



**ANALISIS INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) RUANG ELANG RSUD
AJIBARANG PERIODE FEBRUARI-APRIL 2026: STUDI KUANTITATIF
DESKRIPTIF DENGAN PENDEKATAN RETROSPEKTIF**

Siswadi

Universitas Muhammadiyah Purwokerto

e-mail: siswadi.bagas@gmail.com

Diterima: 21/07/2026 ; Direvisi: 28/08/2026 ; Diterbitkan: 19/09/2026

ABSTRAK

Indikator Nasional Mutu (INM) digunakan untuk memantau proses pelayanan dan keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan capaian empat INM di Ruang Elang RSUD Ajibarang selama Februari–April 2026 serta menelaah konsistensi dan karakteristik data. Penelitian menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan retrospektif melalui telaah data sekunder berupa rekapitulasi INM bulanan. Unit analisis disesuaikan dengan karakteristik setiap indikator, sehingga akumulasi 3.646 observasi/kasus tidak diperlakukan sebagai jumlah pasien. Analisis mencakup frekuensi, persentase capaian, distribusi volume data, rata-rata observasi harian pada indikator visite dokter, serta rata-rata dan rentang waktu pelaporan hasil kritis laboratorium. Hasil menunjukkan bahwa kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan waktu visite dokter, pelaporan hasil kritis laboratorium, dan pencegahan risiko pasien jatuh mencapai 100% pada Februari, Maret, dan April 2026. Volume pengamatan berbeda antarindikator, dengan 120 observasi identifikasi pasien, 3.142 observasi visite dokter, 295 hasil kritis laboratorium, dan 89 pasien risiko tinggi jatuh. Seluruh hasil kritis tercatat dilaporkan dalam waktu ≤ 30 menit. Temuan menunjukkan konsistensi capaian pada proses yang diukur, tetapi tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan mutu pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Penelitian mendukung pemantauan INM berkala, disertai validasi data, audit, dan pengukuran yang mengaitkan indikator proses dengan luaran keselamatan pasien.

Kata kunci: *Indikator Nasional Mutu, Rumah Sakit, Keselamatan Pasien, Mutu Pelayanan, Ruang Elang.*

ABSTRACT

National Quality Indicators (INM) are used to monitor healthcare processes. This study aimed to describe four INM indicators in the Elang Ward of Ajibarang Regional Hospital from February to April 2026 and examine consistency and data characteristics. A quantitative descriptive design with a retrospective approach was used through a review of secondary INM records. The unit of analysis followed each indicator; therefore, the accumulated 3,646 observations/cases were not treated as the number of patients. Analysis included frequencies, achievement percentages, monthly data volume, average daily observations for doctor visits, and the mean and range of critical laboratory reporting times. The results showed that patient identification compliance, doctor visit timeliness, critical laboratory reporting, and fall-risk prevention each achieved 100% in February, March, and April 2026. Observation volumes differed, comprising 120 patient identification observations, 3,142 doctor visit observations, 295 critical laboratory results, and 89 high-risk fall patients. All critical laboratory results were recorded as reported within 30 minutes. These findings indicate consistent achievement of the measured processes but cannot establish overall hospital quality. The findings support





INM monitoring with data validation, audits, and measurement linking indicators with patient safety outcomes.

Keywords: *National Quality Indicators, Hospital, Patient Safety, Quality Of Care, Elang Ward.*

PENDAHULUAN

Mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu dimensi penting dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit karena menentukan sejauh mana pelayanan mampu memberikan manfaat klinis yang diharapkan dengan tetap menjamin keamanan pasien. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan mutu pelayanan sebagai tingkat pelayanan yang meningkatkan kemungkinan tercapainya luaran kesehatan yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional berbasis bukti, dengan karakteristik efektif, aman, berpusat pada pasien, tepat waktu, dan berkeadilan (WHO, 2025). Pengukuran mutu diperlukan untuk menilai keselamatan pasien, mengidentifikasi risiko dan variasi pelayanan, serta mendukung perbaikan berkelanjutan (Rosen & Rivard, 2025). Dalam konteks rumah sakit, indikator mutu berfungsi sebagai instrumen sistematis untuk memantau proses dan luaran pelayanan serta mengevaluasi keselamatan pasien (Tamondong-Lachica et al., 2024).

Keselamatan pasien merupakan bagian fundamental dari mutu pelayanan karena pelayanan kesehatan yang bermutu tidak hanya ditandai oleh tercapainya luaran klinis, tetapi juga oleh kemampuan sistem pelayanan dalam mencegah terjadinya cedera yang dapat dihindari. WHO menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas dalam penguatan sistem kesehatan dan menekankan pentingnya penerapan tindakan sistematis untuk mengurangi risiko serta kejadian yang dapat menyebabkan cedera selama proses pelayanan (WHO, 2021). Dalam konteks rumah sakit, identifikasi pasien, komunikasi klinis, ketepatan pelayanan, dan pencegahan risiko jatuh merupakan bagian penting dari keselamatan pasien. Penerapan prosedur keselamatan perlu dipantau untuk memastikan standar yang ditetapkan benar-benar dilaksanakan secara konsisten pada setiap titik pelayanan (Noprianty et al., 2024). Pengukuran proses juga diperlukan untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kebijakan dan praktik serta mendukung perbaikan mutu secara berkelanjutan (Kusumastuti et al., 2024).

Di Indonesia, upaya pengukuran mutu pelayanan rumah sakit diperkuat melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan, yang mencakup pelayanan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Regulasi tersebut menjadi dasar bagi fasilitas pelayanan kesehatan dalam melakukan pengukuran dan pemantauan indikator mutu secara terstruktur. Pada tingkat rumah sakit, Indikator Nasional Mutu (INM) mencakup berbagai indikator keselamatan dan proses pelayanan, seperti kepatuhan identifikasi pasien, waktu visite dokter, pelaporan hasil kritis laboratorium, dan pencegahan risiko pasien jatuh (Fitriani et al., 2024). Penerapan indikator tersebut diperlukan untuk memantau kepatuhan terhadap standar pelayanan, termasuk ketepatan identifikasi pasien yang berperan penting dalam mencegah kesalahan pelayanan dan menjaga keselamatan pasien (Pujilestari et al., 2024). Pemantauan indikator secara berkala juga menjadi bagian dari sistem pengelolaan mutu karena data indikator dapat digunakan untuk melihat ketercapaian standar dan menentukan area yang memerlukan evaluasi lebih lanjut.

