

**LAPORAN CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)  
INDIKATOR MUTU PRIORITAS - RUMAH SAKIT  
BULAN OKTOBER 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](http://www.rspg-cisarua.co.id)**

LAPORAN CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM), INDIKATOR MUTU PRIORITAS  
RUMAH SAKIT (IMP - RS) DAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS  
BULAN OKTOBER 2025

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah prioritas utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kedua aspek ini saling terkait dan menjadi landasan untuk menciptakan lingkungan pelayanan yang aman, berkualitas, dan berfokus pada kebutuhan pasien. Kualitas pelayanan yang baik tidak hanya mencakup aspek teknis dan medis, tetapi juga pelayanan yang humanis, responsif, serta dapat memenuhi harapan pasien dan keluarga. Sementara itu, keselamatan pasien berfungsi sebagai upaya untuk meminimalkan risiko yang mungkin timbul selama proses perawatan dan memastikan bahwa setiap tindakan medis dilakukan dengan cara yang aman dan terstandarisasi.

Untuk memastikan keberhasilan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, rumah sakit perlu memantau dan mengevaluasi secara berkala indikator-indikator mutu yang menjadi tolok ukur kinerja pelayanan. Indikator mutu ini meliputi berbagai aspek, seperti kepuasan pasien, angka kejadian infeksi nosokomial, tingkat keberhasilan prosedur medis, serta waktu respons dalam penanganan pasien. Selain itu, pengukuran terhadap keselamatan pasien, seperti penerapan prosedur pencegahan kesalahan medis dan perawatan berisiko tinggi, juga merupakan bagian dari indikator yang harus selalu diperhatikan dan ditingkatkan.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses berkelanjutan yang membutuhkan komitmen, kerjasama, dan evaluasi terus-menerus dari seluruh jajaran Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo. Diharapkan, Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo dapat terus berinovasi dan beradaptasi dengan perkembangan teknologi dan best practices dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat

## 2. Maksud dan Tujuan

- a. Maksud dari pelaporan peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien melalui penerapan standar mutu, serta memastikan keselamatan pasien di Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo
- b. Tujuan dari penyusunan laporan ini dibuat untuk mengevaluasi kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta menyusun perbaikan program mutu dengan pendekatan PDSA (*Plan-Do-Study-Action*)

## 3. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penyusunan laporan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien meliputi pelaksanaan pengukuran indikator mutu pelayanan dan pelaporan insiden keselamatan. Pelaksanaan pengukuran indikator mutu pelayanan terdiri dari :

- a. Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu
- b. Pengukuran 21 Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit yang mencakup :
  - 6 Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
  - 3 Indikator Pelayanan Klinis
  - 4 Indikator sesuai tujuan target Rumah Sakit
  - 3 Indikator terkait perbaikan system
  - 4 Indikator Area Manajemen Risiko
  - 1 Indikator terkait penelitian dan program pendidikan kedokteran
- c. Pengukuran 43 Indikator Prioritas Unit Pelayanan

## 4. Dasar Hukum

- a. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor :11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien
- b. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit
- c. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
- d. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1596/2024 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
- e. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit 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

Pelaksanaan Kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien meliputi :

- Mengumpulkan data indikator mutu bulanan dari unit terkait dengan mekanisme pengumpulan data mutu unit oleh Penanggung Jawab Data (PJ Data Unit) dengan melakukan input data indikator mutu pada aplikasi SINDIKAT (Sistem Informasi Indikator)
- Melakukan validasi data pada unit terkait
- Melakukan analisa laporan bulanan dari seluruh unit kerja
- Melakukan perbaikan mutu apabila terdapat indikator yang belum mencapai target dengan metode *Plan-Do-Study-Act*
- Melakukan investigasi pada kejadian /insiden keselamatan pasien
- Pemantauan pelaksanaan program keselamatan pasien dan manajemen risiko
- Menyusun rencana tindak lanjut untuk perbaikan
- Mengidentifikasi kesalahan ( *error*) : Kejadian Nyaris Cedera ( KNC) dan KTD /*Sentinel Event*

C. HASIL YANG DICAPAI

Kegiatan Capaian Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Bulan Oktober 2025

1. INDIKATOR NASIONAL MUTU

NO	INDIKATOR MUTU	FORMULA	TARGET	BULAN : OKTOBER		KET
				%		
INDIKATOR MUTU NASIONAL						
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	Jumlah peluang kebersihan tangan yang dilakukan sesuai indikasi (5 moment).	≥90%	385	90,37%	Tercapai target
		Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode pengamatan.		426		
2	Kepatuhan Penggunaan APD	Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD sesuai indikasi dan standar dalam periode pengamatan.	100%	45	100%	Tercapai target
		Jumlah petugas kesehatan yang diamati		45		
3	Kepatuhan identifikasi pasien	Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar (melakukan pengecekan identitas visual/verbal)	100%	899	100%	Tercapai target
		Jumlah total peluang identifikasi yang diobservasi.		899		
4	Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan seksio sesaria emergensi sesuai dengan waktu tanggap (≤30 menit)	≥80%	1	100%	Tercapai target

