

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Subjek dan Objek Penelitian**

###### **a. Profil RSUD Kota Surakarta**

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta pada awalnya adalah Rumah Bersalin Banjarsari yang berdiri tahun 1962, kemudian pada tahun 2001 berubah menjadi UPTD RSUD Kota Surakarta yang beralamat di Jalan P. Lumban Tobing No. 10 Kota Surakarta yang berada di bawah kewenangan Dinas Kesehatan Kota Surakarta di bawah kepemimpinan dr. Enny Endah Agustiani sampai dengan tahun 2009. Di tahun 2009 berubah lagi menjadi Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD), berdasarkan Perda no.8 tahun 2008 tentang SOTK yang dipimpin oleh dr. Sumartono Kardjo, M.Kes. Pada tanggal 10 Juni 2013 keluar SK 445/41-A/2013 tentang Penetapan PPK BLUD dengan status BLUD penuh. Pada bulan Oktober Tahun 2013 Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta pindah ke alamat Jl. Lettu Sumarto No. 1 Kelurahan Kadipiro, Kecamatan Banjarsari Kota Surakarta. Tahun 2014 kepemimpinan RS dipimpin oleh dr. Willy Handoko Widjaja, MARS, seorang dokter swasta yang telah berpengalaman

dalam memimpin Rumah Sakit selama puluhan tahun berdasarkan SK no 821.2/007/2014 tanggal 2 Januari 2014 tentang Pengangkatan Pemimpin Badan Layanan Umum Daerah Kota Surakarta pada Rumah Sakit Umum Daerah Surakarta. Tahun 2017 masa kepemimpinan diperpanjang selama 3 (tiga) tahun berdasarkan SK Walikota Surakarta no 821.2/350 tahun 2016 tanggal 30 Desember 2016 tentang Pengangkatan Pemimpin Badan Layanan Umum Daerah Kota Surakarta pada Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta.

Bangunan baru RSUD Kota Surakarta ini sekarang memiliki kapasitas tempat tidur sejumlah 122 bed. Melalui SK Menteri Kesehatan RI No. 101 / SK.MENKES / 1995. Melalui SK Menkes RI no. 101 / SK.Menkes / 1995 RSUD Kota Surakarta saat ini merupakan Rumah Sakit Umum Tipe C. Fungsi RSUD Kota Surakarta sendiri yaitu menyelenggarakan Pelayanan baik Medis maupun Non Medis, Asuhan untuk Keperawatan, Penelitian dan Pengembangan, Pendidikan dan Pelatihan, rujukan serta menyelenggarakan Administrasi Umum Dan Keuangan. Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Kota Surakarta yang ada saat ini dengan segala keterbatasan yang dimiliki masih sangat jauh dari cukup untuk dapat memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat Kota Surakarta dengan segala program

kesehatan dasar di Puskesmas yang telah diupayakan secara maksimal akan terasa lebih berbobot apabila disertai pelayanan lanjutan/rujukan di Rumah Sakit yang dapat menampung semua rujukan medis.

#### Fasilitas Pelayanan

- 1) Unit Gawat Darurat 24 Jam/7 hari.
- 2) Unit Rawat Jalan
  - a) Klinik Penyakit Dalam
  - b) Klinik Bedah Umum
  - c) Klinik Bedah Tulang
  - d) Klinik Anak
  - e) Klinik Kandungan dan Kebidanan
  - f) Klinik Mata
  - g) Klinik Kulit & Kelamin
  - h) Klinik Telinga Hidung Tenggorokan, Kepala Leher
  - i) Klinik Saraf
  - j) Klinik Kesehatan Jiwa
  - k) Klinik Urologi
  - l) Klinik Umum
  - m) Klinik Gigi
  - n) Klinik Gizi

- 3) Unit Rawat Inap (Anak, Dewasa)
  - a) VIP
  - b) Kelas 1
  - c) Kelas 2
  - d) Kelas 3
  - e) Ruang Isolasi
- 4) Unit Perawatan Intensif atau biasa disebut ICU/PICU/ NICU
- 5) Unit Hemodialisa
- 6) Unit Kamar Bedah
- 7) Unit Farmasi
- 8) Unit Rekam Medis
- 9) Unit Laboratorium
- 10) Unit Radiologi (CT Scan, USG 4 Dimensi, Rontgen).
- 11) Unit Rehabilitasi Medik (Fisioterapi)
- 12) Unit Gizi
- 13) Unit Laundry dan Sterilisasi
- 14) Unit Ambulance & Pemulazaraan Jenazah

Pegawai di RSUD Kota Surakarta saat ini meliputi pegawai PNS dan Non PNS (BLUD) yang jumlahnya 339, terdiri dari PNS 107, Non PNS 232 yang terbagi menjadi:

- 1) Tenaga Medis : 291
- 2) Non Medis : 48
- 3) JABATAN MEDIS :
  - a) Paramedis Perawatan : 185
  - b) Paramedis Non Perawatan : 65
  - c) Dokter Umum : 14
  - d) Dokter Gigi : 2
  - e) Dokter Spesialis : 25
- 4) JABATAN NON MEDIS
  - a) Struktural : 4
  - b) Tenaga Farmasi : 23
  - c) Tenaga Keterampilan Medis : 38
  - d) Tenaga Kesehatan Lain : 6
  - e) Tenaga Non Kesehatan : 44
- 5) Pelayanan Unggulan:
  - a) Pelayanan Urologi
  - b) Pelayanan Gawat Darurat
  - c) Pelayanan ICU

**b. Visi dan Misi RSUD Kota Surakarta**

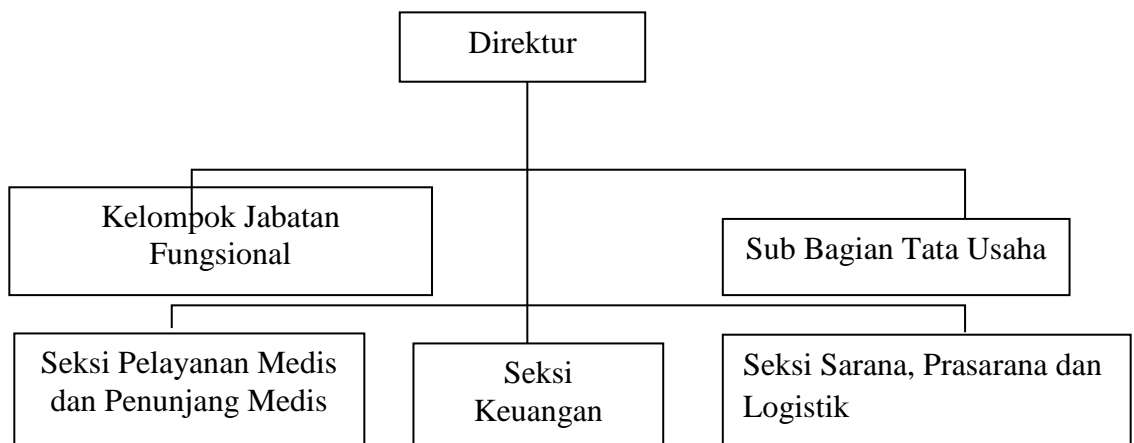
**1) VISI**

*“Menjadi Rumah Sakit Pilihan dengan Pelayanan yang Bermutu Guna Mewujudkan Masyarakat yang Waras”*

## 2) MISI

- a) Meningkatkan Motivasi Dan Kinerja Sumber Daya Manusia.
- b) Meningkatkan Sarana Dan Pra Sarana.
- c) Meningkatkan Manajemen Rumah Sakit.
- d) Meningkatkan Mutu Pelayanan

### STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KELOLA



**Gambar 4. 1 Berdasarkan Perda Kota Surakarta no.6 tahun 2008**

Tugas Pokok Fungsi:

- a) Penyelenggaraan Tata Usaha RSUD
- b) Pelaksanaan Perencanaan, Pengendalian, Evaluasi dan Pelaporan
- c) Penyelenggaraan Pelayanan Medis dan Penunjang Medis
- d) Penyelenggaraan Sarana, Prasarana dan Logistik RS
- e) Pengelolaan Keuangan

### c. Key Performance Indikator

Key Performance Indikator merupakan suatu ukuran yang harus dimiliki masing-masing RS untuk menentukan tujuan strategis dalam rangka memperoleh hasil yang diharapkan, di mana dengan pembentukan, penentuan serta implementasi yang baik dari KPI ini dapat dilihat apakah RS sudah dalam jalur yang benar atau masih ada beberapa perbaikan atau evaluasi yang perlu dilakukan dan bisa menjadi bahan dalam membantu membuat kebijakan untuk masa depan serta nantinya diharapkan akan juga bisa membantu manajerial di lingkungan RSUD Kota Surakarta. Seperti kita tahu pengukuran kinerja dengan metode *Balanced Scorecard* mengevaluasi beberapa elemen antara lain perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, serta perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Di sini akan lebih berfokus kepada proses bisnis internal yang masuk dalam salah satu bagian pengukuran kinerja metode *Balanced Scorecard*.

KPI sendiri sekarang sesuai aturan dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dibagi menjadi 3 area, yaitu: area Klinis, area Manajerial dan Sasaran Keselamatan Pasien, di sini karena yang akan dibahas hanya area klinis maka bisa dilihat indikatornya sebagai berikut:

Indikator Area Klinis yang terdiri dari 10 area

**Tabel 4. 1 Indikator Area Klinis**

No	Indikator Area Klinis	Judul Indikator
1.	Asesmen pasien	
2.	Pelayanan Laboratorium	
3.	Pelayanan Radiologi	
4.	Prosedur Bedah	
5.	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	
6.	Kesalahan medikasi ( <i>Medication error</i> ) dan Kejadian nyaris cedera (KNC)	
7.	Penggunaan anestesi dan sedasi	
8.	Penggunaan darah dan produk darah	
9.	Kelengkapan rekam medis (RM)	
10.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), Surveilans dan pelaporan	

Setiap RS saat ini terutama yang sudah terakreditasi bisa dipastikan sudah memiliki masing-masing KPI tersebut.

KARS saat ini sudah menentukan masing-masing topik area yang harus dibuat seperti tabel di atas, jadi pihak RS hanya bisa merubah judul indikator dari tiap area saja berdasar proses penentuan dan pembentukan KPI.

Proses pembentukan KPI yang benar diawali dengan pengumpulan data dari tiap unit yang ada di RS, ini hanya bisa dilakukan jika Komite maupun unit-unit sudah dibekali dengan ilmu tentang indikator yang bisa didapatkan dengan pelatihan-pelatihan yang sekarang ini sudah banyak sekali diselenggarakan baik itu oleh KARS sendiri atau Rumah Sakit yang sudah



terakreditasi. Dengan adanya data dari unit-unit maka data tersebut akan bisa dievaluasi dan diproses oleh Komite untuk kemudian dilaporkan ke Pimpinan RS beserta jajarannya sehingga bisa dikeluarkan Surat Keputusan tentang KPI. Setelah itu dengan dikeluarkannya SK KPI RS maka semua unit di RS beserta seluruh karyawan yang terlibat di dalamnya memiliki kewajiban mengikuti dan mematuhi SK yang ada.

Setiap unit harus membuat laporan. Laporan KPI ini setiap bulan dikumpulkan dan harus dilaporkan ke KMKP oleh unit-unit, di mana data ini setiap tri wulan harus kembali dilaporkan ke Pimpinan RS dan Dewan Pengawas oleh KMKP. Dari laporan tersebut maka Direktur RS mengeluarkan rekomendasi kepada KMKP. Setelah itu KMKP melakukan kembali proses tersebut sampai minimal 1 tahun, dengan aturan bila dalam 1 tahun pencapaian indikator di bawah 80% maka diulang kembali, bila sudah lebih dari 80% KPI boleh diganti.

## **2. Hasil**

Dari hasil pertemuan peneliti dengan KMKP di RSUD Kota Surakarta sudah ada hasil Indikator yang dipakai untuk Key Performance Indikator dan didapatkan bahwa hasil penentuan KPI ini melalui proses yang cukup panjang dan berliku.

Pada awalnya semua berawal karena RS berencana untuk maju Akreditasi KARS versi 2012. Konsekuensi yang didapat adalah RS harus membentuk KMKP, setelah terbentuk KMKP yang masih buta tentang materi melakukan rapat koordinasi. Rapat koordinasi sendiri berlangsung sejak bulan April 2017. KMKP akhirnya membuat KPI berdasar asumsi masing-masing anggota dengan segala keterbatasan ilmu yang dimiliki maka dimulailah semuanya dengan rapat pembahasan Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, dilanjutkan dengan rapat dengan Pimpinan RSUD di mana rapat ini mengeluarkan hasil kesepakatan tentang KPI yang akan dipakai.

Dari proses tersebut dihasilkan keputusan untuk indikator area Klinis RSUD Kota Surakarta sebagai berikut:

**Tabel 4. 2 Indikator Area Klinis RSUD Kota Surakarta**

<b>No</b>	<b>Indikator Area Klinis</b>	<b>Judul Indikator</b>
1.	Asesmen pasien	Angka ketidaklengkapan asesmen awal di Unit Ranap
2.	Pelayanan Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium
3.	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto toraks
4.	Prosedur Bedah	Waktu tunggu operasi elektif
5.	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	Penggunaan aspirin dalam 24 jam pertama masuk RS pada pasien dengan diagnosis AMI
6.	Kesalahan medikasi	Persentase angka jatuh

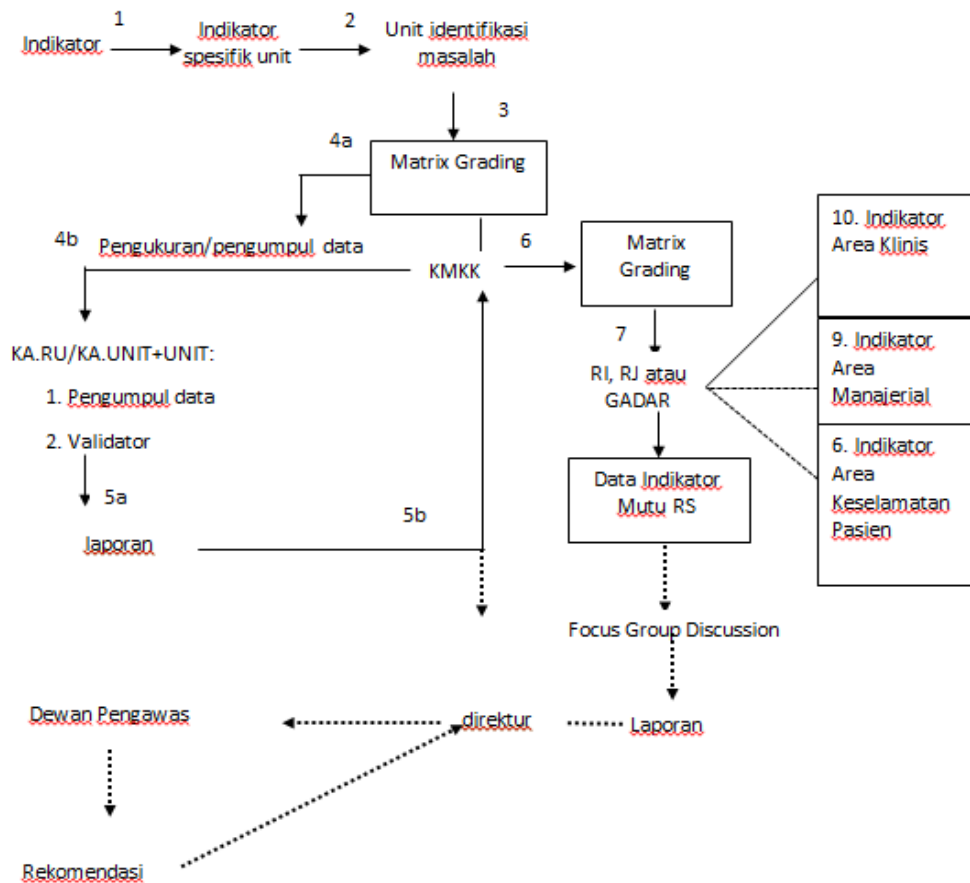
	( <i>Medication error</i> ) dan Kejadian nyaris cedera (KNC)	pasien
7.	Penggunaan anestesi dan sedasi	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan pipa endotrakeal
8.	Penggunaan darah dan produk darah	Angka kejadian reaksi transfusi
9.	Kelengkapan rekam medis (RM)	Kelengkapan pengisian berkas RM setelah 24 jam selesai pelayanan rawat inap
10.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), Surveilans dan pelaporan	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah di 5 momen di rawat inap

Dari hasil pertemuan peneliti dengan KMKP didapatkan bahwa hasil penentuan KPI ini melalui proses yang cukup panjang. Pada awalnya karena RS berencana untuk maju Akreditasi KARS versi 2012 maka RS membentuk KMKP, dari situ KMKP melakukan rapat koordinasi sejak bulan April 2017. KMKP membuat KPI dengan asumsi yang ada dengan rapat pembahasan Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien, dilanjutkan dengan rapat dengan Pimpinan RSUD dengan hasil kesepakatan tentang KPI yang akan dipakai.

Proses berikutnya adalah dengan sosialisasi tentang KPI kepada Kepala Unit dan Kepala Ruang dan dihadiri Direktur RSUD beserta jajaran manajemen, setelah itu dilanjutkan rapat berikutnya dengan

membentuk PenanggungJawab (PJ) mutu dan keselamatan pasien. Dari itu PJ per unit melaporkan setiap bulan ke KMKP, kemudian setelah 3 bulan KMKP melaporkan hasil ke manajemen untuk dievaluasi. KMKP berkewajiban memaparkan pencapaian hasil triwulan ke Direktur dan Dewan Pengawas serta tiap unit. Direktur membuat RTL yang menjadi rekomendasi ke KMKP. Setelah itu KMKP melakukan kembali proses tersebut sampai minimal 1 tahun, bila dalam 1 tahun pencapaian di bawah 80% maka diulang kembali, bila sudah lebih dari 80% KPI boleh diganti.

Dari hasil Key Performance Indikator yang sudah dibuat dan disosialisasikan kepada setiap unit RS dapat diambil kesimpulan bahwa proses yang dilakukan belum memenuhi standar. Pada intinya permasalahan yang ada adalah bahwa proses pembuatan dan pembentukan KPI tidak berasal dari unit tetapi langsung dari asumsi KMKP dan Pimpinan RS jadi tidak benar-benar mengakomodir masalah yang ada di RS.



**Gambar 4. 2 Pengumpulan Data KPI**

Keterangan:

Garis putus-putus tidak dilakukan

- 6 Indikator yang diminta untuk dibuat adalah indikator spesifik unit
- 7 Masing-masing unit mengidentifikasi masalah yang ada di unit masing-masing.
- 8 Setiap unit melakukan matrix grading untuk masalah yang ada, di mana ini bisa dengan melihat masalah yang ada di tiap unit

masing-masing ataupun dengan menyesuaikan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dari Kemenkes

- 4a. setiap unit akan memutuskan data yang akan diambil
- 4b. pengumpul atau pengukur data ini kolaborasi antara Kepala Ruang / Kepala Unit dan pegawai di ruangnya masing-masing
- 5a. data yang didapat dari setiap unit akan dilakukan validasi oleh tim validator yang telah ditunjuk sebelumnya dengan SK Direktur dan disesuaikan dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) validasi data, di mana validasi data sendiri adalah suatu tindakan penilaian terhadap data indikator mutu untuk membuktikan bahwa data tersebut benar.
- 5b. data yang sudah divalidasi dibuatkan berita acara validasi dan dibuat sebagai laporan untuk dilaporkan ke KMKP
6. KMKP akan melakukan matrix grading dari data masing-masing unit yang sudah diserahkan untuk menentukan area mana yang akan dijadikan sebagai KPI RS
7. Setelah ditentukan maka KMKP akan menyusun masing-masing area KPI yang akan dipakai sebagai KPI RS

KMKP akan melakukan matrix grading dari data masing-masing unit yang sudah diserahkan untuk menentukan area mana yang akan dijadikan sebagai KPI RS

Setelah ditentukan maka KMKP akan menyusun masing-masing area KPI yang akan dipakai sebagai KPI RS

KPI ada 3 macam, yaitu:

1) Indikator Mutu Pelayanan / Klinis (10)

Merupakan indikator yang menilai seluruh struktur, proses, output dan outcome seluruh unit/instalasi di Rumah Sakit.

