan rendahnya tingkat kepatuhan dan kesadaran petugas laboratorium tentang penggunaan APD sebagai upaya cara mengurangi risiko infeksi.

## TINDAK LANJUT

1. Sosialisasi pentingnya penggunaan APD
2. Monitoring dan evaluasi oleh IPCN



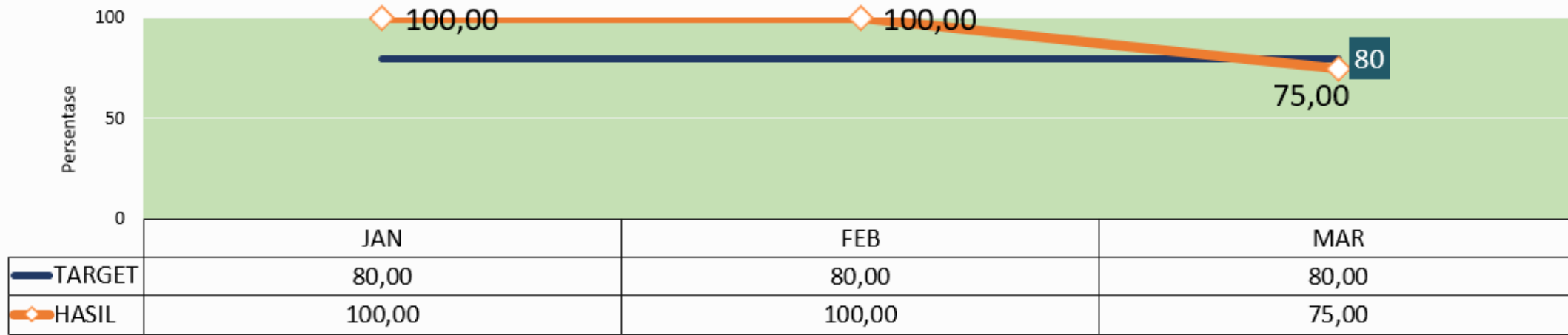
### ANALISA

capaian masih dibawah target. 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.

### 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

Waktu tanggap seksio sesarea emergensi

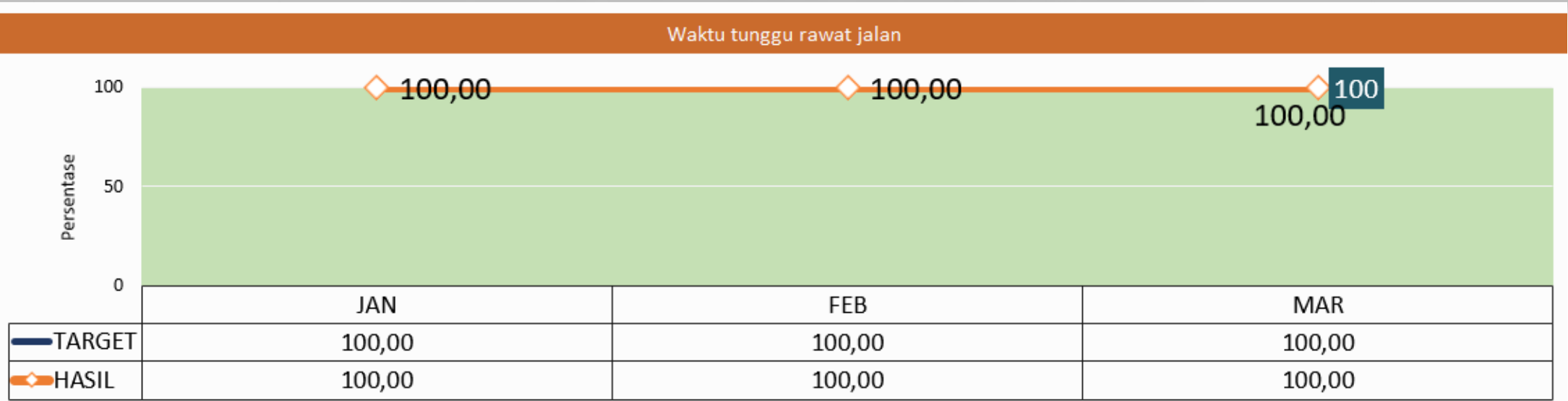


## ANALISA

Indikator ini diukur untuk mengetahui jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergency kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergency  $\leq 30$  menit. Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa pencapaian indicator waktu tanggap SC emergency pada TW I tahun 2022 menurun.