Pelayanan rawat inap memiliki posisi penting dalam pencapaian INM karena proses pelayanan berlangsung secara berkesinambungan dan melibatkan interaksi antara pasien dengan berbagai tenaga kesehatan. Pada unit rawat inap, perawat berperan dalam pelaksanaan dan pemantauan berbagai proses keselamatan, mulai dari verifikasi identitas pasien,



pengkajian risiko jatuh, pelaksanaan intervensi pencegahan, komunikasi perubahan kondisi pasien, hingga koordinasi dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Kepatuhan terhadap proses tersebut tidak hanya bergantung pada individu, tetapi juga dipengaruhi sistem kerja, dokumentasi, komunikasi antarprofesi, ketersediaan prosedur, dan supervisi unit. Kolaborasi interprofesional yang mencakup koordinasi, pembagian peran, dan kepemimpinan menjadi bagian penting dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit (Kusuma et al., 2021), sementara implementasi manajemen mutu juga berkaitan dengan faktor organisasi seperti lingkungan kerja, kepuasan kerja, dan pendidikan (Hartono et al., 2024). Dengan demikian, capaian indikator mutu ruang rawat inap perlu dipahami sebagai gambaran kinerja proses yang melibatkan koordinasi antarprofesi, bukan semata-mata kinerja satu kelompok tenaga kesehatan.

Meskipun capaian indikator mutu sering disajikan dalam bentuk persentase kepatuhan, angka persentase yang tinggi belum selalu memberikan gambaran menyeluruh mengenai kualitas proses pelayanan. Ketepatan pelaporan INM dipengaruhi oleh sumber daya, sarana, dan proses entri data sehingga kualitas data perlu diperhatikan dalam interpretasi capaian indikator (Ardini, 2023). Pengukuran mutu juga perlu mempertimbangkan konsistensi capaian, volume pengamatan, karakteristik indikator, serta kualitas data yang digunakan. Penerapan sistem informasi dalam pelaporan indikator mutu dapat meningkatkan kecepatan dan ketepatan penyampaian data (Chain & Hariyati, 2023). Oleh karena itu, capaian INM perlu dianalisis secara kontekstual dengan menelaah distribusi data, volume pengamatan, karakteristik proses, serta kemungkinan ketidaksesuaian pencatatan atau perhitungan indikator.

Ruang Elang RSUD Ajibarang secara rutin melakukan pengumpulan data INM sebagai bagian dari pemantauan mutu pelayanan, tetapi capaian masing-masing indikator perlu dianalisis secara spesifik untuk memahami makna data pada tingkat unit. Perbedaan capaian INM antarjenis rumah sakit menunjukkan bahwa karakteristik konteks pelayanan perlu dipertimbangkan dalam interpretasi indikator (Anugrahsari et al., 2021), sedangkan capaian indikator juga dapat menunjukkan variasi antarperiode sehingga analisis komparatif diperlukan (Adiwarna et al., 2026). Penelitian ini menganalisis empat indikator INM, yaitu kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan waktu visite dokter, pelaporan hasil kritis laboratorium, dan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama Februari–April 2026 dengan pendekatan kuantitatif deskriptif retrospektif. Analisis mencakup capaian bulanan, volume observasi atau kasus, karakteristik proses, dan konsistensi data sebagai dasar interpretasi mutu pada tingkat ruang rawat inap.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan retrospektif melalui telaah data sekunder Indikator Nasional Mutu (INM) Ruang Elang RSUD Ajibarang periode Februari–April 2026. Sumber data berupa formulir pengumpulan INM bulanan yang memuat numerator, denominator, dan persentase capaian untuk empat indikator, yaitu kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan waktu visite dokter, pelaporan hasil kritis laboratorium, serta kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh. Unit analisis disesuaikan dengan karakteristik setiap indikator, yaitu proses identifikasi yang diobservasi, pasien yang diobservasi untuk kepatuhan waktu visite dokter, hasil kritis laboratorium yang dilaporkan, dan pasien dengan risiko tinggi jatuh yang memenuhi kriteria pengamatan, sehingga akumulasi 3.646 observasi/kasus tidak diperlakukan sebagai jumlah sampel pasien. Pengumpulan data dilakukan dengan menelaah rekapitulasi INM bulanan dan mencatat



jumlah numerator, denominator, capaian persentase, serta informasi pendukung berupa volume observasi dan waktu pelaporan yang tersedia pada masing-masing indikator. Data yang digunakan tidak memuat nama pasien, nomor rekam medis, atau identitas personal petugas sehingga kerahasiaan informasi tetap dipertahankan sesuai prinsip perlindungan data pelayanan kesehatan dan ketentuan institusi.