2) Indikator Area Manajerial (9)

Merupakan indikator yang menilai seluruh struktur, proses, output dan outcome manajemen Rumah Sakit. Indikator manajerial meliputi:

- 1) Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien;
- 2) Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan;
- 3) Manajemen resiko;
- 4) Manajemen penggunaan sumber daya;
- 5) Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga;
- 6) Harapan dan kepuasan staf;
- 7) Demografi pasien dan diagnosis klinik;
- 8) Manajemen keuangan; dan

9) Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf.

### 3) Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (6)

Merupakan upaya untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien, yang meliputi:

- 1) Ketepatan identifikasi pasien;
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif;
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi;
- 5) Pengurangan risiko infeksi; dan
- 6) Pengurangan risiko pasien jatuh

Penelitian ini hanya dilakukan untuk area Klinis saja. Peneliti bersama dengan Komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja melakukan beberapa kali rapat untuk berdiskusi tentang masalah KPI ini. Rapat diadakan 4x, dengan rincian sebagai berikut:

- 1) 28 Juli 2018 jam 10.30 – selesai dengan peserta peneliti, Ketua sub komite Mutu dan ketua Sub Komite Keselamatan Pasien, agenda rapat diskusi dan konsolidasi awal tentang KPI





**Gambar 4. 3 Rapat ke-1**

- 2) 31 Juli 2018 jam 11.15 WIB – selesai dengan peserta rapat peneliti, Ketua Sub Komite Mutu, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien dan Penanggungjawab Manajemen Risiko dengan agenda diskusi tentang KPI di unit



**Gambar 4. 4 Rapat ke-2**

- 3) 4 Agustus 2018 jam 09.30 –selesai dengan peserta peneliti, ketua sub Komite Mutu, ketua Sub Komite Keselamatan Pasien, penanggungjawab Manajemen Risiko, asesor internal Akreditasi RS, anggota KMKP, agenda rapat presentasi indikator, konsolidasi dan diskusi tentang KPI yang berhubungan dengan akreditasi RS.



**Gambar 4. 5 Rapat ke-3**

- 4) 14 Agustus 2018 jam 10.15 – selesai dengan peserta ketua KMKP, ketua Sub Komite Mutu, ketua Sub Komite Keselamatan Pasien, penanggungjawab Manajemen Risiko, asesor internal akreditasi RS, anggota KMKP dan Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis, agenda rapat evaluasi, sosialisasi, konsolidasi dan diskusi tentang KPI yang akan dipakai oleh RS ke depannya.





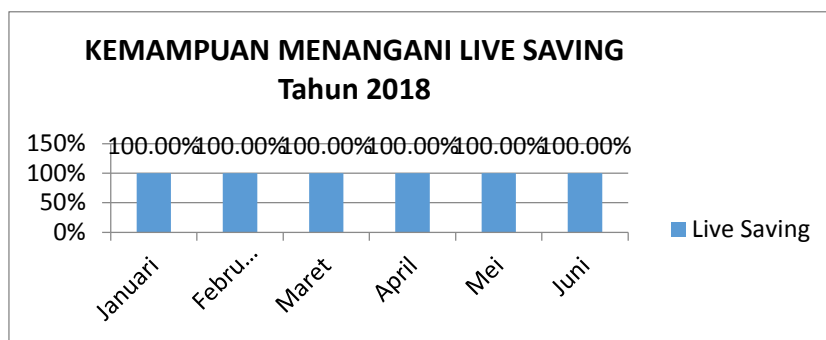
**Gambar 4. 6 Rapat ke-4**

Rapat yang diadakan 4 kali antara peneliti, KMKP serta Asesor Internal dan Kepala Seksi Pelayanan Medis dan Penunjang Medis maka peneliti sudah mendapatkan gambaran tentang KPI yang ada di RSUD Kota Surakarta. Dengan pengetahuan tersebut ditambah dengan materi dari literatur dan pelatihan yang sudah diikuti maka peneliti segera melakukan pengambilan data di masing-masing unit RSUD dengan harapan bisa memberikan data

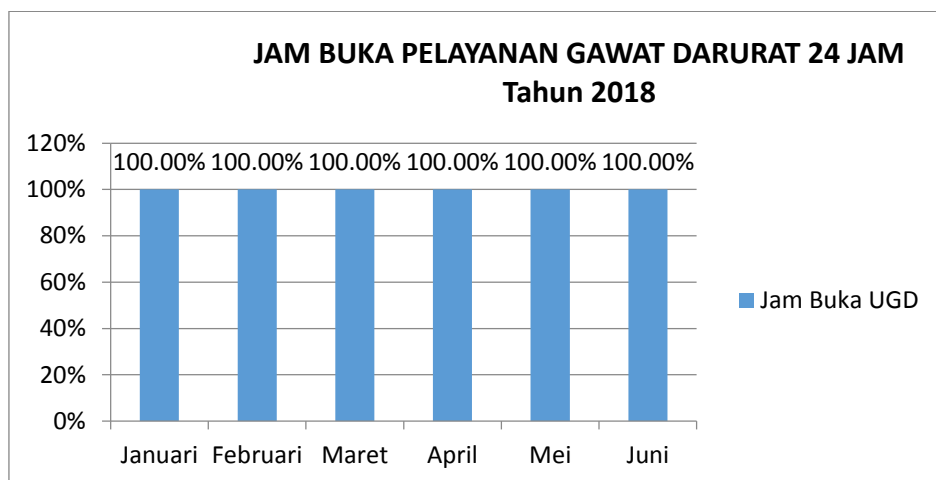
KPI terbaik yang bisa dipakai oleh RS sendiri untuk evaluasi kinerja dari proses bisnis internal metode *Balanced Scorecard* serta membantu RS dalam proses akreditasi KARS yang harus diikuti setiap 3 tahun.

Data indikator yang dapat dikumpulkan dari unit-unit di RS adalah sebagai berikut:

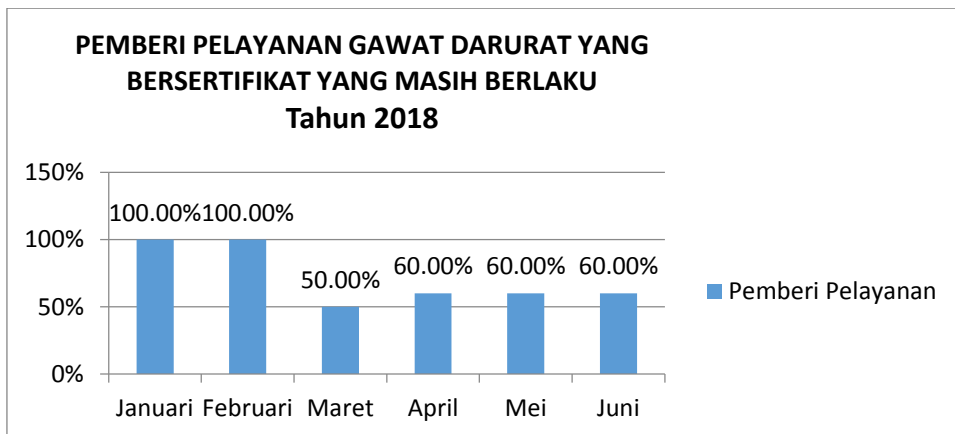
### UGD



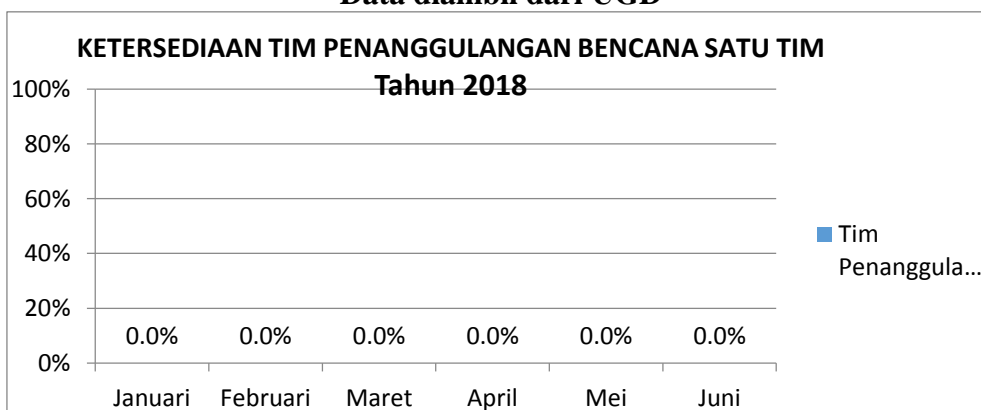
**Gambar 4. 7 Kemampuan Menangani Life Saving - Data diambil dari UGD**



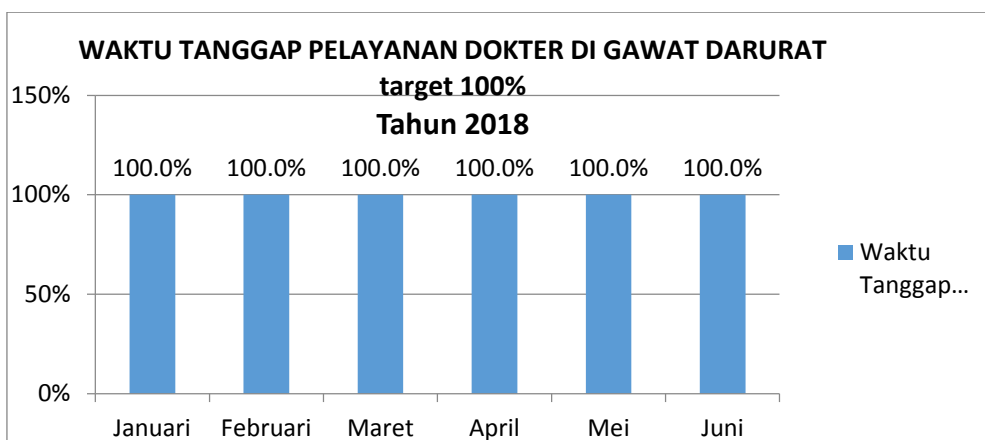
**Gambar 4. 8 Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat - Data diambil dari UGD**



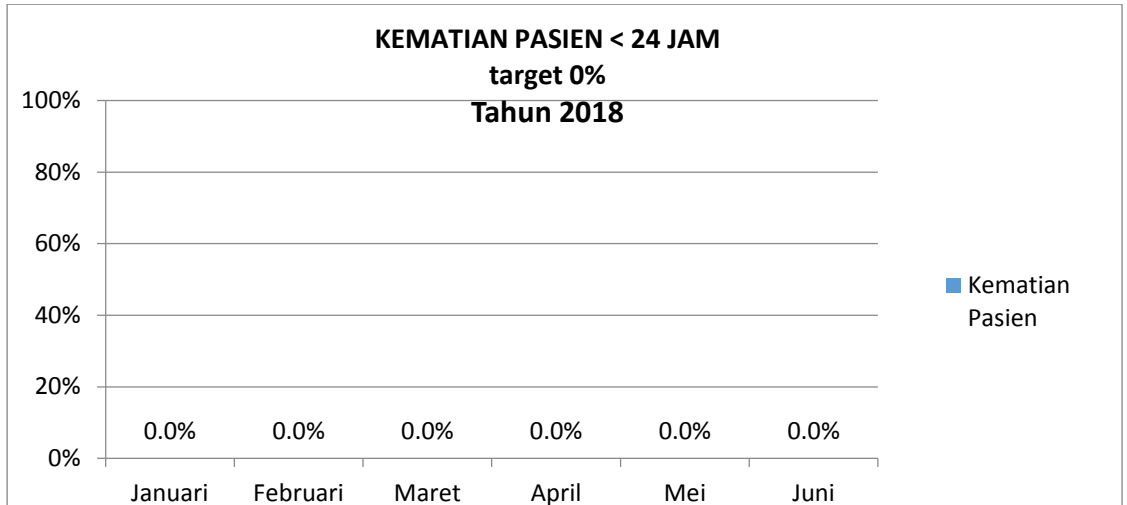
**Gambar 4. 9 Pemberi Pelayanan Gadar Bersertifikat – Data diambil dari UGD**



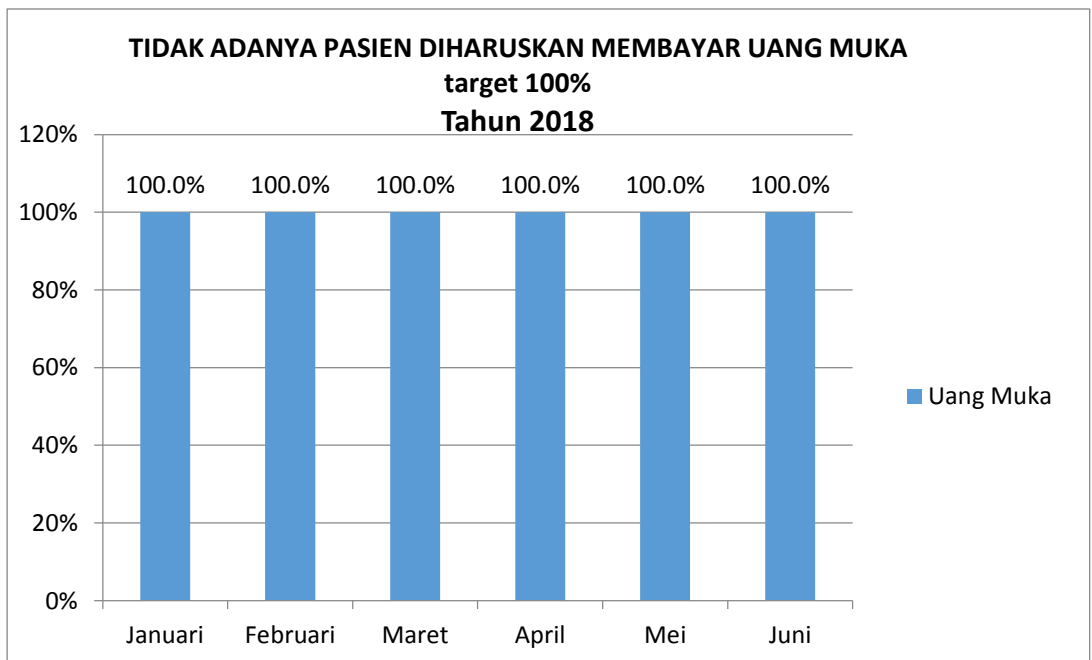
**Gambar 4. 10 Ketersediaan Tim penanggulangan Bencana - Data diambil dari UGD**



