



A Critical Evaluation of National Quality Indicators: Institutional Quality and Implementation Challenges at Level III “X” Hospital Bogor

Adia Laskita^{1*}, Friedrich Max Rumintjap¹, Ahyar Wahyudi¹

1. Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

Corresponding Author: Adia Laskita (laskitaadia@gmail.com)

ARTICLE INFO

Key words: Hospital Quality Indicators, SERVQUAL, Donabedian, Clinical Governance, PDSA, Patient Satisfaction

Received : 15, May

Revised : 20, May

Accepted: 20, May

©2025 Adia Laskita: This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Atribusi 4.0 Internasional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ABSTRACT

This study aims to critically evaluate the performance of National Quality Indicators (INM) in the first quarter of 2025 at Level III “X” Hospital, focusing on the gap between administrative compliance and substantive patient experience. Using an evaluative-comparative approach and the SERVQUAL framework, the study examines 15 national quality indicators through Donabedian’s model and clinical governance theory. Results show strong performance in structurally controlled indicators such as patient identification (100%), critical lab result reporting (100%), and compliance with the National Formulary (98.53%). However, systemic weaknesses emerge in indicators requiring inter-unit coordination, such as outpatient waiting time (63.29%) and specialist visit compliance (70.6%). These findings reflect an epistemic transition from compliance-based to learning-based quality governance. The study recommends repositioning quality strategies by promoting collective reflection, patient involvement, clinical data integration, and transformational leadership. The findings contribute to developing a hospital quality system that is more humanistic, value-driven, and sustainable.



Evaluasi Kritis Indikator Nasional Mutu: Kelembagaan Mutu Dan Tantangan Implementasi Di RS Tingkat III "X" Bogor

Adia Laskita^{1*}, Friedrich Max Rumintjap¹, Ahyar Wahyudi¹

1. Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

Corresponding Author: Adia Laskita (laskitaadia@gmail.com)

ARTIKEL INFO

Kata kunci: Indikator Mutu Rumah Sakit, SERVQUAL, Donabedian, Clinical Governance, PDSA, Kepuasan Pasien

Received : 15, Mei

Revised : 20, Mei

Accepted: 20, Mei

©2025 Adia Laskita: This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Atribusi 4.0 Internasional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi kritis terhadap capaian Indikator Nasional Mutu (INM) Triwulan I Tahun 2025 di RS Tingkat III RS "X", dengan fokus pada kesenjangan antara pemenuhan administratif dan pengalaman substantif pasien. Menggunakan pendekatan evaluatif-komparatif dan model SERVQUAL, penelitian ini mengkaji 15 indikator mutu nasional dengan kerangka analisis Donabedian serta konsep *governance* mutu klinis. Hasil analisis menunjukkan bahwa rumah sakit memiliki kekuatan dalam indikator berbasis protokol struktural seperti identifikasi pasien (100%), pelaporan hasil laboratorium kritis (100%), dan kepatuhan Formularium Nasional (98,53%). Namun, kelemahan sistemik teridentifikasi pada indikator yang menuntut koordinasi lintas unit, seperti waktu tunggu rawat jalan (63,29%) dan kepatuhan jam visite dokter spesialis (70,6%). Fenomena ini menggambarkan transisi epistemik dari mutu berbasis *compliance* menuju *learning-based governance*. Studi ini merekomendasikan reposisi strategi mutu dengan menekankan refleksi kolektif, pelibatan pasien, integrasi data klinis, serta kepemimpinan transformatif. Temuan ini diharapkan memberikan kontribusi bagi pengembangan sistem mutu rumah sakit yang lebih humanistik, berbasis nilai, dan berkelanjutan.

LATAR BELAKANG

Mutu pelayanan kesehatan merupakan penentu utama keberhasilan sistem rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien, kepuasan pengguna, serta kelangsungan akreditasi dan kepercayaan publik. Namun demikian, laporan Indikator Nasional Mutu (INM) Triwulan I Tahun 2025 di RS Tingkat III RS “X” menunjukkan adanya variasi capaian indikator yang belum seluruhnya sesuai target, termasuk pada indikator kepatuhan identifikasi pasien, waktu tunggu rawat jalan, dan komunikasi efektif antar tenaga kesehatan. Realitas ini menjadi refleksi kritis bahwa penilaian mutu belum sepenuhnya menangkap pengalaman nyata pasien, apalagi menjawab kesenjangan persepsi yang kerap terjadi antara ekspektasi dan pelayanan yang diterima.

Dalam hal ini, Patient Expectation-Perception Gap menjadi aspek penting yang sering kali terlewatkan dalam laporan mutu seperti INM. Studi oleh A’aqoulah et al. (2022) di Jordania menunjukkan bahwa pasien cenderung memiliki ekspektasi yang tinggi terhadap kelima dimensi SERVQUAL – Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance, dan Empathy – namun kenyataannya persepsi mereka terhadap pelayanan aktual justru lebih rendah di semua domain. Gap ini bahkan secara statistik signifikan pada seluruh indikator, mencerminkan kegagalan sistemik rumah sakit dalam menjembatani harapan pasien dengan kenyataan layanan. Dengan kata lain, keberhasilan administratif dan kelengkapan laporan belum tentu berarti keberhasilan substantif dalam perspektif pasien.

Perspektif ini dikuatkan oleh penelitian Dorsey et al. (2022) di komunitas adat Blackfeet, Montana, Amerika Serikat. Penelitian tersebut menggarisbawahi adanya perbedaan pemahaman antara apa yang dianggap penting oleh pasien versus yang ditafsirkan oleh tenaga medis sebagai kebutuhan. Dalam kerangka Service Quality Gap (SQG), hal ini disebut Gap 1 dan Gap 2 – kesenjangan antara ekspektasi pasien dengan pemahaman penyedia layanan, serta antara asumsi penyedia layanan dengan kebutuhan riil pasien. Di RS Tingkat III RS “X”, hal ini berpotensi muncul dalam bentuk ketidaktepatan prioritas peningkatan mutu yang lebih difokuskan pada pengumpulan data formal daripada penguatan pengalaman pasien sebagai subjek utama pelayanan.

Laporan INM yang bersifat kuantitatif juga belum cukup menggambarkan kualitas relasional pelayanan, terutama pada indikator-indikator seperti komunikasi efektif, keselamatan pasien, dan pemberian edukasi. Padahal, sebagaimana disoroti oleh O’Connor et al. (2000), tenaga medis dan mahasiswa keperawatan justru seringkali meremehkan ekspektasi pasien dalam hal komunikasi dan empati – dua dimensi utama dalam model SERVQUAL yang secara konsisten menjadi sumber ketidakpuasan.

Kondisi ini memperlihatkan bahwa sistem mutu rumah sakit masih didominasi oleh pendekatan struktural-prosedural, alih-alih pendekatan relasional dan sosial-eksperiensial. Padahal dalam praktik global, seperti ditunjukkan dalam studi-studi berbasis HCAHPS di Amerika dan PFCC (Patient- and Family-Centered Care), keberhasilan layanan ditentukan oleh sejauh mana pasien merasa didengarkan, dihargai, dan dilibatkan dalam proses perawatan (Berghout et al., 2015; Stichler, 2012). Dalam konteks RS Tingkat III RS

“X”, pengabaian aspek ini bisa menjelaskan mengapa beberapa indikator mutu administratif tercapai, tetapi tidak selalu berbanding lurus dengan kepuasan atau kepercayaan publik terhadap rumah sakit.

Dengan demikian, penting bagi penelitian ini untuk melakukan analisis mendalam terhadap laporan INM Triwulan I RS Tingkat III RS “X”, dengan pendekatan evaluatif dan korektif yang berbasis pada teori Service Quality Gap dan dimensi SERVQUAL. Tujuannya bukan sekadar mengidentifikasi pencapaian dan kekurangan indikator, tetapi menilai apakah indikator tersebut benar-benar merefleksikan pengalaman pasien secara utuh. Selain itu, penelitian ini ingin mendorong reposisi logika mutu rumah sakit: dari sekadar pemenuhan indikator ke arah pemenuhan ekspektasi dan kebutuhan pasien sebagai warga negara dan subjek pelayanan publik.

Dengan menggabungkan pendekatan administratif dari laporan INM dan pendekatan persepsional-pasien dari studi-studi internasional, penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi teoritik dan praktis dalam pengembangan sistem mutu rumah sakit yang lebih partisipatif, etis, dan berbasis pengalaman. Rumah sakit bukan hanya institusi layanan, tetapi juga ruang sosial yang harus dibangun atas dasar empati, kepercayaan, dan keterlibatan pasien. Jika kesenjangan persepsi ini tidak dijumpai secara sistematis, maka risiko kegagalan mutu tidak hanya pada angka, tetapi pada makna dan harapan hidup pasien itu sendiri.

TINJAUAN PUSTAKA

Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Nasional Mutu (INM) merupakan seperangkat tolok ukur yang dirancang oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk menilai mutu pelayanan kesehatan secara kuantitatif dan objektif di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit. INM diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022, yang menetapkan 13 indikator wajib di rumah sakit, mencakup aspek mutu klinis, manajerial, dan berorientasi pada pasien, seperti kepatuhan kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, waktu tunggu rawat jalan, dan kepuasan pasien.

Meskipun INM bertujuan sebagai instrumen strategis untuk pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM), akreditasi nasional, dan peningkatan mutu berkelanjutan, pendekatan yang terlalu berfokus pada kuantifikasi dapat mengaburkan dimensi kualitatif pelayanan, seperti empati, komunikasi efektif, dan pengalaman pasien. Sebagaimana dikemukakan oleh Donabedian (1988), evaluasi mutu pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan tiga komponen utama: struktur, proses, dan hasil, yang saling berkaitan dan mempengaruhi kualitas layanan secara keseluruhan.

Lebih lanjut, World Health Organization (WHO) menekankan bahwa indikator mutu yang efektif harus memenuhi kriteria validitas, reliabilitas, dapat diukur, relevan, dan dapat ditindaklanjuti. Indikator semacam itu tidak hanya

berfungsi sebagai alat pelaporan, tetapi juga sebagai dasar untuk perbaikan berkelanjutan dalam sistem pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini, INM seharusnya tidak hanya menjadi alat pelaporan administratif, tetapi juga diintegrasikan ke dalam sistem manajemen mutu internal rumah sakit, seperti melalui siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) atau pendekatan Continuous Quality Improvement (CQI).

