

**LAPORAN ANALISIS  
TRIWULAN I (JANUARI – MARET)  
KINERJA INDIKATOR PENINGKATAN MUTU DAN  
KESELAMATAN PASIEN  
RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**



**PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO  
RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO  
KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

Jl. Kapten Piere Tendean No. 3 Telepon (0332) 421263 - 421974. Fax. 422311  
Bondowoso

**TERAKREDITASI KARS PARIPURNA VERSI SNARS 1**



**2021**

**KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (KMKP)  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

Penanggungjawab	:	Direktur RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso
Ketua	:	dr. Nurwahyudi, Sp.JP. FIHA
Wakil Ketua	:	Edhi Purwanto, S.Kep., Ns
Sekretaris	:	Sonny Gunawan, S.Kep., Ns
Sub-komite Peningkatan Mutu	:	Fitria Nur Rahmi, S.Gz Dewi Candra Kumarasari, SST Lukiana, S.Gz., M.MKes
Sub-komite Manajemen Resiko	:	Sonny Gunawan, S.Kep., Ns Fitria Nur Rahmi, S.Gz Agus Julianto, Amd.KL
Sub-komite Pendidikan dan Pelatihan	:	Fitria Nur Rahmi, S.Gz
Sub-komite <i>Clinical Pathway</i>	:	dr. Siti Kharidah, Sp.PA dr. Reza Wahyu Yosa Putranto dr. Reza Kurniawan
Sub-komite Keselamatan Pasien	:	M. Henry W., S.Kep., Ns., M.Kes Dewi Candra Kumarasari, SST Lukiana, S.Gz., M.MKes Ambar Retnowati, S.Farm., Apt
Sub-komite Manajemen Akreditasi	:	Ilham Akbar Siswanto, S.Kom

## LEMBAR PENGESAHAN

"Laporan Analisis Triwulan III (Juli – September) Kinerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2021" ini telah disusun dan dilaporkan:

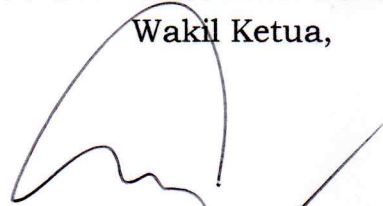
Dilaporkan di : Bondowoso  
Pada tanggal : Oktober 2021

Disusun oleh:  
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien  
RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso  
Sekretaris,



**SONNY GUNAWAN, S.Kep. Ns**  
NIP. 19871206 201503 1 003

Diperiksa oleh:  
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien  
RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso  
Wakil Ketua,



**EDHI PURWANTO, S.Kep. Ns**  
NIP. 19730518 199503 1 002

Disetujui dan dilaporkan oleh:  
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien  
RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Ketua,



**dr. NURWAHYUDI, Sp.JP.,FIHA**  
NIP. 19760813 200501 1 006

## Indikator Mutu Rumah Sakit

No.	Unit	No. Indikator	Judul Indikator	Area
1	Endoscopy	1	Insiden ruptur colon pada tindakan kolonoskopi	Klinis
		2	Insiden vagal reflek pada tindakan gastroskopi	Klinis
		3	Keterlambatan waktu tindakan endoskopi	Klinis
		4	Ketidaktepatan identifikasi pasien	Klinis
2	Inst. Gizi	5	Kesalahan diit pasien	Klinis
		6	Sisa makan siang pasien non diit	Klinis
3	Sanitasi	7	Kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar	Klinis
4	Patologi Anatomi	8	Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB	Klinis
5	IBS	9	Penundaan operasi elektif	Klinis/Wajib
		10	Ketidaklengkapan laporan anastesi	Klinis
		11	Ketidaklengkapan laporan operasi	Klinis
		12	Kesalahan lokasi operasi	Klinis
		13	Kesalahan prosedur operasi	Klinis
6	IRJA	14	Waktu tunggu rawat jalan	Klinis/Wajib
		15	Kejadian pasien jatuh	Klinis
		16	Infeksi daerah operasi (IDO)	Klinis
7	IPS	17	Keterlambatan respon time genset	Manajemen
		18	Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat	Manajemen
8	IGD	19	Emergency respon time (waktu tunggu pelayanan gawat darurat) < 5 menit	Klinis/Wajib/Prioritas
		20	Kematian pasien di IGD	Klinis
9	IRJ	21	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	Klinis/Lokal
		22	Kepatuhan petugas melaksanakan prosedur pengelolaan jenazah yang membutuhkan tindakan visum et repertum	Klinis/Lokal
10	Keuangan	23	Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan	Manajemen
11	Laboratorium	24	Tidak terlaporkannya hasil kritis	Klinis
		25	Kerusakan sampel darah	Klinis
12	Rekam Medis	26	Kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan	Klinis
		27	Penomeran rekam medis ganda	Klinis
13	Perbekalan	28	Akurasi pendistribusian barang	Manajemen
14	Cathlab	29	Kepatuhan identifikasi pasien	Klinis/Wajib
		30	Kejadian pasien jatuh	Klinis
		31	Ketidaktepatan identifikasi pasien	Klinis

15	Radiologi	32	Penolakan expertise	Klinis
		33	Keterlambatan hasil foto rawat jalan	Klinis
		34	Pemeriksaan ulang radiologi	Klinis
16	Sopir/ Ambulance	35	Keterlambatan Pelayanan Ambulans di Rumah Sakit	Klinis
17	Bagian Umum	36	Kecepatan respon terhadap komplain	Manajemen/ Wajib
18	Farmasi	37	Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan	Klinis
		38	Insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai	Klinis
		39	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Klinis/Wajib
19	Hemodialisa	40	Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa	Klinis
		41	Insiden kesalahan setting program hemodialisa	Klinis
		42	Insiden ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien hemodialisa	Klinis
20	CSSD & Laundry	43	Tim bersertifikat CSSD	Klinis/Lokal
		44	Respon time distribusi linen ke unit pelayanan 1x24 jam	Klinis/Lokal
		45	Tidak adanya noda pada linen	Klinis/Lokal
		46	Respon time distribusi alat steril maksimal 2 jam untuk IBS dan VK	Klinis/Lokal
21	Perencanaan & Pengembangan	47	Kepuasan pasien dan keluarga	Manajemen/ Wajib
22	KMKP	48	Kepatuhan penggunaan clinical pathway	Klinis/Wajib
23	PPI	49	Kepatuhan cuci tangan	Klinis/Wajib
24	Inst. Rawat Inap + IGD	50	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	Klinis/Wajib
		51	Waktu Laporan Hasil Tes Kritis laboratorium	Klinis/Wajib
		52	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	Klinis/Wajib
		53	Kepatuhan Identifikasi Pasien	Klinis/Wajib
		54	Kejadian pulang atas permintaan sendiri	Klinis
		55	Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir	Klinis
		56	Kematian ibu melahirkan karena perdarahan	Klinis
		57	Kematian ibu melahirkan karena eklampsi	Klinis
		58	Ketidaktepatan identifikasi pasien	Klinis/Wajib
		59	Kejadian Reaksi Transfusi	Klinis/Wajib
60	Ketidaktepatan	Klinis		

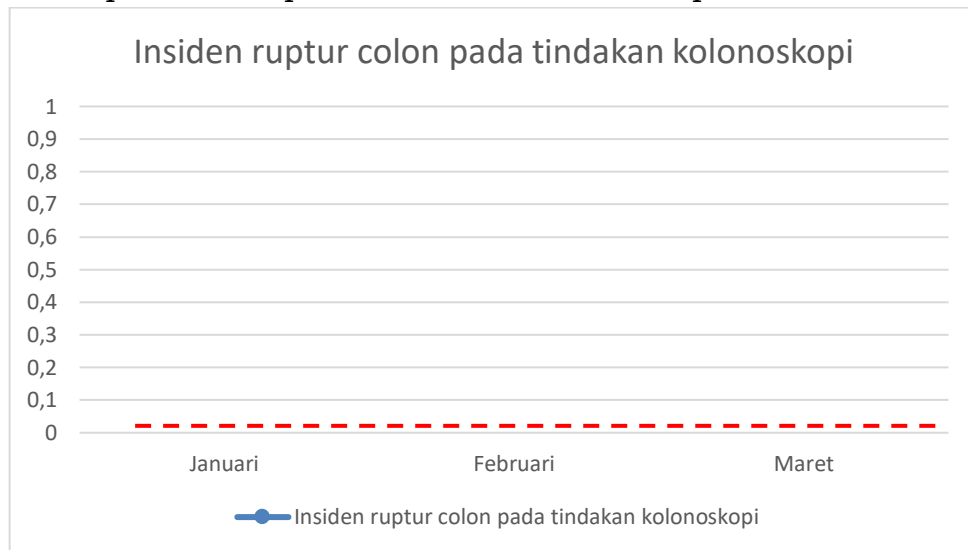
		pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien	
	61	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	Klinis/Wajib
	62	Ketidakmampuan menangani BLR 1500-2500 Gram	Klinis/prioritas
	63	Bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap	Klinis

## HASIL KERJA

Setelah RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) menetapkan jenis indikator mutu RS yang akan diukur beserta profil indikatornya, maka langkah selanjutnya adalah dengan mengumpulkan data capaian mutu dari masing-masing unit kerja untuk kemudian dilakukan evaluasi dan analisis berdasarkan data capaian.

### Capaian Indikator Mutu dalam Grafik (Berdasarkan data yang telah masuk melalui SISMADAK)

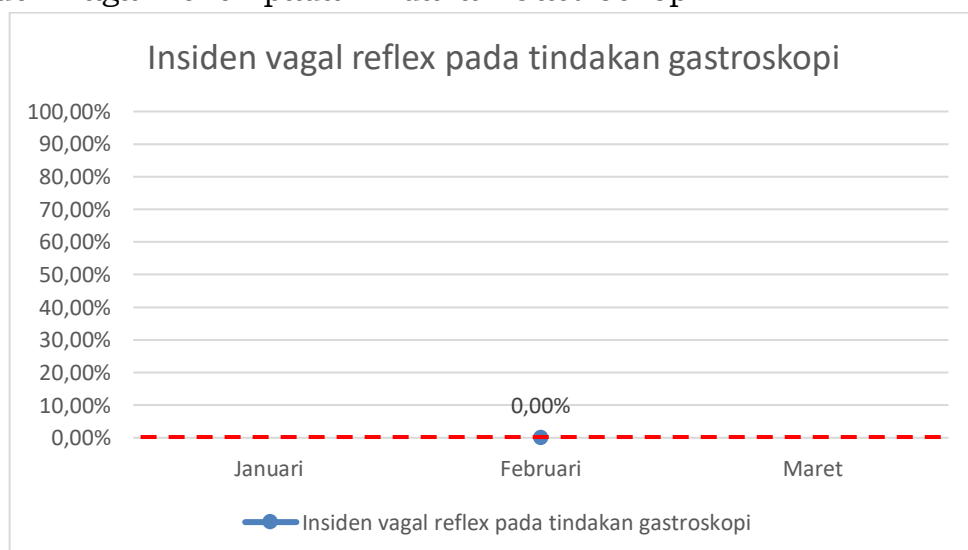
#### 1. Insiden Ruptur Colon pada Tindakan Kolonoskopi



#### • Analisis Pencapaian:

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu tidak terjadinya insiden ruptur colon pada tindakan kolonoskopi, didapatkan hasil pengumpulan data di unit Endoskopi yaitu 0%. Hal ini harus dipertahankan agar kinerja mutu tetap sesuai target.