**Gambar 4. 11 Waktu Tanggap Pelayanan Dokter - Data diambil dari UGD**

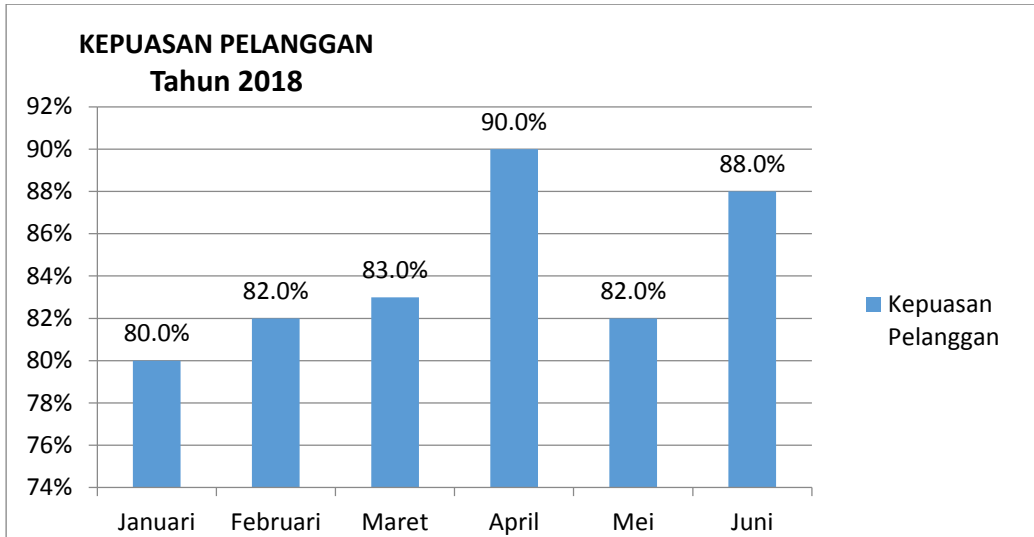


**Gambar 4. 12 Kematian Pasien - Data diambil dari UGD**

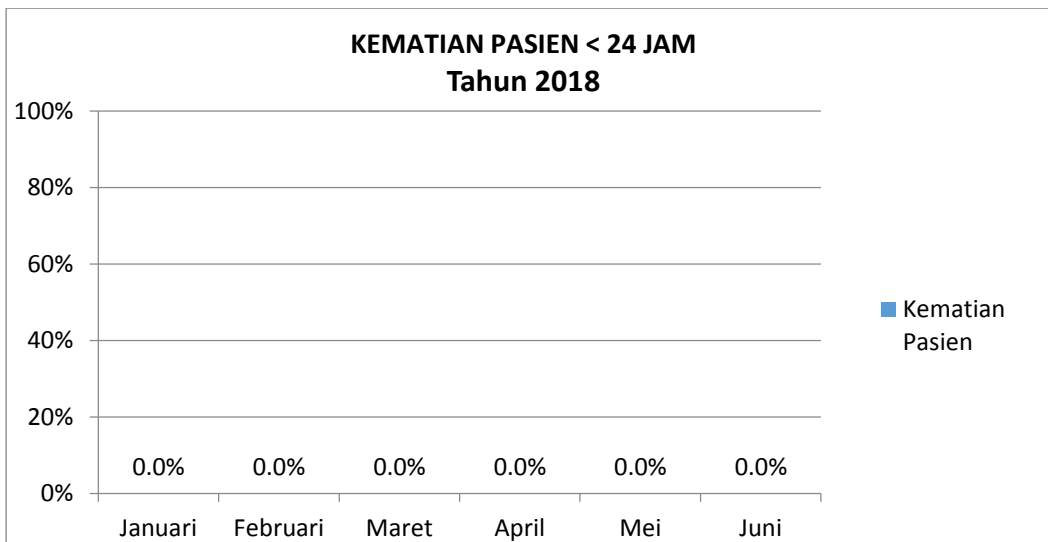


**Gambar 4. 13 Tidak Adanya Keharusan Uang Muka - Data diambil dari UGD**



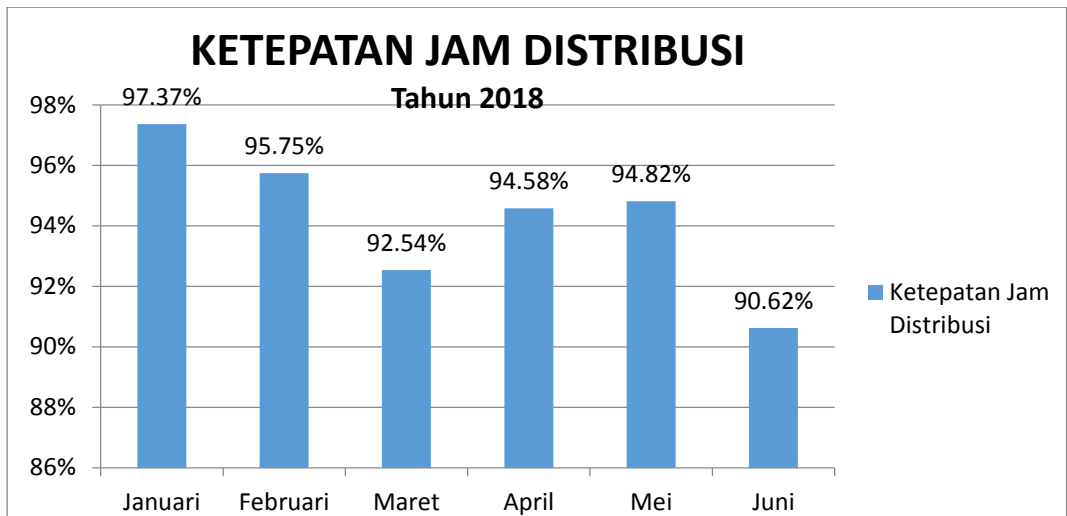


**Gambar 4. 14 Kepuasan Pelanggan - Data diambil dari UGD**

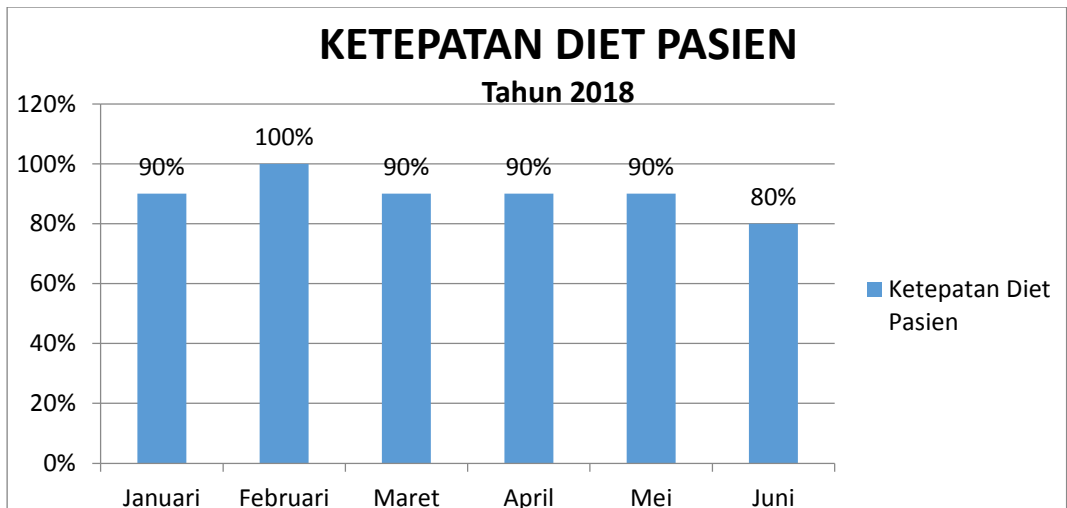


**Gambar 4. 15 Kematian Pasien <24 jam - Data diambil dari UGD**

## GIZI

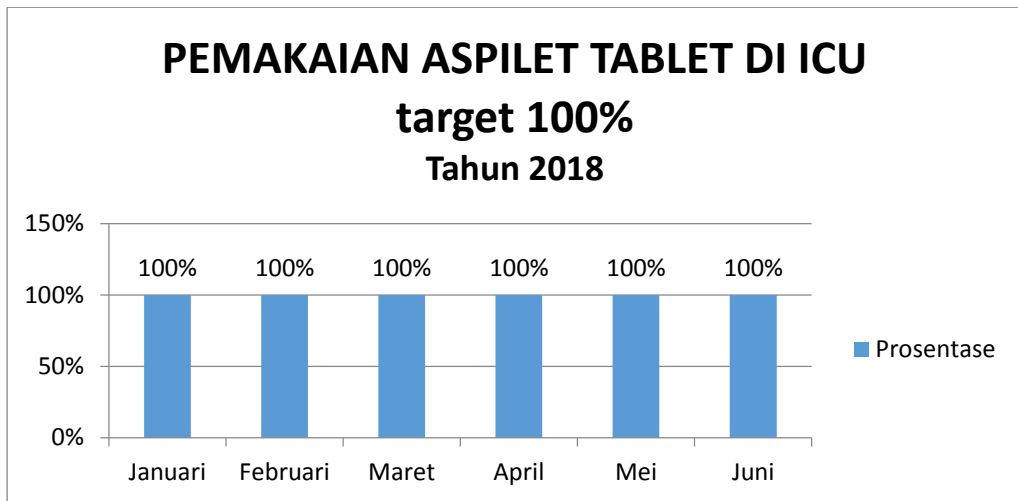


**Gambar 4. 16** Ketepatan jam Distribusi - Data diambil dari Unit Gizi

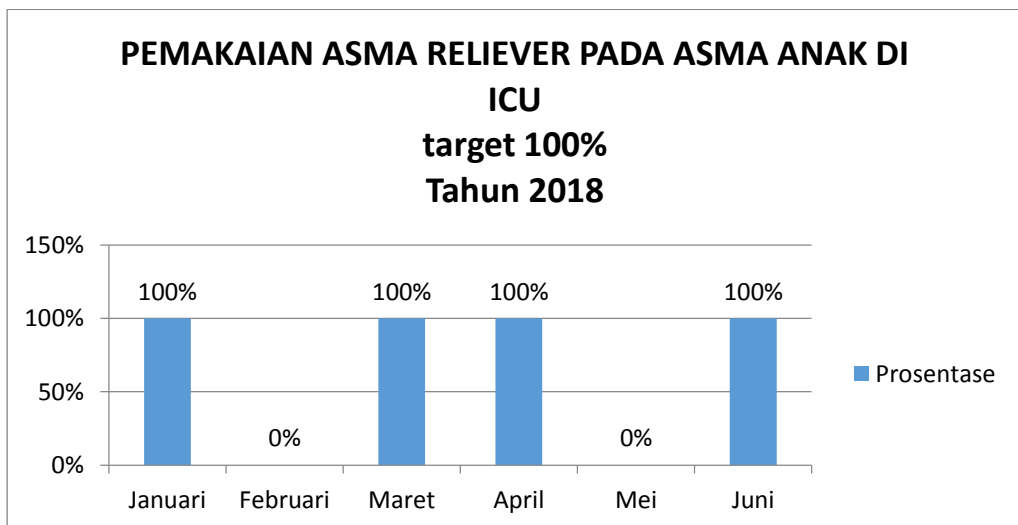


**Gambar 4. 17** Ketepatan Diet Pasien - Data diambil dari Unit Gizi

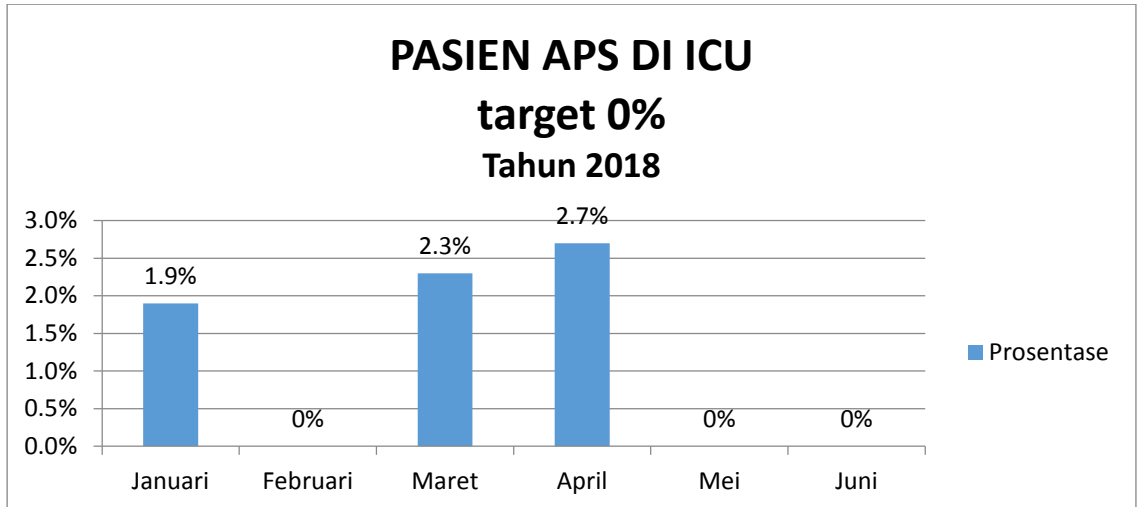
## ICU



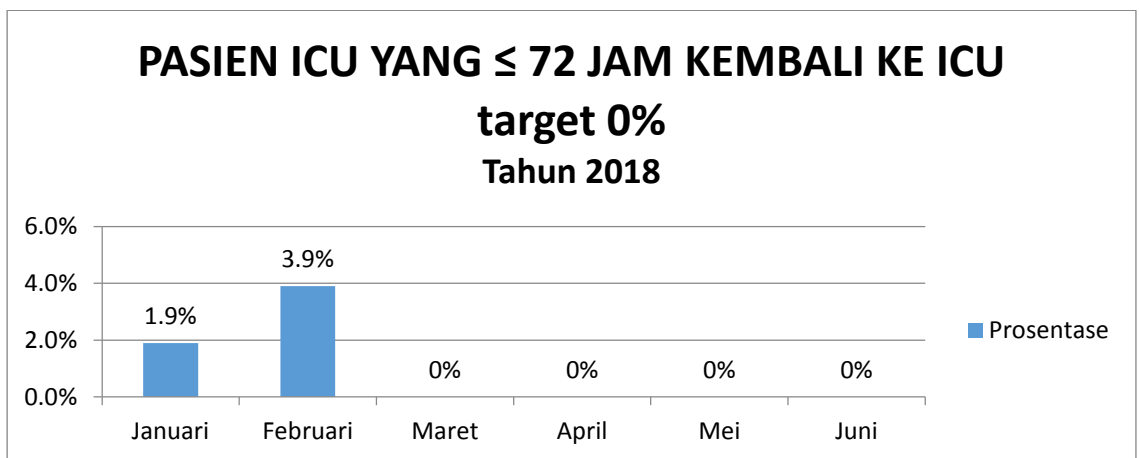
**Gambar 4. 18 Pemilihan Aspilet Tablet - Data diambil dari ICU**



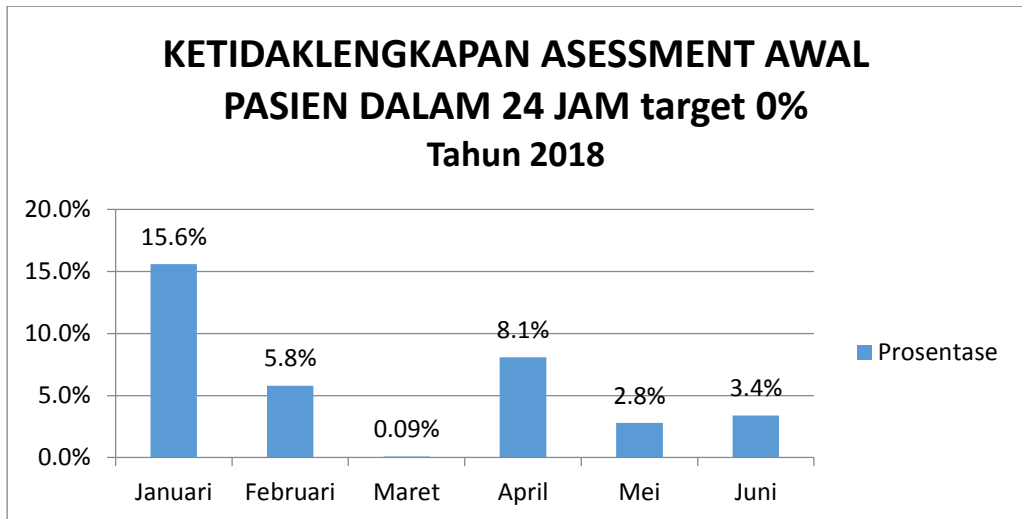
**Gambar 4. 19 Pemakaian Asma Reliever pada Asma Anak - Data diambil dari ICU**



**Gambar 4. 20 Pasien APS - Data diambil dari ICU**



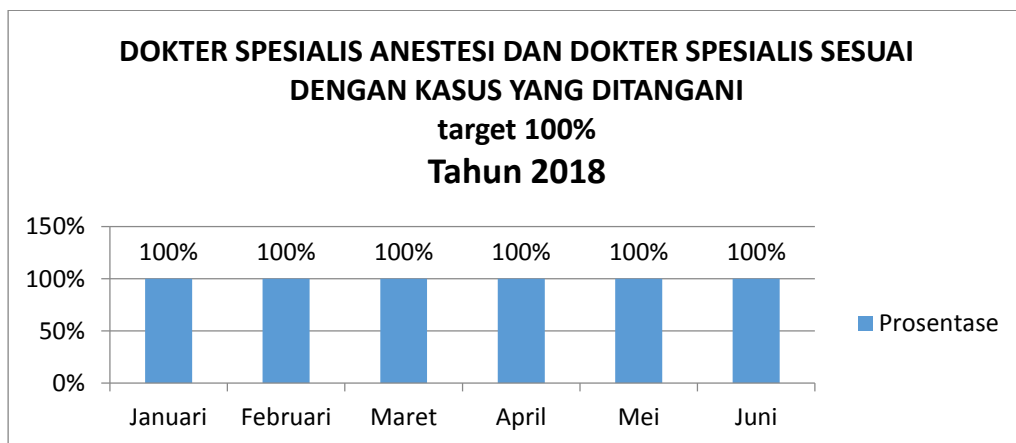
**Gambar 4. 21 Pasien ICU yang Kembali  $\leq$ 72 jam - Data diambil dari ICU**



**Gambar 4. 22 Ketidaklengkapan asesmen awal 24 jam –  
Data diambil dari ICU**

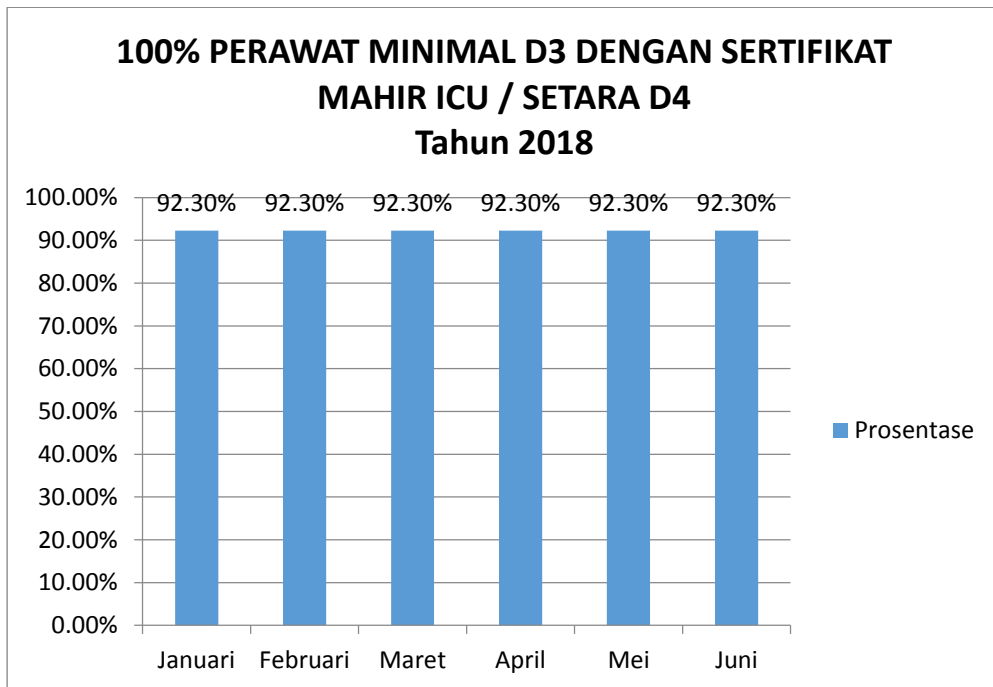
Pemberi pelayanan unit intensif:

- 1) Dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani



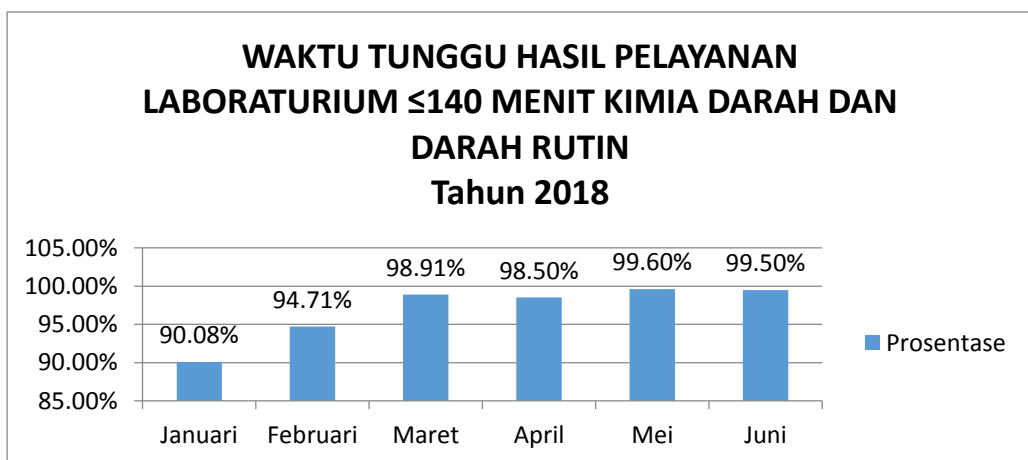
**Gambar 4. 23 Pemberi Pelayanan Pasien Dokter Spesialis – Data diambil dari ICU**

