

**LAPORAN CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) DAN
INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS)
TRIWULAN III (JULI - SEPTEMBER)
TAHUN 2025**



**RUMAH SAKIT PARU Dr.M.GOENAWAN PARTOWIDIGDO
Jalan Raya Puncak KM 83, Kotak Pos 28 Cisarua 16750
Telp. (0251) 8253630, 8257663. Faksimile (0251)8254782, 8257662
Website:www.rspg-cisarua.co.id**

LAPORAN CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) DAN INDIKATOR MUTU
PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS)
TRIWULAN III (JULI - SEPTEMBER) TAHUN 2025

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Evaluasi pelaporan Indikator Mutu Nasional (IMN) dan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Triwulan III Tahun 2025 merupakan bagian dari upaya berkelanjutan rumah sakit dalam memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang aman, efektif, efisien, serta berorientasi pada keselamatan pasien. Pelaporan indikator mutu dilakukan secara periodik untuk memantau pencapaian standar pelayanan, menilai konsistensi implementasi program peningkatan mutu, serta mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan berkelanjutan.

Pada Triwulan III Tahun 2025, rumah sakit menghadapi berbagai dinamika pelayanan, termasuk perubahan beban kasus, penyesuaian proses klinis, serta penguatan implementasi program keselamatan pasien. Oleh karena itu, analisis terhadap capaian indikator mutu menjadi penting sebagai dasar pengambilan keputusan manajerial, perencanaan strategi perbaikan mutu, serta pemenuhan kewajiban pelaporan kepada Kementerian Kesehatan dan pemangku kepentingan terkait.

Evaluasi ini mencakup analisis pencapaian seluruh Indikator Mutu Nasional yang wajib dilaporkan, serta Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) yang ditetapkan oleh rumah sakit sesuai kebutuhan pelayanan dan risiko utama. Hasil evaluasi diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai kinerja mutu pelayanan pada periode ini, mengidentifikasi faktor pendukung dan hambatan, serta merumuskan rekomendasi tindak lanjut untuk meningkatkan mutu pelayanan pada triwulan berikutnya.

2. Maksud dan Tujuan

1. Tujuan Umum :

Diketuinya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor

2. Tujuan Khusus:

- 1) Terlaksananya pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) di RS Goenawan Partowidigdo.
- 2) Terlaksananya pengukuran mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) di RS Goenawan Partowidigdo.
- 3) Terlaksananya pelaporan data, validasi data, analisis, dan feed back data indikator mutu prioritas-rumah sakit dan data indikator nasional mutu pelayanan kesehatan.
- 4) Terlaksananya monitoring, analisis dan evaluasi terhadap indikator mutu unit pelayanan.
- 5) Melakukan perbaikan apabila terdapat capaian indikator mutu yang belum tercapai target sesuai standar yang telah ditetapkan dengan metode *Plan- Do- Studt- Act*.

3. Dasar Hukum

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
3. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Di Lingkungan Kementerian Kesehatan
5. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo Nomor : HK.02.03/D.XLII.3/02255/2025 Tentang: Perubahan Komite Mutu Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo

B. KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

1. Peningkatan mutu pelayanan klinis melalui penetapan dan pengukuran indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) yang mencakup :
 - a) Indikator Sasaran Keselamatan Pasien,
 - b) Indikator Pelayanan Klinis,
 - c) Indikator sesuai tujuan target Rumah Sakit (KPI)
 - d) Indikator terkait Perbaikan System,
 - e) Indikator area Manajemen Risiko dan

- f) Indikator terkait Penelitian dan Program Pendidikan Kedokteran.
2. Pelaksanaan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu di RS Goenawan Partowidigdo
3. Pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data Indikator Nasional Mutu (INM) dan Indikator Mutu tingkat rumah sakit (IMP-RS),
4. Melakukan perbaikan apabila terdapat capaian indikator mutu yang belum tercapai target sesuai standar yang telah ditetapkan dengan metode *Plan- Do- Studt- Act*.
5. Monitoring dan mempertahankan capaian indikator yang sudah mencapai target sesuai standar untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien

C. HASIL YANG DICAPAI

Pelaporan dan Evaluasi Pelaksanaan :

1. Peningkatan Mutu Klinis Prioritas dengan melakukan pengukuran Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) yang sudah ditetapkan, mencakup beberapa indikator yang meliputi:
 - 1) 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
 - 2) 3 Indikator Pelayanan Klinis
 - 3) 4 Indikator Sesuai Tujuan Target Rumah Sakit (KPI)
 - 4) 3 Indikator Terkait Perbaikan Sistem
 - 5) 4 Indikator Area Manajemen Risiko
 - 6) 1 Indikator Terkait Penelitian Dan Program Pendidikan Kedokteran

