1. Pencapaian Indikator Nasional Mutu (Indikator Mutu Rumah Sakit)

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Mutu Nasional Pelayanan Kesehatan bahwa rumah sakit berkewajiban untuk melakukan pengukuran indikator nasional mutu dan melaporkan secara eksternal melalui aplikasi web-based (http://mutufasyankes.kemkes.go.id). RSUD dr Soedirman Kebumen melalui Komite Mutu Rumah Sakit melaporkan Indikator Nasional Mutu setiap bulan sebelum tanggal 10 pada bulan berikutnya. Adapun rekapan hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu RSUD dr Soedirman Kebumen Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.15

Capaian INM RSUD dr Soedirman Kebumen tahun 2023-2024

No	Indikator Mutu	Standar	Capaian 2024	Ket
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	92,05%	Tercapai
2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri	100%	92.73%	Belum Tercapai
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	99.89%	Belum Tercapai
4	Waktu tanggap seksio sesarea emergensi	≥ 80%	100%	Tercapai
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	79.54%	Tercapai
6	Penundaan operasi elektif	≤ 5%	0.47%	Tercapai

No	Indikator Mutu	Standar	Capaian 2024	Ket
7	Kepatuhan waktu visite dokter	≥ 80%	97.21%	Tercapai
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	99.46%	Tercapai
9	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional/Formularium RS	≥ 80%	98.76%	Tercapai
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	≥ 80%	100%	Tercapai
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	98.88%	Tercapai
12	Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain	≥ 80%	100%	Tercapai
13	Kepuasan pasien	≥76,61%	87,2%	Tercapai

Berdasarkan data capaian Indikator Mutu Nasional (INM) pada tabel di atas, berikut uraian analisa dan tindak lanjut pada setiap indikator:

a. Kepatuhan kebersihan tangan

Kepatuhan cuci tangan adalah ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan lima momen. Kepatuhan cuci tangan di RSUD Dr Soedirman tahun 2023 dan tahun 2024 pencapaiannya sudah melebihi dari target yang ditetapkan, Kondisi ini bisa disimpulkan bahwa SDM pada RSUD dr Soedirman menunjukkan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi dengan baik Namun demikian pencapaian Tahun 2024 cenderung menurun dibandingkan Tahun 2023 sebesar 1,8 %. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa factor yaitu :

1) kurangnya pengetahuan petugas tentang cuci tangan.
2) Petugas biasanya lupa mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien.
3) Petugas tidak mengingat seluruh momen wajib cuci tangan,
4) Tidak terdapat supervisi rutin oleh kepala ruangan,
5) Budaya cuci tangan belum dilaksanakan secara optimal.

Untuk mempertahankan atau meningkatkan capaian yang sudah baik agar tidak terjadi penurunan kinerja dari indicator ini, Rencana tindak lanjut yang dilakukan :

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 terisi
3) Pengadaan supervisi rutin oleh kepala ruangan atau ka tim
4) Sosialisai dan momitoring pelaksanaan SPO hand hygiene
5) Audit kepatuhan pelaksanaan SPO hand hygiene oleh IPCN dan IPCL
6) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelatihan dan supervise
7) Monitoring capaian angka kepatuhan setiap bulan oleh tim PPI dan dievaluasi setiap tiga bulan
8) Memberikan reward and punishment untuk memantau dan sebagai upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan hand hygiene
9) Pemeliharaan dan perbaikan wastafel secara berkala sehingga

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 di RSUD Dr Soedirman, karena kebersihan tangan merupakan salah satu indikator keselamatan pasien yang harus dijalankan oleh petugas di Rumah Sakit maka meningkatnya Indikator Hasil Capaian kepatuhan petugas dalam cuci tangan juga berarti meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD Dr.Soedirman Kebumen.

b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri

Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, *droplet* dan *airborne*);

Angka capaian Kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) baik Tahun 2023 maupun Tahun 2024 **belum** memenuhi target yang

ditetapkan (100%). Hal ini menunjukkan rendahnya tingkat kepatuhan dan kesadaran petugas tentang penggunaan APD sebagai upaya cara mengurangi risiko infeksi. Tindak lanjut nya antara lain :

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

c. Kepatuhan identifikasi pasien

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 data pada table tersebut, hasil capaian tahun 2023 dan tahun 2024 trend capaian mengalami kenaikan namun masih dibawah target, atau **belum** mencapai sesuai target yang ditetapkan (100%). Hal ini dikarenakan pengetahuan dan kemampuan petugas dalam implementasi identifikasi pasien masih kurang, selain itu masih kurangnya evaluasi dan monitoring atau supervisi dari atasan langsung dan para Ka Ru / 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.

Rencana tindak lanjut yang dilakukan :

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) 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, sebagai upaya pembelajaran untuk mengambil nilai dari kesalahan yang terjadi sehingga dapat mencegah terjadinya kesalahan berulang

d. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi

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. Seksio sesaria sering diterapkan sebagai suatu usaha preventif terhadap terjadinya efek lanjutan akibat asfiksia perinatal. Seksio sesaria (SC) pada ibu hamil dapat dilakukan secara terencana dengan berbagai indikasi atau dilakukan secara emergensi (darurat) atas indikasi ibu atau janin dan atau keduanya.

Pencapaian hasil pada indicator ini sudah sangat baik karena telah tercapai sesuai target yang ditetapkan atau tercapai 100 %. Upaya yang dilakukan harus mempertahankan dan terus meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP untuk meminimalisir resiko penambahan rentan waktu tanggap seksio.

e. Waktu tunggu rawat jalan

Waktu tunggu rawat jalan bertujuan untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan sehingga terselenggaranya pelayanan yang mudah dan cepat diakses oleh pasien. Waktu tunggu rawat jalan merupakan salah satu hal penting yang harus diperhatikan rumah sakit karena dapat berkaitan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit.