2) 100% PERAWAT MINIMAL D3 DENGAN SERTIFIKAT MAHIR ICU / SETARA D4

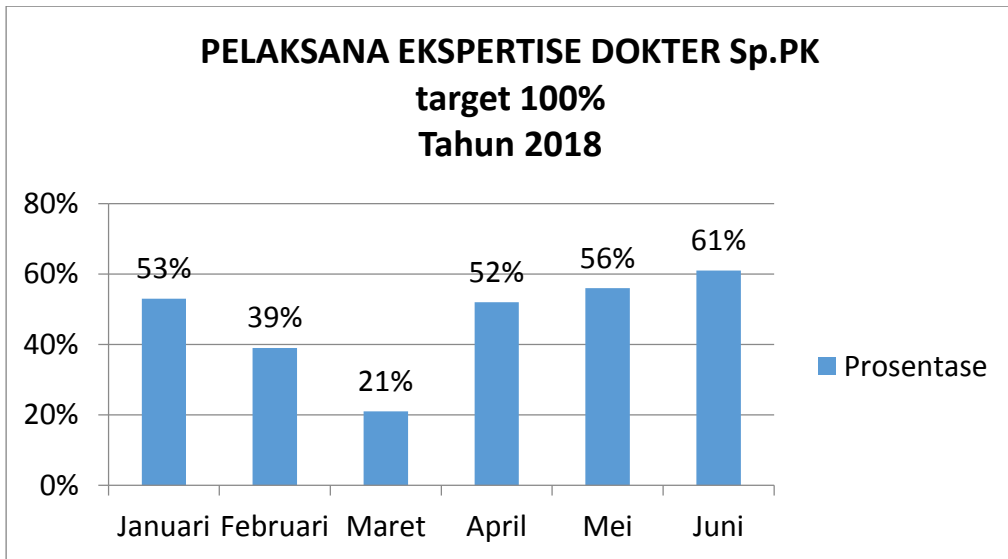


**Gambar 4. 24 100% perawat Minimal D3 dengan Sertifikat Mahir ICU - Data diambil dari ICU**

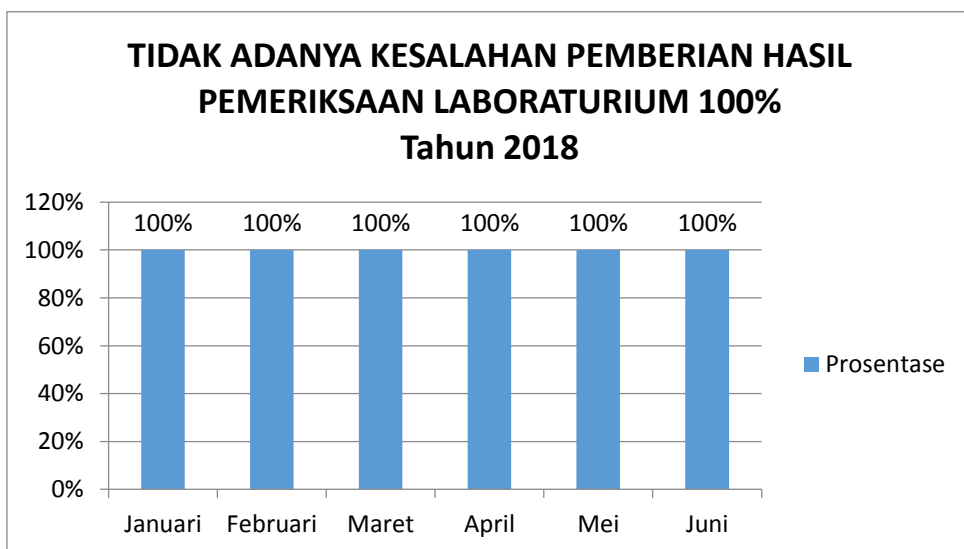
**LABORATORIUM**



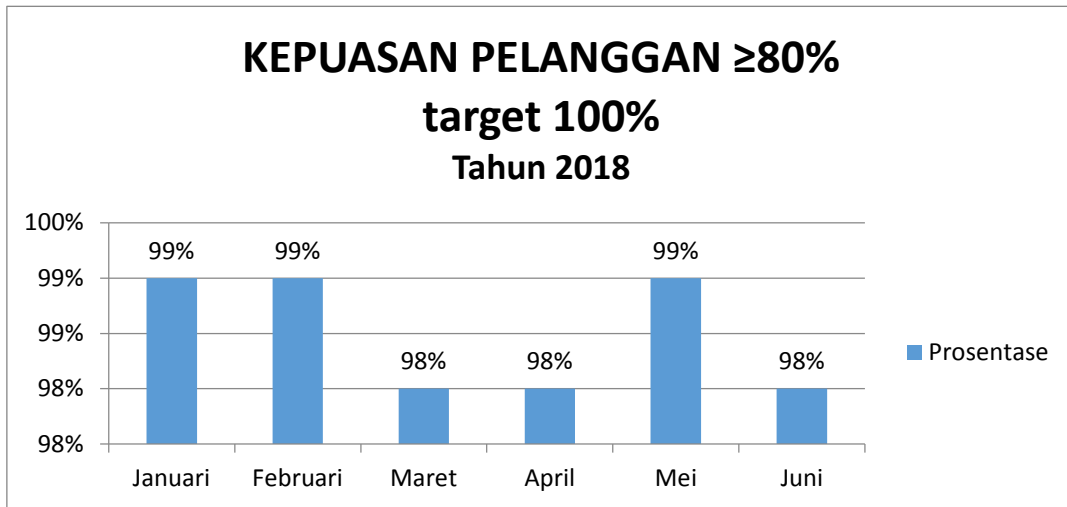
**Gambar 4. 25 Waktu Tunggu Hasil Pelayanan  $\leq 140$  menit – Data Diambil dari Lab**



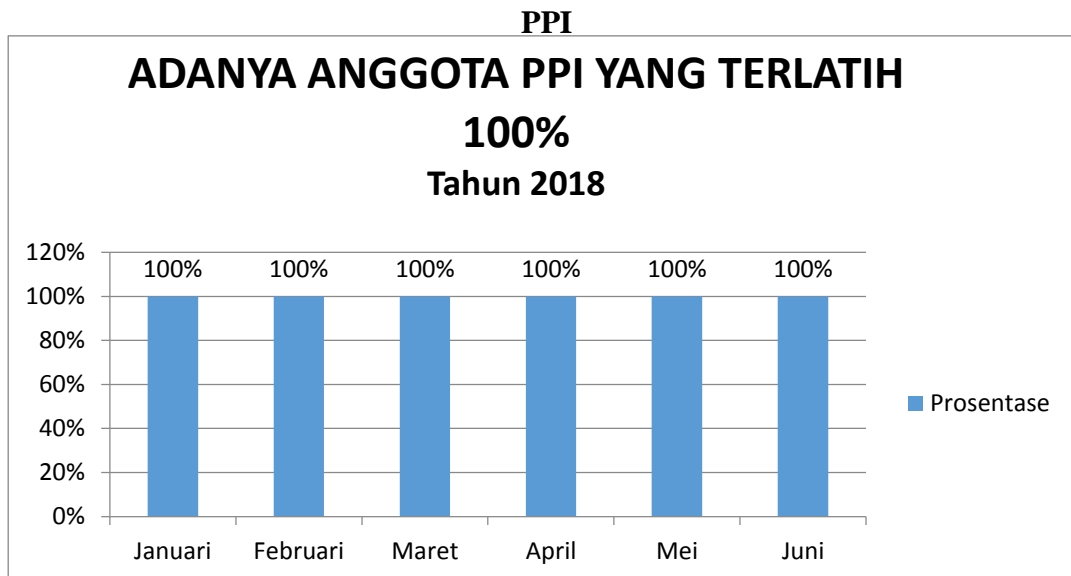
**Gambar 4. 26 Pelaksana Ekspertise Sp.PK - Data diambil dari Laboratorium**



**Gambar 4. 27 Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Lab - Data diambil dari Laboratorium**

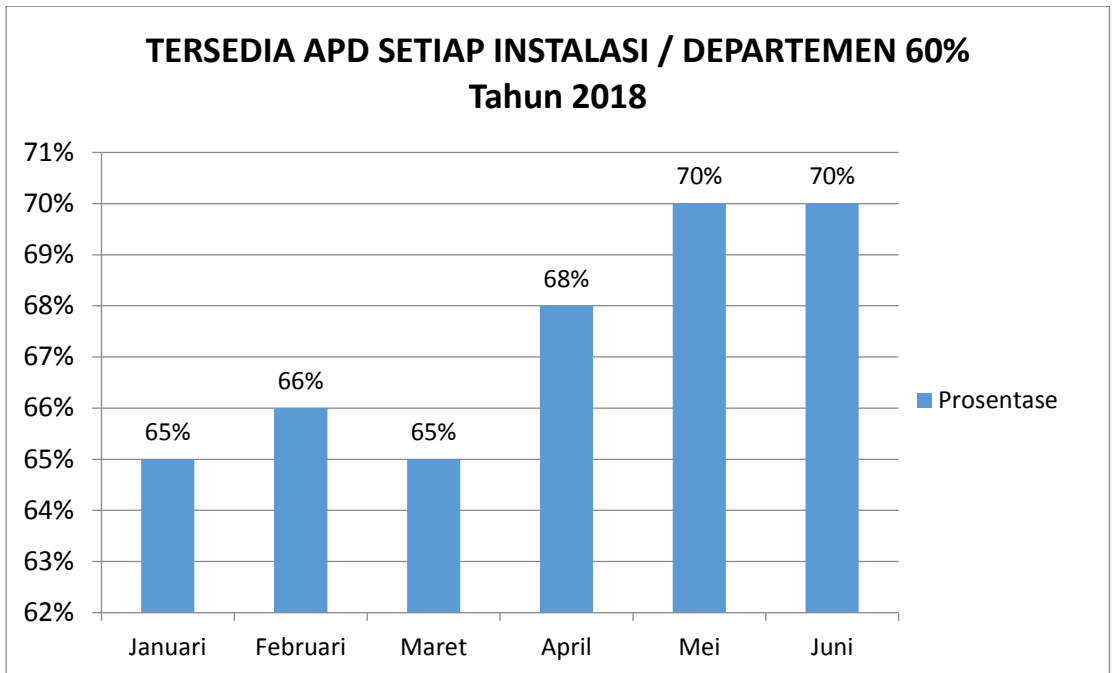


**Gambar 4. 28 Kepuasan Pelanggan - Data diambil dari Laboratorium**

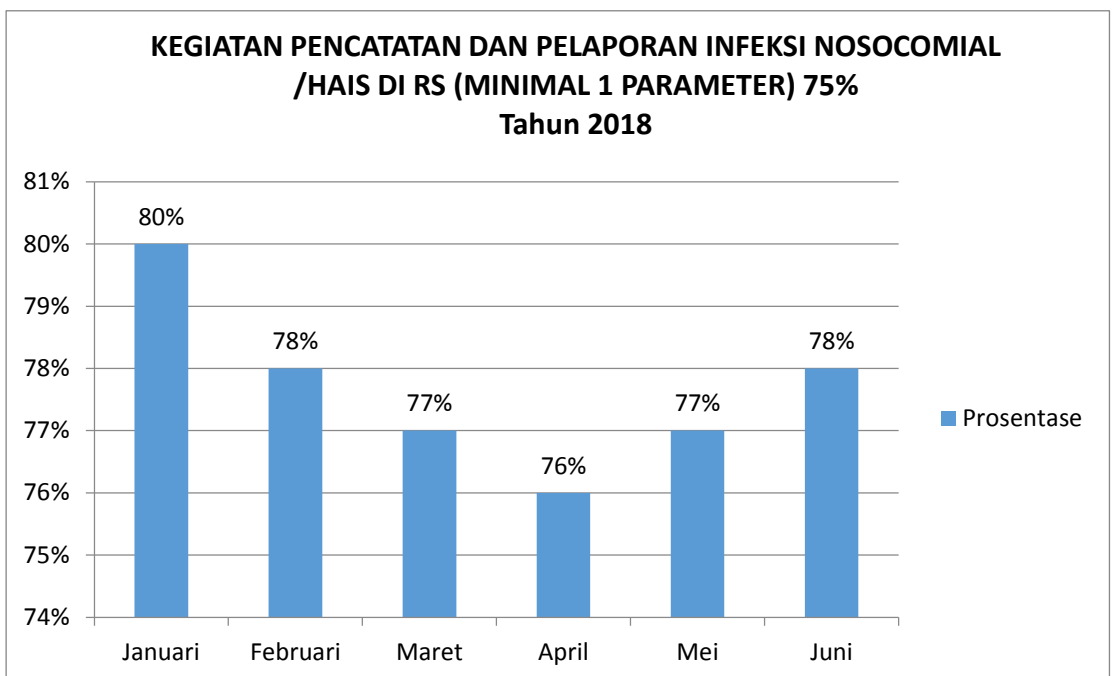


**Gambar 4. 29 Adanya Anggota PPI terlatih 100% - Data diambil dari Komite PPI**

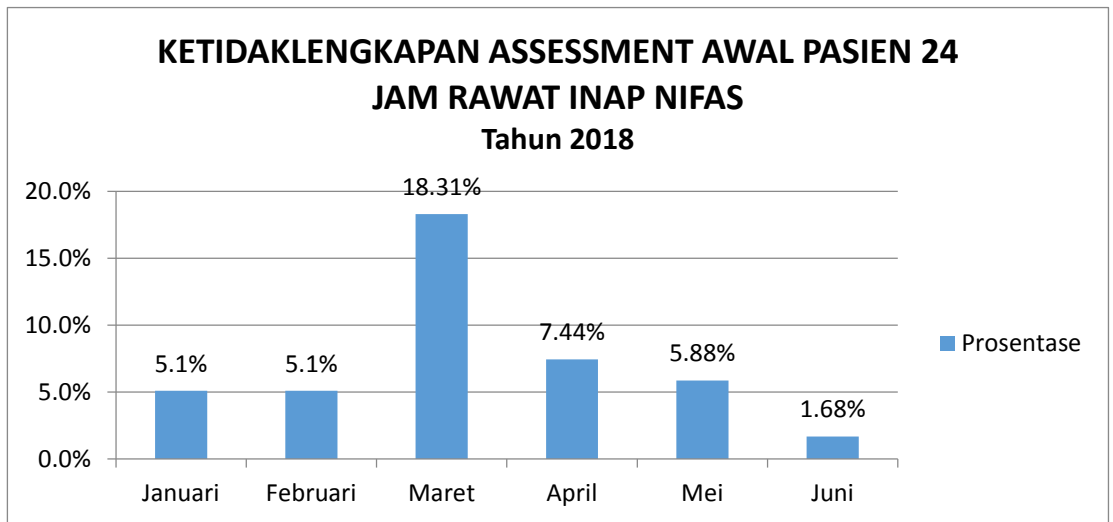




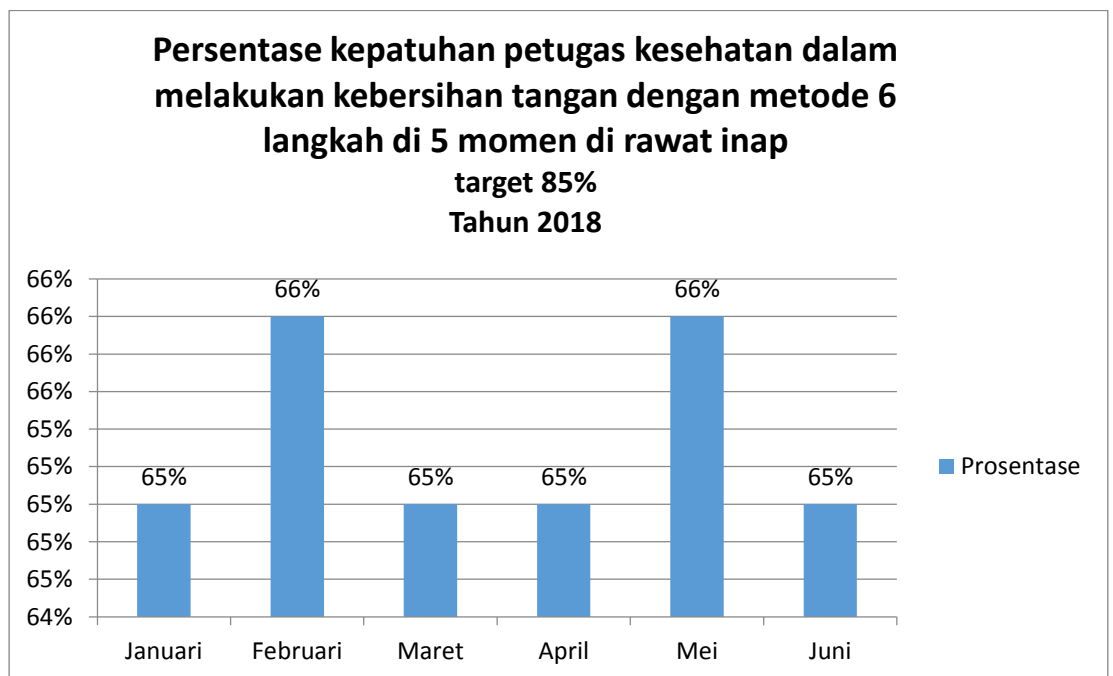
**Gambar 4. 30 Tersedia APD Setiap Departemen - Data diambil dari Komite PPI**



**Gambar 4. 31 Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosocomial**

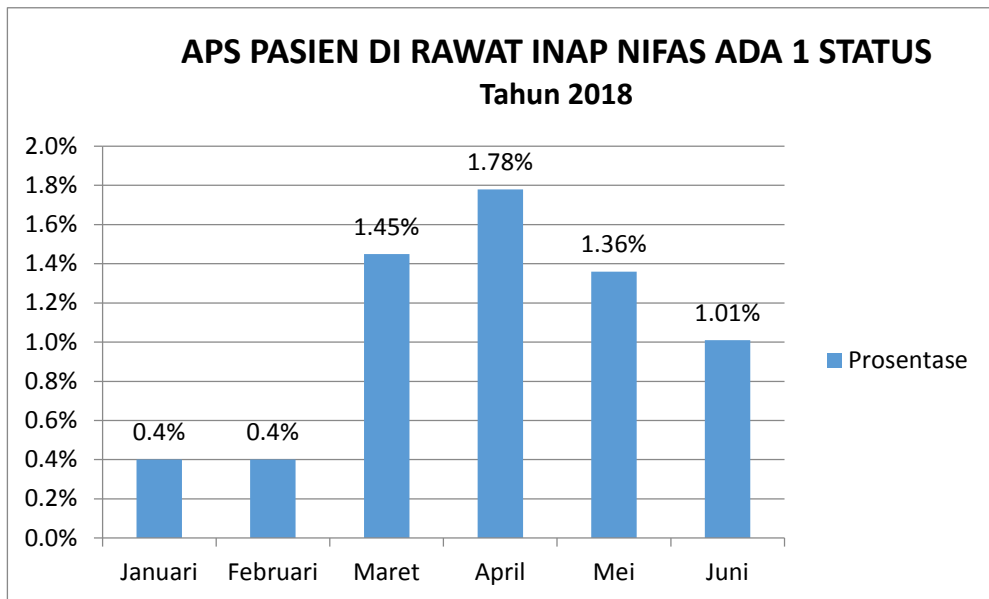


**Gambar 4. 32 Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan HAIS - Data diambil dari Komite PPI**



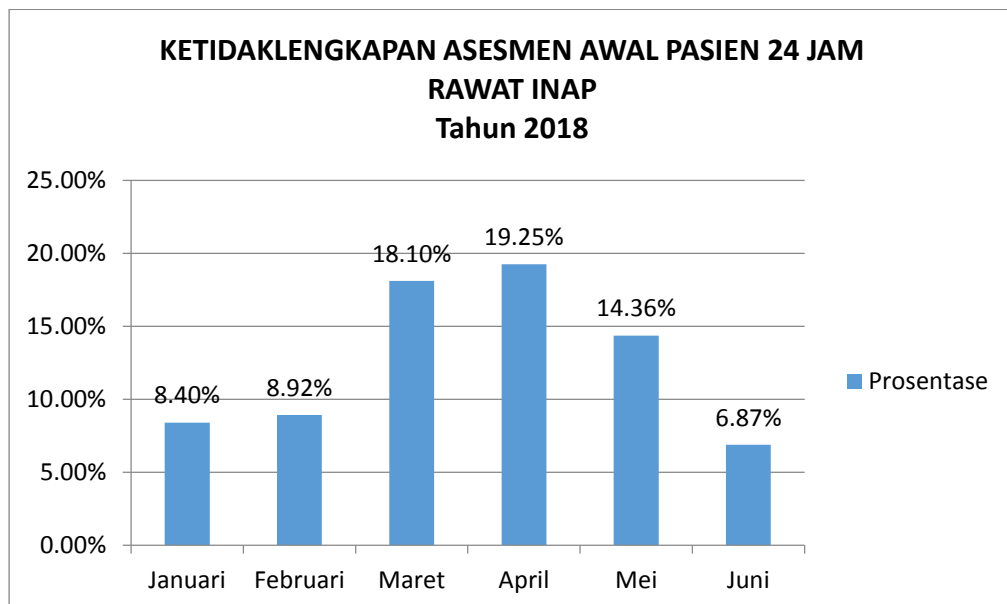
**Gambar 4. 33 Persentase Kepatuhan Petugas kesehatan dalam melakukan Kebersihan Tangan - Data diambil dari Komite PPI**

