

**DATA PUBLIKASI  
CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU  
RSUD KHIDMAT SEHAT AFIAT KOTA DEPOK  
TAHUN 2025**

NO	INDIKATOR	STANDAR
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥80%
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
4	Waktu Tanggap Operasi SC Emergensi	≥80%
5	Waktu tunggu Rawat Jalan	≥80%
6	Penundaan Operasi Elektif	≤ 5%
7	Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter	≥80%
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥80%
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> )	≥80%
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥80%
13	Kepuasan Pasien	≥76,61%

**a) Kepatuhan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)**

Kebersihan tangan (*hand hygiene*) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (*hand wash*) atau dengan cairan berbasis alkohol (*handrub*) dalam 6 langkah. Standar nasional indikator ini adalah > 85%, dan standar berdasarkan kebijakan rumah sakit adalah 100 %. Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan dari bulan Januari hingga Maret 2025 adalah 87,56%. Capaian sudah melebihi standar nasional, namun belum sesuai standar rumah sakit. Monitoring dan evaluasi akan terus dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian.



#### b) Kepatuhan Penggunaan APD

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). RSUD Khidmat Sehat Afiat Kota Depok telah menyediakan APD bagi seluruh pegawai sesuai dengan kebutuhan di setiap instalasi/unit. Rerata capaian kepatuhan penggunaan APD pada Januari sampai Maret 2025 adalah 88,78%.



#### c) Kepatuhan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas (nama, nomor rekam medis, tanggal lahir) yang tercantum pada gelang, label, atau bentuk identitas lainnya sebelum melakukan pemberian obat, pemberian pengobatan termasuk nutrisi, pemberian darah dan produk darah, pengambilan spesimen, sebelum melakukan tindakan diagnostik /

terapeutik. Standar indikator ini adalah 100%. Rerata capaian Kepatuhan Pengecekan Identitas Pasien yang dilakukan oleh petugas dari bulan Januari hingga Maret 2025 adalah 100%.



**d) Waktu Tanggap Operasi SC 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  $\leq 30$  menit. Standar indikator ini adalah  $\geq 80\%$ . Rerata capaian dari bulan Januari sampai Maret 2025 adalah 0%. Tidak ada kasus kategori 1 sesuai definisi operasional.

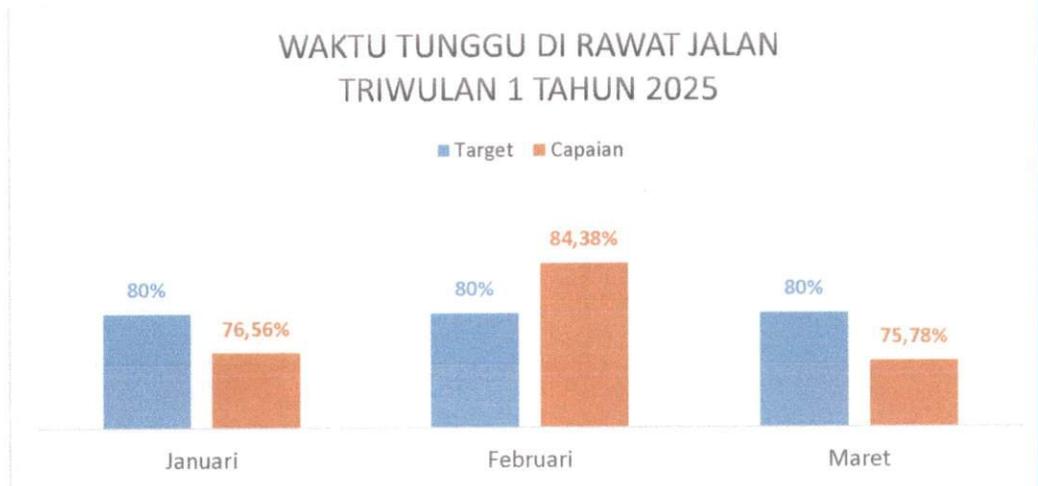


**e) Waktu Tunggu Rawat Jalan**

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran (waktu petugas menanyakan dan mencatat identitas pasien) sampai mendapat pelayanan oleh dokter/dokter spesialis di poliklinik (waktu pasien kontak awal dengan dokter/dokter spesialis). Standarnya adalah terdapat  $\geq$

80% pasien menunggu dalam waktu  $\leq$  60 Menit. Rerata capaian waktu tunggu rawat jalan dari bulan Januari hingga Maret 2025 adalah 78,91%.

Waktu tunggu belum mencapai target karena masih adanya dokter yang datang diatas jam 09.00 WIB, beberapa kali error pada sistem pendaftaran BPJS sehingga memperpanjang waktu daftar dan distribusi status rekam medis serta adanya proses verifikasi kepesertaan pasien BPJS dengan face scan dan finger.



**f) Penundaan Operasi Elektif**

Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan. Operasi Elektif adalah operasi atau tindakan yang dijadwalkan. Standar indikator ini adalah <5%. Capaian bulan Januari sampai Maret 2025 adalah 2,83% dan sudah sesuai dengan standar.