NO	INDIKATOR MUTU	FORMULA	TARGET	BULAN : OKTOBER		KET
				%		
		Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi.		1		
5	Waktu Tunggu rawat Jalan	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit	≥80%	1840	94,74%	Tercapai target
		Jumlah pasien rawat jalan yang diamati		1942		
6	Penundaan operasi elektif	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasi tertunda ≥ 1 jam dari jadwal operasi yang direncanakan	<5%	3	1,58%	Tercapai target
		Jumlah pasien operasi elektif		189		
7	Ketepatan waktu visit Dokter Spesialis	Jumlah Visite Dokter Spesialis yang dilakukan sebelum/paling lambat jam 14:00	≥80%	2966	95,46 %	Tercapai target
		Jumlah visite dokter spesialis yang diamati		3107		
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	Jumlah hasil kritis yang dilaporkan < 30 menit	100%	122	100%	Tercapai target
		Jumlah hasil kritis laboratorium Yang disurvei		122		
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Jumlah item obat (R/) yang sesuai dengan formularium nasional	≥90%	46775	94,18%	Tercapai target
		Jumlah item obat (R/) yang disurvei		49668		
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (clinical pathway)	Jumlah Pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan CP	≥85%	204	96,23%	Tercapai target
		Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada CP yang disurvei		212		
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh.	100.00%	533	100%	Tercapai target
		Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei.		533		
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Jumlah Komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading.	≥80%	4	100%	Tercapai target
		Jumlah Komplain yang disurvei (semua komplain; tertulis, lisan/media masa)		4		
13	Kepuasan Pasien dan Keluarga (Sesuai dengan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan RB No.14 Tahun 2017)	$SKM = \frac{\text{Total dari Nilai Persiapan Per Unsur}}{\text{Total Unsur yang Tersaji}} \times \text{Nilai Persentase}$	Skore ≥80	3.329 3.780	Skore 88,69	Tercapai target



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

No	INDIKATOR MUTU	FORMULA	TARGET	BULAN: OKTOBER		KET
				%		
A	INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN					
1	Kepatuhan identifikasi pasien	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar	100%	899	100%	Tercapai target
		Jumlah proses pelayanan yang diobservasi		899		
2	Pelaksanaan komunikasi efektif dalam penerapan TBAK/SBAR	Jumlah kasus yang dikonsulkan dengan reconfirm dalam 1 bulan	100%	565	100%	Tercapai target
		Jumlah seluruh kasus yang dikonsulkan dalam 1 bulan		565		
3	Kesalahan penyerahan perbekalan farmasi	Jumlah kesalahan penyerahan perbekalan per bulan	0%	0	0%	Tercapai target
		Jumlah permintaan perbekalan dalam bentuk resep dan formulir permintaan pada bulan tersebut		13.614		
4	Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi	Jumlah kejadian tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi pada semua kasus operasi yang harus dilakukan penandaan lokasi operasi per bulan.	<2%	0	0.0%	Tercapai target
		Jumlah semua kasus operasi yang harus dilakukan penandaan lokasi operasi dalam bulan tersebut.		189		
5	Kepatuhan Kebersihan tangan	Jumlah peluang kebersihan tangan yang dilakukan sesuai indikasi (5 moment).	≥90%	385	90,37 %	Tercapai target
		Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode pengamatan.		426		
6	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh	Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh	100%	533	100%	Tercapai target
		Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei.		533		
B	INDIKATOR PELAYANAN KLINIS					
1	Waktu Tunggu rawat Jalan	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit	≥80%	1840	94,75%	Tercapai target
		Jumlah pasien rawat jalan yang diamati		1942		
2	Kejadian Kematian Di Meja Operasi	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu Bulan	≤ 1%	0	0%	Tercapai target
		Jumlah pasien yang dilakukan tindakan operasi dalam satu Bulan		189		
3	Kelengkapan asesmen awal medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	Jumlah asesmen lengkap yang dilakukan dokter dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk ranap	100%	775	100%	Tercapai target
		Jumlah total pasien yang masuk ranap dalam waktu 24 jam		775		
C	INDIKATOR SESUAI TUJUAN TARGET RUMAH SAKIT (KPI)					