Data diambil dari Unit Nifas

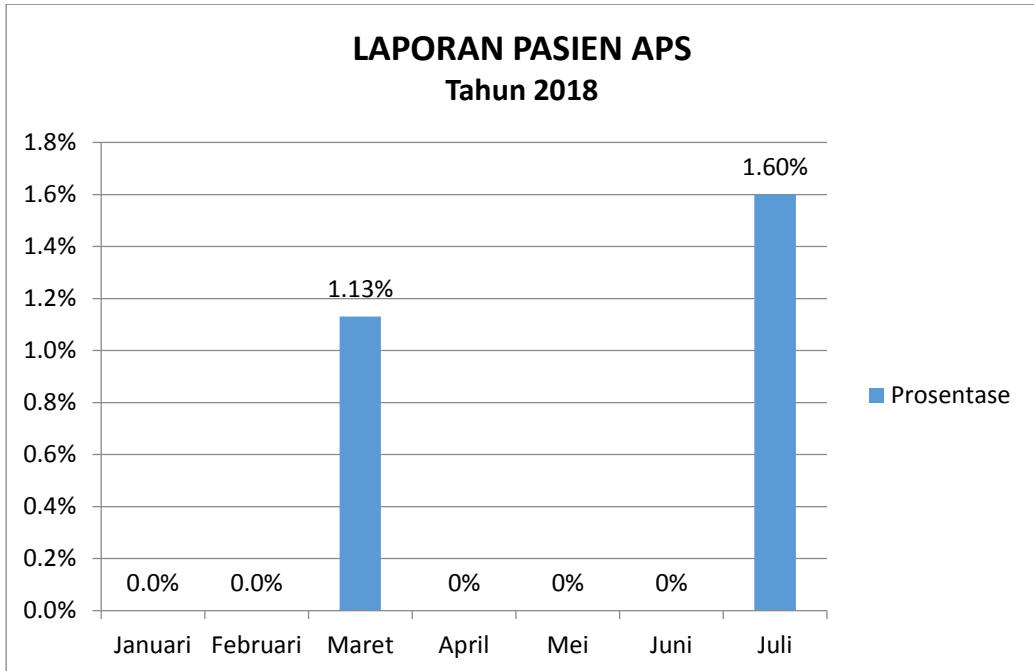


**Gambar 4. 34 APS Pasien Nifas - Data diambil dari Unit Nifas**

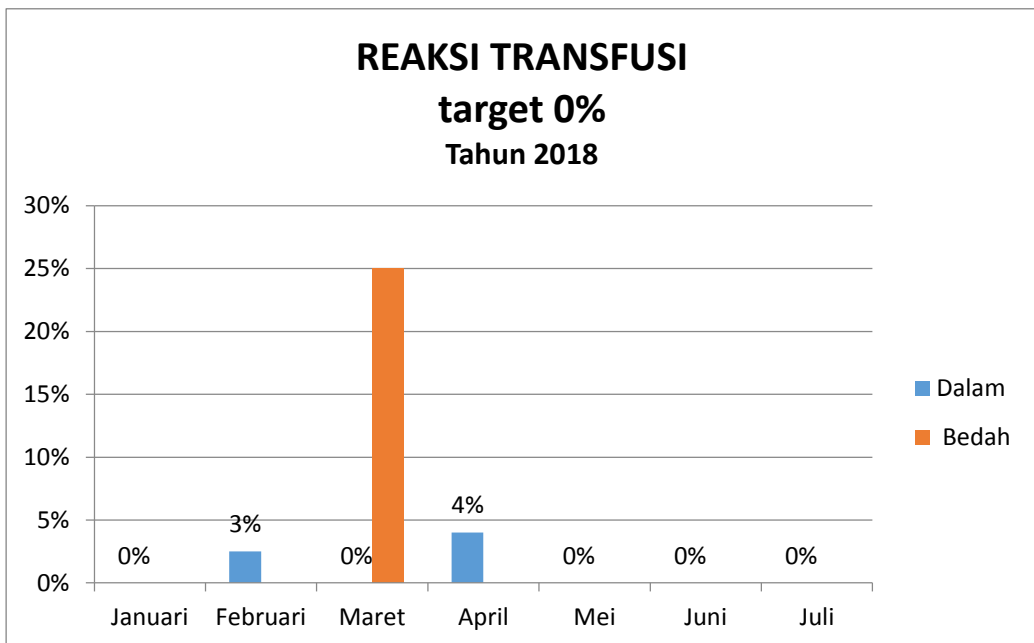
### RANAP BEDAH



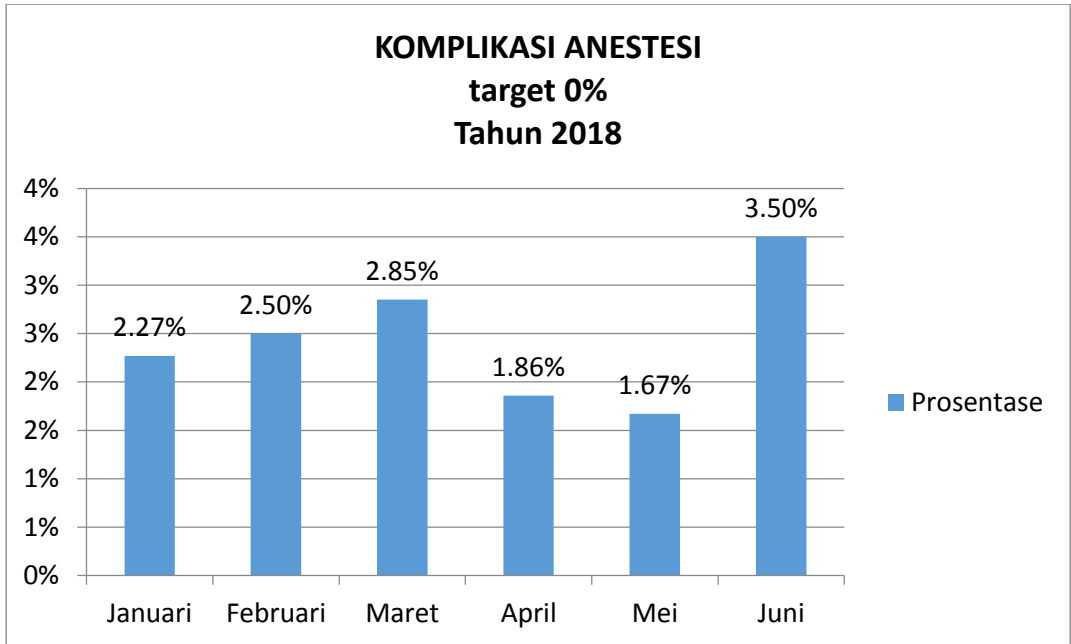
**Gambar 4. 35 Ketidaklengkapan Asesmen Awal 24 Jam Pasien Rawat Inap - Data diambil dari Unit Rawat Inap Bedah**



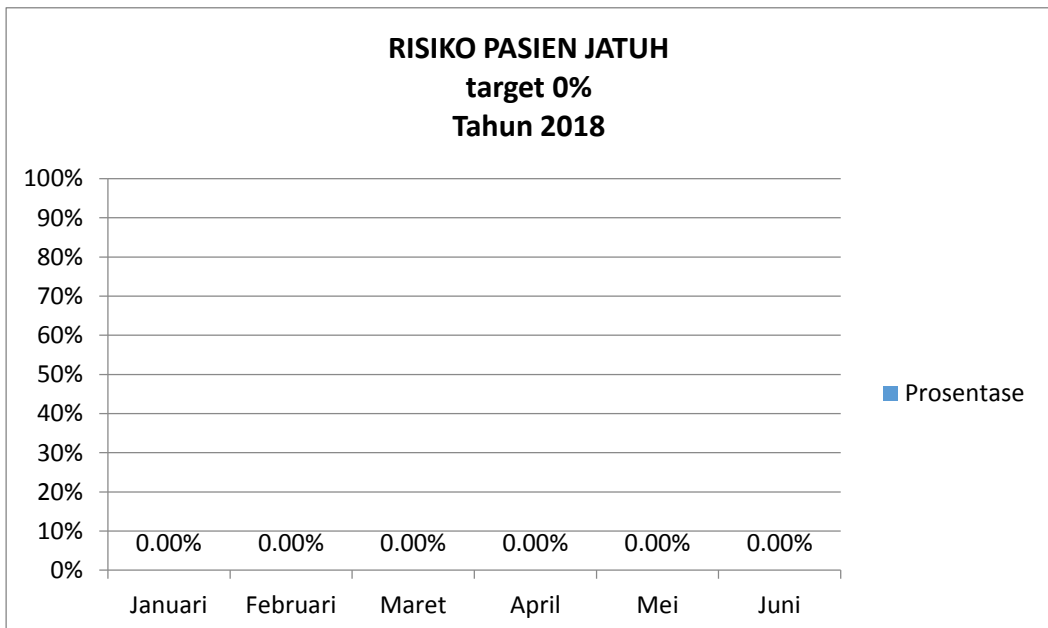
**Gambar 4. 36 Laporan Pasien APS - Data diambil dari Unit Rawat Inap Bedah**



**Gambar 4. 37 Reaksi Transfusi - Data diambil dari Unit Rawat Inap Dalam dan Bedah**

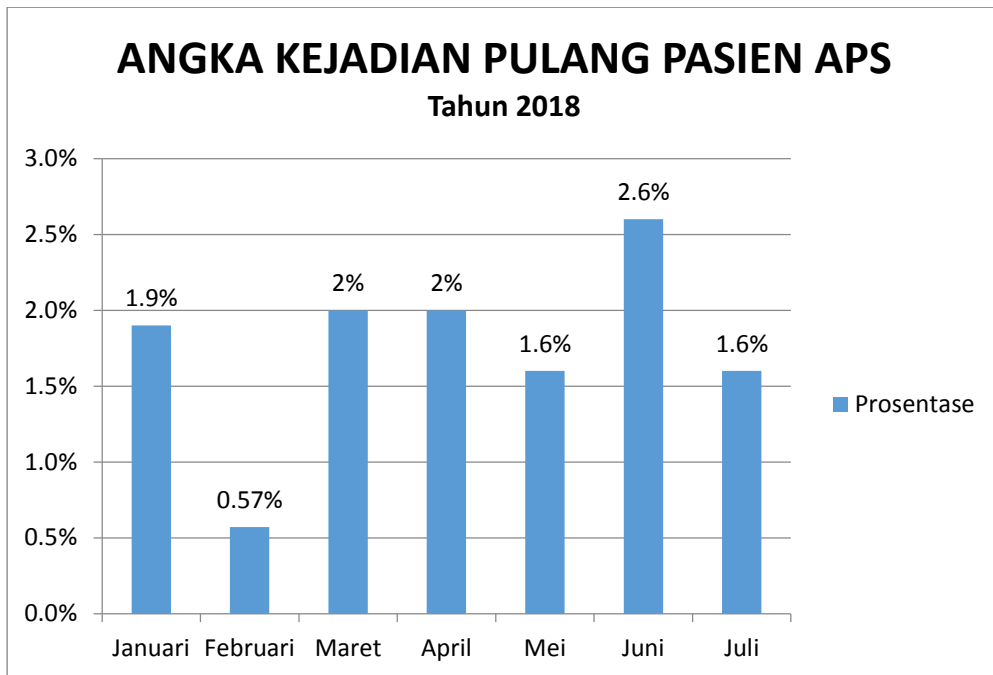


**Gambar 4. 38 Komplikasi Anestesi - Data diambil dari Unit Rawat Inap Bedah**

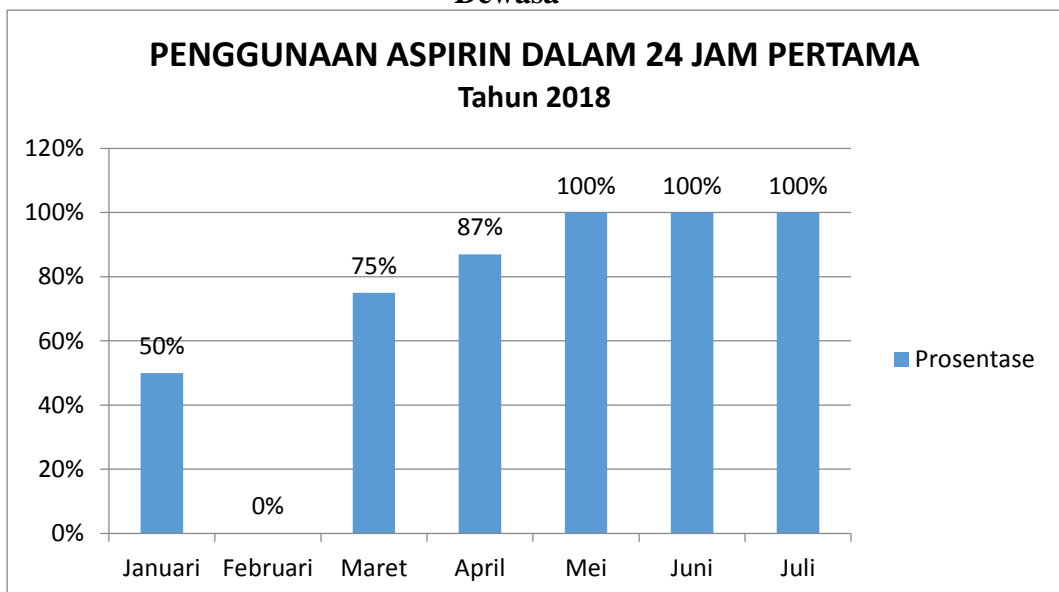


**Gambar 4. 39 Risiko Pasien Jatuh - Data diambil dari Unit Rawat Inap Bedah**

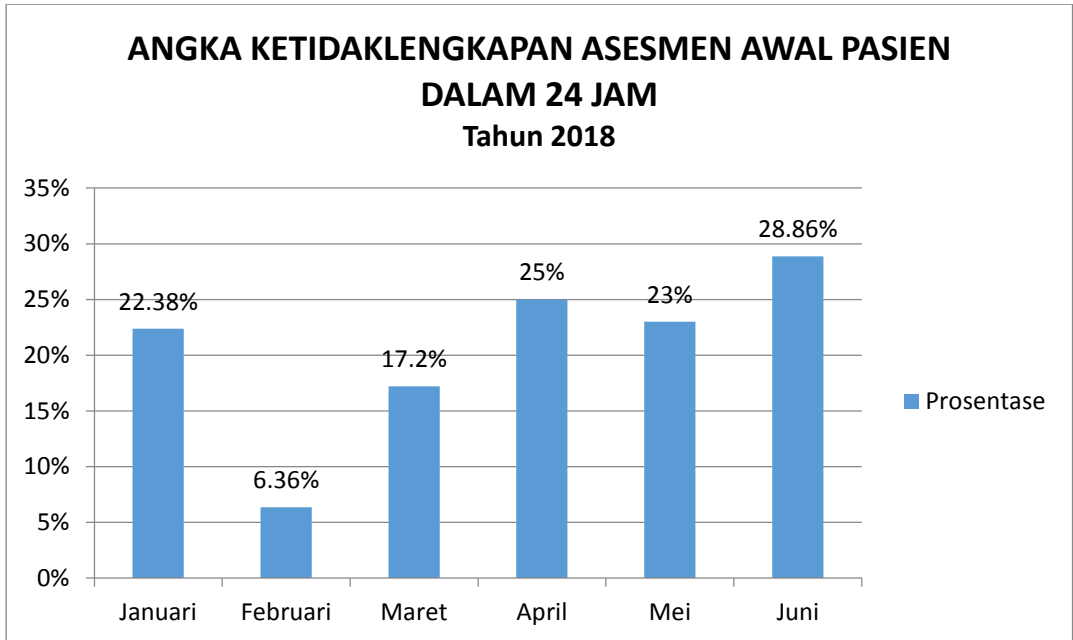
## RANAP DEWASA



**Gambar 4. 40 Angka Kejadian APS -Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**



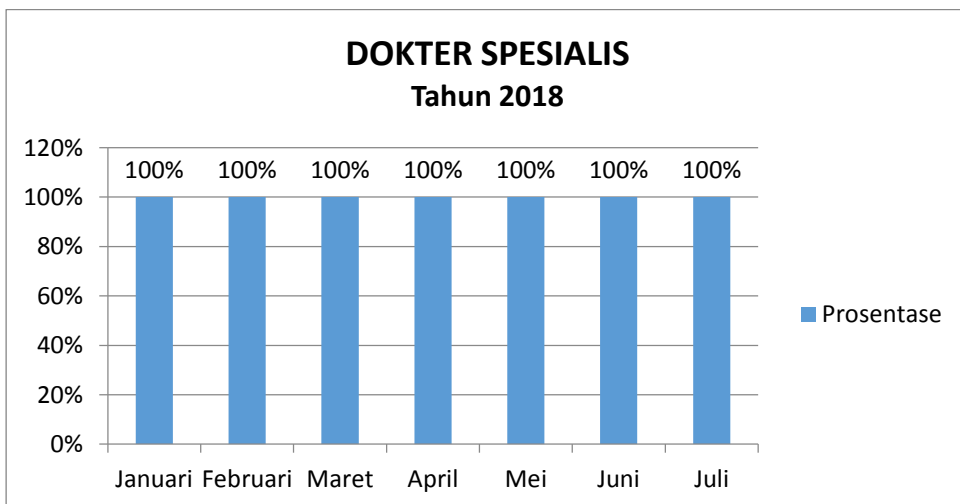
**Gambar 4. 41 Penggunaan Aspirin dalam 24 jam Pertama - Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**