Definisi operasional indikator mengikuti komponen pengukuran yang digunakan dalam pelaporan INM, dengan target kepatuhan identifikasi pasien sebesar 100%, kepatuhan waktu visite dokter minimal 80%, pelaporan hasil kritis laboratorium sebesar 100%, dan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sebesar 100%. Kepatuhan identifikasi pasien dihitung dari jumlah proses identifikasi yang dilakukan dengan benar dibandingkan seluruh proses identifikasi yang diamati, sedangkan kepatuhan waktu visite dokter dihitung dari jumlah pasien yang mendapatkan visite pada pukul 06.00–14.00 dibandingkan seluruh pasien yang diobservasi. Pelaporan hasil kritis laboratorium dihitung berdasarkan jumlah hasil kritis yang dilaporkan dalam waktu ≤ 30 menit dibandingkan seluruh hasil kritis yang diamati, sedangkan kepatuhan pencegahan risiko jatuh dihitung berdasarkan jumlah pasien risiko tinggi yang memperoleh asesmen awal, asesmen ulang, dan intervensi sesuai ketentuan dibandingkan seluruh pasien risiko tinggi yang diamati. Analisis dilakukan secara deskriptif dengan menghitung frekuensi, persentase capaian, distribusi volume data per bulan, rata-rata observasi harian pada indikator visite dokter, serta rata-rata dan rentang waktu pelaporan hasil kritis laboratorium; khusus indikator hasil kritis, numerator dan denominator diverifikasi kembali untuk mengantisipasi ketidaksesuaian pada rekapitulasi otomatis sebelum persentase capaian ditetapkan. Hasil analisis kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan gambar untuk menggambarkan capaian, konsistensi antarbulan, volume pengamatan, dan karakteristik masing-masing indikator tanpa melakukan analisis inferensial atau menarik kesimpulan kausal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Analisis data INM Ruang Elang RSUD Ajibarang periode Februari–April 2026 mencakup empat indikator, yaitu kepatuhan identifikasi pasien, kepatuhan waktu visite dokter, pelaporan hasil kritis laboratorium, dan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh. Secara keseluruhan terdapat 3.646 observasi/kasus yang merupakan akumulasi unit pengamatan dari keempat indikator tersebut, bukan jumlah pasien penelitian, karena setiap indikator memiliki unit analisis yang berbeda. Selama tiga bulan pengamatan, seluruh indikator menunjukkan capaian 100% pada masing-masing bulan, dengan volume data yang berbeda sesuai karakteristik indikator. Rincian jumlah observasi/kasus dan persentase capaian setiap indikator pada Februari, Maret, dan April 2026 disajikan pada Tabel 2.

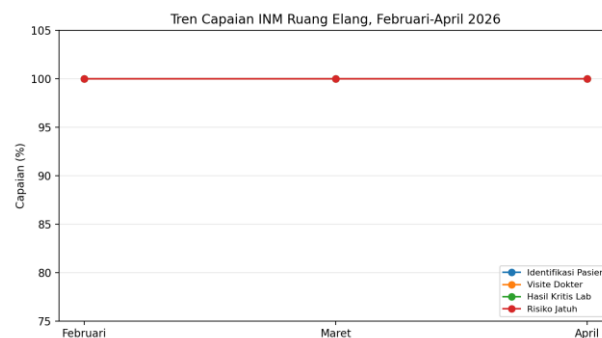
Tabel 1. Rekapitulasi capaian INM Ruang Elang Februari–April 2026.

Bulan	Identifikasi Pasien Patuh/Observasi	%	Visite Dokter Patuh/Observasi	%	Hasil Kritis Lab ≤ 30 Menit/Tot al	%	Risiko Jatuh Patuh/Observasi	%
Februari	40/40	100 %	1.016/1.016	100 %	92/92	100 %	28/28	100 %
Maret	40/40	100 %	1.021/1.021	100 %	103/103	100 %	31/31	100 %

April	40/40	100 %	1.105/1.105	100 %	100/100	100 %	30/30	100 %
-------	-------	----------	-------------	----------	---------	----------	-------	----------

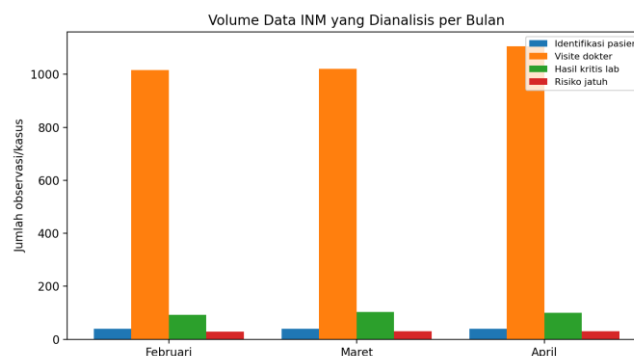
Tabel 1. Rekapitulasi capaian INM Ruang Elang periode Februari–April 2026.

Tabel 1 menunjukkan bahwa capaian seluruh indikator berada pada angka 100% selama tiga bulan pengamatan. Jumlah observasi identifikasi pasien tetap 40 observasi setiap bulan, sedangkan jumlah pasien yang diobservasi untuk kepatuhan waktu visite dokter meningkat dari 1.016 pada Februari menjadi 1.105 pada April. Jumlah hasil kritis laboratorium yang diamati masing-masing sebanyak 92, 103, dan 100 kasus pada Februari, Maret, dan April, sedangkan pasien risiko tinggi jatuh masing-masing berjumlah 28, 31, dan 30 pasien. Tren capaian setiap indikator dan perbedaan volume pengamatan antarbulan ditampilkan pada Gambar 1 dan Gambar 2.



Gambar 1. Tren capaian INM Ruang Elang periode Februari–April 2026.

Gambar 1 memperlihatkan bahwa persentase capaian keempat indikator tidak mengalami perubahan selama periode pengamatan. Seluruh indikator berada pada tingkat capaian 100% pada Februari, Maret, dan April 2026. Dengan demikian, tidak terdapat variasi persentase capaian antarbulan pada empat indikator yang dianalisis. Perbedaan antarindikator terutama terlihat pada jumlah observasi atau kasus yang menjadi dasar perhitungan capaian.



Gambar 2. Volume data INM yang dianalisis per bulan.

Gambar 2 menunjukkan adanya perbedaan volume pengamatan antarindikator dan antarbulan. Indikator kepatuhan waktu visite dokter memiliki jumlah observasi paling besar dibandingkan tiga indikator lainnya pada seluruh periode pengamatan. Sementara itu, indikator identifikasi pasien memiliki jumlah observasi yang tetap sebanyak 40 setiap bulan, sedangkan volume hasil kritis laboratorium dan pasien risiko tinggi jatuh mengalami perubahan antarbulan. Perbedaan tersebut menggambarkan karakteristik unit pengamatan masing-masing indikator selama periode penelitian.