Namun, tantangan muncul ketika indikator-indikator tersebut tidak sepenuhnya mencerminkan pengalaman dan persepsi pasien terhadap layanan yang diberikan. Studi oleh A'aqoulah et al. (2022) menunjukkan adanya kesenjangan signifikan antara ekspektasi dan persepsi pasien terhadap mutu layanan rumah sakit, terutama dalam dimensi responsivitas dan empati. Hal ini menunjukkan bahwa indikator kuantitatif saja tidak cukup untuk menggambarkan kualitas layanan secara holistik.

Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit untuk tidak hanya fokus pada pencapaian target numerik INM, tetapi juga memahami dan mengintegrasikan aspek-aspek kualitatif pelayanan yang berorientasi pada pasien. Hal ini dapat dicapai melalui pendekatan evaluatif yang menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif, serta melibatkan umpan balik langsung dari pasien sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu layanan yang berkelanjutan.

Kerangka Mutu Pelayanan Kesehatan

Model mutu pelayanan kesehatan yang dikembangkan oleh Avedis Donabedian pada tahun 1966, dan diperdalam dalam karyanya tahun 1980, membagi mutu pelayanan menjadi tiga dimensi utama: struktur, proses, dan hasil. Struktur mencakup sumber daya fisik, manusia, dan organisasi yang mendasari pelayanan kesehatan; proses merujuk pada bagaimana pelayanan diberikan; dan hasil mencerminkan dampak layanan terhadap kesehatan pasien, baik secara klinis maupun perseptual.

Dalam Indikator Nasional Mutu (INM) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022, pendekatan Donabedian relevan untuk menganalisis dan memahami capaian mutu pelayanan rumah sakit. Sebagai contoh, indikator seperti kepatuhan cuci tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), dan kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) termasuk dalam kategori proses, karena berkaitan dengan cara pelayanan diberikan. Sementara itu, indikator seperti kepuasan pasien dan kecepatan tanggap terhadap keluhan mencerminkan aspek hasil, karena menunjukkan dampak pelayanan terhadap persepsi dan pengalaman pasien.

Penerapan model Donabedian dalam analisis INM memungkinkan identifikasi hubungan antara struktur, proses, dan hasil. Sebagai ilustrasi, kepatuhan terhadap penggunaan Formulir Nasional dapat mencerminkan efektivitas struktur farmasi dalam mendukung praktik peresepan yang rasional. Demikian pula, waktu tunggu rawat jalan mencerminkan efisiensi proses administratif dan klinis dalam penyelenggaraan pelayanan rawat jalan.

Namun, penting untuk dicatat bahwa hubungan antara ketiga dimensi ini tidak selalu linear atau kausal secara langsung. Donabedian sendiri menekankan bahwa meskipun struktur dan proses yang baik cenderung

menghasilkan hasil yang baik, banyak faktor lain yang dapat mempengaruhi hasil pelayanan, termasuk kondisi pasien dan faktor eksternal lainnya.

Oleh karena itu, analisis laporan INM dengan pendekatan model Donabedian dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif tentang mutu pelayanan rumah sakit, serta membantu dalam merancang intervensi yang lebih tepat sasaran untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

Patient Safety dan Budaya Keselamatan

Salah satu landasan teoritis penting dalam analisis laporan mutu rumah sakit adalah konsep keselamatan pasien (patient safety), yang menekankan pentingnya sistem pelayanan kesehatan yang aman dan bebas dari cedera yang tidak perlu. Menurut laporan *To Err is Human* oleh Institute of Medicine (IOM) pada tahun 1999, keselamatan pasien didefinisikan sebagai "bebas dari cedera yang tidak perlu akibat pelayanan kesehatan". Laporan ini menyoroti bahwa sebagian besar kesalahan medis bukan disebabkan oleh individu yang tidak kompeten, melainkan oleh sistem yang dirancang dengan buruk yang memungkinkan terjadinya kesalahan.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengembangkan konsep budaya keselamatan pasien (patient safety culture) sebagai kerangka kerja yang mencakup komunikasi terbuka, pelaporan insiden tanpa hukuman, kepemimpinan yang suportif, serta pembelajaran dari kesalahan. Budaya ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan di mana staf merasa aman untuk melaporkan kesalahan dan belajar darinya, sehingga meningkatkan keselamatan pasien secara keseluruhan.

Dalam konteks Indikator Nasional Mutu (INM) yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, beberapa indikator seperti kepatuhan identifikasi pasien, pencegahan pasien jatuh, serta pelaporan hasil laboratorium kritis merupakan turunan langsung dari prinsip-prinsip keselamatan pasien. Keberhasilan rumah sakit dalam mencapai standar tinggi pada indikator-indikator ini mengindikasikan sejauh mana budaya keselamatan sudah terinternalisasi dalam organisasi. Sebaliknya, ketidakkonsistenan dalam pelaksanaan dapat mencerminkan lemahnya budaya keselamatan dan kegagalan dalam membangun sistem belajar yang resilien.

Studi oleh A'aqoulah et al. (2022) menunjukkan adanya kesenjangan signifikan antara ekspektasi dan persepsi pasien terhadap mutu layanan rumah sakit, terutama dalam dimensi responsivitas dan empati. Hal ini menunjukkan bahwa indikator kuantitatif saja tidak cukup untuk menggambarkan kualitas layanan secara holistik. Oleh karena itu, penting bagi rumah sakit untuk tidak hanya fokus pada pencapaian target numerik INM, tetapi juga memahami dan mengintegrasikan aspek-aspek kualitatif pelayanan yang berorientasi pada pasien. Hal ini dapat dicapai melalui pendekatan evaluatif yang menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif, serta melibatkan umpan balik langsung dari pasien sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu layanan yang berkelanjutan.

Model Plan-Do-Study-Act (PDSA)

Dalam laporan INM RS "X", seluruh indikator diikuti dengan siklus analisis Plan-Do-Study-Act (PDSA). Model PDSA merupakan alat manajemen mutu yang diperkenalkan oleh Deming (1993) sebagai metode untuk melakukan perbaikan berkelanjutan (continuous quality improvement). Siklus ini dimulai dari tahap perencanaan (Plan), pelaksanaan (Do), evaluasi hasil (Study), dan aksi korektif atau perbaikan lanjutan (Act). Model ini telah banyak diadopsi oleh rumah sakit di berbagai negara karena fleksibilitasnya dan kemampuannya dalam mendorong inovasi kecil yang berdampak besar.

Namun, sebagaimana dikritik oleh Batalden & Davidoff (2007), efektivitas PDSA sangat tergantung pada kedalaman analisis dalam tahap "Study" dan keberanian institusi dalam menindaklanjuti hasilnya di tahap "Act". Jika PDSA hanya dijalankan sebagai prosedur administratif, maka risiko pseudo-improvement (perbaikan semu) menjadi tinggi. Oleh karena itu, analisis laporan INM tidak cukup hanya membaca siklus PDSA sebagai rutinitas, tetapi harus menggali kualitas refleksi dan intervensi nyata yang muncul dari siklus tersebut.

Kepemimpinan Klinis dan Komitmen Organisasi

Mutu pelayanan rumah sakit tidak dapat dipisahkan dari faktor kepemimpinan dan komitmen organisasi. Menurut Shiparski dan Styles (2011), peran pemimpin dalam sistem kesehatan adalah memastikan bahwa setiap lini organisasi memiliki arah yang jelas, prioritas yang konsisten, serta budaya kerja yang mendukung keselamatan dan mutu. Dalam konteks Indikator Nasional Mutu (INM), indikator seperti kepatuhan jam visite dokter spesialis sangat bergantung pada efektivitas komunikasi antara manajemen rumah sakit, Komite Medik, dan para Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Jika tidak ada kepemimpinan klinis yang kuat dan koordinasi yang efisien, maka indikator-indikator berbasis komitmen personal akan sulit mencapai target.

Lebih lanjut, teori kepemimpinan transformasional yang dikembangkan oleh Bass dan Avolio (1994) menekankan bahwa pemimpin yang visioner dan inspiratif akan lebih mampu membangun kultur organisasi yang adaptif terhadap perubahan dan tanggap terhadap masalah mutu. Transformational leadership terdiri dari empat komponen utama: pengaruh ideal (idealized influence), motivasi inspiratif (inspirational motivation), stimulasi intelektual (intellectual stimulation), dan pertimbangan individual (individualized consideration). Pemimpin dengan gaya ini tidak hanya memotivasi staf untuk mencapai tujuan organisasi, tetapi juga mendorong inovasi dan pembelajaran berkelanjutan.

Laporan INM dapat dimaknai sebagai potret mikro dari gaya kepemimpinan dan struktur organisasi rumah sakit. Keberhasilan atau kegagalan dalam mencapai indikator mutu sering kali mencerminkan efektivitas kepemimpinan dalam mengarahkan, memotivasi, dan memberdayakan staf. Sebagai contoh, studi oleh Nguni, Slegers, dan Denessen (2006) menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional memiliki korelasi positif dengan perilaku kewargaan organisasi, komitmen organisasi, kepuasan kerja, dan kinerja peran. Oleh karena itu, untuk meningkatkan mutu pelayanan, rumah sakit perlu mengembangkan kepemimpinan yang tidak hanya fokus pada

pencapaian target numerik, tetapi juga pada pengembangan budaya organisasi yang mendukung keselamatan dan kualitas pelayanan.

Kepuasan Pasien dan Pengalaman Pelayanan

Kepuasan pasien merupakan indikator penting dalam menilai mutu pelayanan rumah sakit, karena mencerminkan persepsi dan pengalaman pasien terhadap layanan yang diterima. Model SERVQUAL, yang dikembangkan oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985), mengidentifikasi lima dimensi utama yang mempengaruhi kepuasan pelanggan: tangibility (bukti fisik), reliability (keandalan), responsiveness (ketanggapan), assurance (jaminan), dan empathy (kepedulian). Model ini menekankan pentingnya mengukur kesenjangan antara harapan dan persepsi pasien untuk menilai kualitas layanan secara keseluruhan.