**Gambar 4. 42 Ketidaklengkapan Asesmen Awal 24 jam - Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**

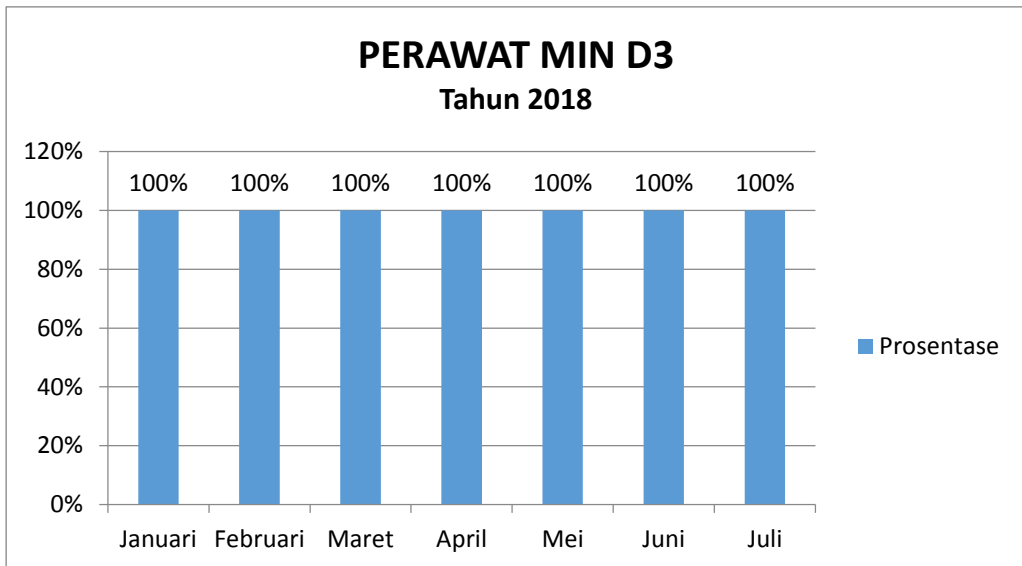
#### PEMBERI PELAYANAN DI RAWAT INAP

##### a. DOKTER SPESIALIS

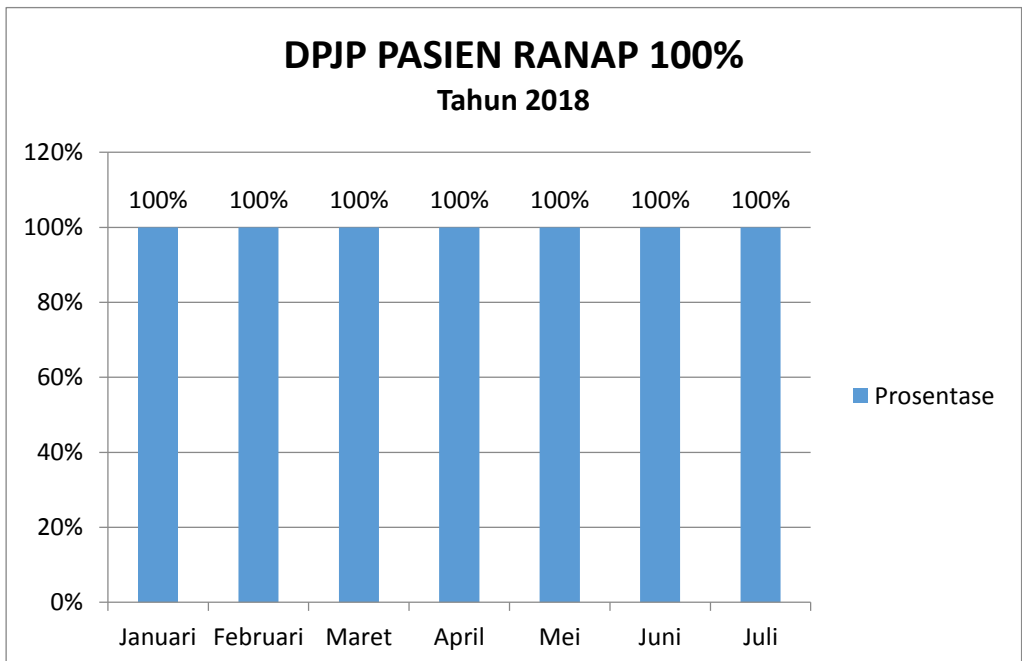


**Gambar 4. 43 Pemberi Pelayanan Dokter Spesialis - Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**

## b. PERAWAT MIN D3

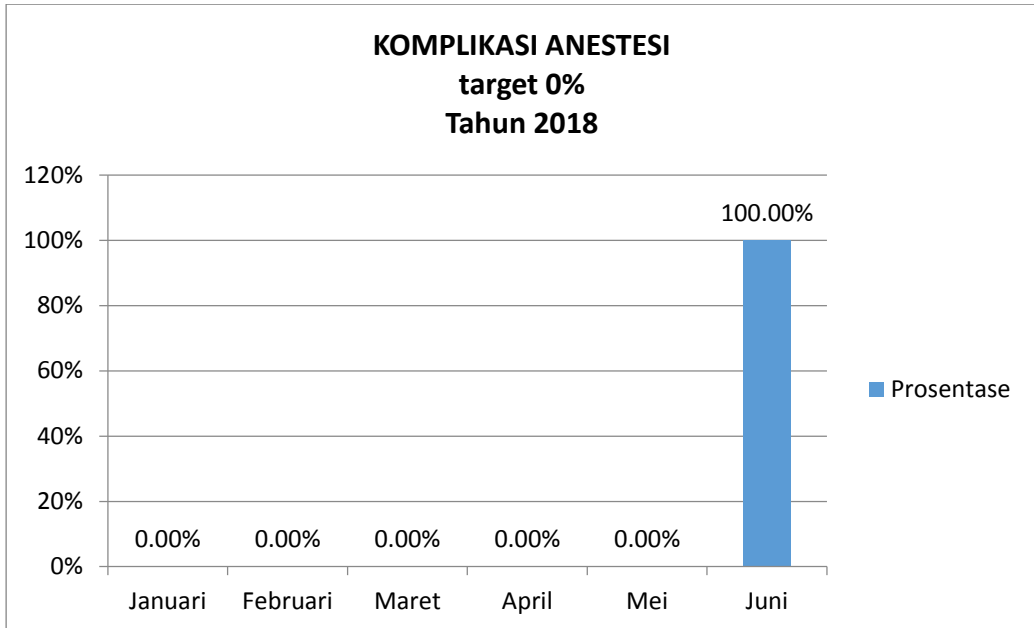


**Gambar 4. 44 Pemberi Pelayanan Perawat min D3 - Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**



**Gambar 4. 45 DPJP Pasien Ranap 100% - Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**



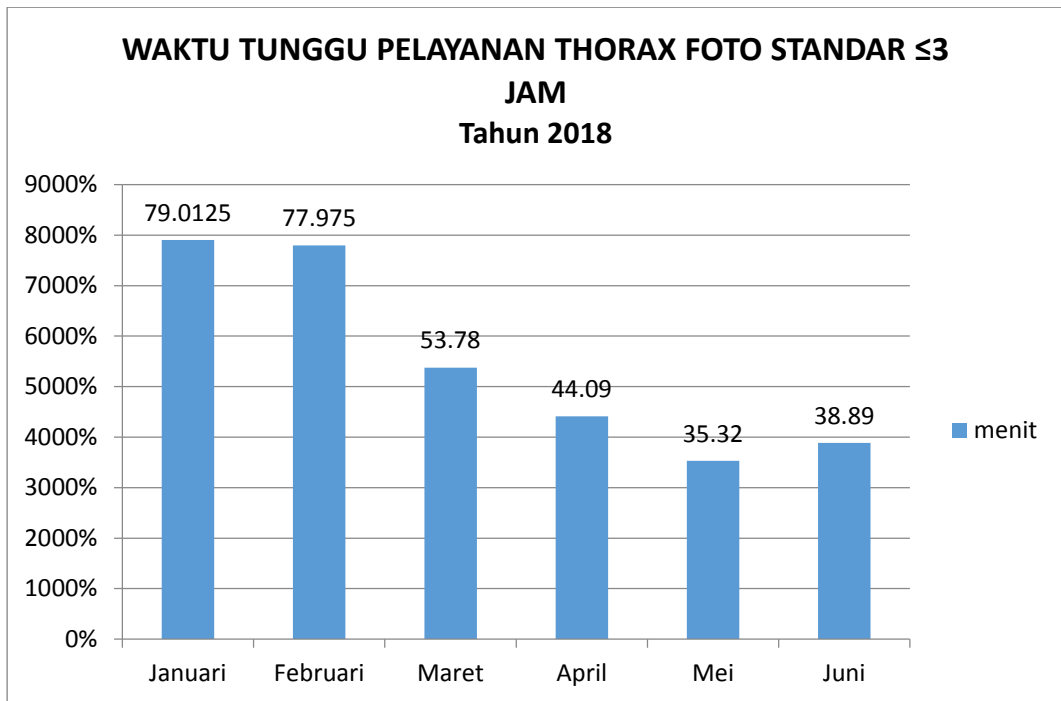


**Gambar 4. 46 Komplikasi Anestesi- Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**

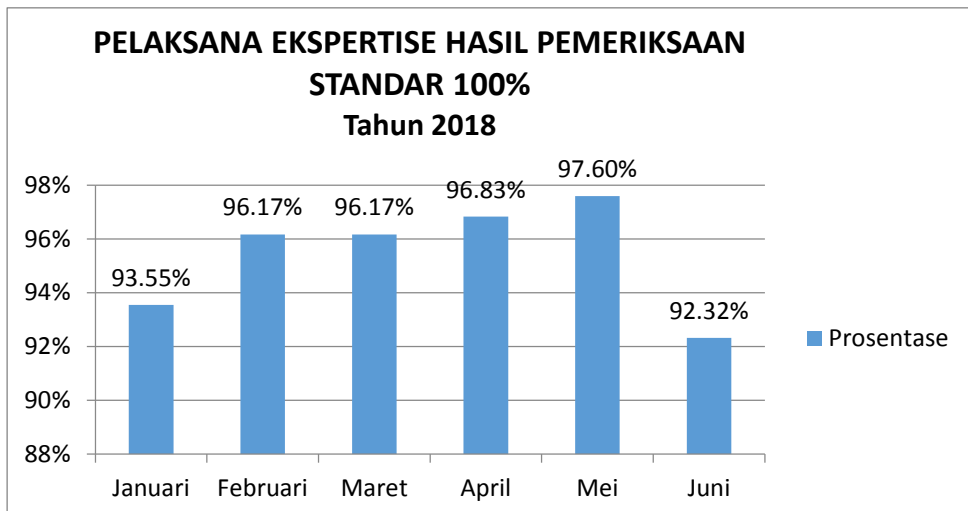


**Gambar 4. 47 Risiko Pasien Jatuh - Data diambil dari Unit Rawat Inap Dewasa**

## RADIOLOGI

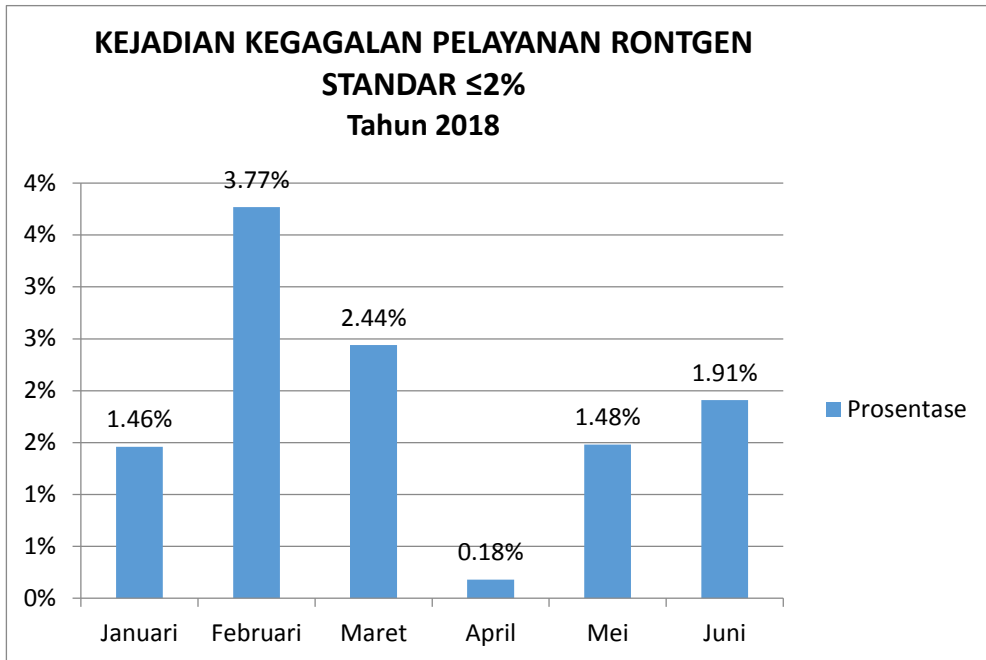


**Gambar 4. 48 Waktu Tunggu Pelayanan Foto Thorax standar  $\leq 3$  jam - Data diambil dari Unit Radiologi**



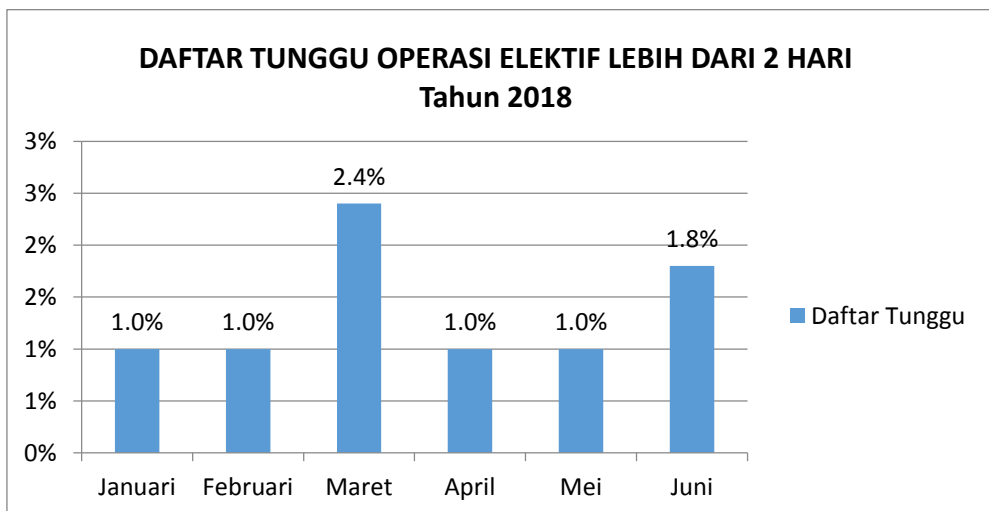
**Gambar 4. 49 Pelaksana Ekspertise Hasil Pemeriksaan Standar– Data Radiologi**

Data diambil dari Unit Radiologi



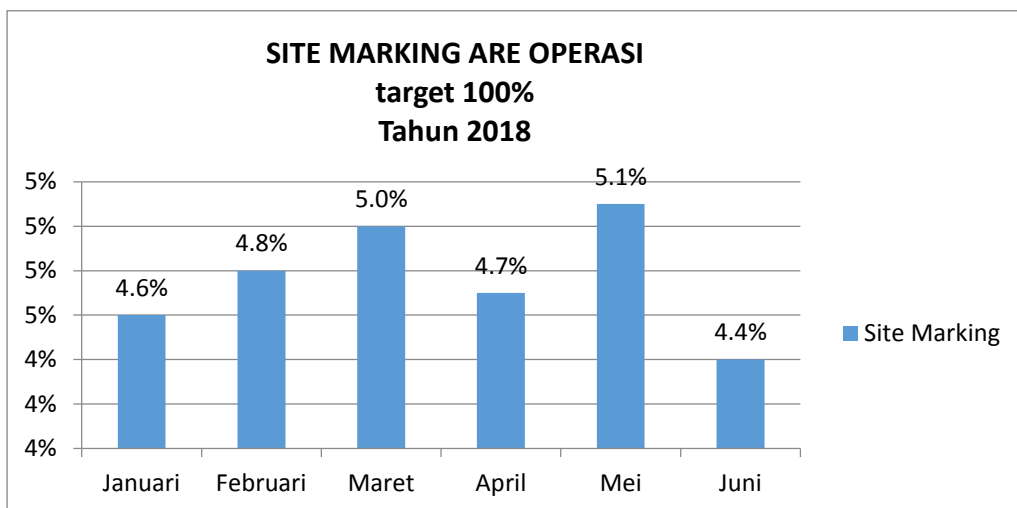
**Gambar 4. 50** Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen Unit Bedah Sentral

Data diambil dari Unit Bedah Sentral



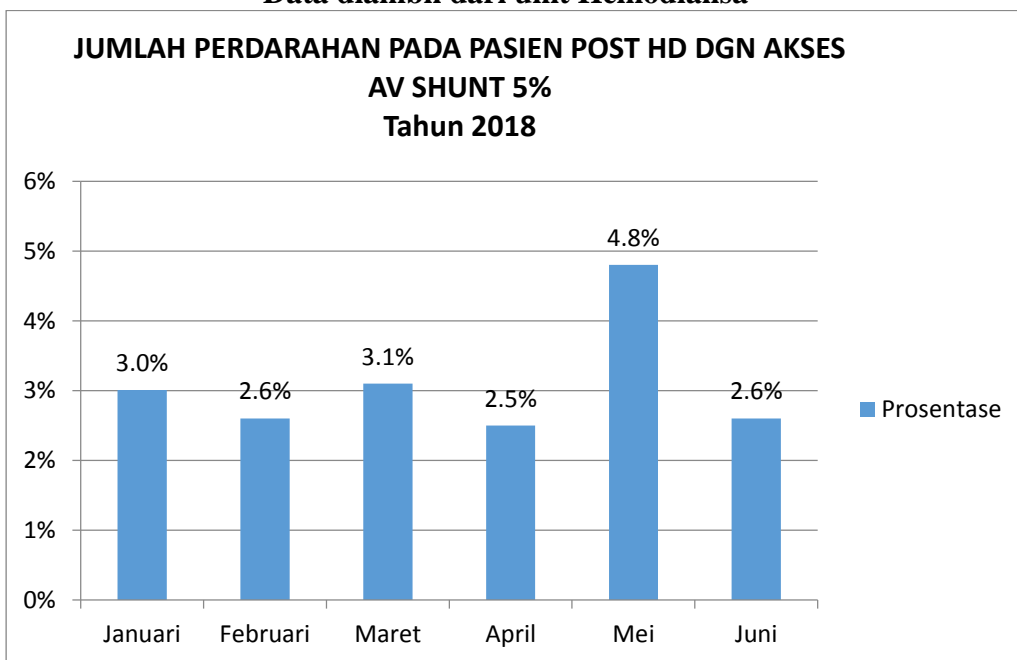
**Gambar 4. 51** Daftar Tunggu Operasi Elektif Lebih Dari 2 Hari

Data diambil dari Unit Bedah Sentral



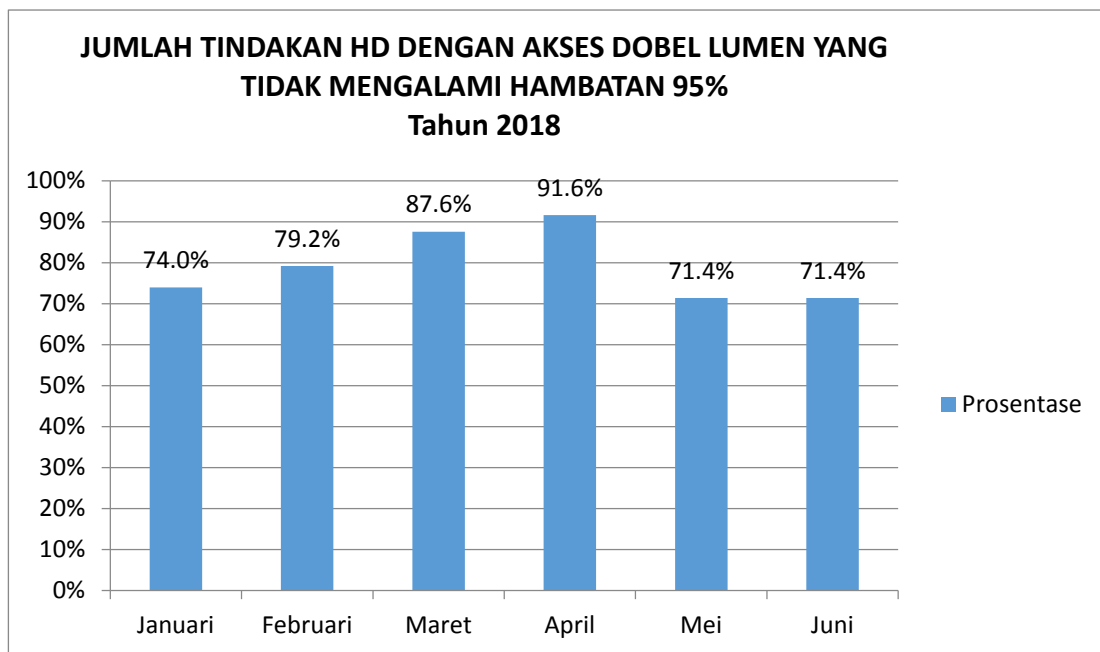
Gambar 4. 52 Site Marking Are Operasi

Data diambil dari unit Hemodialisa



Gambar 4. 53 Jumlah Perdarahan Pada Pasien Post Hd Dgn Akses double lumen

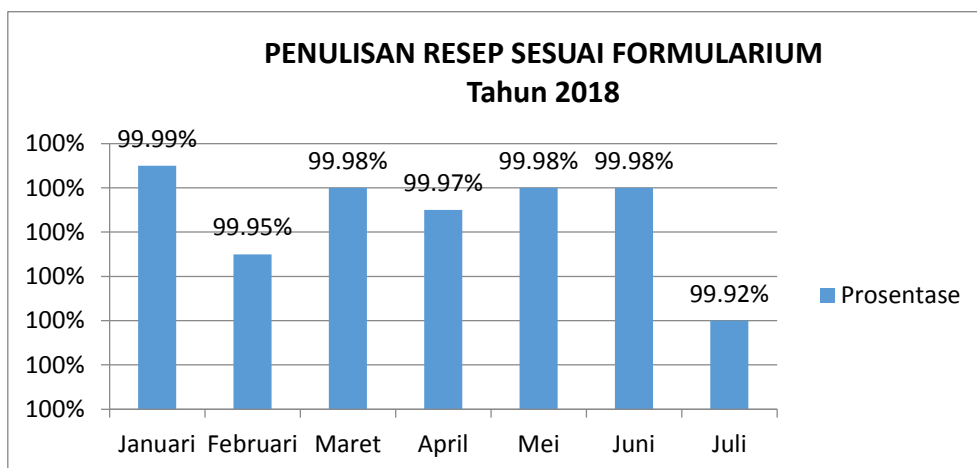
Data diambil dari unit Hemodialisa



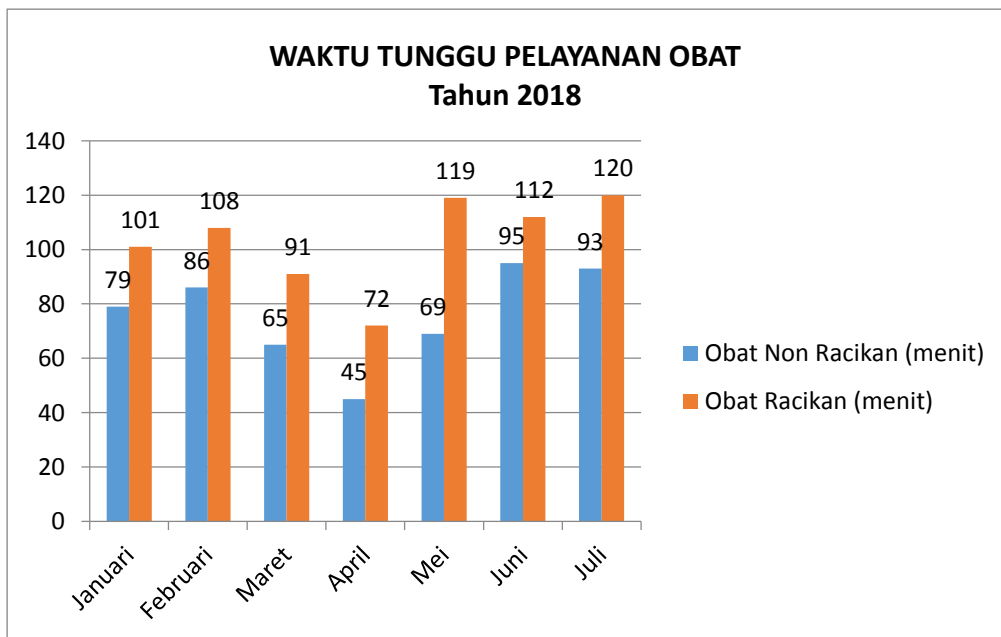
**Gambar 4. 54 Jumlah Tindakan Hd Dengan Akses Dobel Lumen Yang Tidak Mengalami Hambatan 95%**