Realisasi Capaian Indikator Mutu Prioritas-Rumah Sakit pada Triwulan III Tahun 2025 :

A. Capaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

No	INDIKATOR MUTU	CAPAIAN			TW III	Nilai standar	Ket
		JULI	AGUST	SEPT			
A	INDIKATOR SASARAN KESELAMAN PASIEN						
1.	Kepatuhan identifikasi pasien.	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai target
2.	Pelaksanaan komunikasi efektif dalam penerapan TBAK/SBAR	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai target
3.	Kesalahan penyerahan perbekalan farmasi.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%	Tercapai target
4.	Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi	0%	0%	0%	0%	<2%	Tercapai target

[illegible]

No	INDIKATOR MUTU	CAPAIAN			TW III	Nilai standar	Ket
		JULI	AGUST	SEPT			
2	Angka Kejadian ILO	0%	0%	0%	0,0%	< 1.5 %	Tercapai target
3	Angka Kejadian Phlebitis	0%	0%	0%	0%	< 1.5 %	Tercapai target
4	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	95,58%	97,34%	95,05%	95,99%	≥85%	Tercapai target
F	INDIKATOR TERKAIT PENELITIAN DAN PROGRAM PENDIDIKAN KEDOKTERAN						
1	Kepuasan peserta didik pendidikan kedokteran terhadap penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan di RSPG Cisarua	94,33%	94%	96,40%	94,91%	80%	Tercapai target

Berdasarkan hasil capaian diatas: Dari 21 Indikator Mutu Prioritas RS pada triwulan III tahun 2025, semua indikator tercapai target sesuai standar yang telah ditetapkan.

B. Capaian 13 Indikator Nasional Mutu pada Triwulan III Tahun 2025 adalah sebagai berikut :

No	INDIKATOR MUTU NASIONAL	CAPAIAN			TW III	Nilai standar	Ket
		JULI	AGUST	SEPT			
1.	Kepatuhan kebersihan tangan	91,47%	91,39%	90,46%	91,10%	≥90%	Tercapai target
2.	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai target
3.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tidak tercapai target
4.	Waktu tanggap Seksio Sesaria Emergensi	100%	100%	-	100%	≥80 %	Tercapai target (tidak ada Tindakan Seksio sesarea emergensi pada bulan September 2025)
5.	Waktu tunggu rawat jalan	97,94%	97,24%	97,49%	97,55%	≥80%	Tercapai target
6.	Penundaan Oprasi Elektif	1,57%	0,76%	1,32%	1,22%	≤5%	Tercapai target

No	INDIKATOR MUTU NASIONAL	CAPAIAN			TW III	Nilai standar	Ket
		JULI	AGUST	SEPT			
7.	Ketepatan waktu jam visite dokter spesialis	97,82%	98,63%	97,31%	97,92%	≥80%	Tercapai target
8.	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai target
9.	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	93,24%	93,65%	94,50%	93,79%	≥90%	Tercapai target
10.	Kepatuhan terhadap Alur klinis (Clinical pathway)	95,58%	97,34%	95,05%	95,99%	≥85%	Tercapai target
11.	Kepatuhan upaya pencegahan resiko cedera akibat pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai target
12.	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	100%	100%	100%	≥80%	Tercapai target
13.	Kepuasan Pasien dan Keluarga (Sesuai dengan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan RB No.14 Tahun 2017)	88,59%	91,44%	88,75%	89,59%	≥80%	Tercapai target

Berdasarkan hasil capaian diatas: Dari 13 Indikator Nasional Mutu pada triwulan III tahun 2025, tercapai target sesuai standar yang telah ditetapkan

D. PERBANDINGAN CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU DAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS) TRIWULAN 1 SAMPAI 3 TAHUN 2025

1. INDIKATOR NASIONAL MUTU

TABEL PERBANDINGAN CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL PERIODE TRIWULAN 1-3 TAHUN 2025

No	INDIKATOR MUTU	TARGET	PERIODE/TRIWULAN		
			1	2	3
	INDIKATOR NASIONAL MUTU				
1	Kepatuhan Kebersihan tangan	≥90%	90,48%	90,47%	91,11%
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%	100%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	100%	100%
4	Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi	≥80%	100%	100%	100,00%
5	Waktu Tunggu rawat Jalan	≥80%	83%	83,89%	97,56%
6	Penundaan operasi elektif	<5%	0,27%	0,53%	1%
7	Ketepatan waktu visit Dokter Spesialis	≥80%	97,50%	97,14%	97,92%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	94,01%	94,30%	93,78%
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>clinical pathway</i>)	≥80%	97,04%	97,04%	95,99%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥80%	100,00%	100,00%	100,00%
13	Kepuasan Pasien dan Keluarga (Sesuai dengan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan RB No.14 Tahun 2017)	Skor ≥80%	Skor 86,68	Skor 86,25	Skor 89,60