Dalam konteks Indikator Nasional Mutu (INM), penilaian terhadap indikator kepuasan pasien perlu dikaitkan dengan dimensi-dimensi SERVQUAL untuk mengidentifikasi aspek-aspek yang menjadi kekuatan dan kelemahan pelayanan. Misalnya, jika pasien merasa puas dengan keandalan dan ketanggapan staf medis, tetapi kurang puas dengan fasilitas fisik rumah sakit, maka dimensi tangibility perlu mendapatkan perhatian lebih dalam upaya peningkatan mutu.

Namun, pendekatan kuantitatif semata dalam menilai kepuasan pasien memiliki keterbatasan. Al-Abri dan Al-Balushi (2014) menekankan pentingnya mengeksplorasi pengalaman pasien melalui pendekatan naratif dan umpan balik terbuka untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang persepsi pasien terhadap layanan kesehatan. Mereka menyarankan bahwa survei kepuasan pasien harus digunakan sebagai alat untuk perbaikan kualitas layanan secara berkelanjutan, bukan hanya sebagai alat evaluasi semata.

Oleh karena itu, rumah sakit perlu mengintegrasikan pendekatan kuantitatif dan kualitatif dalam menilai kepuasan pasien. Selain menggunakan kuesioner standar seperti SERVQUAL, rumah sakit juga harus mengumpulkan umpan balik terbuka dari pasien untuk memahami pengalaman mereka secara holistik. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi yang lebih akurat terhadap area-area yang memerlukan perbaikan dan membantu dalam merancang intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Integrasi INM dalam Sistem Tata Kelola Mutu

Sebagai dokumen evaluatif, laporan INM seharusnya tidak hanya menjadi alat pelaporan kepada pemerintah, tetapi juga bagian dari sistem tata kelola mutu internal rumah sakit. Konsep clinical governance yang dikembangkan di Inggris (Sally & Donaldson, 1998) mengajarkan bahwa mutu klinis dan keselamatan pasien harus menjadi tanggung jawab bersama antara tenaga kesehatan, manajemen, dan regulator. Hal ini sejalan dengan prinsip whole-of-organization approach dalam manajemen mutu rumah sakit, di mana setiap unit bertanggung jawab terhadap indikator mutu yang relevan dengan fungsinya.

Integrasi INM ke dalam sistem tata kelola berarti bahwa laporan seperti INM Triwulan I RS "X" tidak boleh berhenti sebagai dokumen formal, melainkan harus dibawa ke dalam forum lintas unit, didiskusikan dalam Rapat Tinjauan

Manajemen (RTM), dan menjadi dasar pengambilan keputusan strategis dalam penyusunan Rencana Operasional Rumah Sakit (Renop RS).

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif-deskriptif dengan desain evaluatif komparatif, bertujuan untuk menilai kesenjangan mutu pelayanan rumah sakit berdasarkan Indikator Nasional Mutu (INM) triwulan I tahun 2025 yang dilaporkan oleh RS Tingkat III RS "X". Data sekunder diperoleh dari dokumen resmi pelaporan INM, meliputi 15 indikator mutu nasional dengan nilai capaian dan status target. Analisis difokuskan pada perbandingan antara nilai aktual dan target nasional yang telah ditetapkan Kementerian Kesehatan RI.

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini mengadopsi pendekatan gap analysis model SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), yang memfokuskan pada lima dimensi mutu layanan: Tangibles, Reliability, Responsiveness, Assurance, dan Empathy. Meskipun data bersumber dari laporan objektif indikator mutu, kerangka SERVQUAL digunakan sebagai acuan interpretatif untuk memetakan kesenjangan struktural dan fungsional dalam dimensi mutu layanan yang tidak memenuhi target.

Setiap indikator dianalisis berdasarkan proporsi capaian, penyimpangan dari target (positif/negatif), serta dikorelasikan dengan dimensi SERVQUAL yang relevan. Penekanan dilakukan pada indikator yang menunjukkan kesenjangan signifikan ($\text{gap} \geq 10\%$) sebagai sinyal potensial terhadap kegagalan sistemik dalam responsivitas pelayanan atau keandalan proses klinis. Prosedur analitik mengikuti prinsip evaluasi mutu berbasis indikator yang juga digunakan dalam studi serupa oleh A'aqoulah et al. (2022) di Yordania, serta oleh Dorsey et al. (2022) dalam pengukuran gap mutu layanan di komunitas adat.

Validitas pendekatan gap SERVQUAL dalam konteks rumah sakit didukung oleh temuan Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1988), yang menyatakan bahwa persepsi mutu layanan dipengaruhi oleh sejauh mana ekspektasi pengguna terpenuhi dalam performa aktual layanan yang diterima.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Interpretasi Capaian Indikator Mutu

Laporan Indikator Nasional Mutu (INM) Triwulan I Tahun 2025 RS Tingkat III RS "X" mencatatkan performa yang pada satu sisi tampak membanggakan, namun di sisi lain menyimpan berbagai dinamika yang memerlukan pembacaan lebih kritis. Terdapat tiga belas indikator mutu yang dilaporkan, dengan ragam capaian dari yang menyentuh angka sempurna hingga yang masih jauh dari standar minimal. Secara umum, beberapa indikator menunjukkan bahwa sistem mutu RS "X" memiliki pondasi yang cukup kuat, namun ketimpangan antarindikator juga mengindikasikan adanya ketidakseimbangan dalam distribusi kualitas dan kedalaman implementasi budaya mutu.

Indikator dengan Capaian Tinggi

Salah satu indikator yang mencetak capaian sempurna adalah identifikasi pasien, dengan skor 100% konsisten sepanjang Januari hingga Maret 2025. Capaian ini secara normatif menandai keberhasilan rumah sakit dalam menginternalisasi prinsip pertama dari WHO *Patient Safety Goals*: memastikan identitas pasien secara benar sebelum tindakan medis dilakukan. Dalam ranah sistem mutu, hal ini mencerminkan penguatan dimensi proses dalam model Donabedian (1980), di mana aktivitas dokumentasi, pelabelan, dan pemantauan gelang identitas telah dilakukan secara tertib dan terdigitalisasi.

Namun, keberhasilan ini juga perlu dibaca dengan hati-hati. Indikator identifikasi pasien merupakan bentuk *compliance protocol* yang sangat bergantung pada prosedur mekanistik, bukan hasil dari kedewasaan budaya keselamatan atau kapasitas reflektif profesional kesehatan. Sehingga, skor 100% tidak serta merta menunjukkan bahwa keselamatan pasien telah menjadi nilai yang hidup dalam perilaku keseharian tenaga medis, melainkan bisa juga sebagai indikator ritualistik administratif yang telah berjalan tanpa makna transformatif.

Demikian pula, indikator waktu pelaporan hasil laboratorium kritis yang juga meraih nilai 100% menyampaikan sinyal keberhasilan struktur sistem laboratorium dalam memenuhi target waktu <30 menit untuk hasil pemeriksaan berisiko tinggi. Hal ini menjadi bukti bahwa proses yang telah didigitalisasi dan disederhanakan—melalui SOP yang jelas dan kontrol sistem informasi—lebih mudah dikontrol dan dilaporkan. Dalam kerangka Donabedian, ini kembali mempertegas kekuatan pada dimensi proses yang berbasis linearitas prosedur.

Namun, capaian ini justru memperlihatkan tantangan laten: indikator dengan performa tinggi sering kali muncul pada domain layanan yang minim interaksi kompleks antar manusia, seperti komunikasi lintas profesi atau koordinasi antarunit. Artinya, indikator yang ‘mulus’ ini belum tentu mencerminkan *organizational maturity*, melainkan keberhasilan teknokratis pada sistem yang sangat deterministik.

Indikator kepatuhan terhadap Formularium Nasional (FORNAS) dengan skor 98,53% menunjukkan konsistensi tinggi dalam penggunaan obat sesuai kebijakan JKN. Secara administratif, capaian ini menandakan keberhasilan unit farmasi dalam mengatur logistik, mengawasi distribusi, dan menjalin komunikasi dengan dokter DPJP. Namun, pertanyaan mendasar adalah: apakah kepatuhan ini lahir dari kesadaran klinis atau dari tekanan administratif dan batasan tarif INA-CBGs?

Studi oleh Yuniarti et al. (2019) mengungkap bahwa dalam banyak kasus, rationing obat dilakukan oleh dokter dan apoteker bukan karena pertimbangan klinis, tetapi karena pertimbangan finansial dan keterbatasan stok. Strategi rationing seperti dilution (penggantian obat dengan yang kurang efektif), denial (tidak memberikan obat tertentu), dan deterrence (mendorong pasien membeli sendiri) menjadi praktik tersembunyi yang dapat mengaburkan makna capaian FORNAS.

Kepatuhan ini, jika tidak dibarengi dengan kerangka etis dan sistem *accountability for reasonableness* (Daniels & Sabin, 2002), berisiko menjadikan

FORNAS sebagai alat kontrol finansial yang tidak mempertimbangkan keadilan akses dan otonomi pasien. Ini adalah ilustrasi bagaimana indikator yang tampak baik justru dapat menyimpan ketidakadilan sistemik yang tersembunyi.

Tiga indikator di atas—identifikasi pasien, pelaporan hasil kritis, dan kepatuhan FORNAS—sama-sama menunjukkan kekuatan rumah sakit dalam aspek prosedural yang dapat dikendalikan secara administratif. Dalam konteks manajemen mutu, keberhasilan ini lebih mudah dicapai karena tidak memerlukan integrasi lintas profesi atau kapasitas kolaboratif yang kompleks.

Namun, ketika indikator mulai menyentuh aspek kolaborasi dinamis, seperti kepatuhan visit dokter spesialis, pengelolaan komplain pasien, atau kesesuaian clinical pathway, maka skor mulai bervariasi dan cenderung lebih rendah. Artinya, indikator dengan capaian tinggi bukanlah jaminan atas kematangan sistem mutu, melainkan penanda bahwa sistem lebih siap menghadapi prosedur tertutup dibandingkan realitas interaksi sosial yang penuh dinamika.