Adapun Penyebab angka penundaan operasi elektif antara lain:

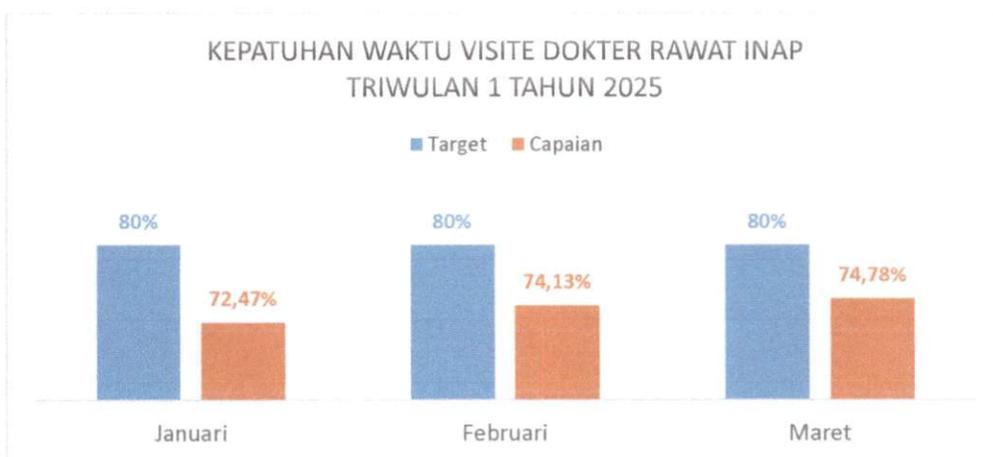
1. Penyakit medis yang tidak terkontrol dan perubahan kondisi pasien pada saat persiapan operasi
2. Hasil laboratorium yang tidak normal seperti hipertensi, gula darah tinggi, ureum kreatinin tinggi, dan sebagainya sehingga perlu perbaikan kondisi umum terlebih dulu
3. Pasien tidak datang
4. Pasien menolak operasi
5. Keterbatasan alat medis penunjang operasi
6. Hasil Swab SARS-Cov-2 Positif
7. Pasien rencana SC namun sudah partus normal
8. Adanya perpanjangan waktu operasi sebelumnya



**g) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis**

Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis sebagai DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari kerja sebelum jam 14.00. Standar indikator ini adalah  $\geq 80\%$ . Rerata capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis Januari hingga Maret 2025 adalah 73,79%.

Beberapa dokter spesialis mengalami keterlambatan visite dikarenakan jam poli yang memanjang dan ada yang sedang melanjutkan pendidikan. Serta adanya peningkatan jumlah operasi sehingga beberapa dokter spesialis bedah melakukan visite setelah melakukan operasi sehingga angka waktu visite dokter menurun.



**h) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium**

Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil

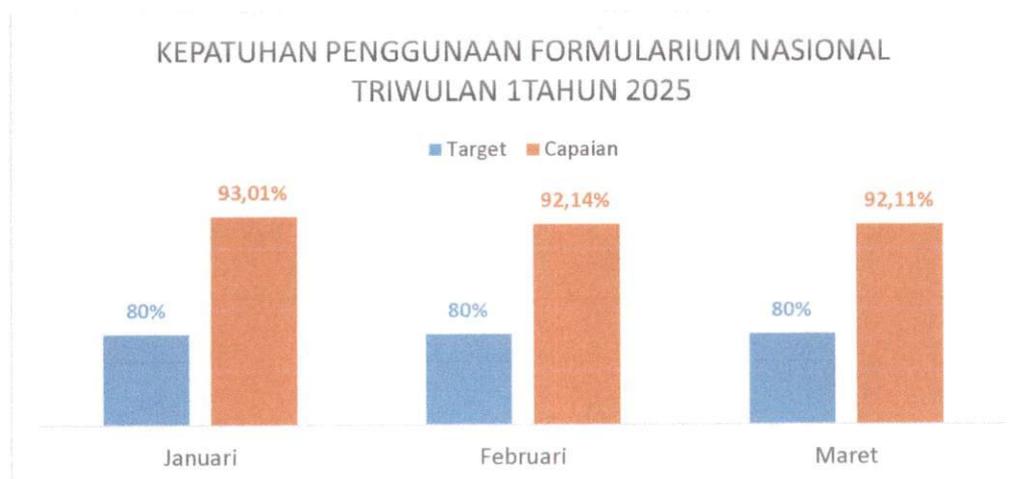
pemeriksaan dan mulai dibaca oleh Dokter/Analis Laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (< 30 menit). Standar indikator ini adalah 100%. Rerata capaian hasil lab kritis yang dilaporkan dalam waktu kurang dari 30 menit bulan Januari sampai Maret 2025 adalah 97,41%.