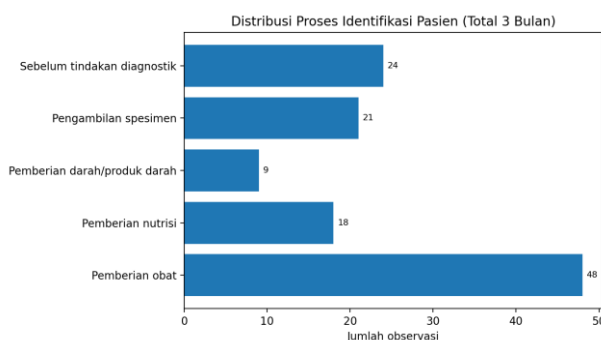
Selama Februari–April 2026, terdapat 120 observasi pada indikator kepatuhan identifikasi pasien, dengan jumlah 40 observasi pada setiap bulan. Observasi mencakup lima jenis proses, yaitu pemberian obat sebanyak 16 observasi, pemberian nutrisi sebanyak 6 observasi, pemberian darah atau produk darah sebanyak 3 observasi, pengambilan spesimen sebanyak 7 observasi, dan sebelum tindakan diagnostik sebanyak 8 observasi setiap bulan. Seluruh observasi pada kelima jenis proses tersebut tercatat memenuhi ketentuan identifikasi pasien sehingga numerator dan denominator masing-masing bulan adalah 40/40. Capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien dengan demikian tercatat sebesar 100% pada Februari, Maret, dan April 2026.

Tabel 2. Distribusi proses identifikasi pasien yang diamati.

Bulan	Pemberian Obat	Pemberian Nutrisi	Pemberian Darah/Produk Darah	Pengambilan Spesimen	Sebelum Tindakan Diagnostik	Total Observasi	Capaian
Februari	16	6	3	7	8	40	100%
Maret	16	6	3	7	8	40	100%
April	16	6	3	7	8	40	100%

Tabel 2. Distribusi proses identifikasi pasien yang diamati selama periode penelitian.

Berdasarkan Tabel 2, distribusi jenis proses yang diamati memiliki jumlah yang sama pada ketiga bulan pengamatan. Pemberian obat merupakan proses dengan jumlah observasi terbanyak, yaitu 16 observasi per bulan, sedangkan pemberian darah atau produk darah merupakan proses dengan jumlah observasi paling sedikit, yaitu 3 observasi per bulan. Secara kumulatif, proses pemberian darah atau produk darah diamati sebanyak 9 kali selama tiga bulan, sementara seluruh jenis proses identifikasi berjumlah 120 observasi. Gambar 3 menyajikan distribusi seluruh proses identifikasi pasien yang menjadi objek pengamatan.



Gambar 3. Distribusi proses identifikasi pasien selama tiga bulan.

Gambar 3 menunjukkan bahwa komposisi observasi identifikasi pasien relatif tidak berubah selama periode penelitian. Seluruh kategori proses memiliki jumlah observasi yang sama pada masing-masing bulan. Tidak terdapat observasi yang tercatat tidak patuh pada indikator identifikasi pasien dalam data yang dianalisis. Oleh karena itu, persentase capaian indikator tetap 100% pada ketiga bulan pengamatan.

Indikator kepatuhan waktu visite dokter memiliki volume pengamatan terbesar, yaitu 3.142 observasi pasien selama Februari–April 2026. Pada Februari terdapat 1.016 pasien yang diobservasi selama 28 hari dengan rata-rata 36,3 pasien per hari, sedangkan pada Maret

terdapat 1.021 pasien selama 31 hari dengan rata-rata 32,9 pasien per hari. Pada April, jumlah pasien yang diobservasi meningkat menjadi 1.105 pasien selama 30 hari dengan rata-rata 36,8 pasien per hari. Seluruh pasien yang tercatat dalam denominator mendapatkan visite dokter pada rentang waktu 06.00–14.00 sehingga capaian indikator sebesar 100% pada ketiga bulan pengamatan.

Tabel 3. Analisis kepatuhan waktu visite dokter.

Bulan	Hari Observasi	Pasien Divisite 06.00–14.00	Pasien Diobservasi	Rata-rata Pasien/Hari	Min/Hari	Maks/Hari	Capaian
Februari	28	1.016	1.016	36,3	27	42	100%
Maret	31	1.021	1.021	32,9	22	40	100%
April	30	1.105	1.105	36,8	31	41	100%

Tabel 3. Analisis kepatuhan waktu visite dokter.

Tabel 3 menunjukkan bahwa jumlah pasien yang diobservasi untuk kepatuhan waktu visite berbeda antarbulan. Jumlah tertinggi terdapat pada April sebanyak 1.105 pasien, sedangkan jumlah terendah terdapat pada Februari sebanyak 1.016 pasien. Rata-rata pasien yang diobservasi per hari berkisar antara 32,9 dan 36,8 pasien, dengan jumlah minimum harian 22 pasien pada Maret dan maksimum harian 42 pasien pada Februari. Meskipun terdapat perbedaan volume observasi, seluruh pasien pada masing-masing bulan tercatat memperoleh visite dalam rentang waktu yang ditetapkan sehingga capaian tetap 100%.

Selama periode Februari–April 2026 terdapat 295 hasil kritis laboratorium yang menjadi unit pengamatan. Jumlah hasil kritis masing-masing bulan adalah 92 kasus pada Februari, 103 kasus pada Maret, dan 100 kasus pada April, serta seluruhnya tercatat dilaporkan dalam waktu ≤ 30 menit. Rata-rata waktu pelaporan tercatat 2,48 menit pada Februari, 2,72 menit pada Maret, dan 2,32 menit pada April, dengan waktu pelaporan terlama masing-masing 5, 6, dan 5 menit. Berdasarkan numerator dan denominator yang diverifikasi kembali, capaian indikator pelaporan hasil kritis laboratorium adalah 100% pada setiap bulan pengamatan.

Tabel 4. Analisis pelaporan hasil kritis laboratorium.