Indikator Menengah

Dalam laporan INM Triwulan I RS Tingkat III RS “X”, dua indikator utama—yakni kepatuhan cuci tangan (93,55%) dan penggunaan alat pelindung diri (96,33%)—menunjukkan angka yang secara kuantitatif menggembirakan. Angka ini berada di atas ambang batas minimum nasional serta sedikit lebih tinggi dibandingkan rerata provinsi. Namun, sebagaimana disampaikan oleh Sen et al. (2019), indikator-indikator semacam ini tidak hanya memerlukan penilaian numerik, tetapi juga pemahaman mendalam mengenai internalized culture of safety dalam sistem pelayanan kesehatan.

Secara prinsip, kepatuhan terhadap cuci tangan dan penggunaan APD adalah bagian dari standard precautions dalam pengendalian infeksi, dan menjadi indikator awal budaya keselamatan di rumah sakit. Namun, capaian ini didapat dari metode observasi langsung, yang memiliki kelemahan inheren seperti observer bias dan Hawthorne effect. Dalam istilah sederhana, tenaga kesehatan bisa saja menunjukkan perilaku yang lebih patuh karena menyadari sedang diawasi.

Ini mengarah pada pertanyaan metodologis penting: apakah perilaku tersebut mencerminkan *habitual safety behavior* atau hanya reaksi sesaat terhadap keberadaan pengawas? Oleh karena itu, triangulasi data sangat diperlukan, seperti yang direkomendasikan oleh WHO dan studi-studi terkait. Misalnya, data observasi ini perlu diperkuat atau dikritisi menggunakan data kejadian infeksi nosokomial (HAIs), hasil audit klinis, serta wawancara mendalam terhadap tenaga kesehatan di lapangan—sebagaimana praktik triangulasi yang dijelaskan oleh Riada Marenny Pasaribu (2022) dalam studi kualitas layanan berbasis pendekatan gap analysis.

Sementara itu, indikator kepatuhan terhadap clinical pathway menunjukkan skor tepat di ambang minimal 80%. Di satu sisi, capaian ini menunjukkan adanya compliance terhadap struktur dokumen yang ditetapkan rumah sakit. Namun, sebagaimana disorot oleh Gurisch et al. (2024), permasalahan dalam implementasi clinical pathway bukan terletak pada

perumusan alur itu sendiri, melainkan pada bagaimana tenaga kesehatan menerjemahkan dokumen tersebut ke dalam keputusan klinis sehari-hari yang kontekstual dan sering kali menuntut spontanitas.

Dalam hal ini, capaian 80% dapat dikategorikan sebagai compliance-based achievement yang belum tentu menandakan evidence-based decision-making. Ini relevan dengan temuan Sen et al. (2019), yang menyatakan bahwa sikap positif terhadap keselamatan pasien belum sepenuhnya berkorelasi dengan kemampuan personal untuk memengaruhi keselamatan atau menunjukkan mature safety agency.

Sebagaimana dipaparkan dalam model pelayanan publik oleh Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1990) yang dikembangkan dalam pendekatan gap model, keberhasilan administratif dalam membentuk sistem (gap 1-4) tidak selalu paralel dengan pengalaman pasien (gap 5). Dalam kasus indikator menengah ini, kita melihat bagaimana gap antara ekspektasi budaya keselamatan dan realitas struktural masih cukup lebar. Sistem memang telah menyediakan dokumen dan struktur, tetapi nilai-nilai keselamatan belum terinternalisasi sebagai reflexive practice di semua lini.

Dengan demikian, indikator menengah seperti ini mengungkapkan lapisan penting dalam evaluasi mutu: bahwa angka kepatuhan tidak boleh dibaca secara tunggal sebagai representasi budaya keselamatan, tetapi harus dilihat sebagai pintu masuk menuju evaluasi yang lebih dalam, mencakup aspek psikososial, struktural, dan organisasi. Dalam bahasa lain, *compliance is necessary, but not sufficient*.

Indikator Lemah

Jika indikator mutu yang tinggi mengindikasikan kematangan sistem pada aspek teknis-prosedural, maka indikator lemah justru memperlihatkan kegagalan rumah sakit dalam aspek koordinatif dan kepemimpinan. Dua indikator yang berada dalam zona merah, yakni waktu tunggu rawat jalan (63,29%) dan kepatuhan jam visite dokter spesialis (70,6%), mencerminkan masalah yang tidak lagi bersifat teknis administratif, tetapi mengakar dalam manajemen lintas fungsi, disiplin profesional, dan kepemimpinan pelayanan.

Capaian waktu tunggu rawat jalan sebesar 63,29% jauh dari target nasional minimal 80%. Ketika antrean panjang menjadi pengalaman rutin pasien, maka rumah sakit bukan sekadar mengalami gangguan alur, melainkan tengah mengalami defisit kredibilitas. Hal ini konsisten dengan studi klasik dari Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1985) yang menempatkan responsiveness dan reliability sebagai dua dimensi kritis dalam persepsi mutu layanan (SERVQUAL).

Waktu tunggu yang panjang mengindikasikan kegagalan dalam mengelola rantai waktu dari proses check-in hingga layanan selesai. Penyebabnya kerap kali mencakup: ketidaktertiban jadwal praktik dokter, sistem pendaftaran manual yang tidak terintegrasi, serta rendahnya literasi waktu dari staf frontliner. Di era digitalisasi sistem informasi rumah sakit (SIMRS), kondisi ini merupakan paradoks nyata: di tengah potensi automasi, rumah sakit masih berjalan dalam irama manual yang rentan inefisiensi.

Bahkan dalam tinjauan Donabedian Model, waktu tunggu adalah indikator proses—namun proses yang sangat bersifat *people-centered*. Maka, kegagalan pada indikator ini menunjukkan bahwa rumah sakit belum berhasil menyeimbangkan antara efisiensi sistem dan ekspektasi masyarakat sebagai pengguna layanan.

Indikator lain yang memperlihatkan stagnasi mutu adalah kepatuhan jam visite dokter spesialis, yang hanya mencapai 70,6%. Dalam logika pelayanan rawat inap, visite bukan sekadar rutinitas kehadiran fisik, melainkan bagian dari sistem *continuity of care* yang berdampak langsung pada penyesuaian terapi, komunikasi tim, dan kepercayaan pasien.

Dalam banyak kasus, absennya visite tepat waktu disebabkan oleh multitugas dokter spesialis: terbagi antara poli rawat jalan, operasi, konsultasi, hingga kegiatan non-klinis. Namun akar permasalahan sebenarnya adalah lemahnya tata kelola internal komite medik dalam mendisiplinkan dan mengoordinasikan jadwal layanan. Hal ini menunjukkan bahwa peraturan internal mungkin ada, tetapi tidak dijalankan dengan *leadership* yang kuat.

Sebagaimana diungkap oleh Shiparski & Styles (2011), kepemimpinan klinis adalah kunci dalam membentuk budaya mutu yang menyeluruh. Tanpa kepemimpinan yang menegakkan disiplin klinis, maka SOP hanya akan menjadi artefak administratif yang tidak berdampak pada perilaku layanan.

Kedua indikator ini berbagi satu akar masalah utama: kegagalan koordinasi lintas fungsi dan struktur. Ketika waktu tunggu melibatkan front office, perawat, dan dokter; atau ketika visite melibatkan jadwal dokter, staf bangsal, dan manajer pelayanan—maka diperlukan mekanisme lintas unit yang adaptif dan terintegrasi.

Sayangnya, sistem kerap kali membangun silo (*sekat-sekat kerja*) yang membuat setiap unit beroperasi dalam logika sendiri-sendiri. Akibatnya, ketika capaian mutu mensyaratkan kerja sama horizontal, sistem menjadi rapuh, dan mudah kolaps pada titik-titik krusial. Ini sejalan dengan refleksi dari *Improving Healthcare Quality in Europe* (Quentin et al., 2019), yang menyatakan bahwa koordinasi antarfungsi dan akuntabilitas operasional menjadi syarat mutlak dalam transisi dari mutu administratif ke mutu substantif.

Indikator Operasional Klinis

Di balik deretan angka mutu rumah sakit, terdapat indikator yang menyentuh langsung jantung operasional klinis: efisiensi jadwal tindakan, respons kedaruratan, dan disiplin terhadap alur pelayanan klinis. Indikator penundaan operasi elektif, waktu tanggap seksio sesarea emergensi, serta kepatuhan terhadap *clinical pathway* bukan hanya sekadar angka administratif, melainkan parameter yang menguji sejauh mana rumah sakit mampu merespons kebutuhan layanan dengan ketepatan waktu, kesiapan tim, dan integritas prosedur.

Angka penundaan operasi elektif yang tercatat sangat rendah (rata-rata 0,36%, naik menjadi 1,08% pada Maret) sekilas menunjukkan sistem bedah yang tertata baik. Capaian ini mencerminkan keberhasilan manajemen dalam

menyinkronkan jadwal operasi, kesiapan ruangan, ketersediaan tim bedah, hingga kesiapan pasien. Dalam pendekatan operational performance metrics, rendahnya angka penundaan mencerminkan throughput sistem yang optimal.

Namun demikian, angka ini tidak dapat dilepaskan dari fenomena volume effect. Sebagaimana dikemukakan dalam studi *Improving Healthcare Quality in Europe* oleh Quentin et al. (2019), beban kerja dan intensitas kasus sangat memengaruhi performa waktu tunggu dan risiko penundaan. Rumah sakit dengan volume kasus elektif rendah secara natural akan memiliki peluang penundaan yang kecil, bukan karena sistemnya unggul, melainkan karena tidak ada tantangan nyata dalam logistik harian. Oleh karena itu, capaian ini harus dianalisis dengan mengaitkan data volume kasus, kapasitas ruang bedah, serta frekuensi operasi cito yang terjadi paralel.

Indikator waktu tanggap seksio sesarea emergensi menunjukkan hasil 100% pada Januari, namun nihil kasus tercatat pada Februari dan Maret. Dalam evaluasi mutu berbasis kejadian (event-based indicator), ketiadaan kasus tidak bisa dimaknai sebagai keberhasilan sistem, justru sebaliknya, ia menyisakan ruang kosong dalam pengujian ketangguhan nyata (system resilience).