## 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 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



### ANALISA

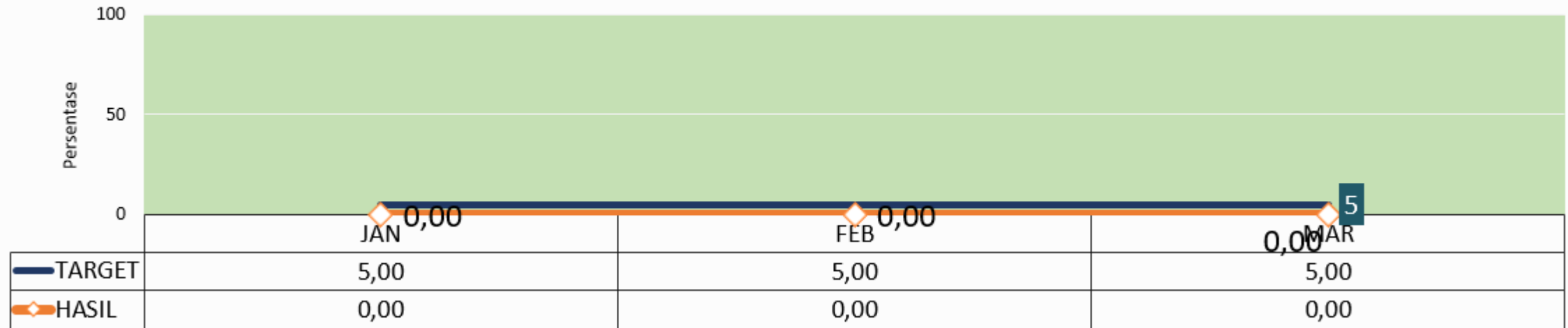
Waktu tunggu rawat jalan yaitu mulai dari kedatangan pasien untuk mengambil nomor antrian sampai mendapatkan pemeriksaan oleh dokter. aspek lamanya waktu tunggu pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu hal penting dan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan 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.

### 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

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.

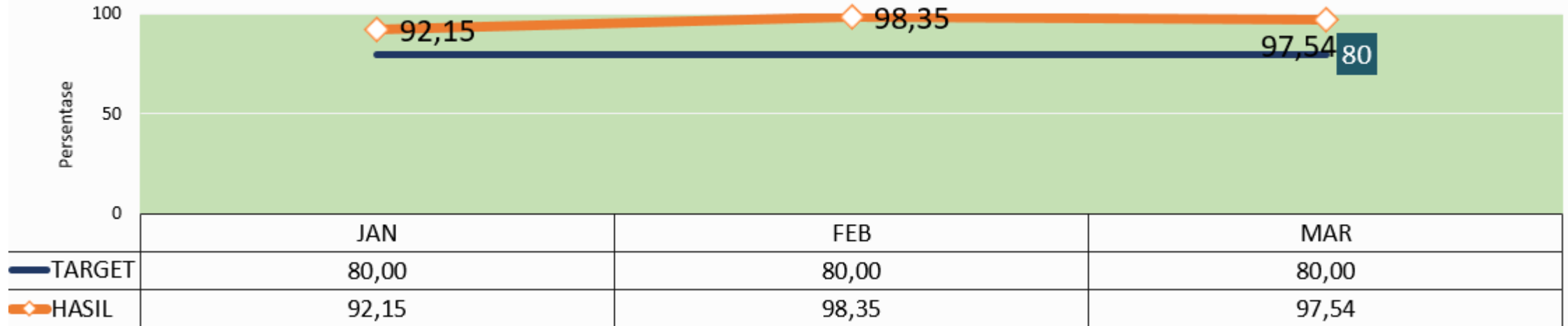
Berdasarkan grafik tersebut didapatkan bahwa hasil capaian tribulan I tahun 2022 sudah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 0%. Masih adanya penundaan operasi elektif di RSUD Sidoarjo disebabkan karena kondisi Pasien. baik secara kondisi kesehatan pasien maupun secara administratif. Penyebab 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

### 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. Memberikan edukasi kepada pasien diawal pasien daftar operasi tentang perkiraan biaya operasi baik secara BPJS (jika naik kelas) ataupun secara tunai.

# KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER

Kepatuhan waktu visite dokter



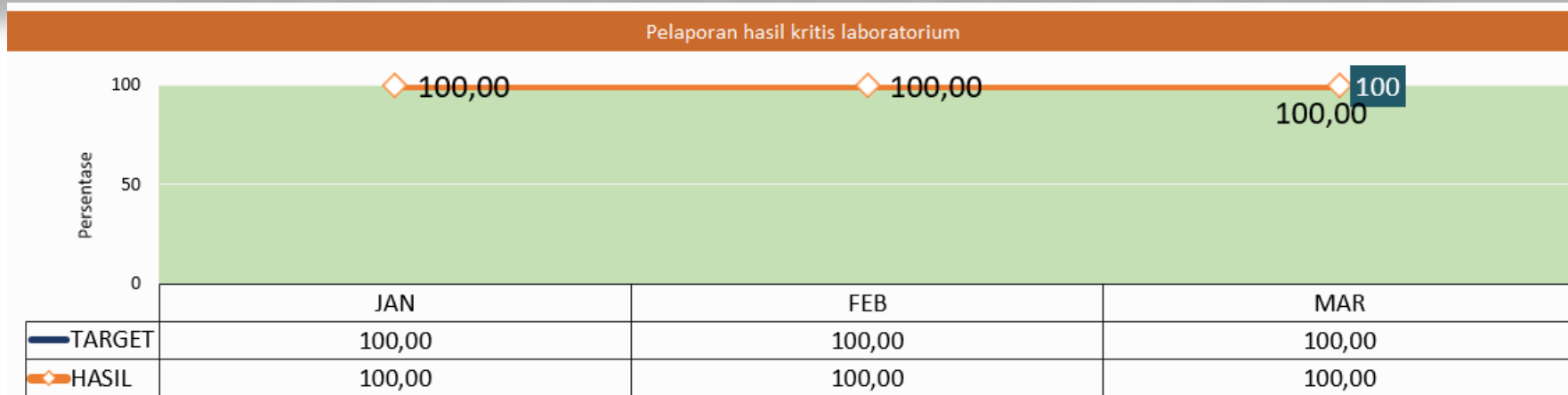
## ANALISA

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%. Pada tribulan I tahun 2022 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 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

# PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM



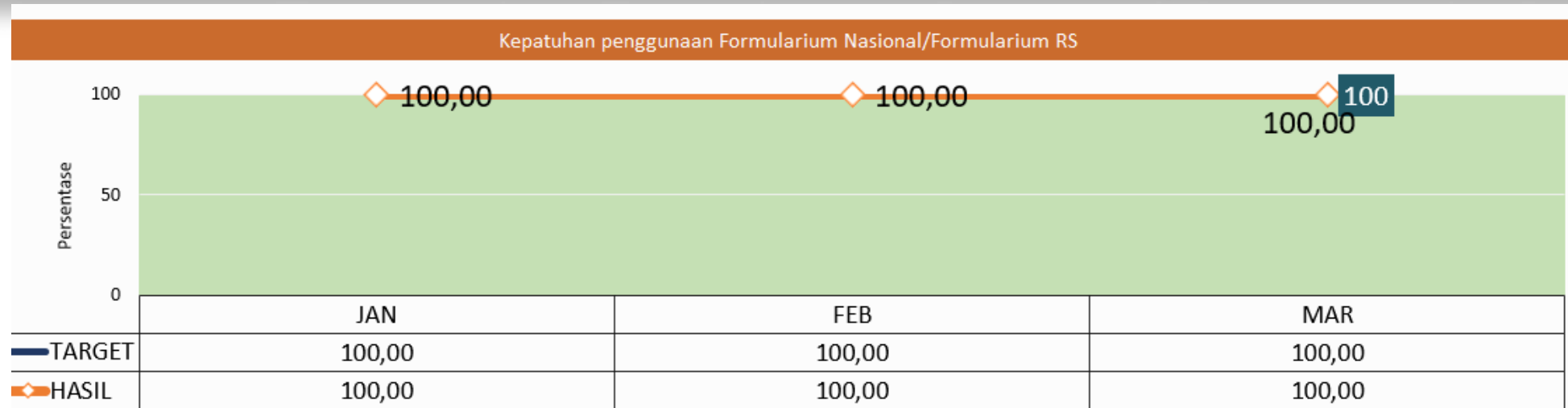
## ANALISA

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 I tahun 2022 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