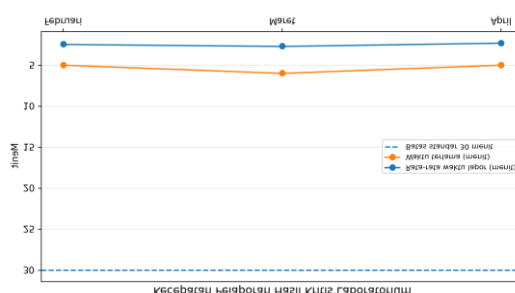
Bulan	Total Hasil Kritis	Dilaporkan ≤ 30 Menit	Dilaporkan > 30 Menit	Rata-rata Waktu Lapor (Menit)	Tercepat (Menit)	Terlama (Menit)	Capaian
Februari	92	92	0	2,48	1	5	100%
Maret	103	103	0	2,72	1	6	100%
April	100	100	0	2,32	1	5	100%

Tabel 4. Analisis pelaporan hasil kritis laboratorium.

Berdasarkan Tabel 4, tidak terdapat hasil kritis yang tercatat dilaporkan lebih dari 30 menit pada ketiga bulan pengamatan. Rata-rata waktu pelaporan berada pada rentang 2,32–2,72 menit, sedangkan waktu tercepat yang tercatat adalah 1 menit pada seluruh bulan. Waktu pelaporan terlama adalah 5 menit pada Februari, 6 menit pada Maret, dan 5 menit pada April.

Dengan numerator masing-masing sebesar 92, 103, dan 100 dari denominator yang sama pada setiap bulan, persentase capaian berdasarkan perhitungan ulang adalah 100%.

Dalam proses verifikasi data, ditemukan ketidaksesuaian antara persentase pada bagian rekap otomatis dengan hasil perhitungan berdasarkan numerator dan denominator. Oleh karena itu, persentase indikator dalam penelitian ini tidak langsung menggunakan angka pada rekap otomatis, tetapi dihitung kembali berdasarkan jumlah hasil kritis yang dilaporkan ≤ 30 menit dibagi seluruh hasil kritis yang diamati. Hasil perhitungan ulang menunjukkan nilai 92/92, 103/103, dan 100/100 untuk Februari, Maret, dan April sehingga masing-masing menghasilkan capaian 100%. Rata-rata waktu pelaporan dan rentang waktu pelaporan yang tercantum pada Tabel 5 digunakan sebagai informasi deskriptif tambahan mengenai karakteristik data indikator.



Gambar 4. Rata-rata dan waktu terlama pelaporan hasil kritis laboratorium.

Gambar 4 menunjukkan bahwa rata-rata waktu pelaporan hasil kritis berada pada kisaran 2–3 menit selama periode pengamatan. Nilai rata-rata tertinggi terdapat pada Maret sebesar 2,72 menit, sedangkan nilai terendah terdapat pada April sebesar 2,32 menit. Waktu terlama yang tercatat pada ketiga bulan tersebut tidak melebihi 6 menit. Pola tersebut konsisten dengan data pada Tabel 4 yang menunjukkan seluruh hasil kritis tercatat dilaporkan dalam waktu ≤ 30 menit.

Pada indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh, terdapat 89 pasien risiko tinggi jatuh yang menjadi unit pengamatan selama Februari–April 2026. Jumlah pasien risiko tinggi jatuh masing-masing sebanyak 28 pasien pada Februari, 31 pasien pada Maret, dan 30 pasien pada April. Seluruh pasien pada ketiga bulan tersebut tercatat mendapatkan asesmen awal, asesmen ulang, dan intervensi pencegahan risiko jatuh sehingga jumlah pasien dengan kepatuhan lengkap sama dengan jumlah pasien yang diobservasi. Berdasarkan data tersebut, capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100% pada Februari, Maret, dan April 2026.

Tabel 5. Analisis kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh.

Bulan	Pasien Risiko Tinggi Jatuh	Asesmen Awal	Asesmen Ulang	Intervensi	Patuh Lengkap	Capaian
Februari	28	28	28	28	28	100%
Maret	31	31	31	31	31	100%
April	30	30	30	30	30	100%

Tabel 5. Analisis kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh.



Tabel 5 menunjukkan bahwa seluruh pasien risiko tinggi jatuh yang diamati memiliki catatan asesmen awal, asesmen ulang, dan intervensi pencegahan. Jumlah pasien dengan kepatuhan lengkap sama dengan jumlah pasien yang diobservasi pada setiap bulan, yaitu 28 pasien pada Februari, 31 pasien pada Maret, dan 30 pasien pada April. Tidak terdapat perbedaan antara jumlah pasien yang diobservasi dan jumlah pasien yang tercatat patuh lengkap pada ketiga bulan tersebut. Dengan demikian, capaian indikator berdasarkan data yang dianalisis tetap sebesar 100% pada seluruh periode pengamatan.

Berdasarkan keseluruhan hasil pengamatan, tidak ditemukan variasi persentase capaian pada empat indikator INM selama Februari–April 2026 karena seluruh indikator tercatat mencapai 100% pada setiap bulan. Variasi terutama terlihat pada jumlah unit pengamatan, yaitu peningkatan observasi kepatuhan waktu visite dokter dari 1.016 pasien pada Februari menjadi 1.105 pasien pada April, serta perubahan jumlah hasil kritis laboratorium dan pasien risiko tinggi jatuh antarbulan. Pada indikator identifikasi pasien, jumlah dan komposisi observasi tetap sama pada setiap bulan, sedangkan indikator pelaporan hasil kritis laboratorium menunjukkan waktu pelaporan rata-rata antara 2,32–2,72 menit. Seluruh pasien risiko tinggi jatuh yang diamati tercatat memiliki asesmen awal, asesmen ulang, dan intervensi pencegahan, sehingga tidak terdapat kasus dengan ketidaklengkapan komponen kepatuhan dalam data yang dianalisis. Secara keseluruhan, temuan penelitian memberikan gambaran deskriptif mengenai konsistensi capaian empat indikator INM sekaligus menunjukkan bahwa interpretasi capaian perlu mempertimbangkan perbedaan unit analisis, volume pengamatan, dan proses pencatatan masing-masing indikator.