Dalam kerangka teori surge readiness yang dikembangkan oleh WHO dan UNFPA dalam *Emergency Obstetric Care Guidelines* (2018), rumah sakit dituntut untuk tetap menjaga kesiapsiagaan penuh terhadap kasus obstetri gawat darurat, termasuk kesiapan tim SC cito, ruang operasi, anestesi, serta alat pendukung. Maka, indikator ini perlu dievaluasi tidak hanya secara retrospektif, tetapi juga prospektif melalui simulasi darurat, drill rutin, dan audit kesiapan triase emergensi. Tanpa itu, angka 100% hanya menjadi data kosmetik yang rentan menipu.

Meski sempat dibahas pada bagian sebelumnya, indikator kepatuhan terhadap clinical pathway layak ditegaskan kembali sebagai komponen sentral mutu operasional. Dengan capaian 80%, rumah sakit berada tepat di ambang batas standar –namun menyimpan potensi risiko signifikan. Artinya, satu dari lima pasien masih menerima layanan yang tidak dijamin melalui standar klinis baku.

Dalam kajian De Rosis (2023) di *The International Journal of Health Planning and Management*, disebutkan bahwa ketidakpatuhan terhadap clinical pathway berkorelasi langsung dengan peningkatan variasi terapi, penggunaan sumber daya yang tidak efisien, serta risiko kesalahan dalam pengobatan berbasis intuisi personal yang tak terdokumentasi. Ini bukan soal administrasi, melainkan soal akuntabilitas klinis lintas profesi.

Clinical pathway sejatinya adalah titik temu antara kedisiplinan organisasi dan kesepakatan profesional antar klinisi. Maka, keberhasilan indikator ini mensyaratkan lebih dari sekadar checklist: perlu pelatihan mendalam bagi DPJP, penguatan supervisi medik oleh komite, serta evaluasi menyeluruh terhadap relevansi desain pathway itu sendiri. Apakah masih mengikuti guideline terbaru? Apakah aplikatif di lapangan? Apakah memungkinkan di tengah keterbatasan fasilitas?

Indikator operasional klinis bukan sekadar refleksi efisiensi teknis, tetapi juga tes stres terhadap ekosistem rumah sakit. Ketika tidak ada data kasus,

evaluasi harus tetap berjalan melalui simulasi. Ketika angka menunjukkan keberhasilan, perlu dilakukan pengujian silang terhadap beban kerja dan kapasitas sistem. Dan ketika capaian hanya memenuhi batas minimal, maka waktunya mengevaluasi substansi di balik kepatuhan: apakah benar-benar terjadi praktik berbasis bukti, atau hanya pelaporan administratif belaka.

Dengan demikian, rumah sakit perlu menyeimbangkan antara capaian numerik dan kesiapan sistemik, antara efisiensi harian dan ketangguhan saat krisis. Inilah makna sesungguhnya dari mutu yang berkelanjutan.

Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Capaian 98% pada indikator pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh di RS Tingkat III RS "X" pada triwulan pertama 2025 tampaknya memberikan kesan optimisme. Namun, di dalam dunia keselamatan pasien, terutama dalam terminologi zero harm, dua persen kekosongan bisa menjadi celah insiden yang mahal. Keselamatan bukan hanya soal rata-rata kinerja, tetapi tentang ketahanan sistem di saat-saat terlemah sekalipun.

Dalam model Swiss cheese dari James Reason (2000), insiden seperti pasien jatuh tidak terjadi karena satu faktor tunggal, melainkan akibat dari beberapa lapisan pertahanan sistem yang gagal secara bersamaan. Masing-masing lapisan—mulai dari asesmen risiko, edukasi pasien dan keluarga, supervisi perawat, hingga dokumentasi dan komunikasi antarshift—memiliki "lubang" potensial. Ketika lubang-lubang ini sejajar, maka terjadilah insiden.

Oleh karena itu, capaian 98% patut diapresiasi, namun tidak boleh dianggap selesai. Masih ada celah dua persen yang berpotensi menyimpan latent failure, atau bahkan active failure yang tidak tertangkap karena sistem pelaporan yang tidak optimal. Salah satu kesalahan umum adalah anggapan bahwa pelaporan insiden menurun artinya risiko juga menurun—padahal bisa saja yang menurun adalah keberanian untuk melapor.

Aspek yang tidak kalah penting dalam membaca indikator ini adalah kualitas sistem pelaporan. Menurut WHO (2017), budaya keselamatan pasien hanya dapat tumbuh dalam iklim no-blame, di mana staf merasa aman untuk melaporkan kesalahan atau potensi bahaya tanpa takut dihukum. Jika staf enggan melapor karena tekanan struktural atau rasa takut, maka indikator tinggi bisa menjadi false security. Rumah sakit tampak aman di atas kertas, tetapi menyimpan risiko yang tak terlihat di lapangan.

Audit internal perlu menggali korelasi antara nilai indikator ini dengan data insiden aktual yang tercatat, serta umpan balik dari perawat sebagai aktor utama pencegahan. Sebuah sistem pelaporan yang sehat akan memperlihatkan dinamika pelaporan yang konsisten, dengan tindak lanjut yang edukatif dan sistemik. Rumah sakit harus menjamin bahwa setiap laporan direspon dengan pembelajaran, bukan dengan sanksi—kecuali pada kasus pelanggaran etik atau kelalaian berat.

Capaian tinggi ini harus dijadikan batu loncatan untuk penguatan kapasitas individu dan kolektif. Pelatihan berkala tentang asesmen risiko jatuh, komunikasi preventif dengan pasien lanjut usia, serta supervisi reflektif berbasis insiden dapat menjadi strategi keberlanjutan mutu. Dalam nursing practice,

keberhasilan mencegah jatuh bukan hanya hasil dari intervensi struktural (seperti penggunaan alat bantu), tetapi juga dari kesadaran klinis yang tajam dan refleksi etis harian.

Selain itu, model pelatihan seperti situational awareness training dan team huddles yang dikembangkan dalam lingkungan rumah sakit militer dan veteran di berbagai negara (VHA, USA) telah terbukti meningkatkan kewaspadaan tim terhadap risiko jatuh. Ini bisa diadaptasi secara kontekstual oleh RS “X” untuk memperkuat sistem preventif berbasis tim.

Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Capaian indikator kecepatan respon terhadap komplain sebesar 80% di RS Tingkat III RS “X” pada Triwulan I 2025 menandakan kepatuhan administratif terhadap standar minimal Indikator Nasional Mutu (INM). Namun dalam dunia pelayanan kesehatan yang kompleks dan berbasis relasi, angka ini tidak serta-merta merepresentasikan kualitas penanganan keluhan secara menyeluruh. Ada perbedaan fundamental antara menjawab cepat dan menyelesaikan dengan benar.

Kecepatan respon—entah melalui Google Form, hotline, SIMRS, atau media sosial—menjadi metrik yang mudah diukur dan dipenuhi. Namun pertanyaannya adalah: apakah respon tersebut menyentuh akar persoalan? Dalam banyak studi, termasuk Peteet et al. (2023), ditekankan bahwa akuntabilitas dalam pelayanan kesehatan bukan hanya menyangkut waktu dan prosedur, melainkan kemampuan moral dan struktural untuk memahami penderitaan, menjawab harapan, dan mengembalikan kepercayaan secara transparan dan berkeadilan.

Sering kali komplain timbul bukan karena masalah teknis, tetapi karena ketimpangan relasi—ketika pasien merasa tidak didengar, disalahpahami, atau terasing dari proses pengambilan keputusan. Dalam situasi seperti ini, waktu tanggap bukan ukuran yang cukup. Dibutuhkan pendekatan resolusi berbasis empati, di mana petugas tidak sekadar menjawab, melainkan benar-benar hadir sebagai pihak yang mendengarkan dan menjembatani.

Komplain juga menyimpan dinamika relasi kuasa antara pasien dan institusi kesehatan. Pasien sering berada dalam posisi subordinat, menghadapi birokrasi rumah sakit yang kompleks, dan berhadapan dengan bahasa medis yang tidak selalu mudah dimengerti. Dalam konteks ini, pengaduan bukan semata ekspresi ketidakpuasan, melainkan bentuk perjuangan untuk didengar dan diakui. Oleh karena itu, keberhasilan menyelesaikan komplain tidak boleh dimaknai sebagai “menutup kasus”, tetapi sebagai proses membangun resolusi yang bermartabat.

Selain itu, rendahnya jumlah komplain bukan selalu tanda keberhasilan pelayanan. Justru dalam sistem yang tidak ramah terhadap kritik, pasien cenderung diam dalam ketidakberdayaan. Oleh karena itu, indikator ini perlu dikaitkan dengan indikator lain—seperti patient experience dan staff responsiveness—untuk mendapatkan gambaran yang lebih utuh.

Sejalan dengan prinsip learning health system, setiap keluhan harus dianggap sebagai “alarm” dari sistem yang perlu dievaluasi. Sebagaimana

dikatakan dalam studi Shiparski & Styles (2011), the quality of leadership is measured not by the absence of complaints, but by how the system learns from them.

Indikator kecepatan respon terhadap komplain adalah pintu masuk penting dalam membangun pelayanan yang responsif dan manusiawi. Namun ketika angka 80% dibaca tanpa memperhatikan kualitas substansi, ada risiko bahwa sistem hanya fokus pada pemenuhan prosedur, bukan perubahan makna. Komplain seharusnya menjadi cermin bagi organisasi, bukan sekadar checklist dalam dashboard mutu.

Dengan menjadikan komplain sebagai aset pembelajaran kolektif, rumah sakit dapat bergerak melampaui zona nyaman administratif menuju budaya reflektif yang tumbuh dari empati, keadilan, dan keberanian mendengar yang tulus.

Kepuasan Pasien

Dalam laporan INM Triwulan I Tahun 2025, indikator kepuasan pasien ditutup dengan capaian 86,58%, melampaui standar minimal nasional 76,61%. Secara kasat mata, angka ini dapat dimaknai sebagai sinyal positif: bahwa mayoritas pasien merasa cukup puas dengan pelayanan yang mereka terima. Namun dalam dinamika pelayanan kesehatan modern, kepuasan pasien bukan sekadar angka persetujuan, melainkan refleksi kompleks dari pengalaman, ekspektasi, dan relasi.