#### 2. Insiden Vagal Reflek pada Tindakan Gastroskopi

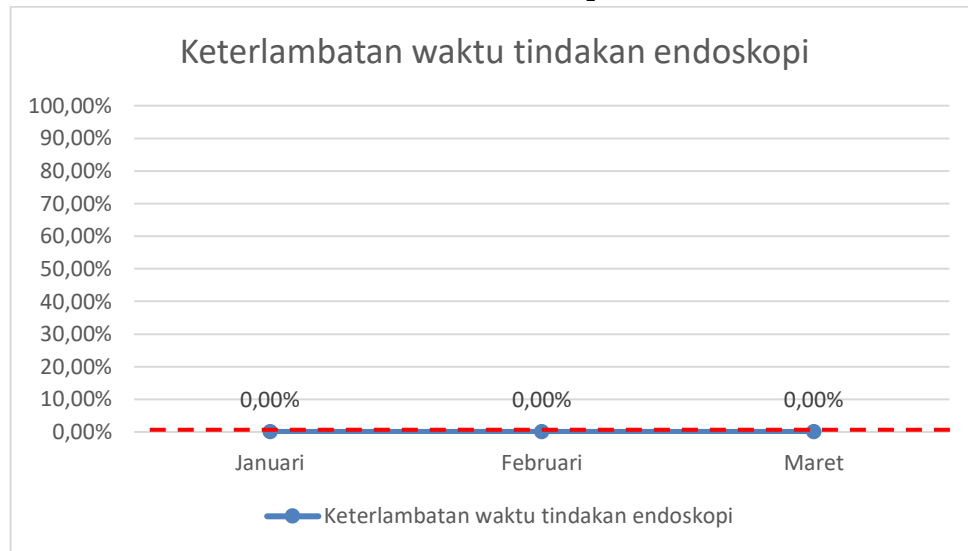


#### • Analisis Pencapaian:

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu tidak terjadinya insiden vagal reflek pada tindakan gastroskopi, didapatkan hasil

pengumpulan data di unit Endoksopi yaitu 0%. Hal ini harus dipertahankan agar kinerja mutu tetap sesuai target.

### 3. Keterlambatan Waktu Tindakan Endoskopi

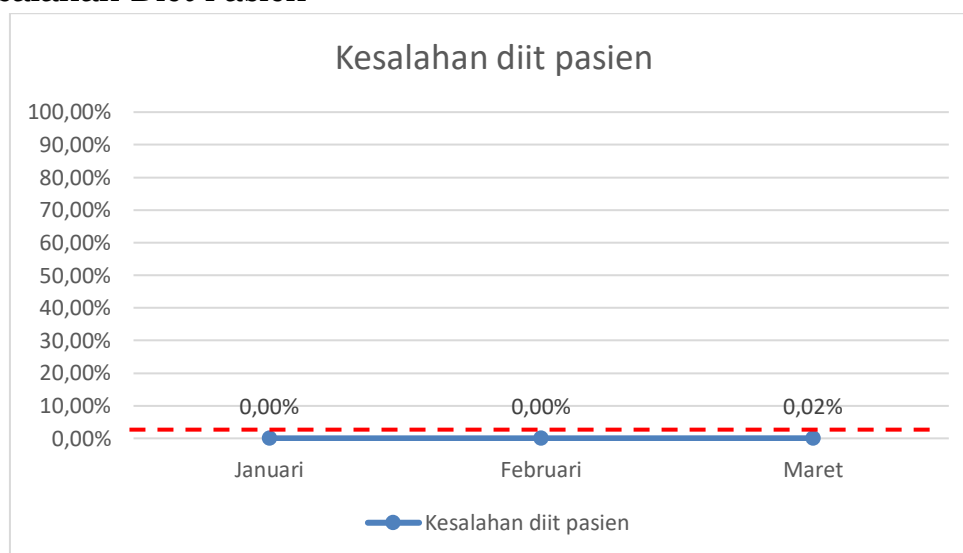


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0%, didapatkan hasil pengumpulan data selama triwulan I tahun 2021 tidak ada kasus keterlambatan waktu tindakan endoskopi.

### 4. Ketidaktepatan Identifikasi Pasien pada unit Endoskopi terakumulasi dalam indicator yang sama pada tingkat Rumah Sakit

### 5. Kesalahan Diet Pasien

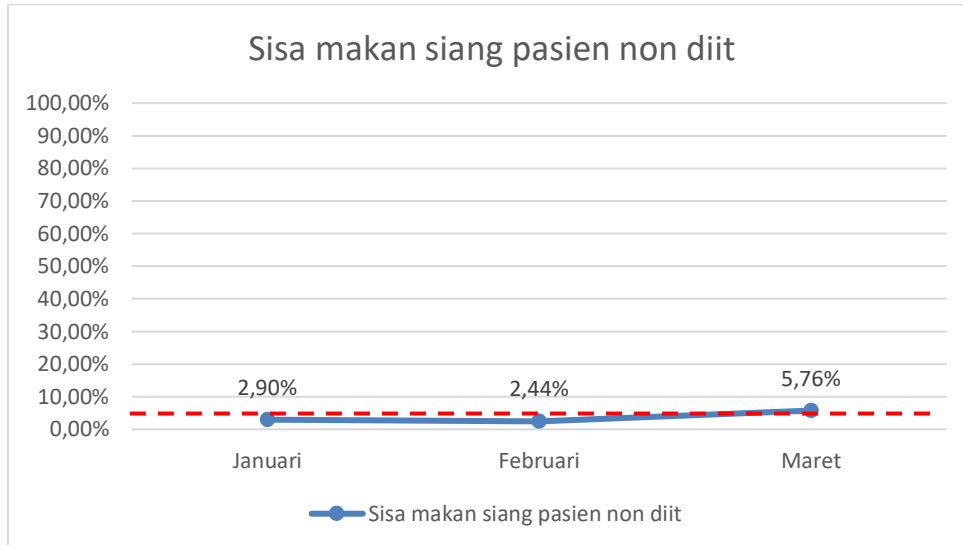


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu kesalahan diit pasien sebesar  $\leq 0,5\%$ , didapatkan hasil pengumpulan data 0,01% sepanjang triwulan I 2021, yang artinya nyaris tidak pernah terjadi kesalahan pada diit pasien. Mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan IV 2020 yaitu 0%.



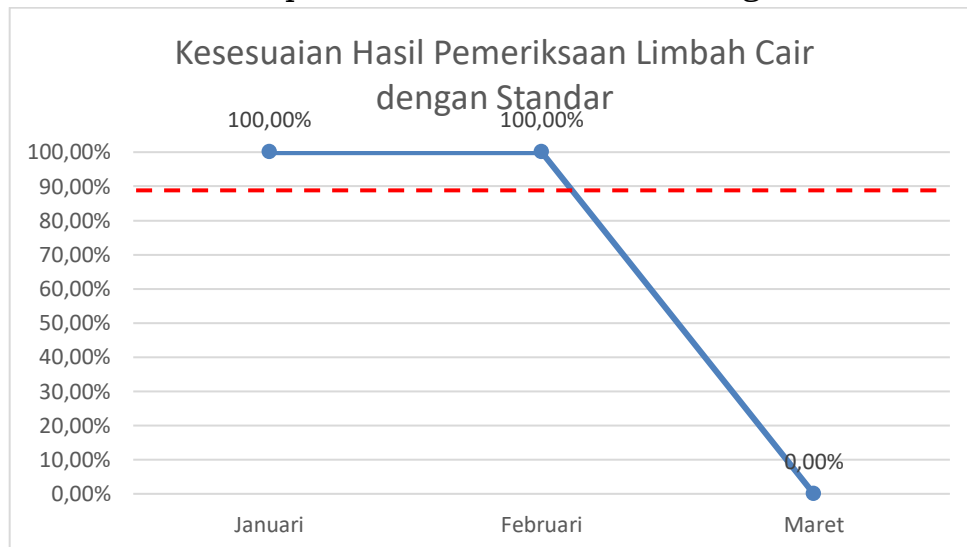
6. Sisa makan siang pasien non diit



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu sisa makan siang non diit pasien sebesar  $\leq 0,5\%$ , didapatkan hasil pengumpulan data rata-rata yaitu 3,7% sepanjang triwulan I 2021, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 3,48%.

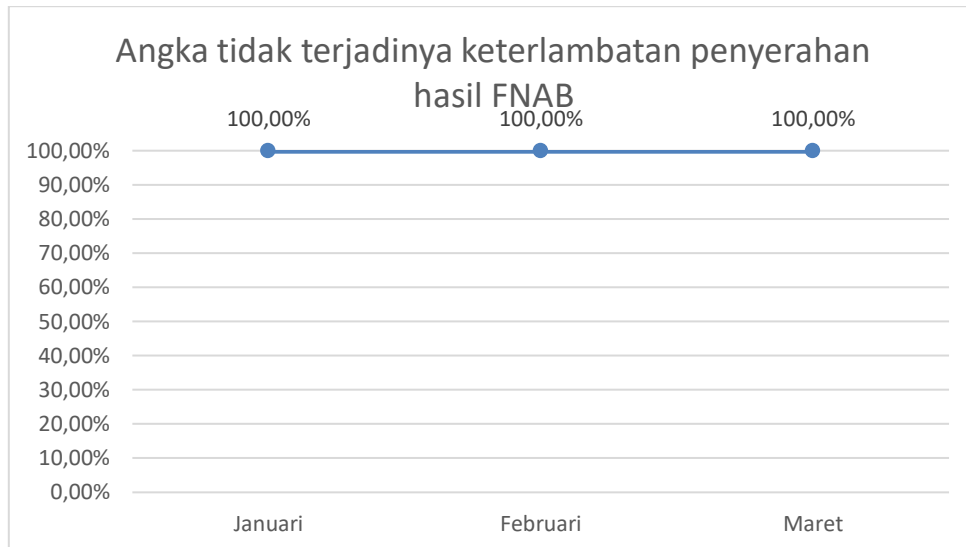
7. Kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar sebesar 90%, didapatkan hasil pengumpulan data yaitu 100% pada bulan Januari dan Pebruari, sedangkan belum terdapat laporan di SISMADAK pada bulan Maret 2021.