### ANALISA

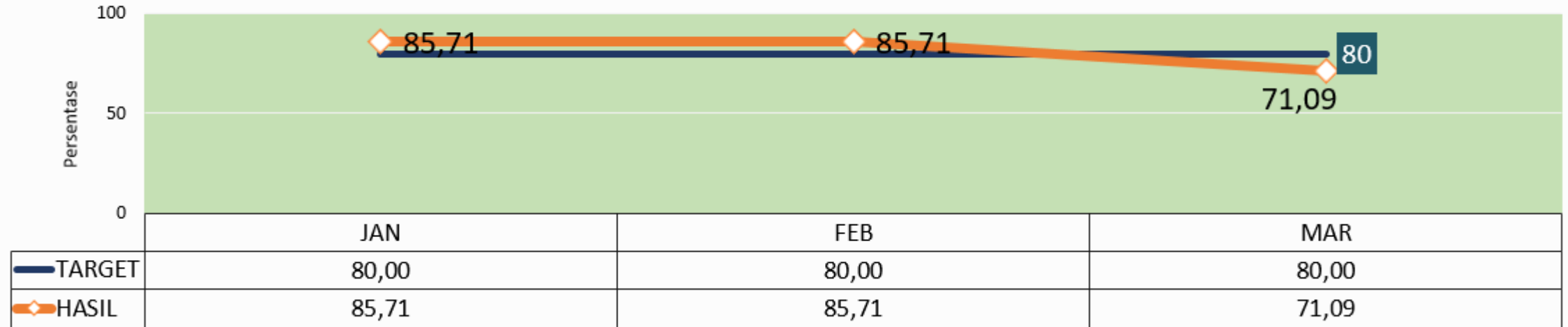
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional.

Berdasarkan grafik hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tribulan I tahun 2022 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

Kepatuhan terhadap clinical pathway



### ANALISA

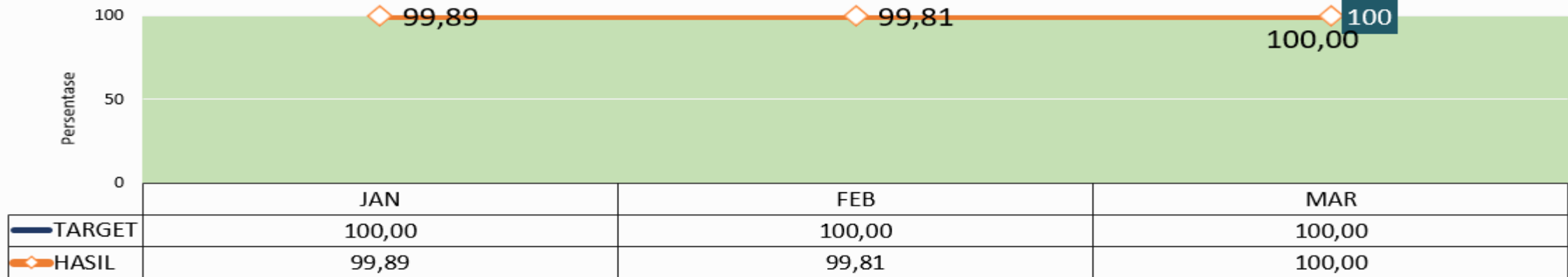
Parameter ini dapat menjadi cerminan mutu kualitas pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit dan juga menentukan biaya yang harus dikeluarkan.

Berdasarkan grafik didapatkan hasil capaian belum memenuhi target.

### TINDAK LANJUT

1. Terapkan persepsan 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.

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh



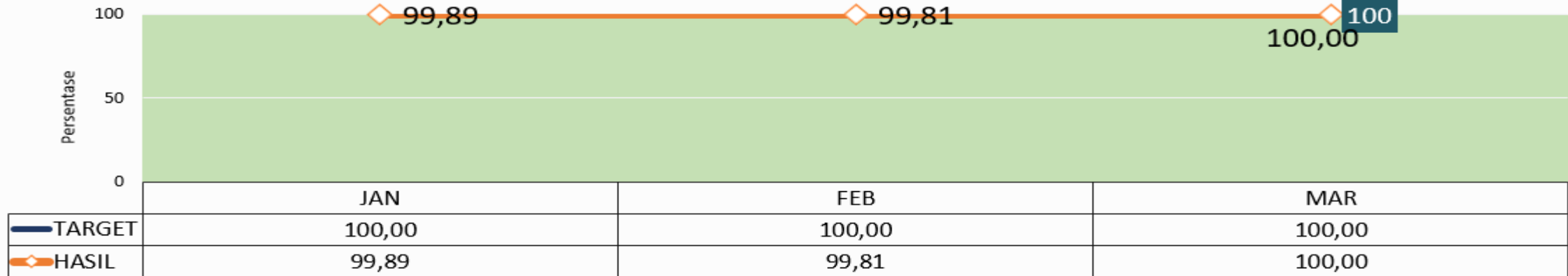
### ANALISA

Berdasarkan grafik didapatkan hasil capaian telah mencapai target (100%). Hal ini disebabkan karena setelah melakukan assesmen ulang risiko jatuh, staf telah 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.

### 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

## Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh



## ANALISA

Kecepatan respon terhadap komplain Tribulan I tahun 2022 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 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 SPOManajemen 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 Sidoarjo