Model SERVQUAL yang dikembangkan Parasuraman et al. (1985) menggarisbawahi bahwa kepuasan layanan terbentuk dari lima dimensi utama: reliability (keandalan), responsiveness (daya tanggap), assurance (jaminan), empathy (kepedulian), dan tangibles (bukti fisik). Dengan demikian, capaian 86,58% perlu ditafsirkan dalam kerangka komprehensif—bukan semata berdasarkan perasaan puas, tetapi juga pada konsistensi kualitas layanan yang dirasakan pada berbagai titik interaksi.

Misalnya, pasien mungkin merasa puas karena fasilitas bersih dan petugas ramah, tetapi bisa jadi dalam aspek responsiveness—seperti lama menunggu dokter atau keterlambatan informasi hasil laboratorium—mereka menyimpan keluhan yang tak terucap.

Tingginya nilai kepuasan juga tidak bisa dilepaskan dari bias sosial yang melekat pada pengisian survei, terutama dalam sistem pelayanan publik atau militer. Pasien mungkin merasa enggan menyampaikan kritik secara terbuka karena hierarki relasi, kekhawatiran akan dampak terhadap hubungan dengan tenaga medis, atau rasa hormat berlebih terhadap institusi negara. Fenomena ini dikenal sebagai social desirability bias, yang dalam penelitian pelayanan publik kerap menjadi penyebab overestimasi dalam data persepsi.

Oleh karena itu, angka 86,58% harus dikaji secara triangulatif—dihubungkan dengan indikator teknis lainnya seperti waktu tunggu, komplain, dan pelaporan insiden—serta dibaca berdampingan dengan pendekatan patient experience narrative, bukan hanya survei skoring.

Agar indikator ini menjadi lebih dari sekadar angka, intervensi mutu harus menyasar aspek-aspek krusial yang membentuk pengalaman pasien:

keramahan dan kesabaran petugas, keterbukaan komunikasi klinis, kenyamanan ruang tunggu, dan kepastian jadwal kunjungan dokter. Setiap titik interaksi adalah *moment of truth*—momen di mana harapan pasien berhadapan dengan realitas sistem.

Dalam kajian WHO (2020), interaksi interpersonal antara pasien dan tenaga kesehatan justru menjadi faktor dominan dalam membentuk kepercayaan dan loyalitas pasien terhadap fasilitas kesehatan. Maka, rumah sakit perlu membangun lingkaran mutu yang melibatkan semua lini—dari resepsionis hingga dokter spesialis—untuk menciptakan pengalaman yang bermakna dan konsisten.

Akhirnya, indikator kepuasan pasien harus dipahami sebagai cermin budaya organisasi. Tingginya nilai tidak selalu menunjukkan bahwa sistem telah bekerja optimal, tetapi bisa menunjukkan bahwa pasien sudah menurunkan ekspektasi. Tantangan ke depan bukan sekadar mempertahankan angka, melainkan menumbuhkan sistem yang mampu mendengarkan secara jujur, merespon secara tanggap, dan berubah secara sadar.

Dengan semangat tersebut, skor 86,58% bukanlah garis akhir, melainkan pintu awal untuk membangun rumah sakit yang tidak hanya memenuhi ekspektasi, tetapi membentuk ulang harapan melalui pelayanan yang tulus, adaptif, dan bermartabat.

Sintesis Evaluatif

Berdasarkan pemetaan indikator mutu dalam laporan INM Triwulan I Tahun 2025 di RS Tingkat III RS “X”, dapat disimpulkan bahwa rumah sakit ini telah memiliki kerangka kerja mutu yang relatif mapan dalam aspek kepatuhan administratif dan regulatif. Hal ini tercermin dari skor sempurna atau mendekati sempurna pada indikator identifikasi pasien (100%), pelaporan hasil laboratorium kritis (100%), penggunaan Formularium Nasional (98,53%), serta pencegahan risiko jatuh (98%). Keempat indikator ini mewakili keberhasilan sistem dalam memastikan compliance terhadap prosedur yang dapat dikontrol, dipantau, dan diaudit secara teknis.

Namun demikian, konsistensi capaian ini bersifat sektoral dan tidak merata, terutama pada indikator-indikator yang membutuhkan integrasi horizontal lintas unit dan kolaborasi klinis intensif. Indikator seperti waktu tunggu rawat jalan (63,29%) dan kepatuhan jam visite dokter spesialis (70,6%) menjadi gambaran nyata bahwa mutu belum menjadi hasil dari proses organisasi yang holistik, melainkan masih terfragmentasi antara unit administratif, klinis, dan layanan pendukung.

Fenomena ini mencerminkan apa yang dalam literatur sistem mutu disebut sebagai ketimpangan antara kutub kepatuhan struktural dan kutub ketulusan sistemik (Wagner et al., 2014; OECD, 2019). Pada kutub pertama, sistem mutu dapat ditegakkan melalui pendekatan kontrol—mengandalkan SOP, supervisi, dan audit internal. Keberhasilan pada indikator identifikasi pasien, hasil tes laboratorium, dan FORNAS adalah contoh nyata dari efektivitas mekanisme top-down berbasis struktur dan regulasi. Model ini juga sejalan dengan pendekatan input-process standardization yang digambarkan oleh

Donabedian (1980), di mana kualitas diasumsikan akan terjamin selama proses terstandardisasi.

Sebaliknya, pada kutub sistemik, indikator seperti clinical pathway, waktu tanggap dokter, serta resolusi keluhan menuntut internalisasi nilai, refleksi kolektif, dan kepemimpinan etis. Hal ini mencerminkan tantangan dalam mengembangkan sistem berbasis learning organization – yaitu organisasi yang tidak hanya mematuhi, tetapi belajar dari kegagalan, mengembangkan dialog antartim, dan mampu bertransformasi secara adaptif (Senge, 1990; Peteet et al., 2023).

Paradoks ini menunjukkan bahwa RS “X” berada dalam fase transisi epistemik, dari paradigma mutu berbasis compliance menuju paradigma mutu berbasis nilai (value-based health care). Dalam narasi akuntabilitas pelayanan kesehatan, pergeseran ini menuntut lebih dari sekadar pemenuhan indikator numerik – namun juga pembangunan ekosistem kerja yang mendorong empati, komunikasi, dan refleksi profesional antarunit (Daniels & Sabin, 1997; Yuniarti et al., 2019).

Seperti disampaikan dalam Swiss Cheese Model oleh Reason (2000), insiden dalam sistem kesehatan tidak terjadi karena satu kesalahan tunggal, melainkan karena celah yang sejajar dalam berbagai lapisan pertahanan. Ketika indikator-indikator yang melibatkan interaksi manusia (misalnya waktu visite atau penyelesaian keluhan) belum menunjukkan konsistensi, hal ini menandakan masih adanya bolong dalam lapisan sistem yang bersifat kultural, bukan struktural.

Mengacu pada kerangka Accountability for Reasonableness (A4R) yang dikembangkan oleh Daniels & Sabin (1997), transformasi RS “X” harus diarahkan pada peningkatan transparansi, relevansi keputusan, dan mekanisme umpan balik yang terbuka. Keberhasilan sistem mutu masa depan tidak lagi ditentukan semata oleh kepatuhan terhadap aturan, tetapi oleh kemampuan kolektif organisasi untuk belajar dari keluhan pasien, dari insiden kecil, dan dari pengalaman harian para tenaga kesehatan (OECD, 2019; Quentin et al., 2020).

Dengan kata lain, sistem mutu yang sukses bukanlah sistem yang hanya menekan angka deviasi, melainkan sistem yang mampu membaca deviasi sebagai peluang pembelajaran. Capaian tinggi pada beberapa indikator bukanlah garis akhir, tetapi menjadi starting point untuk membangun rumah sakit yang sadar mutu secara reflektif, kolektif, dan transformatif.

Integrasi Teoretis

Model Donabedian (1980) telah lama menjadi fondasi dalam evaluasi mutu layanan kesehatan dengan membagi analisis ke dalam tiga dimensi utama: struktur, proses, dan hasil (outcome). Dalam konteks RS Tingkat III RS “X”, sebagian besar capaian tinggi berada pada ranah struktur dan proses, misalnya pelaksanaan identifikasi pasien, pelaporan hasil laboratorium kritis, serta kepatuhan pada Formularium Nasional. Capaian-capaian ini merefleksikan keberhasilan dalam menyediakan input yang memadai – berupa SOP, pelabelan, dan sistem dokumentasi – serta dalam memastikan pelaksanaan prosedur yang sesuai dengan standar administratif.

Namun, pada dimensi hasil, seperti waktu tunggu rawat jalan, kepatuhan jam visite, kepuasan pasien, dan respon terhadap komplain, tantangan mulai tampak jelas. Fakta bahwa struktur dan proses telah dijalankan, namun hasilnya belum optimal, menunjukkan adanya missing link yang tidak dapat dijelaskan oleh komponen teknis semata. Seperti disampaikan oleh Donabedian, "good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of good outcomes, but none guarantees them." Ini mengindikasikan bahwa outcome—terutama yang menyangkut relasi manusiawi, kepercayaan, dan pengalaman—memerlukan dimensi adaptif dan afektif yang tidak bisa dikendalikan hanya lewat kebijakan struktural.

Penerapan Plan-Do-Study-Act (PDSA) dalam laporan RS "X" tampak telah dilakukan secara formal—seluruh indikator menunjukkan bahwa perencanaan (Plan) dan pelaksanaan (Do) telah dilakukan dalam kerangka kerja mutu reguler. Namun esensi dari PDSA justru terletak pada dua fase terakhir—yakni Study dan Act, yang bertujuan untuk menguji efektivitas tindakan serta melakukan perubahan berdasarkan pembelajaran tersebut (Taylor et al., 2014).