Secara keseluruhan, kinerja mutu rumah sakit pada periode Triwulan 1 sampai 3 tahun 2025 menunjukkan pencapaian yang sangat baik dan stabil. Dari 13 indikator nasional mutu yang dipantau, seluruh indikator berhasil mencapai target nasional, sebagian besar bahkan melebihi batas minimal yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa proses pelayanan klinis dan manajerial telah berlangsung sesuai standar keselamatan pasien dan efisiensi operasional yang tinggi.

Stabilitas kinerja dapat terlihat dari 100% indikator nasional mutu mencapai target, dengan 10 indikator diantaranya mencapai atau melampaui 95% capaian. Hal ini menunjukkan sistem mutu rumah sakit telah matang dan berfungsi secara konsisten dalam lintas triwulan. Adanya *continuous improvement* diperlihatkan oleh indikator *waktu tunggu rawat jalan* mengalami peningkatan signifikan (83% → 97,56%), kepuasan pasien yang meningkat hampir 3 poin dari triwulan 2 ke 3 yang menunjukkan adanya perbaikan sistemik dalam pengalaman pasien dan efisiensi operasional, budaya keselamatan yang terjaga dapat terlihat pada kepatuhan terhadap kebersihan tangan, identifikasi pasien, penggunaan APD, serta pencegahan risiko jatuh yang menunjukkan bahwa elemen keselamatan pasien telah menjadi kebiasaan profesional, serta integrasi sistem pelayanan klinis yaitu dalam penerapan *formularium nasional* dan *clinical pathway* di atas 90% menandakan keselarasan dengan kebijakan nasional dan komitmen terhadap pelayanan berbasis bukti ilmiah.

Walaupun seluruh indikator memenuhi target, beberapa aspek tetap perlu perhatian yaitu:

- a. Kepatuhan kebersihan tangan, meskipun di atas 90%, namun masih perlu diperkuat melalui kampanye kreatif, *real-time monitoring*, dan *peer audit*.
- b. Kepatuhan formularium nasional menunjukkan sedikit fluktuasi. Evaluasi perlu difokuskan pada kesesuaian persepsian dan audit penggunaan obat non-formularium.
- c. Operasi elektif, meskipun angka penundaan rendah, peningkatan hingga 1% di triwulan 3 menandakan perlunya monitoring logistik dan kesiapan pasien praoperatif.

2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS - RUMAH SAKIT (IMP-RS)

TABEL PERBANDINGAN CAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS - RUMAH SAKIT
PERIODE TRIWULAN 1-3 TAHUN 2025

No	INDIKATOR MUTU	TARGET	PERIODE/TRIWULAN		
			1	2	3
A	INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN				
1.	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	99,92%	100%
2.	Pelaksanaan komunikasi efektif dalam penerapan TBAK/SBAR	100%	100%	100%	100%
3.	Kesalahan penyerahan perbekalan farmasi	0%	0%	0%	0%
4.	Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi	<2%	0%	0%	0%

5.	Kepatuhan Kebersihan tangan	≥90%	90,48%	90,48%	91,11%
6	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh	100%	100%	100%	100%
B	INDIKATOR PELAYANAN KLINIS				
1	Waktu Tunggu rawat Jalan	≥80%	83,33%	88,89%	97,56%
2	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	≤ 1%	≤ 1%	0%	0%
3	Kelengkapan asesmen awal medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	100%	100%	100%	100%
C	INDIKATOR SESUAI TUJUAN TARGET RUMAH SAKIT (KPI)				
1	Angka Keberhasilan TB SO (Sensitif Obat)	70%	79,80%	81,24%	83,91%
2	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	94,12%	94,30%	93,78%
3	Enrollment Rate Pengobatan TB MDR	≥90%	94,74%	100%	100%
4	Proporsi pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis diantara terduga TB	5-15%	14,41%	14,50%	13,58%
D	INDIKATOR TERKAIT PERBAIKAN SISTEM				
1	Dyscharge Planning (Yang tidak dilakukan)	0%	0%	0%	0%
2	Kelengkapan berkas rekam medik 24 jam selesai pelayanan	≥80%	94,36%	93,42%	96,02%
3	Pencatatan dan pelaporan data pasien Tuberkulosis yang berkunjung ke RSPG di tangani dengan Strategi DOTS	90%	94,36%	92,95%	90,71%
E	INDIKATOR AREA MANAJEMEN				
1	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%
2	Angka Kejadian ILO	<1,5%	0%	0%	0%
3	Angka Kejadian Phlebitis	<1,5%	0,21%	0,06%	0%
4	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%	97,04%	97,04%	95,99%