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa empat indikator INM yang dianalisis di Ruang Elang RSUD Ajibarang, yaitu identifikasi pasien, waktu visite dokter, pelaporan hasil kritis laboratorium, dan pencegahan risiko pasien jatuh, mencapai 100% selama Februari–April 2026. Temuan tersebut secara langsung menjawab tujuan penelitian untuk menggambarkan capaian INM pada tingkat unit pelayanan sekaligus memperlihatkan konsistensi capaian selama tiga bulan pengamatan. Secara konseptual, capaian indikator mutu merupakan salah satu instrumen untuk memantau apakah proses pelayanan yang ditetapkan telah dilaksanakan sesuai kriteria pengukuran, tetapi tidak dengan sendirinya menggambarkan seluruh dimensi mutu rumah sakit. Sistem monitoring INM Kementerian Kesehatan juga menempatkan keempat indikator tersebut sebagai bagian dari pemantauan mutu rumah sakit secara berkala, sehingga hasil Ruang Elang dapat dipahami sebagai gambaran kinerja pada proses pelayanan yang secara spesifik diukur. Penelitian mengenai capaian INM menunjukkan bahwa ketercapaian indikator dapat berbeda sesuai karakteristik proses dan kondisi organisasi rumah sakit. Wigati dan Fatmasari (2024) menemukan bahwa tidak seluruh indikator INM mencapai target yang ditetapkan, sementara faktor pendidikan dan pelatihan berkaitan dengan pencapaian INM. Hartono et al. (2024) juga menunjukkan bahwa implementasi manajemen mutu rumah sakit berkaitan dengan faktor lingkungan kerja, kepuasan kerja, dan pendidikan. Oleh karena itu, capaian 100% pada suatu unit perlu dipahami berdasarkan karakteristik indikator, periode pengamatan, dan konteks organisasi yang mendasarinya.

Pada indikator identifikasi pasien, seluruh 120 observasi selama tiga bulan tercatat patuh, termasuk proses pemberian obat, nutrisi, darah atau produk darah, pengambilan spesimen, dan tindakan diagnostik. Temuan ini mendukung prinsip keselamatan pasien bahwa ketepatan identifikasi merupakan *barrier* penting untuk mencegah kesalahan pada proses





pelayanan, terutama ketika pasien menerima obat, pemeriksaan, atau tindakan yang berisiko. Penerapan identifikasi pasien membutuhkan kemampuan tenaga kesehatan untuk menjalankan prosedur secara konsisten. Pengetahuan perawat terbukti berhubungan dengan pelaksanaan identifikasi pasien di rumah sakit (Abubakar et al., 2025), sementara penelitian terbaru menunjukkan bahwa kepatuhan terhadap prosedur identifikasi masih dapat bervariasi antar tenaga kesehatan meskipun standar keselamatan telah tersedia (Gunarni & Noor Hayati, 2026). Temuan tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan tidak hanya bergantung pada keberadaan SOP, tetapi juga pada kesiapan tenaga kesehatan dan konsistensi penerapannya. Dengan demikian, capaian 100% di Ruang Elang dapat dimaknai sebagai konsistensi kepatuhan pada proses yang teramati selama periode penelitian, tetapi tetap perlu dipertahankan melalui observasi berkala dan variasi pengamatan yang memadai, terutama pada proses berisiko tinggi.

Indikator kepatuhan waktu visite dokter menunjukkan capaian 100% dengan 3.142 observasi selama tiga bulan dan menjadi indikator dengan volume pengamatan terbesar dalam penelitian ini. Dari perspektif mutu pelayanan, ketepatan waktu visite merupakan bagian dari ketepatan waktu proses klinis karena memungkinkan evaluasi kondisi pasien dan pembaruan rencana pelayanan dilakukan dalam rentang waktu yang telah ditetapkan. Penelitian mengenai kepatuhan waktu visite dokter menunjukkan bahwa capaian indikator dapat berkaitan dengan faktor tenaga kesehatan dan organisasi. Ketepatan waktu visite dokter pada pelayanan rawat inap menjadi bagian dari mutu pelayanan karena berkaitan dengan kesinambungan pemantauan kondisi pasien dan pengalaman pelayanan (Situmorang & Pramesona, 2025). Oleh karena itu, kepatuhan waktu visite perlu dipantau secara berkala untuk melihat konsistensi capaian mutu pelayanan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa meskipun volume observasi berubah dari 1.016 pasien pada Februari menjadi 1.105 pasien pada April, persentase kepatuhan tetap 100%, sehingga konsistensi indikator tidak hanya terlihat pada persentase tetapi juga pada penerapannya ketika volume pengamatan berubah. Temuan tersebut menjawab tujuan penelitian dengan menunjukkan bahwa capaian waktu visite di Ruang Elang selama periode yang diteliti tetap memenuhi kriteria indikator, meskipun interpretasinya tetap terbatas pada data yang tersedia dan tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan seluruh aspek koordinasi pelayanan dokter-perawat.

Pelaporan hasil kritis laboratorium merupakan indikator yang memiliki keterkaitan langsung dengan kebutuhan respons klinis terhadap informasi yang berpotensi memengaruhi keselamatan pasien. Dalam penelitian ini, seluruh 295 hasil kritis tercatat dilaporkan dalam waktu ≤ 30 menit, dengan rata-rata waktu pelaporan antara 2,32–2,72 menit dan waktu terlama 6 menit. Pelaporan hasil kritis laboratorium merupakan bagian penting dalam pemantauan mutu dan keselamatan pasien. Evaluasi di RSUD Bima menunjukkan bahwa kepatuhan pelaporan hasil kritis perlu dipantau berdasarkan ketepatan waktu dan kelengkapan proses pelaporan (Pratiwi & Pujiyanto, 2024), sementara Hidayat et al. (2024) menemukan bahwa pelaporan dapat berlangsung tepat waktu, meskipun sistem manual masih menjadi salah satu kendala dalam penyampaian hasil kritis. Temuan tersebut menunjukkan bahwa capaian tinggi perlu didukung dokumentasi dan sistem pelaporan yang memadai. Meskipun demikian, temuan penelitian ini memiliki catatan metodologis penting karena terdapat ketidaksesuaian pada tampilan persentase rekap otomatis, sehingga capaian perlu diverifikasi kembali menggunakan numerator dan denominator sebelum diinterpretasikan. Proses verifikasi tersebut menunjukkan bahwa pengendalian kualitas data merupakan bagian penting dari evaluasi INM, karena angka capaian yang tinggi harus dapat ditelusuri kembali kepada data dasar yang menghasilkan persentase tersebut.