**i) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

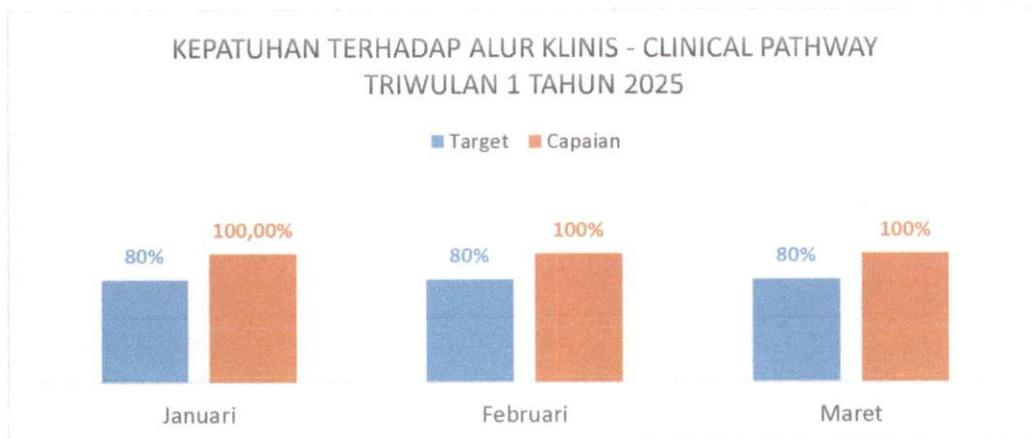
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional. Disebut patuh bila seluruh obat dalam resep mengikuti formularium nasional. Standar indikator ini adalah  $\geq 80\%$ . Rerata capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional dari bulan Januari hingga Maret 2025 adalah 92,42%.



**j) Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway**

Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Standar indikator mutu ini adalah 80%.

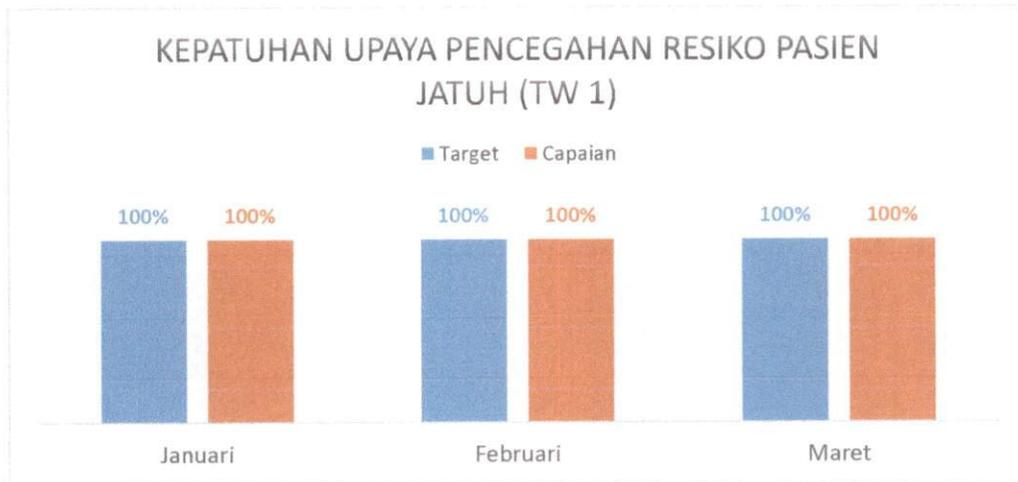
Adapun clinical pathway yang ditentukan sesuai indikator nasional mutu terdiri dari TB paru dengan hemoptoe, DM tipe II dengan gangren, Krisis Hipertensi, Tumor payudara suspek ganas, tetapi apabila di RSUD Khidmad Sehat Afiat tidak terdapat pasien dengan diagnose tersebut, clinical pathway tetap dilakukan untuk diagnose yang ada. Rerata capaian kepatuhan terhadap clinical pathway dari bulan Januari hingga Maret 2025 adalah 100%.



**k) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh**

Upaya pencegahan jatuh meliputi Screening di rawat jalan/IGD, Asesmen awal risiko jatuh di rawat inap dan IGD, Assesment ulang risiko jatuh rawat inap, Edukasi pencegahan pasien jatuh. Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh RS. Standar indikator ini adalah 100%.

Rerata capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh dari bulan Januari hingga Maret 2025 adalah 100%.



**l) Kecepatan Waktu Tanggap Komplain**

Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media. Standar indikator ini adalah >80%. Rerata capaian kecepatan waktu tanggap komplain dari bulan Januari hingga Maret 2025 adalah 100%.



**m) Kepuasan Pasien dan Keluarga**

Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan. Pada periode Januari hingga Maret 2025 belum dilakukan pengukuran terhadap kepuasan pasien dan keluarga dan sesuai dengan ketentuan Indikator Nasional Mutu dilakukan per semester.

Berikut hasil pengukuran yang terakhir dilakukan pada bulan Juni 2024 diperoleh hasil 82,44% dan dibulan Desember 2024 diperoleh hasil 82,83% untuk tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RSUD Khidmat Sehat Afiat Kota Depok.