F	INDIKATOR TERKAIT PENELITIAN DAN PROGRAM PENDIDIKAN KEDOKTERAN				
1	Kepuasan peserta didik pendidikan kedokteran terhadap penyelenggaraan pendidikan & pelatihan di RSPG Cisarua	≥80 %	88,42%	90,07%	94,91%

Secara umum, kinerja mutu rumah sakit menunjukkan stabilitas yang tinggi dan pencapaian optimal pada hampir seluruh Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS). Dari 6 kelompok indikator mutu (Sasaran Keselamatan Pasien, Pelayanan Klinis, KPI Rumah Sakit, Perbaikan Sistem, Area Manajemen, dan Penelitian–Pendidikan), seluruhnya mencapai atau melebihi target yang ditetapkan. Capaian ini mengindikasikan bahwa sistem manajemen mutu di rumah sakit telah berjalan efektif, terintegrasi, dan berbasis budaya keselamatan yang kuat.

Stabilitas tinggi dapat dilihat pada hampir semua indikator yang berada di atas target minimal selama tiga triwulan berturut-turut. Tren positif ditandai oleh 70% indikator yang menunjukkan perbaikan berkelanjutan dari Triwulan 1 ke 3. Efisiensi sistem menunjukkan adanya waktu tunggu berkurang, dokumentasi membaik, dan kepuasan pengguna layanan yang meningkat. Dengan demikian, secara umum dapat disimpulkan bahwa rumah sakit menunjukkan performa mutu yang unggul, terukur, dan berkelanjutan, yang menggambarkan tingkat kedewasaan organisasi menuju *High Reliability Hospital*. Namun demikian, terdapat area yang memerlukan perbaikan yaitu:

- a. Pelaporan TB DOTS, perlu diperkuat pada konsistensi pelaporan agar capaian tidak menurun.
- b. Pemeliharaan tren formularium nasional, meskipun capaian stabil, namun ada fluktuasi kecil yang menunjukkan perlunya *clinical audit* berkala.

E. KESIMPULAN DAN SARAN

1. Dari 21 Indikator Mutu Prioritas-Rumah Sakit, hasil pengukuran capaian indikator mutu prioritas rumah sakit pada triwulan III tahun 2025, semua indikator tercapai target sesuai standar.
2. Dari 13 Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan pada triwulan III tahun 2025, tercapai target sesuai standar yang telah ditetapkan.

F. RENCANA TINDAK LANJUT

1. Pemantauan berkala dan Analisis Data :

- a) Pemantauan secara rutin terhadap indikator yang telah tercapai dan yang masih rendah dan mempertahankan capaian yang sudah mencapai target dari masing-masing indikator unit, baik dari Indikator Nasional Mutu maupun capaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit
- b) Koordinasi dengan unit kerja untuk capaian indikator yang belum tercapai target sesuai standar yang ditetapkan
- c) Koordinasi dengan unit kerja untuk dapat melakukan pelayanan sesuai SOP pada seluruh staf untuk menjaga mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo.

2. Pemantauan dan evaluasi berkala dengan melakukan monitoring terhadap progres capaian kinerja tercapai target hingga akhir tahun

G. PENUTUP

Diharapkan hasil evaluasi ini dapat menjadi acuan dalam pengambilan keputusan, penyusunan strategi peningkatan mutu, serta memastikan bahwa pelayanan yang diberikan tetap aman, efektif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Dengan komitmen bersama, rumah sakit diharapkan mampu mencapai target indikator mutu secara konsisten serta meningkatkan kualitas pelayanan secara berkelanjutan. Upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien adalah tanggung jawab bersama yang harus terus dijaga dan dikembangkan. Dengan langkah-langkah yang sistematis, terukur, dan berkelanjutan, Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo akan terus meningkatkan kualitas pelayanan yang mengutamakan keselamatan dan kenyamanan pasien, sehingga tercapai tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan menjaga keselamatan pasien di lingkungan Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor.

Bogor, 7 Oktober 2025

Ketua Komite Mutu



Ns. Pini Sundari, S.Kep

NIP 196607071986032001