Pada indikator pencegahan risiko pasien jatuh, seluruh 89 pasien risiko tinggi selama periode pengamatan tercatat memperoleh asesmen awal, asesmen ulang, dan intervensi, sehingga capaian indikator mencapai 100% setiap bulan. Secara teoritis, pencegahan jatuh membutuhkan penerapan prosedur secara berkesinambungan karena kondisi dan faktor risiko pasien dapat berubah selama menjalani perawatan. Penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan perawat berhubungan dengan kepatuhan dalam penerapan pencegahan risiko jatuh (Fauziah et al., 2025), sedangkan kepatuhan terhadap SOP juga berkaitan dengan pengetahuan perawat dalam pelaksanaan pencegahan risiko jatuh di ruang rawat inap (Gofur et al., 2025). Temuan tersebut menunjukkan pentingnya penguatan pengetahuan dan kepatuhan perawat dalam mempertahankan pelaksanaan pencegahan risiko jatuh secara konsisten. Temuan penelitian ini memperlihatkan bahwa seluruh komponen yang menjadi dasar pengukuran INM tercatat lengkap pada pasien yang diamati, tetapi data tersebut belum cukup untuk membuktikan bahwa tidak terjadi kejadian jatuh atau bahwa seluruh tindakan pencegahan selalu dilakukan dalam situasi klinis yang tidak tercatat dalam indikator. Oleh karena itu, capaian 100% lebih tepat dimaknai sebagai kepatuhan terhadap komponen indikator yang terdokumentasi selama periode penelitian, bukan sebagai bukti bahwa risiko jatuh telah sepenuhnya dieliminasi.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menjawab tujuan penelitian dengan menunjukkan bahwa empat indikator INM Ruang Elang mencapai dan mempertahankan target selama Februari–April 2026, tetapi makna capaian tersebut perlu dilihat bersama volume pengamatan, karakteristik unit analisis, dan kualitas pencatatan data. Konsistensi 100% pada seluruh indikator memberikan gambaran bahwa tidak terdapat penyimpangan dari kriteria pengukuran yang tercatat dalam data sekunder selama periode penelitian, tetapi belum dapat digunakan untuk menyimpulkan bahwa mutu pelayanan Ruang Elang atau RSUD Ajibarang secara keseluruhan telah optimal. Hal ini penting karena data INM merupakan ukuran proses tertentu, sedangkan mutu pelayanan rumah sakit juga mencakup dimensi lain dan berbagai luaran klinis; bahkan data nasional Kementerian Kesehatan memperlihatkan bahwa capaian antarindikator dan antar rumah sakit dapat menunjukkan variasi yang cukup besar. Dengan demikian, kontribusi utama penelitian ini terletak pada penyediaan gambaran spesifik tingkat unit mengenai konsistensi empat indikator, sekaligus menunjukkan pentingnya validasi data ketika ditemukan ketidaksesuaian antara rekap otomatis dan perhitungan berdasarkan data dasar. Hasil ini dapat menjadi dasar bagi evaluasi mutu berikutnya melalui audit berkala, perluasan periode pengamatan, triangulasi antara data dokumentasi dan observasi langsung, serta pengaitan capaian INM dengan indikator luaran atau kejadian keselamatan pasien yang relevan.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengukuran empat Indikator Nasional Mutu (INM) di Ruang Elang RSUD Ajibarang selama periode Februari–April 2026 memberikan gambaran konsistensi kepatuhan terhadap proses pelayanan yang menjadi objek pengukuran. Seluruh indikator yang dianalisis mencapai target yang telah ditetapkan, sehingga tujuan penelitian untuk mendeskripsikan capaian INM pada unit pelayanan tersebut dapat terpenuhi. Namun, capaian indikator yang tinggi perlu dimaknai secara proporsional sebagai gambaran kepatuhan pada proses yang terdokumentasi dan terukur, bukan sebagai bukti bahwa seluruh aspek mutu pelayanan atau keselamatan pasien telah optimal. Temuan ini menegaskan pentingnya pengukuran INM secara berkala sebagai instrumen pemantauan mutu, sekaligus menunjukkan bahwa interpretasi capaian perlu mempertimbangkan karakteristik, volume





pengamatan, dan unit analisis masing-masing indikator. Dengan demikian, hasil penelitian dapat menjadi informasi awal bagi pengelola Ruang Elang dan manajemen rumah sakit dalam mempertahankan konsistensi proses pelayanan sekaligus mengidentifikasi area yang memerlukan verifikasi dan penguatan berkelanjutan.