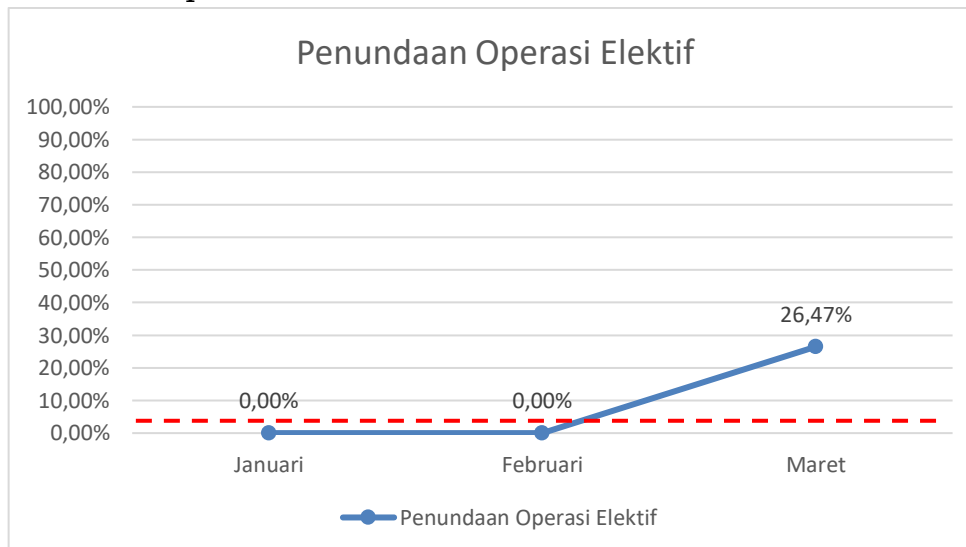
## 8. Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB sebesar 90%, didapatkan hasil pengumpulan data yaitu 100% pada Triwulan I 2021, konsisten sejak triwulan III 2020.

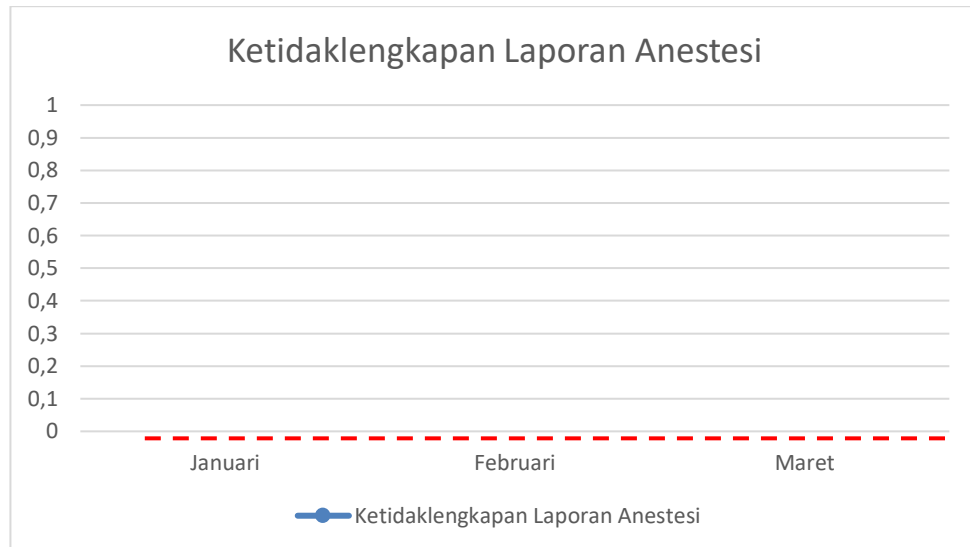
## 9. Penundaan Operasi Elektif



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu penundaan operasi elektif  $\leq 5\%$  dalam sebulan, didapatkan hasil pengumpulan data rerata penundaan operasi elektif di Instalasi Bedah Sentral (IBS) pada Triwulan I 2021 yaitu 8,82%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian pada Triwulan IV 2020 yaitu 2,94%.

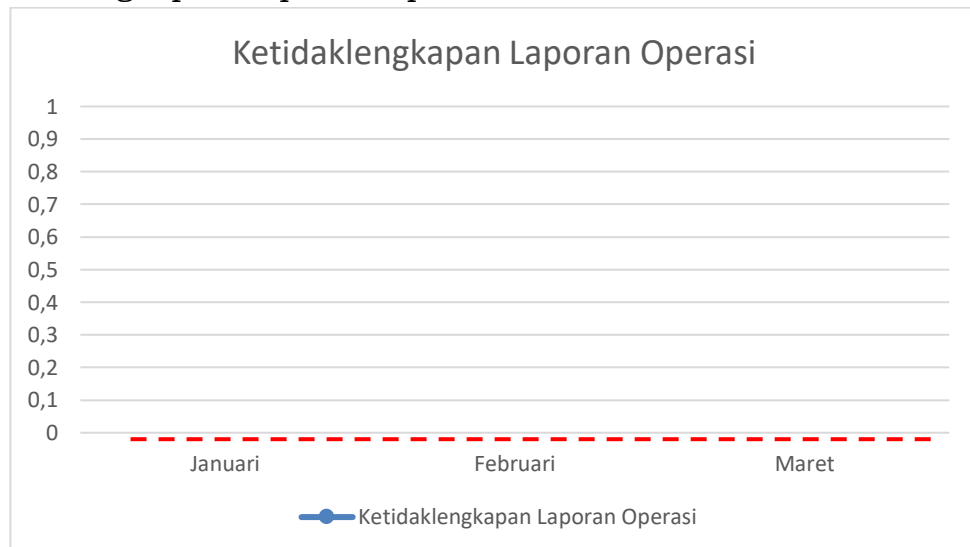
#### 10. Ketidaklengkapan Laporan Anastesi



- **Analisis Pencapaian:**

Tidak ada laporan masuk ke SISMADAK selama triwulan I 2021.

#### 11. Ketidaklengkapan Laporan Operasi



- **Analisis Pencapaian:**

- Tidak ada laporan masuk ke SISMADAK selama triwulan I 2021.

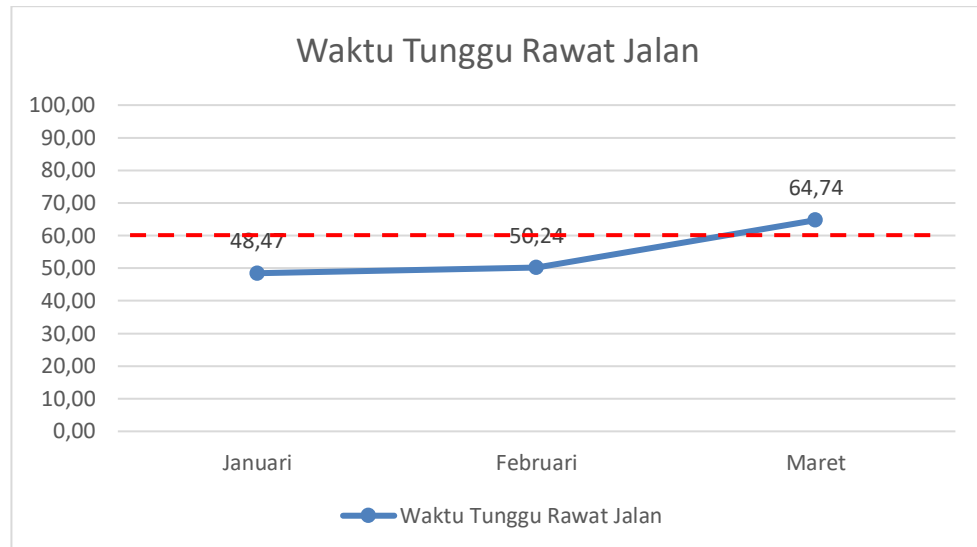
#### 12. Kesalahan Lokasi Operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan I 2021

#### 13. Kesalahan prosedur operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan I 2021

#### 14. Waktu Tunggu Rawat Jalan



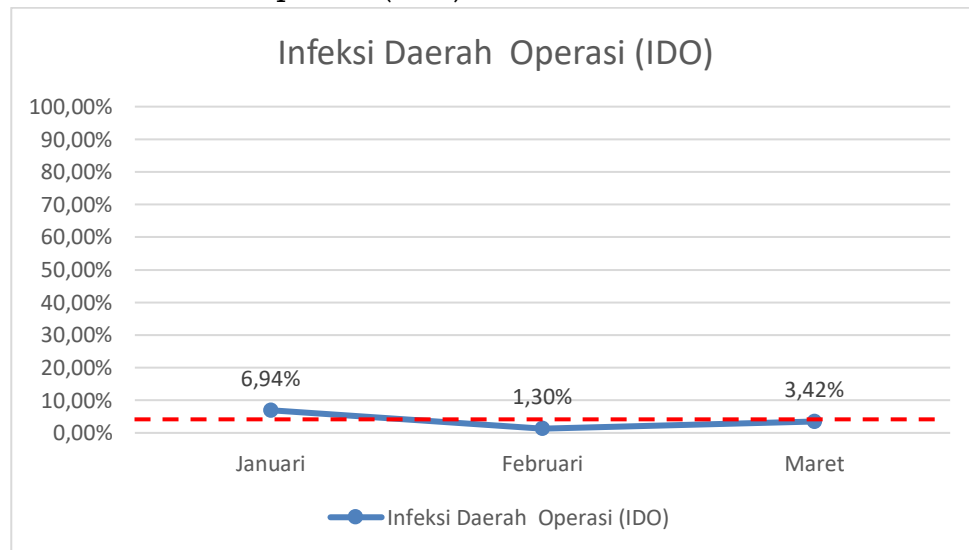
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu waktu tunggu maksimal 60 menit, didapatkan hasil pengumpulan data Waktu Tunggu Rawat Jalan rerata 54,48 menit pada Triwulan I 2021, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkankaingkatann capaian triwulan IV 2020 yang sebesar 70,71 menit.