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.

Hasil pencapaian nilai pada indikator ini baik Tahun 2023 maupun tahun 2024 **belum** mencapai target yang ditetapkan, walaupun ada kenaikan di tahun 2024. Hali ini disebabkan oleh beberapa factor antara lain : Kurangnya kedisiplinan petugas, keterlambatan kedatangan dokter, jumlah pasien yang banyak dan kurangnya pengetahuan pasien tentang prosedur berobat. Upaya tindak lanjut yang dilakukan :

1) Memaksimalkan bagian Front Office / petugas RM Rawat jalan dalam mengecek kelengkapan berkas pasien sebelum dipanggil nomer antrian
2) Meminimalisir keterlambatan kedatangan dokter melalui pengaturan jadwal dokter jaga
3) Koordinator Poli yang aktif mengingatkan/ menghubungi dokteryang bertugas agar datang tepat waktu di Klinik

f. Penundaan operasi elektif

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

Hasil capaian kinerja pada indikator ini sudah baik dibawah jauh dari target yang ditetapkan (target yang ditetapkan ≤ 5 %, dengan pencapaian 0,47 %), dibandingkan dengan tahun 2023 yang tidak mencapai target. Hal ini menunjukan bahwa RSUD Dr Soedirman telah menerapkan SPO yang di tetapkan.

g. Kepatuhan waktu visite dokter

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,

Pencapaian kinerja pada indikator ini baik tahun 2023 maupun tahun 2024 sudah mencapai dari target yang ditetapkan yaitu ≥ 80 %. Hal ini disebabkan karena masing-masing dokter memiliki jadwal yang sudah di kondisikan dengan jadwal pemeriksaan di rawat jalan dan rawat inap atau kegiatan tindakan operasi. Dengan tercapainya target juga menunjukkan meningkatnya budaya visite dokter di RSUD Dr Soedirman seiring dengan meningkatnya komitmen pelaksanaan Clinical pathway. Upaya yang dilakukan :

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 ketetuan jam visite kepada para DPJP
5) Supervisi jam visite dokter spesialis oleh komite medic

h. Pelaporan hasil kritis laboratorium

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh Dokter/ Analis Laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim. 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.

Pencapaian hasil kinerja pada indikator ini baik tahun 2023 maupun tahun 2024 **belum** mencapai target 100 %. Beberapa hal sebagai penyebab antara lain :

1) Keterlambatan pelaporan hasil dari perawat ke dokter
2) Petugas laboratorium dan ruang rawat kurang memahami nilai ambang kritis
3) Petugas laboratorium dan ruang rawat kurang memahami SPO pelaporan
4) Petugas laboratorium dan ruang rawat belum mencatat hasil pemeriksaan dan pelaporan ke DPJP dengan baik

i. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional/Formularium RS

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.

Hasil pencapaian pada indicator ini baik tahun 2023 maupun tahun 2024 sudah Baik, mencapai target yang ditetapkan. Upaya yang dilakukan untuk mempertahankan kinerja ini antara lain : mempertahan koordinasi

antar unit untuk sistem pelaporan, melakukan monitoring dan evaluasi proses ketepatan pelaporan melalui audit rekam medis, diseminasi SPO pelaporan nilai kritis secara rutin dan berkelanjutan

j. Kepatuhan terhadap clinical pathway

Parameter ini dapat menjadi cerminan mutu kualitas pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit dan juga menentukan biaya yang harus dikeluarkan. Pencapaian pada indicator ini baik tahun 2023 maupun tahun 2024 sudah mencapai target yang ditetapkan. Upaya yang dilakukan untuk mempertahankan agar nilai semakin baik yaitu :

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

k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya (Asesment awal risiko jatuh, Assesment ulang risiko jatuh, Intervensi pencegahan risiko jatuh) pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

Berdasarkan data di tabel atas pencapaian hasil didapatkan masih **belum** tercapai atau dibawah target yang ditetapkan baik tahun 2023 maupun tahun 2024. Hal ini disebabkan karena setelah melakukan assesmen ulang risiko jatuh, petugas belum melakukan dokumentasi hasil edukasi terkait pencegahan risiko jatuh kepada Pasien dan keluarga di lembar edukasi dan juga belum optimalnya supervisi terhadap kepatuhan petugas dalam upaya pencegahan risiko jatuh. Tindak lanjut di lakukan antara lain :

1) Mengaktifkan peran MPP untuk melakukan monitoring dan evaluasi Melakukan diseminasi tentang SPO, monev secara rutin dan berkala
2) Melaporkan hasil capaian kepada seluruh pegawai 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 MPP 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 pasien jatuh

I. Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain

Kecepatan respon terhadap komplain Tahun 2023 dan tahun 2024 sebesar 100% mencapai diatas target. Hal ini menunjukan bahwa manajemen komplain di RSUD Dr Soedirman menunjukan hasil yang baik, 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 Dr Soedirman adalah adanya SPO dan fasilitas complain, Instagram, Whatsapp dan media social lainnya, maka akan semakin memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk melakukan pengaduan dimanapun dan kapanpun. Juga media sosial saat ini dianggap lebih efektif dan efisien dalam hal pengaduan, 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.

m. Kepuasan pasien

Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil survey kepuasan Masyarakat yang dilakukan oleh RSUD Dr Soedirman setiap tiga bulan sekali menunjukan hasil yang sangat baik. Nilai rata-rata mencapai lebih dari 85 %. Dengan demikian pelayanan publik pada RSUD Dr Soedirman sudah dikategorikan Baik.

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Dr. Soedirman Kebumen

dr. H. ARIF KOMEDI, M.Sc
NIP. 196801227 2000212 1 002