Implikasi penelitian ini adalah perlunya mempertahankan pemantauan rutin terhadap INM yang telah mencapai target disertai penguatan validasi data sebelum hasil digunakan sebagai dasar evaluasi mutu dan pengambilan keputusan. Temuan mengenai perlunya pemeriksaan kembali rekapitulasi pada indikator pelaporan hasil kritis menunjukkan bahwa kualitas data merupakan bagian penting dari proses pengendalian mutu, bukan sekadar aspek administratif. Hasil penelitian juga dapat menjadi dasar bagi rumah sakit untuk mengembangkan evaluasi yang lebih komprehensif melalui audit berkala, observasi langsung, penelusuran dokumentasi, dan keterkaitan indikator mutu dengan kejadian keselamatan pasien. Penelitian selanjutnya disarankan memperpanjang periode pengamatan, melibatkan lebih banyak unit pelayanan dan indikator, serta menggunakan pendekatan yang memungkinkan perbandingan capaian antarperiode atau antarruang. Pengembangan tersebut diharapkan dapat menghasilkan pemahaman yang lebih kuat mengenai keberlanjutan capaian INM dan mendukung penggunaan data mutu sebagai dasar perbaikan pelayanan serta keselamatan pasien secara berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar, W., Zainuddin, & Sulaiman, I. (2025). Relationship between nurses' knowledge level and patient identification implementation in the surgery and urology room of Toto Kabila Regional Hospital. *Medical and Health Journal*, 4(2), 250–256.
<https://doi.org/10.20884/1.mhj.2025.4.2.14853>
- Adiwarna, A., Dewi, K. G. L., & Bernarto, I. (2026). Analisis komparatif capaian indikator mutu antar triwulan dan pengaruh ketepatan waktu pelayanan rawat jalan, pengendalian penundaan operasi elektif, serta kepatuhan waktu visite dokter terhadap kepatuhan clinical pathway di RS X Kota T tahun 2025. *Journal of Economic, Business and Accounting (COSTING)*, 9(2), 1886–1904.
<https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/COSTING/article/view/19671>
- Anugrahsari, S., Darmadjaja, D., Rosalina, I., & Djasri, H. (2021). Pencapaian indikator mutu nasional di rumah sakit pendidikan. *The Journal of Hospital Accreditation*, 3(1), 52–56.
<https://jha.mutupelayanankesehatan.net/index.php/JHA/article/view/86>
- Ardini, W. A. (2023). Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan entri data Sistem Informasi Indikator Mutu (SIIMUT) di RSUD Jenderal Ahmad Yani. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Indonesia (JIKMI)*, 4(1).
<https://jurnal.umitra.ac.id/index.php/jikmi/article/view/1739/0>
- Chain, V., & Hariyati, R. T. S. (2023). Pelaporan indikator mutu keperawatan dengan penerapan berbasis teknologi dan sistem informasi. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(1). <https://doi.org/10.31539/joting.v5i1.5014>
- Fauziah, V. N., Abdurrouf, M., & Issroviatiningrum, R. (2025). Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pencegahan risiko jatuh di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Banjarbaru. *Quantum Wellness: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(3), 296–308.
<https://doi.org/10.62383/quwell.v2i3.2301>





- Fitriani, E., Afandi, D., Herniwanti, Rany, N., & Jepisah, D. (2024). Penerapan Indikator Nasional Mutu (INM) untuk peningkatan mutu pelayanan dalam pencapaian standar akreditasi rumah sakit di RSUD Bangkinang. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(2), 517–529. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v7i2.12278>
- Gofur, A., Suratmi, & Atmaji, M. B. P. D. (2025). Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO) pencegahan risiko jatuh di ruang rawat inap RSUD Ngimbang. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 10(3). <https://journal.um-surabaya.ac.id/JKM/article/view/27051>
- Gunarni, S., & Noor Hayati, S. (2026). Adherence to patient identification procedures among healthcare professionals in an Indonesian hospital: A cross-sectional study. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 12(3), 445–455. <https://doi.org/10.33755/jkk.v12i3.1037>
- Hartono, B., Sulistyaningsih, A., Suherman, S., Daud, A. G., & Wizraa, I. (2024). Pengaruh lingkungan kerja, kepuasan kerja dan pendidikan terhadap implementasi sistem manajemen mutu di Rumah Sakit Umum Daerah Johar Baru, Jakarta Pusat tahun 2022. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 23(4), 308–312. <https://doi.org/10.14710/mkmi.23.4.308-312>
- Hidayat, R., Kurniawan, E., Rahayu, I. G., & Wiryanti, W. (2024). Analisis pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium di Rumah Sakit Mayjend HM Ryacudu Kabupaten Lampung Utara. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 10(2). <https://doi.org/10.7454/arsi.v10i2.1072>
- Kusuma, M. W., Herawati, F., Setiasih, S., & Yulia, R. (2021). Persepsi tenaga kesehatan dalam praktik kolaborasi interprofesional di rumah sakit di Banyuwangi. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 20(2), 106–113. <https://doi.org/10.14710/mkmi.20.2.106-113>
- Kusumastuti, W., Octavia, A. Z., & Arso, S. P. (2024). Efektivitas peraturan dan kebijakan dalam pembelajaran organisasi pada sistem manajemen risiko di Rumah Sakit X Semarang. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 23(4), 300–307. <https://doi.org/10.14710/mkmi.23.4.300-307>
- Noprianty, R., Putri, R. A., & Manuopo, H. (2024). Compliance in filling surgical safety checklist at the central surgical installation. *JAI (Jurnal Anestesiologi Indonesia)*, 16(3), 208–217. <https://doi.org/10.14710/jai.v0i0.61515>
- Pratiwi, R. I., & Pujiyanto. (2024). Evaluation of critical value report of laboratory results based on national quality indicators at Bima General Hospital. *Journal of Indonesian Medical Laboratory and Science*, 5(2), 105–113. <https://doi.org/10.53699/joimedlabs.v5i2.235>
- Pujilestari, A., Surya, N. T., Rahardjoputro, R., Zahro, K. M., & Saputri, A. N. H. (2024). Upaya peningkatan kepatuhan petugas terhadap ketepatan identifikasi pasien di RSUD Dr. Soeratto Gemolong Sragen. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Indonesia*, 4(5), 769–774. <https://doi.org/10.52436/1.jpmi.2718>
- Rosen, A. K., & Rivard, P. E. (2025). Moving the needle on measurement of patient safety: The evolving role of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Patient Safety Indicators. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 51(3), 229–231. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.11.004>





- Situmorang, C. M., & Pramesona, B. A. (2025). Pengaruh ketepatan waktu visite dokter terhadap kepuasan pasien rawat inap peserta BPJS Kesehatan: Sebuah tinjauan pustaka. *Jurnal Kesehatan dan Agromedicine*, 12(2), 36–45. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/3773>
- Tamondong-Lachica, D. R., Panganiban, L. C. R., Roberto, G. D., Calacday, C. R. D., & Mejia, A. D. (2024). Description of core performance measures and indicators of patient safety used by select government and private hospitals in the Philippines. *Acta Medica Philippina*, 58(1), 15–24. <https://doi.org/10.47895/amp.vi0.6931>
- Wigati, P. A., & Fatmasari, E. Y. (2024). Pendidikan dan pelatihan pegawai sebagai faktor kunci keberhasilan penerapan total quality management (TQM) dalam pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) di RSGMP X. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 12(3), 299–306. <https://doi.org/10.14710/jmki.12.3.2024.299-306>