#### 15. Kejadian pasien jatuh

Tidak pernah terjadi insiden pasien jatuh selama Triwulan I 2021

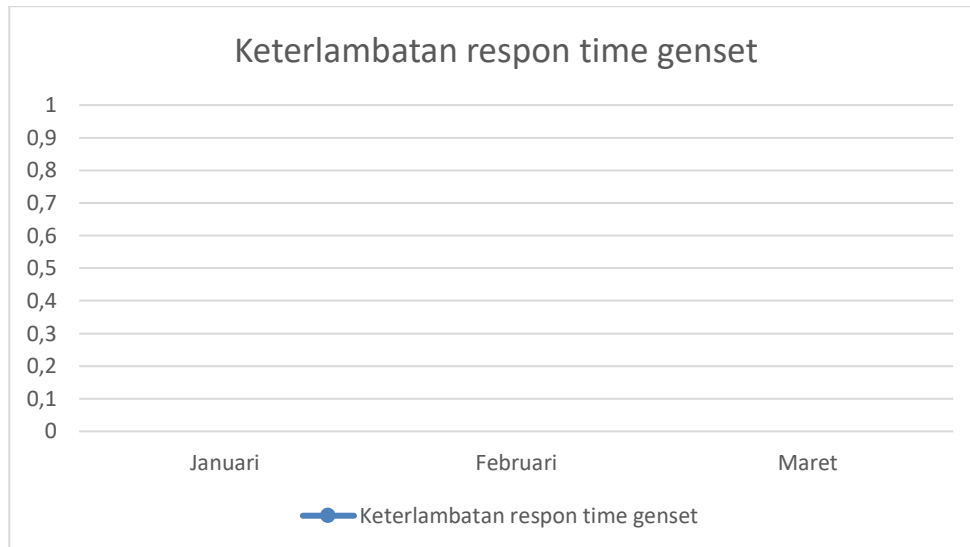
#### 16. Infeksi Daerah Operasi (IDO)



- **Analisis Pencapaian:**

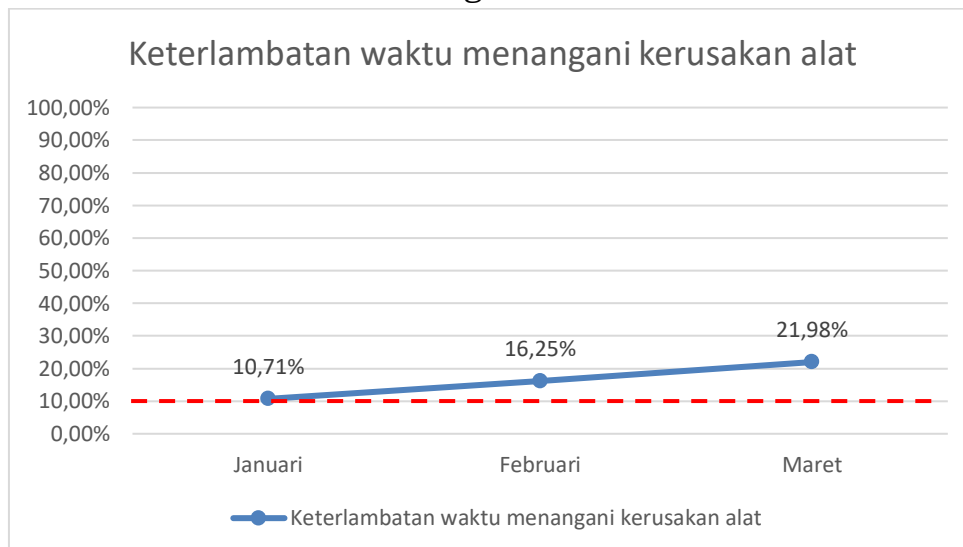
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Infeksi Daerah Operasi di Instalasi Rawat Jalan sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 3,89%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan Triwulan IV 2020 yang sebesar 3,57%.

### 17. Keterlambatan Respon Time Genset



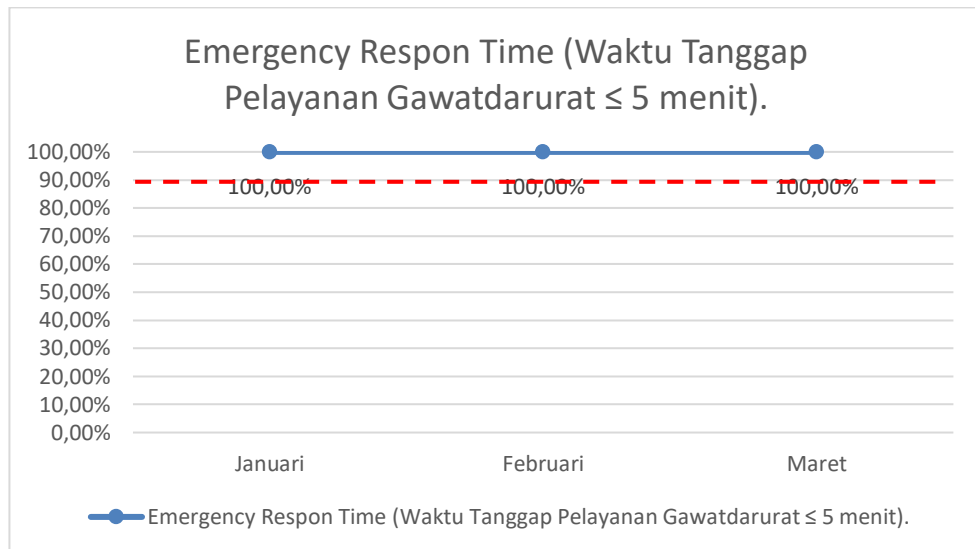
- **Analisis Pencapaian:**  
Tidak ada isian dalam pelaporan SISMADAK.

### 18. Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat



- **Analisis Pencapaian:**  
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <10% didapatkan hasil pengumpulan data keterlambatan waktu menangani kerusakan alat di IPS belum sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 16,31%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yang sebesar 7,11%.

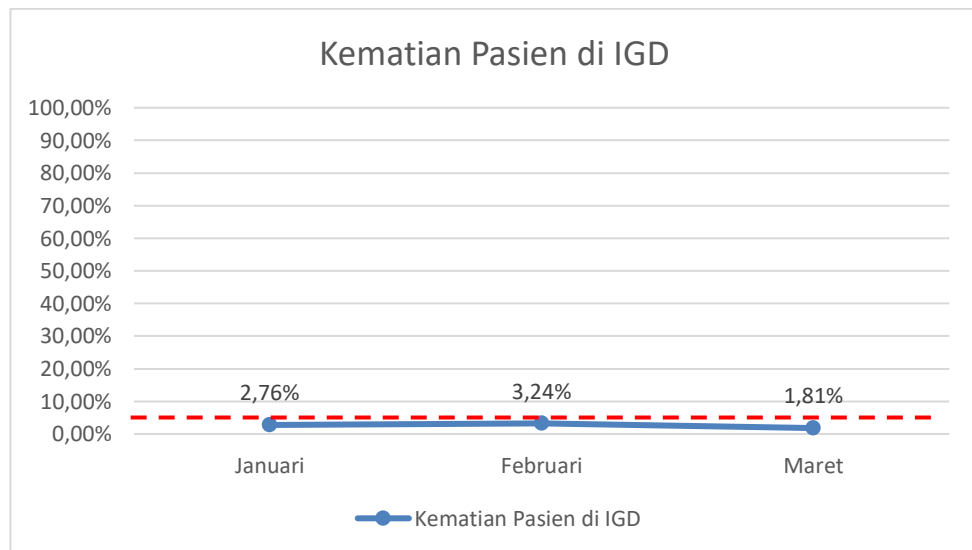
19. Emergency respon time (waktu tunggu pelayanan gawat darurat) <5 menit



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 90% didapatkan hasil pengumpulan data Emergency respon time (waktu tunggu pelayanan gawat darurat) <5 menit di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 100%, konsisten tercapai berturut-turut sejak Triwulan II 2019.

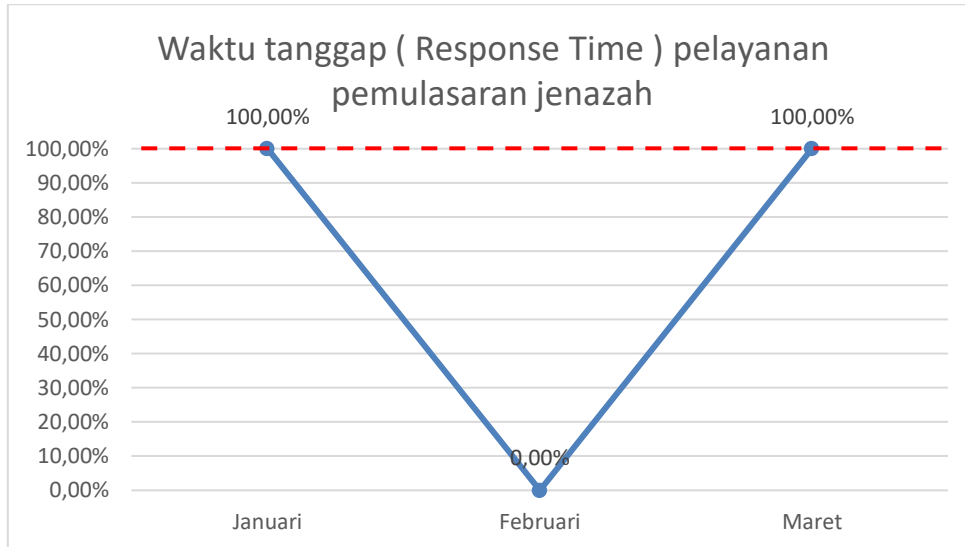
20. Kematian Pasien di IGD



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar <5% didapatkan hasil pengumpulan data Kematian Pasien di Instalasi Gawat Darurat sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 2,6%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan IV 2020 yaitu 2,52%. Namun demikian capaian dapat dikatakan konsisten dan tergolong sangat baik sepanjang semester I 2020 dan harus dipertahankan agar tersedia layanan gawat darurat yang prima dan paripurna.

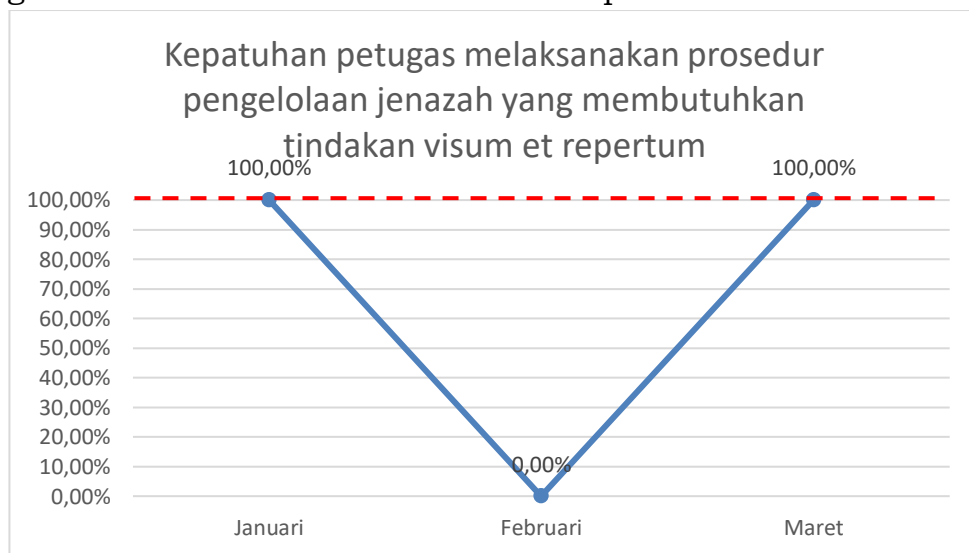
21. Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah telah memenuhi standar pada triwulan I 2021 yaitu sebesar 100%, konsisten sejak tahun 2019. Hal ini harus tetap dipertahankan agar standar selalu terpenuhi. Namun demikian pada bulan Pebruari unit belum melaporkan hasil capaiannya melalui SISMADAK.