Dalam laporan yang dianalisis, fase Study masih terlihat sebagai kegiatan administratif, belum mencerminkan pembelajaran reflektif lintas profesi maupun analisis akar masalah (root cause analysis) yang komprehensif. Akibatnya, fase Act cenderung bersifat normatif: menyarankan penguatan koordinasi, peningkatan edukasi, dan pengawasan, tanpa kejelasan tentang transformasi struktural yang diambil. Risiko utama dari kondisi ini adalah ketika siklus PDSA kehilangan kekuatan inovatifnya, dan berubah menjadi ritual tanpa makna, sekadar formalitas dokumentatif tanpa internalisasi nilai (Reed & Card, 2016).

Untuk menjawab ketimpangan antara sistem dan hasil, konsep clinical governance sebagaimana diperkenalkan oleh Scally & Donaldson (1998) menjadi relevan. Mereka menekankan bahwa mutu layanan kesehatan tidak bisa didelegasikan hanya kepada unit mutu atau komite tertentu—melainkan merupakan tanggung jawab kolektif seluruh organisasi. Clinical governance mengintegrasikan prinsip manajemen risiko, audit klinis, pendidikan berkelanjutan, efektivitas klinis, pelibatan pasien, penelitian, dan pengelolaan informasi.

Jika kita telusuri situasi RS "X" berdasarkan kerangka ini, tampak bahwa sejumlah pilar belum berjalan secara optimal. Pelibatan pasien, misalnya, masih bersifat pasif dan terfokus pada survei kepuasan semata, belum menyentuh aspek patient involvement dalam penyusunan kebijakan atau evaluasi mutu. Demikian pula dengan aspek audit klinis, yang masih menjadi kewajiban administratif daripada proses refleksi kritis terhadap variasi praktik. Bahkan dalam domain efektivitas klinis, capaian 80% pada clinical pathway menunjukkan masih adanya resistensi profesional terhadap evidence-based practice yang melibatkan koordinasi multiprofesi.

Clinical governance juga menekankan pentingnya learning culture—organisasi harus bersedia dan mampu belajar dari data, dari kejadian, dan dari pengalaman pasien. Hal ini selaras dengan literatur yang menekankan

pentingnya organizational learning dalam meningkatkan mutu pelayanan (Senge, 1990; Braithwaite et al., 2020).

Analisis Sistemik

Salah satu kelemahan mendasar dalam membaca laporan Indikator Nasional Mutu (INM) adalah kecenderungan untuk melihat indikator secara terpisah dan linier. Padahal, dalam praktik mutu layanan rumah sakit, tidak ada indikator yang benar-benar berdiri sendiri. Setiap indikator—baik yang tergolong struktur, proses, maupun hasil—sebenarnya saling terhubung dalam sebuah sistem kompleks yang hidup dan terus berubah.

Misalnya, kepatuhan jam visite dokter spesialis tidak hanya berdampak pada satu indikator tunggal. Ketika visite tertunda atau tidak dilakukan, clinical pathway menjadi tidak lengkap, evaluasi pasien terganggu, dan pengambilan keputusan klinis tertunda. Imbasnya bisa sangat luas: dari perpanjangan masa rawat inap, peningkatan risiko infeksi nosokomial, hingga munculnya kejadian pasien jatuh karena keterlambatan penanganan. Tak hanya itu, persepsi pasien dan keluarga terhadap mutu layanan juga terpengaruh—yang pada gilirannya menurunkan kepuasan pasien dan meningkatkan potensi komplain.

Begitu pula dengan waktu tunggu rawat jalan. Angka capaian yang hanya 63,29% bukan sekadar menandakan antrean panjang, melainkan mencerminkan potensi ketidakteraturan sistem registrasi, kurangnya tenaga, dan buruknya manajemen jadwal dokter. Akibatnya? Pasien merasa frustrasi, pelayanan terasa lamban, dan yang lebih serius lagi, terjadi delay in diagnosis yang bisa mempengaruhi hasil klinis pasien. Studi oleh Parasuraman et al. (1985) menempatkan waktu tunggu sebagai salah satu determinan utama dalam dimensi reliability dan responsiveness dalam teori SERVQUAL—dua pilar utama dalam persepsi mutu layanan kesehatan.

Untuk memahami jaringan kompleks ini, rumah sakit tidak bisa hanya mengandalkan evaluasi per indikator. Diperlukan pendekatan system thinking—sebuah cara berpikir yang melihat organisasi sebagai sistem terbuka, adaptif, dan saling bergantung. Dalam pendekatan ini, indikator mutu tidak dilihat sebagai entitas mandiri, melainkan sebagai node-node dalam jaringan interaktif (Senge, 1990; Meadows, 2008). Melemahnya satu titik bisa menyebabkan ripple effect pada titik-titik lain, bahkan pada unit yang tampaknya tidak berkaitan secara langsung.

Langkah pertama untuk menerapkan system thinking adalah menyusun peta pengaruh indikator (indicator influence mapping). Dengan alat ini, RS dapat memetakan bagaimana perbaikan pada satu titik—misalnya optimalisasi jadwal visite dan antrean rawat jalan—bisa berdampak pada perbaikan indikator lain seperti clinical pathway, kepuasan pasien, dan pencegahan kejadian jatuh. Peta ini juga akan membantu manajemen mengidentifikasi leverage points—titik-titik kecil dengan potensi dampak besar jika diperbaiki secara tepat (Kim, 1999).

Model semacam ini telah digunakan secara luas dalam desain ulang sistem layanan kesehatan di negara maju, misalnya dalam Lean Healthcare dan Clinical Microsystems (Nelson et al., 2002). Konsep dasarnya adalah bahwa mutu

yang berkelanjutan tidak dicapai melalui upaya parsial, tetapi melalui intervensi terintegrasi yang menyasar akar masalah sistemik.

RS Tingkat III RS “X” menunjukkan berbagai capaian membanggakan pada indikator yang dapat dikontrol secara administratif—seperti pelaporan hasil laboratorium, penggunaan FORNAS, atau identifikasi pasien. Namun tantangan besar justru muncul pada indikator-indikator yang memerlukan koordinasi lintas unit, manajemen waktu klinis, dan relasi interpersonal yang sehat, seperti visite dokter, waktu tunggu, serta komplain dan kepuasan pasien. Ketidakseimbangan ini menjadi isyarat bahwa sistem mutu RS masih lebih bersifat compliant daripada intelligent—lebih fokus pada standar ketimbang pada pemahaman relasional dan dampak jangka panjang.

Untuk itu, RS “X” perlu merekonstruksi pendekatannya: dari manajemen mutu yang bersifat vertikal dan sektoral, menuju strategic quality management yang bersifat horizontal, inklusif, dan analitik. Seperti disampaikan oleh Braithwaite et al. (2020), rumah sakit masa kini harus berevolusi menjadi learning health systems, di mana setiap data indikator diperlakukan sebagai sinyal sistem, bukan hanya angka untuk dilaporkan. Melalui pemahaman sistemik, rumah sakit tidak hanya bisa memperbaiki satu indikator, tapi mereformasi keseluruhan jaringan layanan secara berkelanjutan.

Implikasi

Implikasi utama dari temuan evaluatif terhadap Indikator Nasional Mutu di RS Tingkat III RS “X” adalah kebutuhan mendesak untuk melakukan reorientasi strategi mutu rumah sakit, dari yang semula berpusat pada kepatuhan administratif menuju pendekatan yang memosisikan mutu sebagai nilai inti organisasi. Dalam kerangka ini, mutu tidak lagi dianggap sebagai kewajiban audit yang harus dipenuhi secara periodik, melainkan sebagai praktik reflektif dan etis yang mengakar dalam seluruh proses layanan kesehatan. Paradigma ini sejalan dengan pendekatan klinis modern yang dikemukakan oleh Scally dan Donaldson (1998), bahwa clinical governance harus dibangun sebagai sistem tanggung jawab kolektif, bukan hanya dibebankan pada unit mutu atau manajemen, melainkan melibatkan semua lini, mulai dari klinisi hingga pasien itu sendiri.

Langkah pertama yang perlu diambil adalah memperdalam proses analisis dalam siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA). Dalam praktiknya, banyak rumah sakit berhenti pada fase ‘Do’, sementara fase ‘Study’ dan ‘Act’ hanya dilaksanakan sebagai formalitas dokumentatif. Padahal, kekuatan utama siklus PDSA justru terletak pada dua fase terakhir yang menuntut refleksi, evaluasi, dan perbaikan struktural. Oleh karena itu, RS “X” perlu mengintegrasikan metode analisis akar masalah atau root cause analysis ke dalam proses ini, dengan melibatkan tim multidisiplin serta pasien atau keluarganya sebagai mitra refleksi. Keterlibatan pasien akan memperkuat keabsahan temuan dan memperkaya dimensi empatik dari proses peningkatan mutu (Daniels & Sabin, 1997; Peteet et al., 2023).

Langkah kedua adalah penguatan kepemimpinan klinis. Capaian indikator seperti kepatuhan jam visite dan waktu tanggap dokter spesialis

menunjukkan perlunya mekanisme koordinasi yang lebih intensif antarunit, khususnya antara Komite Medik, Kelompok Staf Medik (KSM), dan manajemen. Forum koordinasi rutin antar pemangku kepentingan klinis ini harus dibentuk untuk mendefinisikan tanggung jawab, menyinkronkan jadwal, dan mengevaluasi disiplin profesional. Seperti dikemukakan dalam literatur governance rumah sakit, efektivitas klinis tidak akan tercapai tanpa kepemimpinan yang kuat dan bertanggung jawab lintas departemen (Walton et al., 2007; Erntoft, 2011).

Implikasi ketiga menyangkut cara rumah sakit memaknai dan mengelola pengalaman pasien. Indikator kepuasan yang cukup tinggi tidak boleh meninabobokan sistem. Kepuasan adalah aspek permukaan dari pengalaman yang kompleks dan multidimensi. Oleh karena itu, RS “X” perlu membangun sistem pelaporan mutu berbasis pengalaman pasien (patient experience), bukan sekadar survei tertutup yang berisiko menampilkan bias sosial atau ketidakterusterangan. Metode seperti shadowing pasien, diskusi kelompok terfokus (focus group discussion), dan narasi pasien sangat dianjurkan untuk menangkap pengalaman layanan secara mendalam dan kontekstual (OECD, 2019; Improving Healthcare Quality in Europe, 2020).