No	INDIKATOR MUTU	FORMULA	TARGET	BULAN: OKTOBER		KET
				%		
1	Angka Keberhasilan TB SO (Sensitif Obat)	Jumlah semua kasus TBC SO yang berhasil diobati,yaitu memenuhi yang kriteria sembuh dan pengobatan lengkap	70%	76	83,51%	Tercapai target
		Jumlah Komplain yang disurvei (semua komplain; tertulis, lisan/media masa)		91		
2	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Jumlah item obat (R/) yang sesuai dengan formularium nasional	≥90%	46775	94.18%	Tercapai target
		Jumlah item obat (R/) yang disurvei		49668		
3	Enrollment Rate Pengobatan TB MDR	Jumlah pasien MDR yang diobati yang berasal dari suspek terdaftar dalam 1 triwulan.	≥90%	10	100%	Tercapai target
		Jumlah pasien TB MDR yang ditemukan dari suspek terdaftar dalam 1 triwulan yang sama.		10		
4	Proporsi pasien TB paru terkonfirmasi bakteriologis diantara terduga TB	Jumlah seluruh pasien terdiagnosa TB terkonfirmasi bakteriologis pada triwulan tersebut	5-15%	74	11,38%	Tercapai target
		Jumlah seluruh pasien terduga TB yang melakukan pemeriksaan dahak mikroskopis pada bulan tersebut		651		
D INDIKATOR TERKAIT PERBAIKAN SISTEM						
1	Dyscharge Planning (yang tidak dilakukan)	Jumlah pasien yang tidak di buat discharge planning dalam 1 Bulan	0%	0	0%	Tercapai target
		Jumlah pasien yang di rawat dalam 1 Bulan.		850		
2	Kelengkapan berkas rekam medik 24 jam selesai pelayanan	Jumlah Rekam Medik 24 jam yang telah di isi lengkap setelah selesai pelayanan	≥80%	918	97,8%	Tercapai target
		Jumlah seluruh berkas RM dalam 1 bulan		938		
3	Pencatatan dan pelaporan data pasien Tuberkulosis yang berkunjung ke RSPG di tangani dengan Strategi DOTS	Jumlah pasien TB SO yang mendapat terapi OAT dengan strategi DOTS dalam waktu satu bulan yang tercatat dan terlapor di SITB	90%	57	90,48 %	Tercapai target
		Jumlah suspect TB yang terdiagnosa TB SO dalam 1 bulan yang tercatat dan terlapor di SITB dalam 1 bulan		63		
E INDIKATOR AREA MANAJEMEN RISIKO						
1	Pelaporan hasil kritis laboratorium	Jumlah hasil kritis yang dilaporkan < 30 menit.	100%	122	100%	Tercapai target
		Jumlah hasil kritis laboratorium yang disurvei.		122		
2	Angka Kejadian ILO	Jumlah pasien yang mengalami IDO/ILO	≤ 1.5%	0	0%	Tercapai target
		Jumlah pasien yang dioperasi		134		



No	INDIKATOR MUTU	FORMULA	TARGET	BULAN: OKTOBER		KET
				%		
3	Angka Kejadian Phlebitis	Jumlah kejadian phlebitis pada pasien yang diinfus	<1,5%	2	0,33 %	Tercapai target
		Jumlah tindakan/ pemasangan infus		600		
4	Kepatuhan terhadap alur klinis ( <i>clinical pathway</i> )	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>	≥85%	204	96,23 %	Tercapai target
		Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang disurvei		212		
F	INDIKATOR TERKAIT PENELITIAN DAN PROGRAM PENDIDIKAN KEDOKTERAN					
1	Kepuasan peserta didik pendidikan kedokteran terhadap penyelenggaraan pendidikan & pelatihan di RSPG Cisarua	Jumlah total skor jawaban seluruh responden	≥80 %	450	94%	Tercapai target
		Jumlah total skor jawaban terbesar dari unsur pertanyaan dikali jumlah responden		450		

#### D. KESIMPULAN :

Berdasarkan hasil pencapaian target dan evaluasi Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit dan Indikator Mutu Prioritas Unit, dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

##### 1) Indikator Nasional Mutu (INM)

Capaian 13 Indikator Nasional Mutu pada bulan Oktober 2025 telah tercapai target sesuai standar yang ditetapkan

Tindak lanjut :

Meskipun target telah tercapai, upaya perbaikan dan peningkatan mutu tetap perlu dilakukan secara berkelanjutan

##### 2) Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

Capaian 21 Indikator Mutu Prioritas-Rumah Sakit pada bulan Oktober 2025, telah tercapai target sesuai standar yang telah ditetapkan

Tindak lanjut :

Upaya perbaikan dan peningkatan mutu tetap perlu dilakukan secara berkelanjutan

#### E. RENCANA DAN TINDAK LANJUT

##### 1. Pemantauan berkala dan Analisis Data :

- Pemantauan secara rutin terhadap indikator yang telah tercapai dan yang masih rendah serta mempertahankan capaian yang sudah mencapai target dari masing-



masing indikator unit, baik dari Indikator Nasional Mutu maupun Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit sesuai standar yang telah ditetapkan

- b. 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. Konsistensi dalam Monitoring:

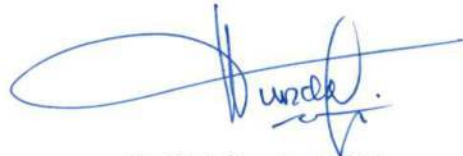
Melakukan pemantauan progres perbaikan untuk memastikan bahwa setiap rencana perbaikan yang dibuat memberikan dampak positif terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

F. PENUTUP

Demikian Laporan evaluasi program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien pada Bulan Oktober 2025 yang telah kami buat, kiranya pimpinan Rumah Sakit dapat memberikan arahan agar peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Goenawan Partowidigdo dapat terwujud sesuai harapan .

Bogor, 06 November 2025

Ketua Komite Mutu Rumah Sakit



Ns.Pini Sundari, S.Kep  
NIP 196607071987032001