FARMASI

Data diambil dari Unit Farmasi

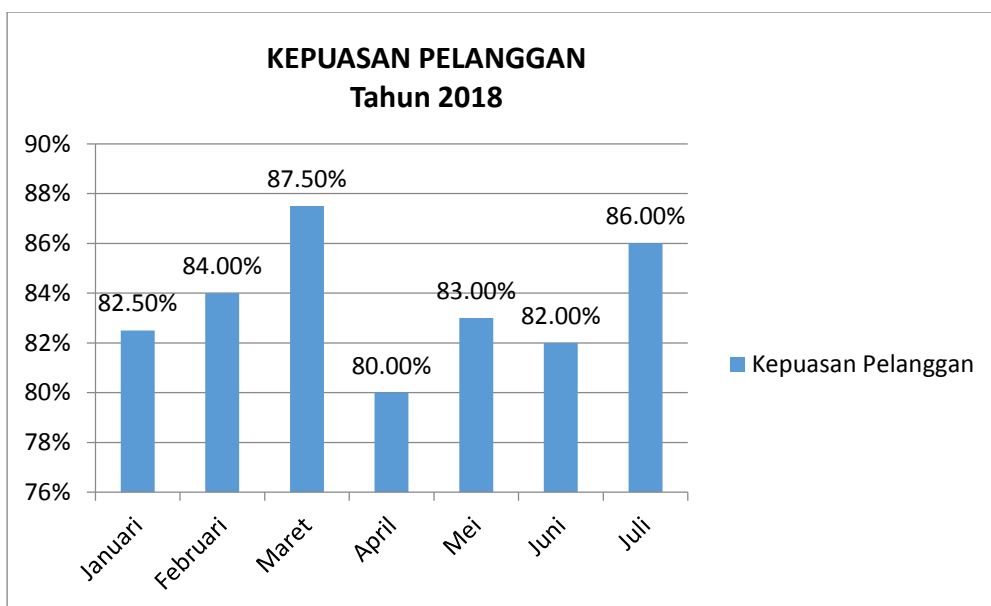


**Gambar 4. 55 Penulisan Resep Sesuai Formularium**



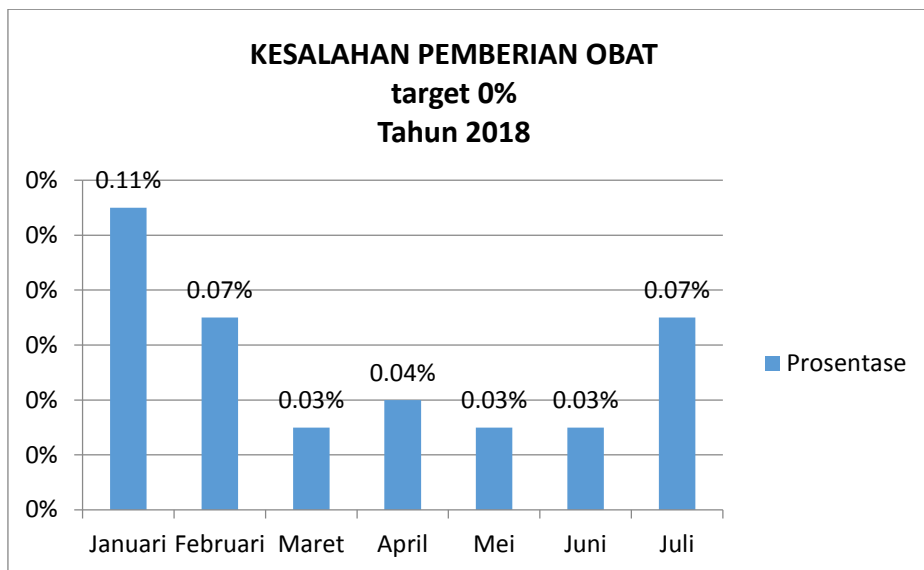
**Gambar 4. 56 Waktu Tunggu Pelayanan Obat Tahun 2018**

Data diambil dari Unit Farmasi



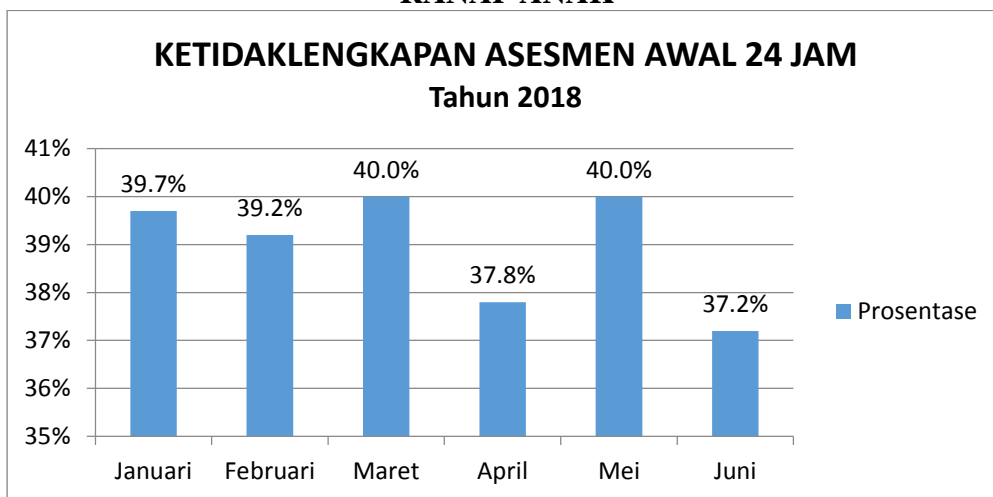
**Gambar 4. 57 Kepuasan Pelanggan Tahun 2018**

Data diambil dari Unit Farmasi



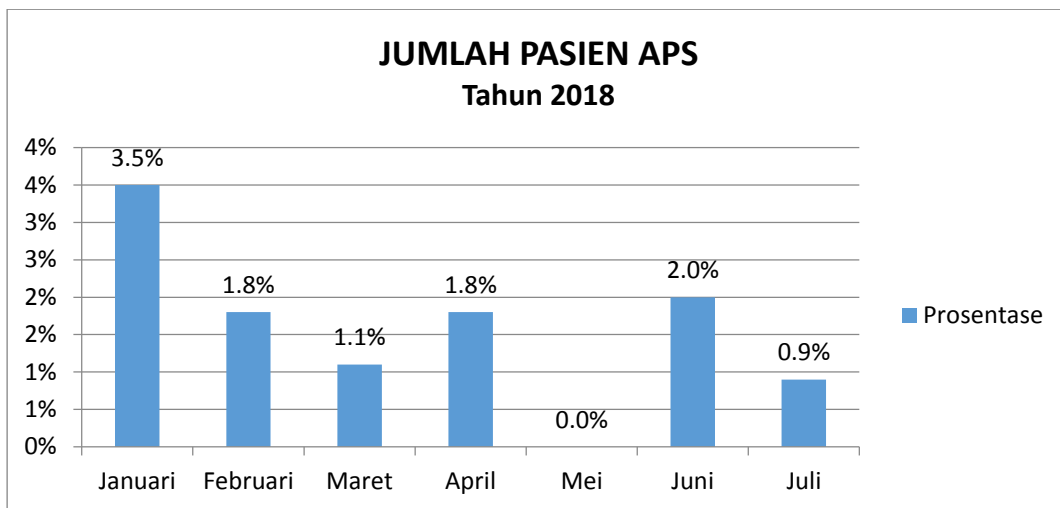
**Gambar 4. 58 Kesalahan Pemberian Obat target 0% Tahun 2018**

Data diambil dari Unit Farmasi  
**RANAP ANAK**



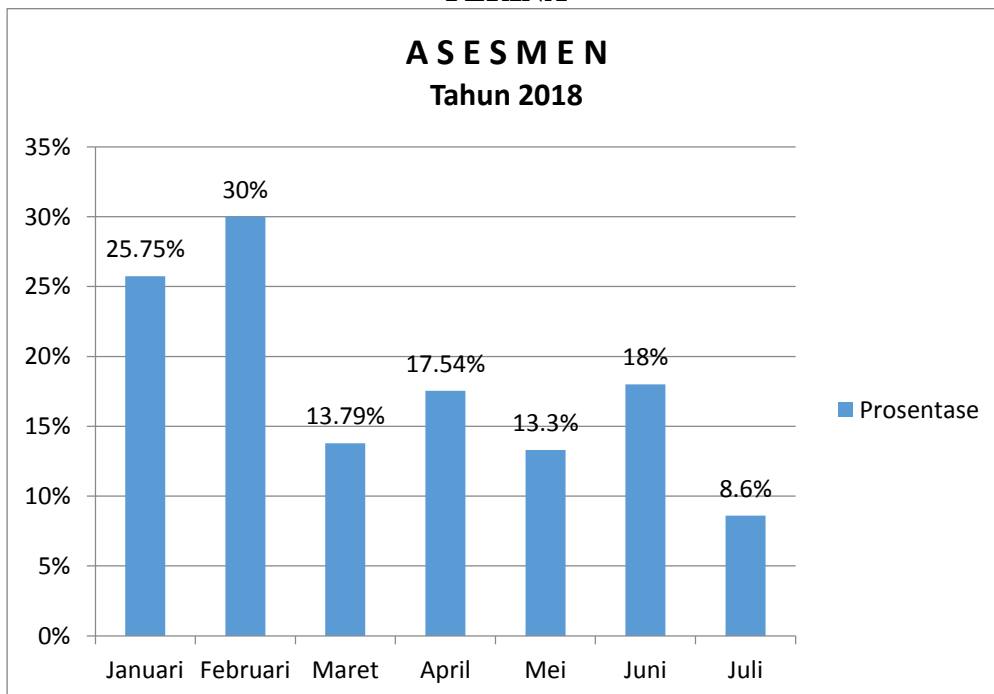
**Gambar 4. 59 Ketidak kelengkapan Asesmen Awal 24 jam tahun 2018**

**Data diambil dari Unit Rawat Inap Anak**



**Gambar 4. 60 Jumlah Pasien tahun 2018**

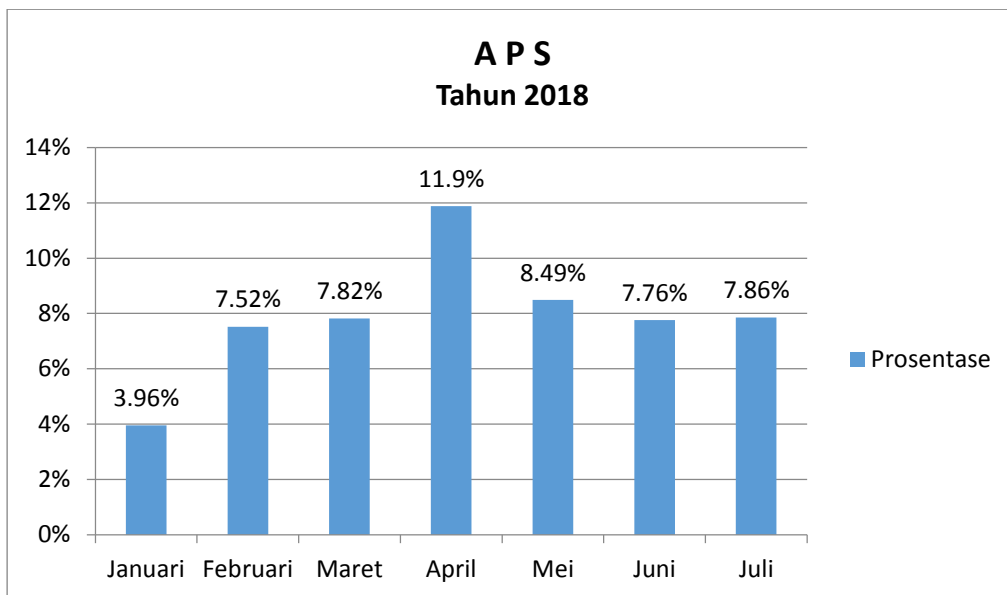
**Data diambil dari Unit Rawat Inap Anak  
PERINA**



**Gambar 4. 61 Asesmen tahun 2018**

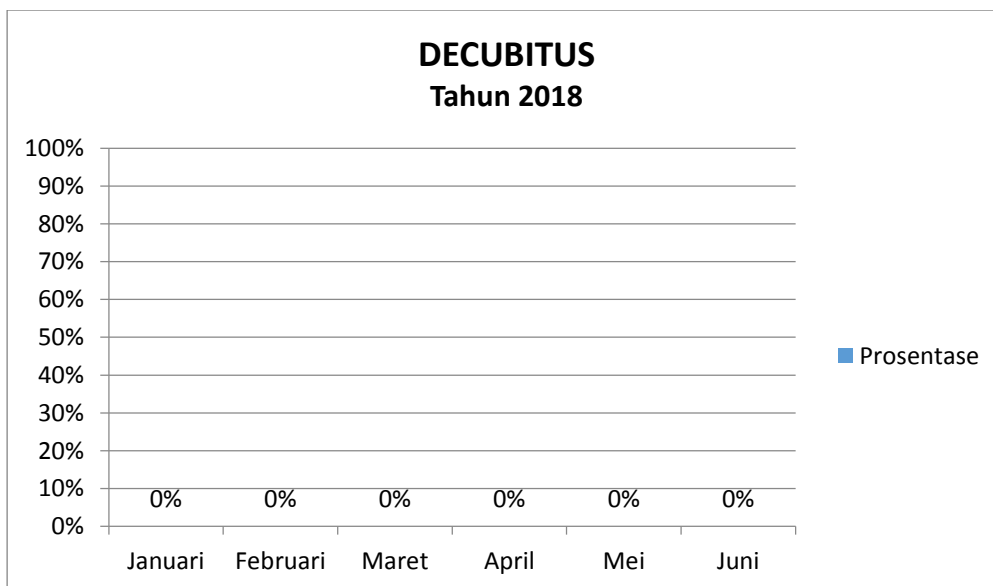


Data diambil dari Unit Perinatologi



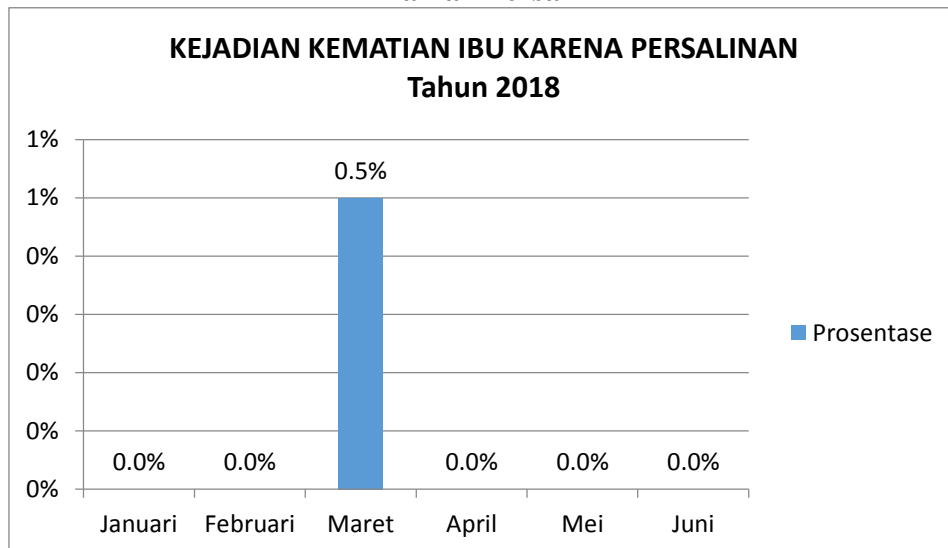
Gambar 4. 62 APS tahun 2018

Data diambil dari Unit Perinatologi



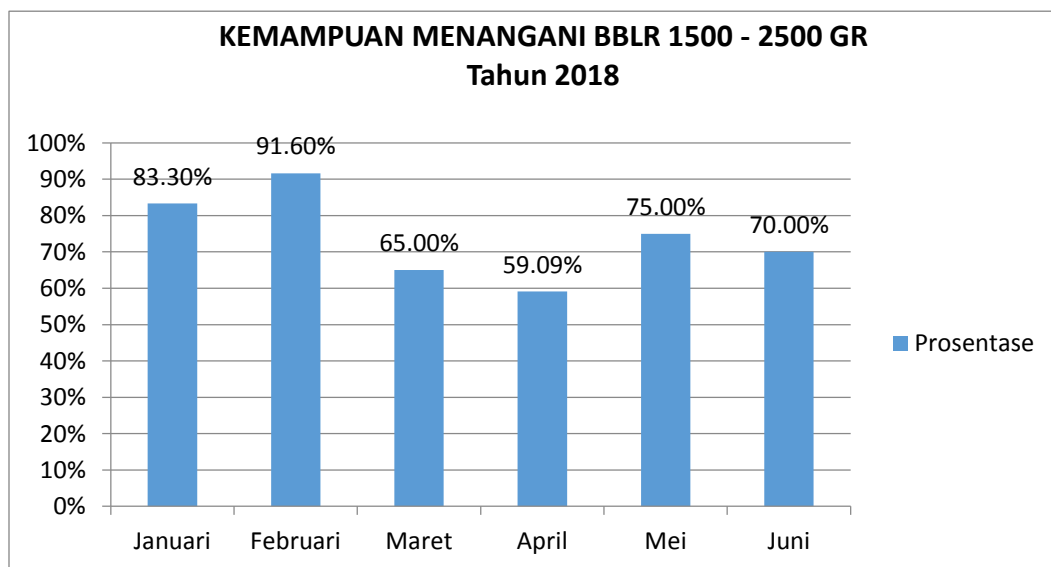
Gambar 4. 63 Decubitus tahun 2018

**Data diambil dari Unit Perinatologi  
Kamar Bersalin**



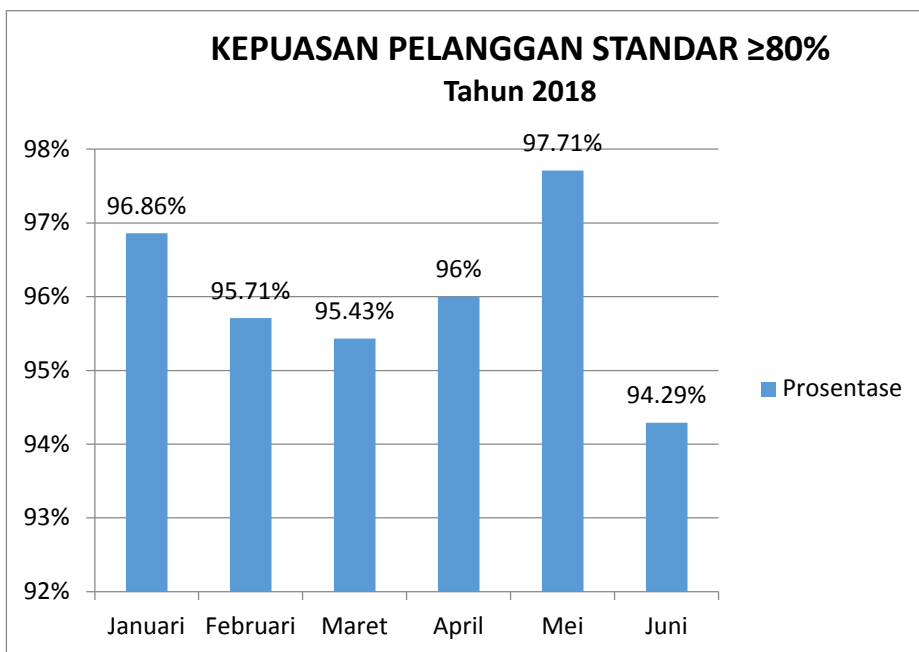
**Gambar 4. 64 Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan tahun 2018**