Langkah selanjutnya yang krusial adalah integrasi sistem mutu dengan data klinis. Rumah sakit sudah memiliki Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), namun pemanfaatannya masih sebatas pada pelaporan administratif. Ke depan, RS “X” perlu memanfaatkan SIMRS secara strategis untuk mengukur dan memantau indikator kunci seperti waktu tunggu rawat jalan, kecepatan tindakan pasca-laboratorium kritis, serta keterkaitan antara laporan mutu dengan clinical outcomes nyata seperti angka mortalitas, readmisi, atau kejadian infeksi nosokomial. Integrasi ini akan membawa RS lebih dekat pada sistem mutu yang evidence-based, responsif, dan adaptif (Wagner et al., 2014; Iyengar et al., 2016).

Terakhir, implikasi yang tidak kalah penting adalah perlunya reengineering terhadap alur kerja rawat jalan dan rawat inap. Penataan ulang ini tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dari sudut pandang staf dan manajemen, tetapi juga untuk menciptakan pengalaman yang menyenangkan, manusiawi, dan menghargai waktu serta kondisi emosional pasien. Dalam kerangka SERVQUAL (Parasuraman et al., 1985), inilah esensi dari dimensi empati dan responsiveness—dimensi yang sangat berpengaruh terhadap persepsi mutu layanan. Reformasi ini harus menyentuh hal-hal kecil yang bersifat teknis, seperti sistem antrean, informasi penjadwalan, serta aksesibilitas ruang pelayanan; sekaligus menyentuh hal-hal besar yang bersifat kultural, seperti komunikasi, sikap profesional, dan etika kerja.

KESIMPULAN

Analisis terhadap Laporan Indikator Nasional Mutu (INM) Triwulan I Tahun 2025 Rumah Sakit Tingkat III RS “X” mengungkap bahwa institusi ini memiliki kekuatan struktural dalam pelaksanaan sistem mutu yang berbasis pada kepatuhan administratif dan keterkendalian protokol. Hal ini tercermin dari capaian sempurna pada indikator identifikasi pasien dan pelaporan hasil tes

laboratorium kritis, serta angka tinggi dalam penggunaan Formularium Nasional dan pencegahan risiko jatuh. Keberhasilan ini menunjukkan bahwa rumah sakit telah berhasil menginternalisasi sejumlah standar mutu dalam aspek yang dapat diaudit dan dikendalikan secara prosedural.

Namun demikian, keberhasilan tersebut belum sepenuhnya merata di seluruh indikator mutu. Terdapat ketimpangan yang nyata pada indikator yang menuntut integrasi antarpelayanan dan relasi interpersonal, seperti kepatuhan visite dokter spesialis dan waktu tunggu pelayanan rawat jalan, yang masing-masing berada di bawah standar nasional. Demikian pula pada aspek clinical pathway dan penanganan komplain pasien, capaian menunjukkan adanya stagnasi yang menandakan resistensi laten terhadap sistem kerja kolaboratif dan budaya reflektif.

Ketidakseimbangan capaian ini menunjukkan bahwa RS “X” masih berada pada fase transisi dari sistem mutu berbasis kepatuhan menuju sistem mutu berbasis pembelajaran (learning organization). Penerapan metode Plan-Do-Study-Act (PDSA) yang dilakukan secara normatif belum cukup memberikan kedalaman refleksi dan inovasi tindakan. Beberapa indikator tampak mengalami pseudo-improvement – terlihat baik di permukaan, namun belum mencerminkan perubahan perilaku kerja yang substansial.

Lebih jauh, struktur organisasi yang masih dominan birokratis, serta keterbatasan pelibatan pasien dan keluarga sebagai bagian dari siklus mutu, menjadi penghalang utama dalam menciptakan sistem manajemen mutu yang adaptif dan berkelanjutan. Secara keseluruhan, laporan INM RS “X” menunjukkan bahwa kualitas pelayanan yang terlihat dari atas belum sepenuhnya menyatu dengan pengalaman pelayanan yang dirasakan dari bawah.

Maka, laporan ini harus dibaca bukan sekadar sebagai pencapaian administratif, tetapi sebagai cermin untuk membaca kedalaman institusionalisasi mutu dalam budaya organisasi. Mutu bukanlah destinasi, tetapi perjalanan kolektif yang harus ditata ulang dengan orientasi yang lebih humanistik, lintas-disipliner, dan berakar pada integritas pelayanan publik.

REKOMENDASI

Berdasarkan temuan dalam laporan INM Triwulan I 2025, RS Tingkat III RS “X” perlu melakukan serangkaian langkah strategis untuk memperkuat sistem mutu secara menyeluruh. Pertama, siklus Plan-Do-Study-Act (PDSA) perlu difokuskan pada fase reflektif – bukan hanya perencanaan dan pelaksanaan. Tahap “Study” dan “Act” harus diisi oleh evaluasi lintas unit berbasis data kualitatif dan analisis akar masalah (root cause analysis), guna mendorong perbaikan yang transformatif.

Kedua, perlu reformulasi struktur visitasi dokter spesialis dengan mengintegrasikan sistem pengingat digital, penyusunan ulang jadwal berbasis beban kerja, serta keterlibatan aktif komite medik untuk menegakkan disiplin profesional. Ketiga, manajemen antrean rawat jalan harus diperbaiki melalui integrasi antrean digital, peningkatan efisiensi skrining awal, dan redesign alur kerja poli berbasis lean management.

Selanjutnya, budaya keselamatan pasien harus diperkuat melalui pelaporan insiden tanpa sanksi (just culture) serta pelatihan yang mendorong transparansi dan pembelajaran. Di sisi lain, sistem penanganan keluhan harus bergeser dari orientasi administratif menuju mediasi berperspektif pasien, sehingga menjadi ruang pembelajaran institusional.

Survei kepuasan pasien juga perlu dilengkapi dengan narrative feedback dan patient journey mapping untuk menangkap pengalaman layanan secara utuh. Evaluasi clinical pathway harus dilakukan tidak hanya melalui angka kepatuhan, tetapi juga melalui audit kasus dan refleksi antarprofesi.

Akhirnya, RS "X" disarankan membangun indicator influence map untuk memahami interdependensi antarindikator mutu, serta mengintegrasikan pelaporan INM dengan data klinis real-time dari SIMRS. Dengan demikian, mutu dapat ditumbuhkan sebagai nilai strategis organisasi, bukan sekadar kewajiban pelaporan.

DAFTAR PUSTAKA

- A'aqoulah, A., Kuyini, A.B. & Albalas, S., 2022. Exploring the Gap Between Patients' Expectations and Perceptions of Healthcare Service Quality. Patient Preference and Adherence, 16, pp.1295–1305. <https://doi.org/10.2147/PPA.S360852>
- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. Oman Medical Journal, 29(1), 3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Sage Publications.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? Quality and Safety in Health Care, 16(1), 2–3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.022046>
- Berghout, M., van Exel, J., Leensvaart, L. & Cramm, J.M., 2015. Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals. BMC Health Services Research, 15(1), p.385. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1049-z>
- Daniels, N., & Sabin, J. (1997). Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. Philosophy & Public Affairs, 26(4), 303–350. <https://doi.org/10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x>
- De Rosi, S. (2023). Understanding the value of clinical pathways: Organizational implementation and effectiveness analysis. The International Journal of Health Planning and Management, 38(1), 33–45. <https://doi.org/10.1002/hpm.3564>
- Deming, W. E. (1993). The new economics for industry, government, education (2nd ed.). MIT Press.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press.

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Dorsey, R., Claudio, D., Velázquez, M.A. & Petersen, P., 2022. Identifying service quality gaps between patients and providers in a Native American outpatient clinic. *BMC Health Services Research*, 22, p.165. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07538-w>
- Gurisch, N., et al. (2024). Barriers to clinical pathway compliance in surgical departments: A systematic review. *Journal of Hospital Administration*, 11(2), 55–68.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Petunjuk teknis indikator nasional mutu pelayanan rumah sakit*. Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan, Ditjen Yankes, Kemenkes RI.
- Mannion, R., & Davies, H. T. O. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 363, k4907. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
- O'Connor, S.J., Trinh, H.Q. & Shewchuk, R.M., 2000. Perceptual Gaps in Understanding Patient Expectations for Health Care Service Quality. *Health Care Management Review*, 25(2), pp.7–23. Available at: <https://www.jstor.org/stable/44950966>
- OECD. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. <https://doi.org/10.1787/9789264303072-en>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50. <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>
- Peteet, J. R., Balboni, M. J., & Balboni, T. A. (2023). Accountability as a virtue in medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13010-023-00122-2>
- Peteet, J., et al. (2023). Accountability as a virtue in medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13010-023-00124-9>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61–65. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>
- Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*. Doubleday.
- Shiparski, L. A., & Styles, M. (2011). The healthcare leader's role in creating accountable care. *Nurse Leader*, 9(5), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2011.07.007>

- Stichler, J.F., 2012. Patient-centered care: a healthcare reform imperative and a hospital design opportunity. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 5(2), pp.24–28.
<https://doi.org/10.1177/193758671200500203>
- Tate, K., Penconek, T., Dias, B. M., Cummings, G. G., & Bernardes, A. (2023). Authentic leadership, organizational culture and the effects of hospital quality management practices on quality of care and patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 79(8), 3102–3114.
<https://doi.org/10.1111/jan.15663>
- Tukan, D. L., Tarigan, E., & Bandur, A. (2022). Organizational culture and hospital service quality: A mixed-methods research in Indonesian private hospital. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(12).
- Wagner, A. K., Quick, J. D., & Ross-Degnan, D. (2014). Quality use of medicines within universal health coverage. *BMC Health Services Research*, 14, 357. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-357>
- World Health Organization. (2017). Patient safety: Making health care safer. WHO Document Production Services.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599939>
- World Health Organization. (2018). Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO Press.
https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
- Yuniarti, E., Prabandari, Y. S., Kristin, E., & Suryawati, S. (2019). Rationing for medicines by health care providers in Indonesia National Health Insurance System at hospital setting: a qualitative study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 12, 7.
<https://doi.org/10.1186/s40545-019-0170-5>