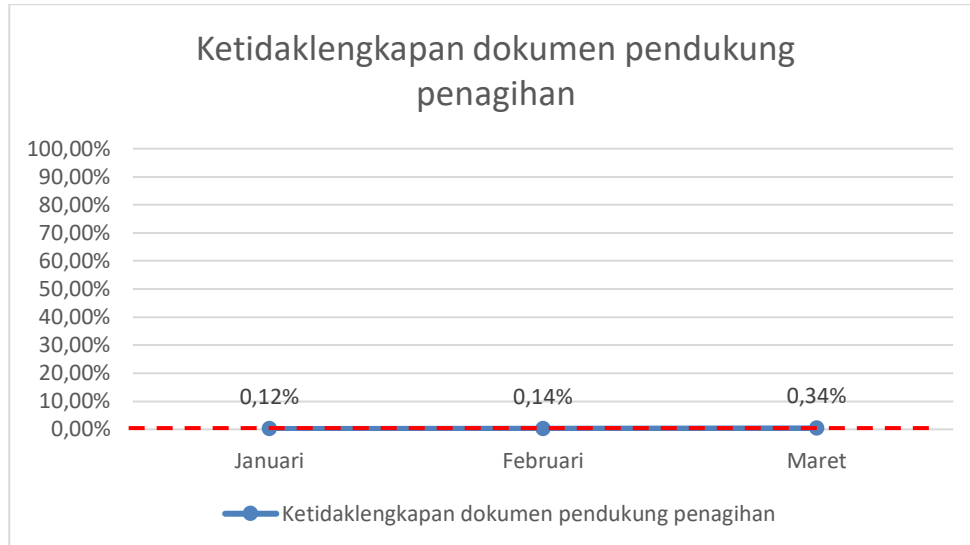
22. Kepatuhan petugas melaksanakan prosedur pengelolaan jenazah yang membutuhkan tindakan visum et repertum



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data kepatuhan petugas melaksanakan prosedur pengelolaan jenazah yang membutuhkan tindakan visum et repertum telah memenuhi standar pada triwulan I 2021 yaitu sebesar 100%, konsisten sejak tahun 2019. Hal ini harus tetap dipertahankan agar standar selalu terpenuhi. Namun demikian pada bulan Pebruari unit belum melaporkan hasil capaiannya melalui SISMADAK.

23. Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan pada triwulan I 2021 sebesar 0,2%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan triwulan IV 2020 yang sebesar 0,86%.

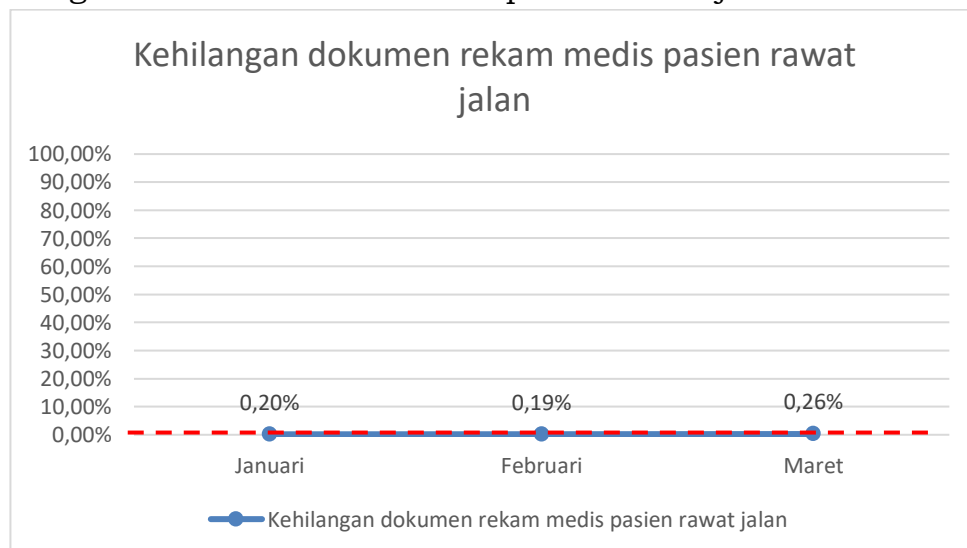
24. Tidak terlaporkannya hasil kritis

Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indikatornya

25. Kerusakan sampel darah

Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indikatornya

26. Kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan



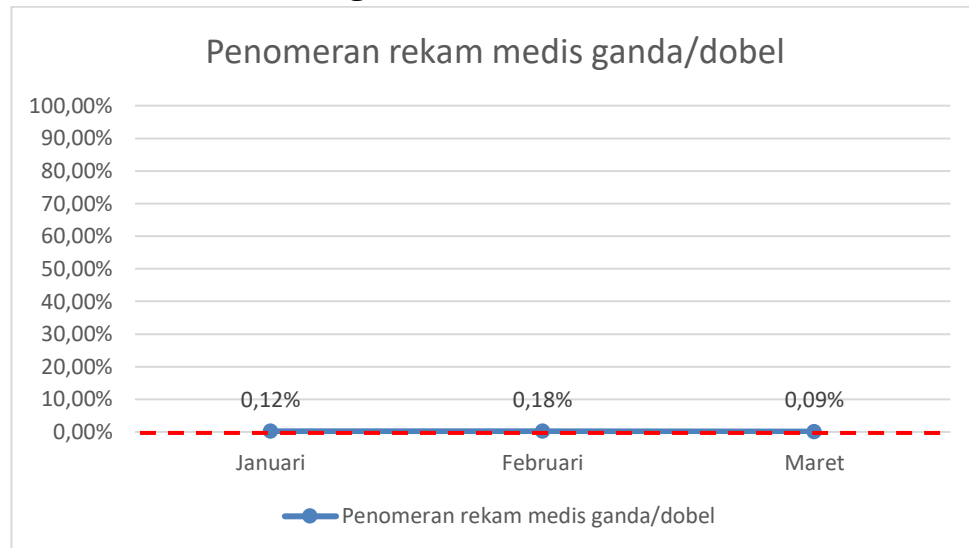
• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan pada triwulan I 2021 rerata sebesar 0,22%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 0,38%. Kehilangan dokumen rekam medis dapat disebabkan oleh kelalaian petugas dalam proses pengelolaan dokumen rekam medis



sehingga perlu dianalisis penyebab terjadinya kehilangan sebagaimana dimaksud.

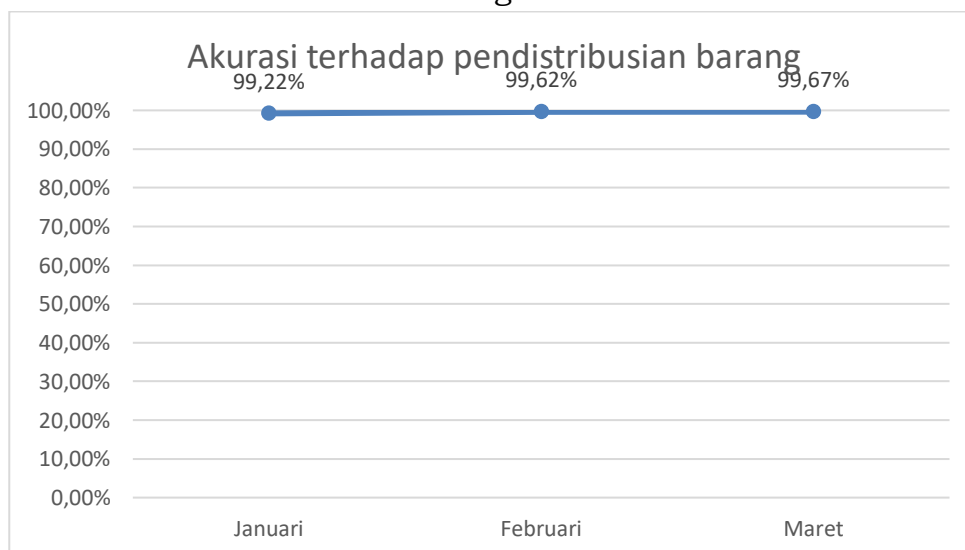
## 27. Penomeran rekam medis ganda



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data penomeran rekam medis ganda pada triwulan I 2021 rerata sebesar 0,13%, mengalami **peningkatan kinerja** dibanding capaian triwulan IV 2020 yang sebesar 0,46%. Petugas pendaftaran harus melakukan *double check* untuk memastikan bahwa tidak terjadi penomoran ganda pada satu identitas pasien di rekam medis.

## 28. Akurasi Pendistribusian Barang



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data akurasi pendistribusian barang pada triwulan I 2021 rerata sebesar 99,5%, mengalami **peningkatan kinerja** dibanding capaian pada triwulan IV 2020 yang sebesar 99,47%.

## 29. Indikator mutu unit cathlab terakumulasi pada indikator rumah sakit

- 30. Indikator mutu unit cathlab terakumulasi pada indikator rumah sakit
- 31. Indikator mutu unit cathlab terakumulasi pada indikator rumah sakit

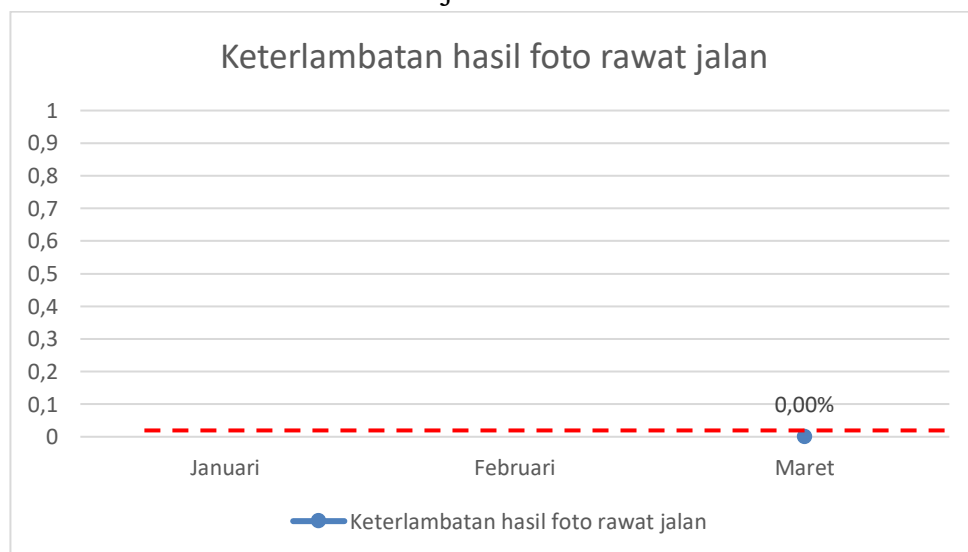
32. Penolakan Ekspertise



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data penolakan ekspertise telah memenuhi standar pada triwulan I 2021 yaitu sebesar 0%. Hal ini harus tetap dipertahankan agar standar selalu terpenuhi secara kontinyu.