**Data diambil dari Unit Kamar Bersalin**



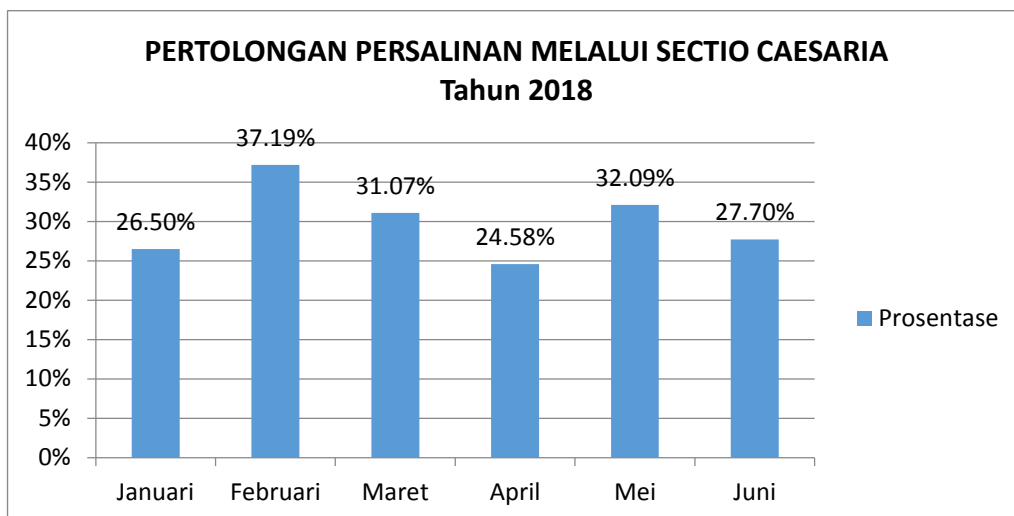
**Gambar 4. 65 Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan tahun 2018**

Data diambil dari Unit Kamar Bersalin

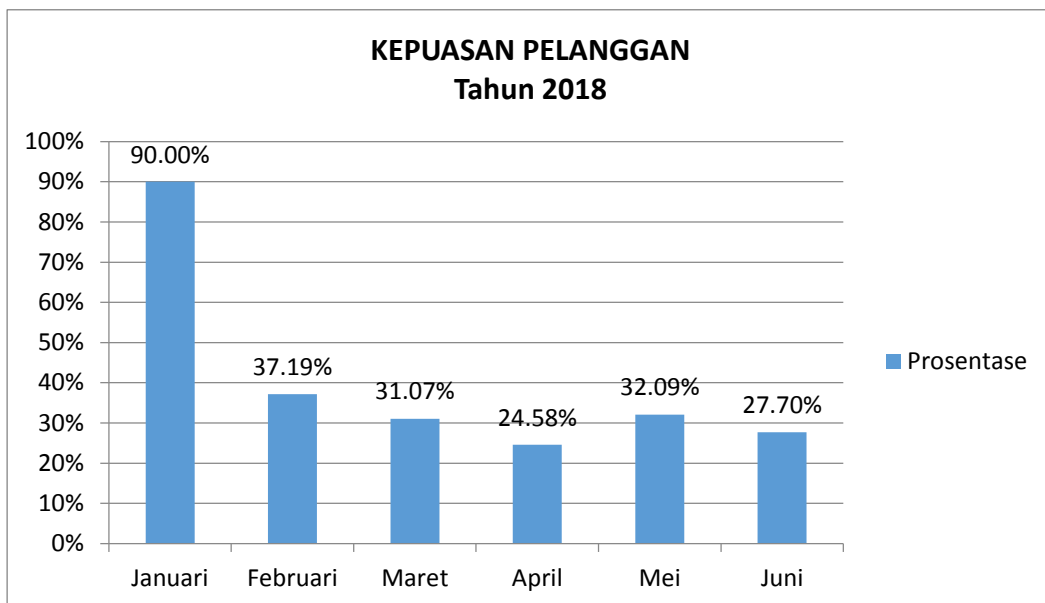


**Gambar 4. 66 Kepuasan Pelanggan Standar  $\geq$  80% tahun 2018**

Data diambil dari Unit Kamar Bersalin



**Gambar 4. 67 Pertolongan Persalinan melalui Sectio Caesaria tahun 2018**

**Data diambil dari Unit Kamar Bersalin****Gambar 4. 68 Kepuasan Pelanggan tahun 2018**

Data yang sudah didapatkan dari unit-unit di RS ini bisa digunakan untuk menentukan skala prioritas dan area prioritas perbaikan dengan melakukan matrix grading, yang ini menjadi tugas dari KMKP, peneliti sendiri sudah melakukan matrix grading berdasarkan dari data-data yang sudah ada dari masing-masing unit, dengan hasil sebagai berikut:

### Skala Prioritas dan Area Prioritas Perbaikan RSUD Kota Surakarta

**Tabel 4. 3 Matrix Grading Skala Prioritas dan Area Perbaikan**

NO	Unit Prioritas	High Risk	High Volume	High Cost	Mampu Laksana	Total
1	Rawat Inap	5	4	4	5	18
2	UBS	5	4	4	4	17
3	UGD	5	4	3	4	16
4	Farmasi	5	4	3	4	16
5	Lab	5	3	3	4	15
6	Rawat Jalan	4	3	3	4	14
7	ICU	5	2	3	4	14
8	Radiologi	4	4	2	3	13
9	Gizi	4	2	3	4	13
10	Manajemen	4	2	3	4	13

Dengan tidak mengecilkan unit yang lain peneliti memilih Rawat Inap sebagai area prioritas karena Rawat inap termasuk high risk, risiko yang ada sangat besar, pasien di unit rawat inap memerlukan monitoring dan evaluasi cukup besar, high volume karena jumlah pasien di rawat inap banyak serta kesalahan yang dibuat terutama dalam hal asesmen awal 24 jam di rawat inap masih sangat tinggi, terbukti dengan hasil data yang masih sangat jauh di bawah target 100% (bisa dilihat pada diagram 4.35, 4.43), high cost karena di rawat inap adalah salah satu unit dengan biaya tertinggi, terutama dengan sistem pembayaran BPJS sekarang akan sangat rentan risiko unit rawat inap ini menjadi rugi, misal apabila ada kurang lengkapnya dokumen maka klaim BPJS tidak akan cair, dan apabila ada keluhan dari pasien yang berujung tuntutan apabila tidak ada

kelengkapan dokumen maka akan berakibat fatal bagi RS karena rekam medis merupakan salah satu pegangan bagi RS dan semua petugas kesehatan, mampu laksana di sini karena sebenarnya hal ini bisa dilakukan bilamana semua petugas kesehatan mematuhi dan melaksanakan semua aturan dari RS, serta tentunya dengan adanya dukungan dari pihak manajemen RS sendiri. Karena semua inilah peneliti menentukan bahwa area Rawat Inap RS menjadi area prioritas perbaikan.

Dari hasil matrix grading di atas maka dapat diambil kesimpulan bahwa yang akan diambil untuk KPI adalah indikator dari **Rawat Inap**. Sehingga untuk KPI RSUD Kota Surakarta untuk ke depan yang bisa diusulkan adalah sebagai berikut:

**Tabel 4. 4 Usulan Judul Indikator KPI Area Klinis**

No	Indikator Area Klinis	Judul Indikator
1.	Asesmen pasien	Angka ketidaklengkapan asesmen awal 24 jam di Unit Rawat Inap
2.	Pelayanan Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium <120 menit
3.	Pelayanan Radiologi	Pelaksanaan ekspertise hasil pemeriksaan
4.	Prosedur Bedah	Site marking lokasi operasi
5.	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	Penggunaan aspirin dalam 24 jam pertama masuk RS pada pasien dengan diagnosis AMI
6.	Kesalahan medikasi ( <i>Medication error</i> ) dan Kejadian nyaris cedera (KNC)	Persentase angka kesalahan pemberian obat
7.	Penggunaan anestesi dan sedasi	Komplikasi anestesi karena reaksi anestesi
8.	Penggunaan darah dan produk darah	Angka kejadian reaksi transfusi

9.	Kelengkapan rekam medis (RM)	Kelengkapan pengisian berkas RM setelah 24 jam selesai pelayanan rawat inap
10.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), Surveilans dan pelaporan	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah di 5 momen di rawat inap

## B. Pembahasan

Hasil yang didapat peneliti untuk penyusunan KPI terlihat ada perbedaan dengan KPI yang dimiliki RS saat ini, adapun perbedaannya adalah sebagai berikut:

**Tabel 4. 5 Perbandingan Judul Indikator KPI RS lama dan KPI Usulan**

No	Indikator Area Klinis	Judul Indikator Lama	Judul Indikator Baru
1.	Asesmen pasien	Angka ketidaklengkapan asesmen awal di Unit Ranap	Angka ketidaklengkapan asesmen awal 24 jam di Unit Rawat Inap
2.	Pelayanan Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium <140 menit
3.	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto toraks	Pelaksana Ekspertise hasil pemeriksaan
4.	Prosedur Bedah	Waktu tunggu operasi elektif	Site marking lokasi operasi
5.	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	Penggunaan aspirin dalam 24 jam pertama masuk RS pada pasien dengan diagnosis AMI	Penggunaan aspirin dalam 24 jam pertama masuk RS pada pasien dengan diagnosis AMI
6.	Kesalahan medikasi ( <i>Medication error</i> ) dan Kejadian nyaris cedera (KNC)	Persentase angka jatuh pasien	Persentase angka kesalahan pemberian obat
7.	Penggunaan	Komplikasi anestesi	Komplikasi anestesi

	anestesi dan sedasi	karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan pipa endotrakeal	karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan pipa endotrakeal
8.	Penggunaan darah dan produk darah	Angka kejadian reaksi transfusi	Angka kejadian reaksi transfuse
9.	Kelengkapan rekam medis (RM)	Kelengkapan pengisian berkas RM setelah 24 jam selesai pelayanan rawat inap	Kelengkapan pengisian berkas RM setelah 24 jam selesai pelayanan rawat inap
10.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), Surveilans dan pelaporan	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah di 5 momen di rawat inap	Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah di 5 momen di rawat inap

#### Pembahasan:

1. Asesmen Pasien - Angka ketidaklengkapan asesmen awal 24 jam di Unit Rawat Inap

Di sini tidak ada perbedaan dalam judul indikator baik dari KPI lama maupun KPI dari pihak peneliti, dikarenakan dari hasil telusur dan pengambilan data didapatkan bahwa pengisian asesmen awal 24 jam di unit rawat inap belum meningkat secara bermakna, bisa dilihat dari tidak tercapainya target 0% dari bulan Januari – Juni 2018 (diagram 4.35 dan 4.43), jadi dirasa masih perlu untuk dilanjutkan sesuai KPI yang lama. Di samping itu jaman sekarang ini kelengkapan dokumen Rekam Medis (RM) ini sangat dibutuhkan, demi lancarnya klaim BPJS, demi keamanan dari petugas kesehatan



itu sendiri apabila suatu saat meski tidak diharapkan adanya tuntutan ke ranah hukum dari pasien maupun keluarga pasien.

## 2. Pelayanan Laboratorium - Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium <140 menit

Di sini juga masih belum ada perubahan dari KPI lama dikarenakan hasil pengumpulan capaian selama bulan Januari – Juni 2018 masih terlihat belum mencapai atau melampaui target 100% (diagram 4.25). Di sini hambatan yang ada adalah ada beberapa pemeriksaan yang membutuhkan waktu lebih lama, misalnya pemeriksaan gula darah 2 jam post-prandial di mana pemeriksaan darah harus diulang dalam 2 jam kemudian, jadi hanya ada sisa waktu 20 menit untuk menyelesaikan semuanya, padahal jumlah pasien sendiri semakin hari semakin meningkat dengan SDM yang dirasa masih kurang.

## 3. Pelayanan Radiologi - Pelaksana Ekspertise hasil pemeriksaan

Di sini dikarenakan target capaian bulan Januari – Juni 2018 sudah mencapai target capaian  $\leq 3$  jam maka peneliti memutuskan untuk merubah KPI lama. Capaian target Pelaksana Ekspertise hasil pemeriksaan sendiri belum maksimal (diagram 4.50), ini dikarenakan ada beberapa personel dari RS tidak mematuhi SPO pengambilan hasil Rontgen, jadi ada beberapa hasil yang belum dibaca oleh

Spesialis Radiologi tetapi sudah diminta oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) karena mungkin harus segera dilakukan tindakan segera atau DPJP pasien ingin melihat lebih dulu hasil pemeriksaan, sebenarnya hal ini boleh-boleh saja tapi setelah dilihat oleh DPJP yang bersangkutan seharusnya sesuai SPO harus segera dikembalikan ke unit Radiologi untuk dilakukan pembacaan, di samping itu masalah lain adalah spesialis Radiologi di RS hanya 1 personel, sehingga hasil pemeriksaan sore dan malam baru bisa dibaca keesokan harinya.

#### 4. Prosedur Bedah – *Site Marking* Lokasi Operasi

Di sini terlihat bahwa ada perbedaan dari KPI lama, ini dikarenakan capaian indikator di Unit Bedah bulan Januari-Juni 2018 untuk risiko pasien jatuh sudah hampir mencapai target 0%, sedangkan untuk *site marking* sangat rendah dari target capaian 100% (diagram 4.53), padahal *site marking* merupakan salah satu unsur keselamatan pasien yang paling berisiko dan masuk ke dalam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) butir ke-4 yaitu “Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar”, jadi peneliti merasa perlu untuk merubah KPI lama. Kemungkinan ini bisa terjadi karena mekanisme control di unit masih kurang, kurangnya sosialisasi ataupun memang DPJP merasa

tidak perlu melakukan site marking, di mana hal ini bisa terjadi karena belum pernah ada kejadian salah lokasi karena tidak dilakukannya *site marking* sehingga hal tersebut tidak dianggap penting. Butuh sosialisasi, dan kerja keras dari unit terkait untuk selalu mengingatkan DPJP agar selalu melakukan *site marking*, harus lebih diberikan pengertian dan penjelasan tentang betapa pentingnya hal tersebut untuk dilakukan.

5. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya - Penggunaan aspirin dalam 24 jam pertama masuk RS pada pasien dengan diagnosis AMI

Di sini terlihat KPI yang diusulkan masih sama dengan KPI lama karena hasil capaian saat ini masih belum sempurna (diagram 4.42) terutama dalam bulan-bulan awal tahun 2018, padahal hal ini sudah masuk di Panduan Praktik Klinis (PPK) dan Clinical Pathway (CP) yang tentu saja harus dan wajib untuk dipatuhi karena ini adalah salah satu pegangan hukum di RS bila terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan dan adanya tuntutan hukum, dengan mematuhi PPK dan CP maka akan terjadi kendali mutu dan biaya seperti arahan dari BPJS, maka diharapkan capaian akan selalu 100%.

6. Kesalahan medikasi (*Medication error*) dan Kejadian nyaris cedera (KNC) - Persentase angka kesalahan pemberian obat

KPI ini berbeda dengan KPI lama di RS meski di capaian KPI lama masih belum mencapai target (diagram 4.56), peneliti sendiri memilih untuk mengganti dengan persentase angka kesalahan pemberian obat karena ini hal yang lebih mendesak dibandingkan dengan angka jatuh pasien yang sekarang capaiannya sudah hampir mencapai target 100% (diagram 4.59).

7. Penggunaan anestesi dan sedasi - Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan pipa endotrakeal

Untuk pengusulan KPI poin 7 ini masih sama dengan KPI lama dikarenakan dari hasil pengumpulan capaian masih belum memenuhi target 0% (diagram 4.38 dan 4.47).

8. Penggunaan darah dan produk darah – Angka Kejadian Reaksi Transfusi

Dari hasil pengumpulan capaian masih belum memenuhi target 0% (diagram 4.37) maka untuk pengusulan KPI baru masih melanjutkan dari KPI lama yang ada di RS.

9. Kelengkapan Rekam Medik (RM) - Kelengkapan pengisian berkas RM setelah 24 jam selesai pelayanan rawat inap

Melihat dari hasil capaian target yang masih jauh dari target 100% (diagram 4.35 dan 4.43) maka peneliti merasa masih sangat dibutuhkan judul indikator ini, jadi masih sama dengan KPI lama.

10. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), Surveilans dan pelaporan

- Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah di 5 momen di rawat inap

Jelas terlihat di hasil capaian indikator kepatuhan melakukan kebersihan tangan ini masih sangat jauh dari harapan target 85 % (diagram 4.33) padahal hal ini juga masuk di 6 SKP butir ke-5 yaitu “Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan” di mana kebersihan tangan ini sudah menjadi kewajiban bagi semua pelayan kesehatan untuk dilakukan, maka dirasa sangat perlu untuk terus memakai judul KPI lama ini agar bisa memotivasi semua *civitas hospitalia* untuk mau membenahi diri sendiri demi kebaikan RS.

Dari data yang sudah didapatkan dan dijadikan KPI RS maka tentunya masih ada beberapa indicator yang belum memenuhi standar, di sini semua indicator tersebut tetap akan dipakai oleh RS meski sementara masuk menjadi indicator spesifik unit yang setiap bulan tentunya akan dinilai, apabila dalam waktu ke depan ternyata masih tidak juga memenuhi target bisa dijadikan KPI RS untuk menggantikan KPI lama.