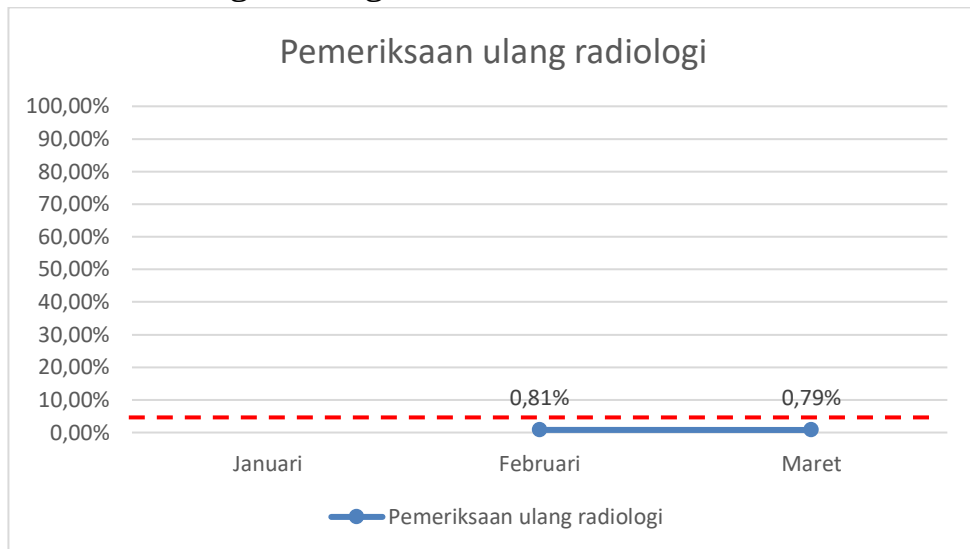
33. Keterlambatan hasil foto rawat jalan



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 10% didapatkan hasil pengumpulan data keterlambatan hasil foto rawat jalan pada triwulan I 2021 sebesar 0%, konsisten sejak triwulan I 2020. Hal ini menunjukkan bahwa capaian masih memenuhi standar yang ditetapkan, sehingga harus dipertahankan agar kualitas layanan tetap terjaga.

34. Pemeriksaan ulang radiologi



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu  $\leq 5\%$  didapatkan hasil pengumpulan data pemeriksaan ulang radiologi pada triwulan I 2021 sebesar 0,53%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 0%. Hal ini menunjukkan bahwa capaian memenuhi standar yang ditetapkan, sehingga harus dipertahankan agar kualitas layanan tetap terjaga.

35. Keterlambatan pelayanan ambulans rumah sakit

Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indicator mutunya.

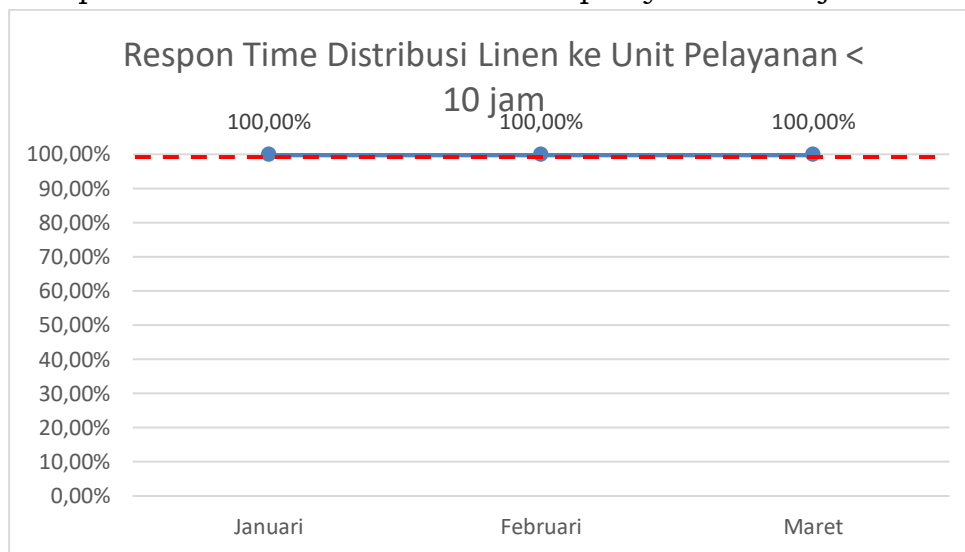
36. Kecepatan respon terhadap komplain

Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indicator mutunya.

- 37. Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan  
Tidak ada laporan masuk via SISMADAK
- 38. Insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai  
Tidak ada laporan masuk via SISMADAK
- 39. Kepatuhan penggunaan formularium nasional  
Tidak ada laporan masuk via SISMADAK

Nomor Indikator 40 – 42, unit Hemodialisa belum melaporkan hasil capainnya

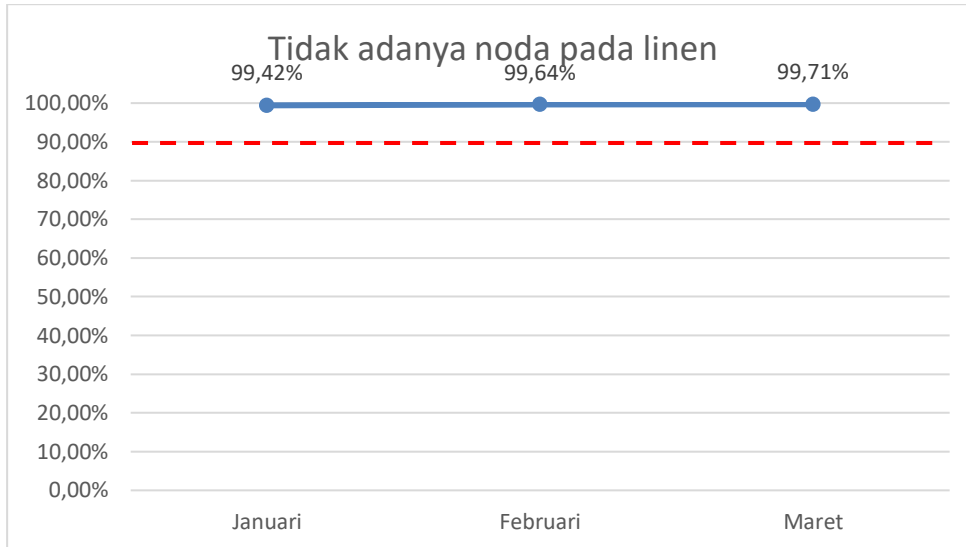
- 43. Tim bersertifikat CSSD  
Data belum dilaporkan oleh unit kerja
- 44. Respon time distribusi linen ke unit pelayanan <10 jam



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data respon time distribusi linen ke unit pelayanan <10 jam pada triwulan I 2021 rerata sebesar 100%,, konsisten sejak triwulan III 2020.

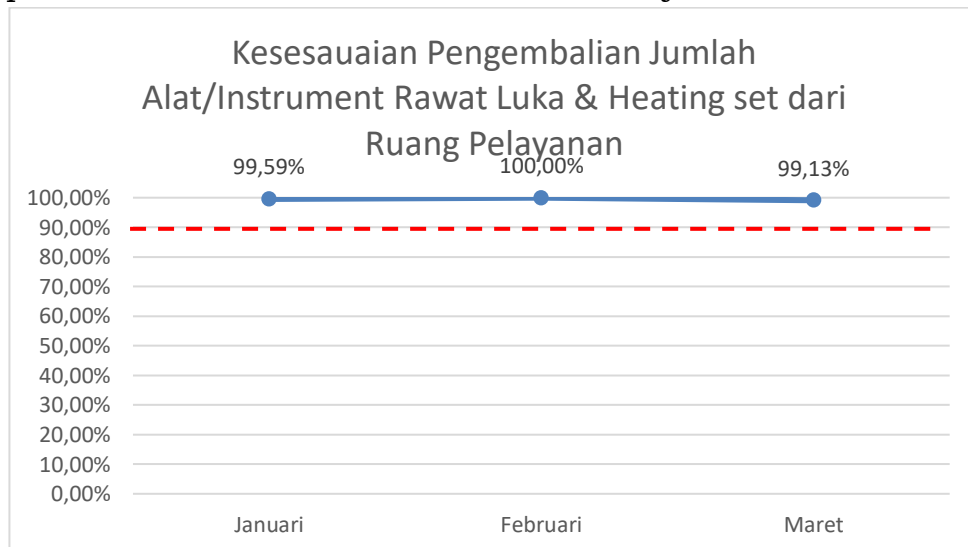
45. Tidak adanya noda pada linen



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 90% didapatkan hasil pengumpulan data tidak adanya noda pada linen pada triwulan I 2021 rerata sebesar 99,59%, mengalami **penurunan kinerja** dibanding capaian pada triwulan IV 2020 yang sebesar 99,6%.

46. Respon time distribusi alat steril maksimal 2 jam untuk IBS dan VK

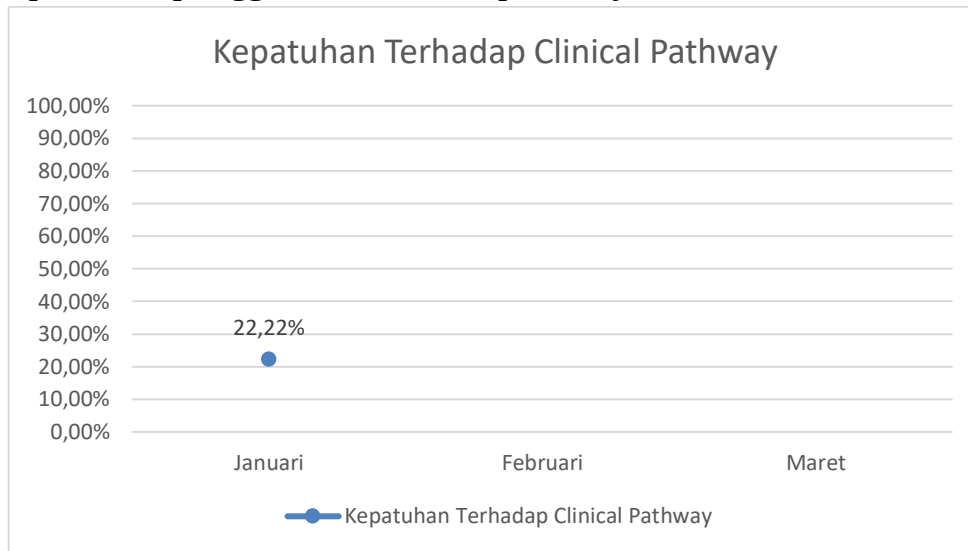


• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 90% didapatkan hasil pengumpulan data respon time distribusi alat steril maksimal 2 jam untuk IBS dan VK pada triwulan I 2021 rerata sebesar 99,57%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yang sebesar 99,4%.

47. Kepuasan pasien dan keluarga  
Unit belum melaporkan via SISMADAK.

48. Kepatuhan penggunaan clinical pathway

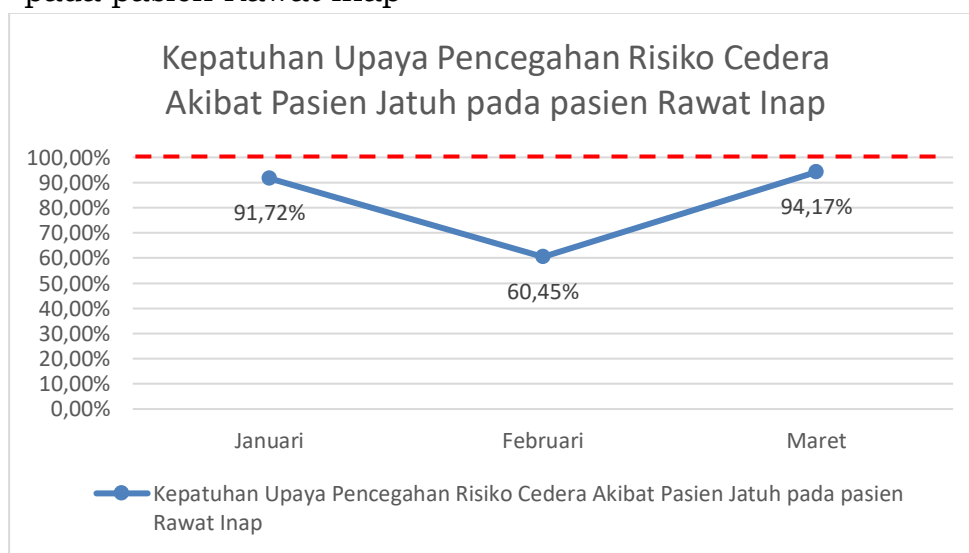


• **Analisis Pencapaian:**

Terdapat 1 (satu) kali pelaporan di bulan Januari. Kepatuhan dan ketertiban dalam pelaporan via SISMADAK harus ditingkatkan.

49. Kepatuhan cuci tangan  
Data belum terlapor dalam SISMADAK

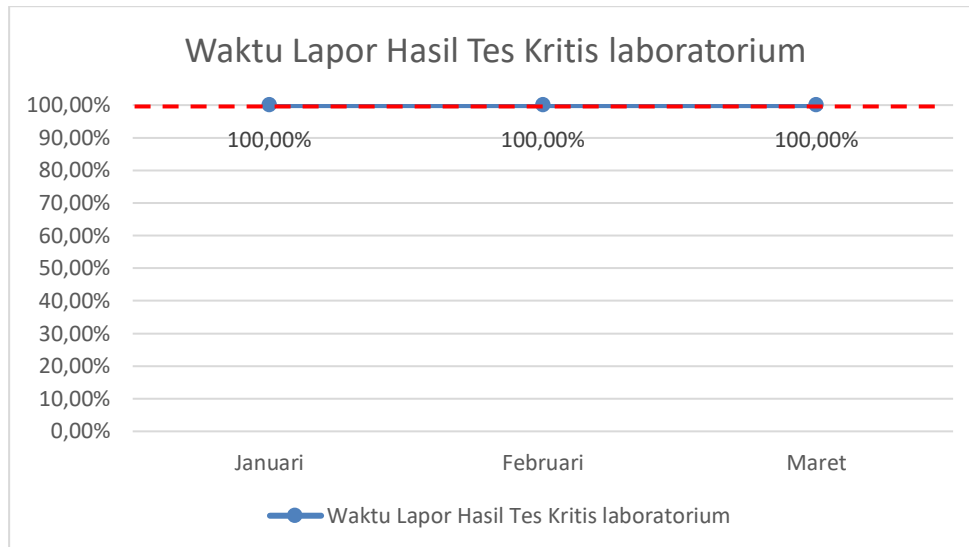
50. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan 100% didapatkan hasil pengumpulan data Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap belum mencapai standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 82,11%. Mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 94,04%.

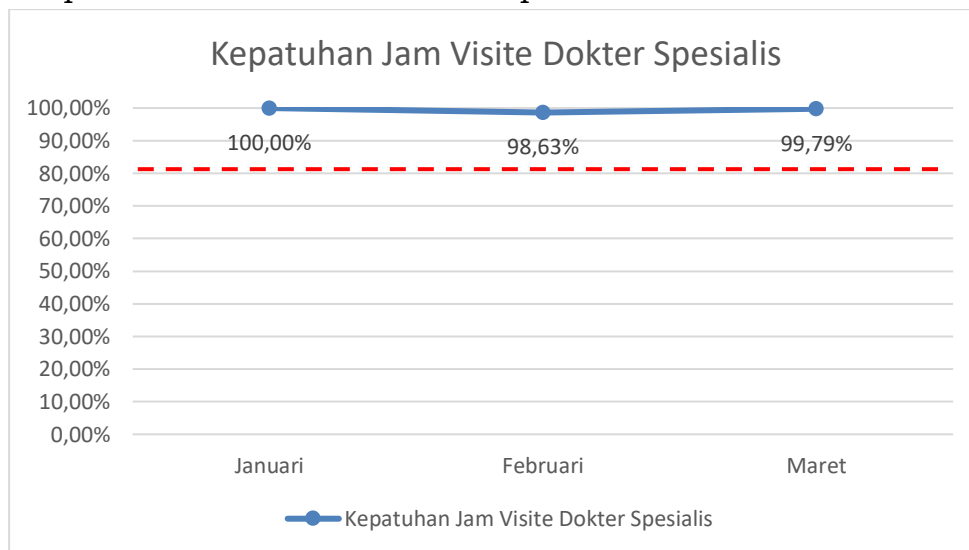
## 51. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan 100% didapatkan hasil pengumpulan data Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratodrium di Rawat Inap dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 100%, mengalami **kinerja konsisten sesuai standar** sejak Triwulan I tahun 2020.

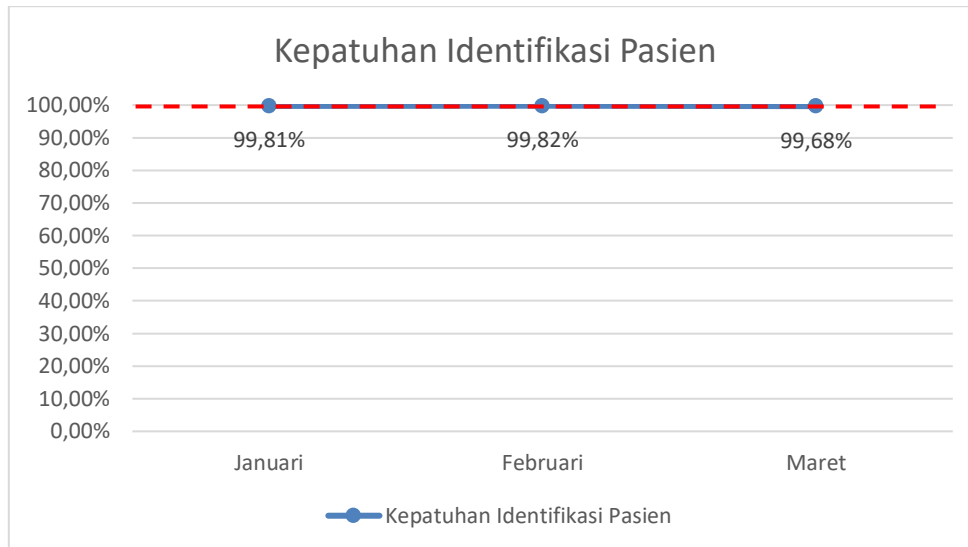
## 52. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan 80% didapatkan hasil pengumpulan data Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis pada pasien Rawat Inap telah mencapai standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 99,41%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 99,95%.

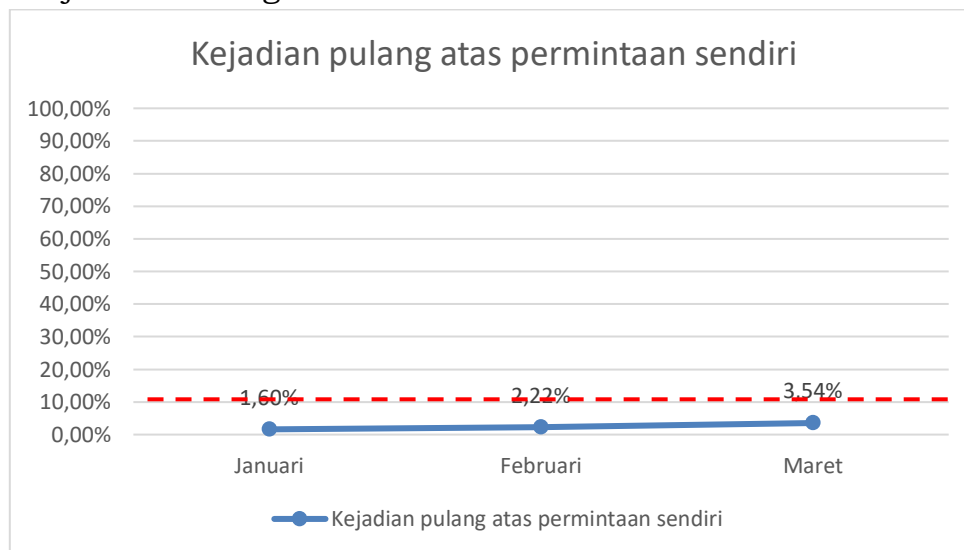
### 53. Kepatuhan Identifikasi Pasien



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan 100% didapatkan hasil pengumpulan data Kepatuhan Identifikasi Pasien pada pasien Rawat Inap belum mencapai standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 99,77%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 99,7%.

### 54. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri

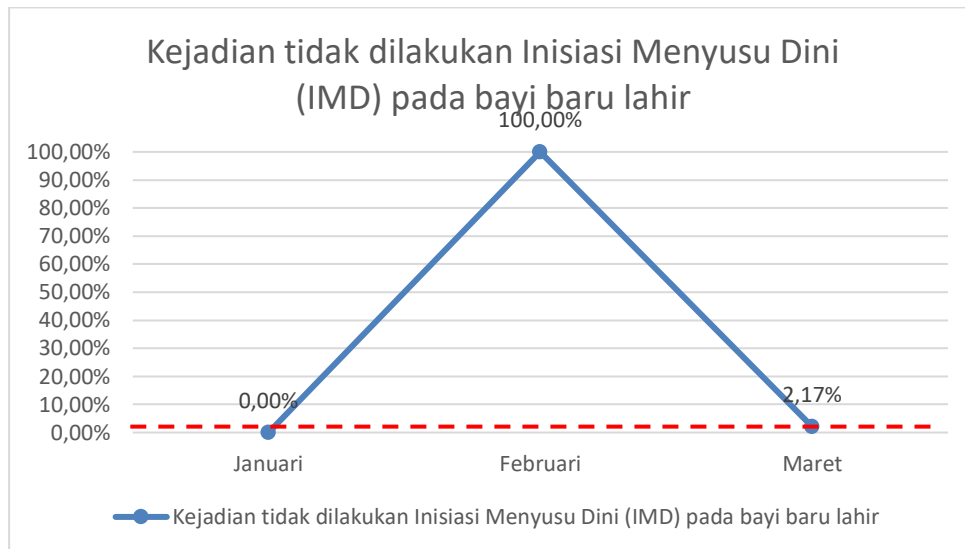


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <10% didapatkan hasil pengumpulan data Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri pada pasien Rawat Inap telah memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 2,4%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan triwulan IV 2020 yaitu 1,76%. Margin yang masih cukup jauh dari standar maksimal persentase pasien pulang. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso sangat tinggi.



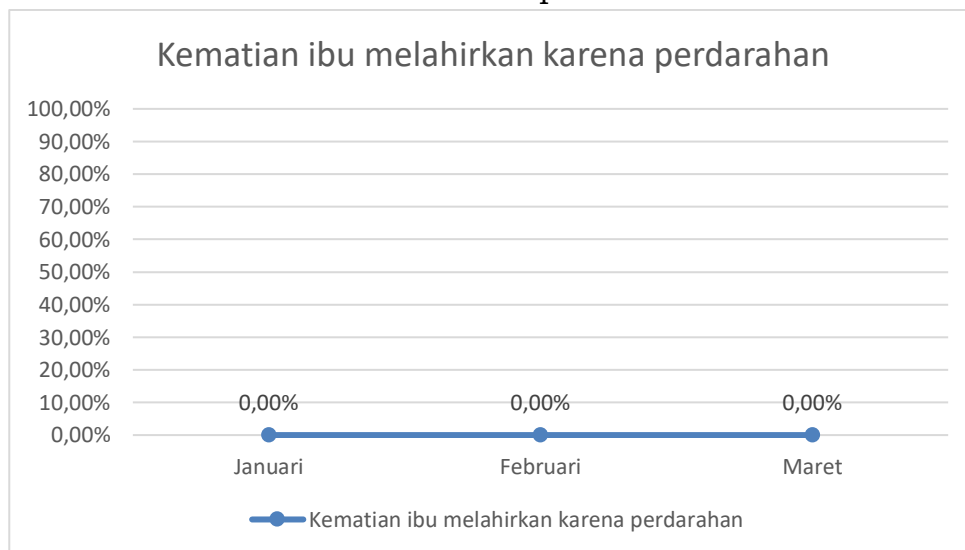
55. Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir belum memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2020 sebesar 34,6%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 100%. Hal ini salah satunya disebabkan oleh pandemi Covid-19 sehingga diberlakukan kewaspadaan tingkat tinggi di lingkungan rumah sakit.

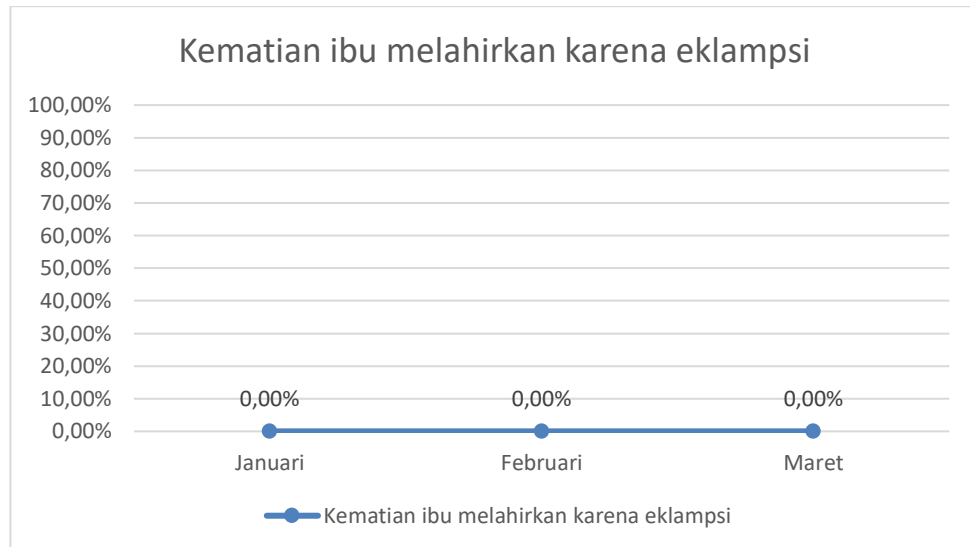
56. Kematian ibu melahirkan karena perdarahan



• **Analisis Pencapaian:**

Tidak ada kasus kematian ibu melahirkan karena perdarahan sepanjang triwulan I tahun 2021.

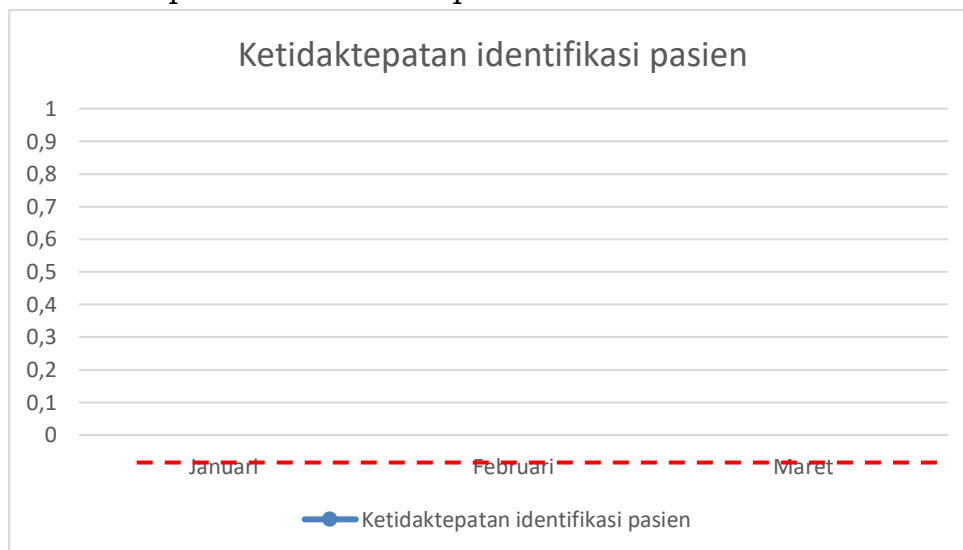
57. Kematian ibu melahirkan karena eklampsia



- **Analisis Pencapaian:**

Tidak ada kasus kematian ibu melahirkan karena eklampsia sepanjang triwulan I tahun 2021.

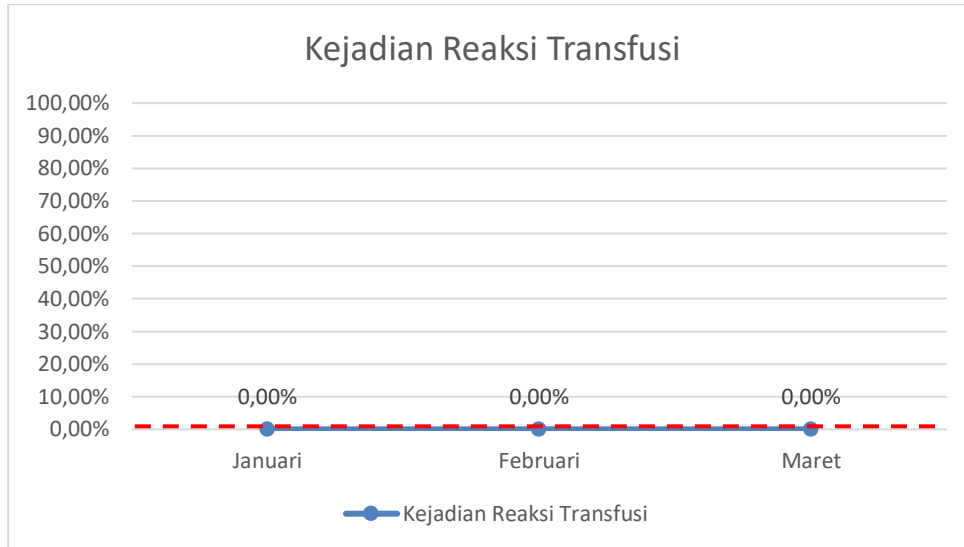
58. Ketidaktepatan identifikasi pasien



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data ketidaktepatan identifikasi pasien telah memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 0%, konsisten sejak triwulan II 2020. Perlu sosialisasi berkelanjutan terkait pelaksanaan proses identifikasi pada pasien sebelum dilakukan berbagai tindakan medis sebagaimana yang telah ditetapkan.

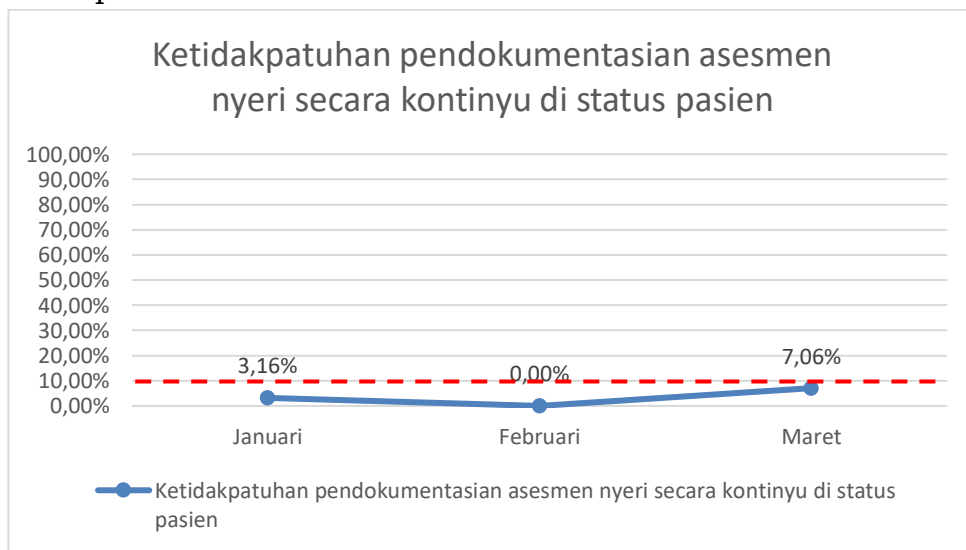
59. Kejadian Reaksi Transfusi



• Analisis Pencapaian:

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data kejadian reaksi transfusi darah telah memenuhi standar dengan tidak terdapatnya insiden kesalahan transfusi darah pada triwulan I 2021. Perlu sosialisasi berkelanjutan terkait pelaksanaan proses identifikasi pada pasien sebelum dilakukan berbagai tindakan medis sebagaimana yang telah ditetapkan, agar petugas lebih ekstra hati-hati dalam melaksanakan tugas.

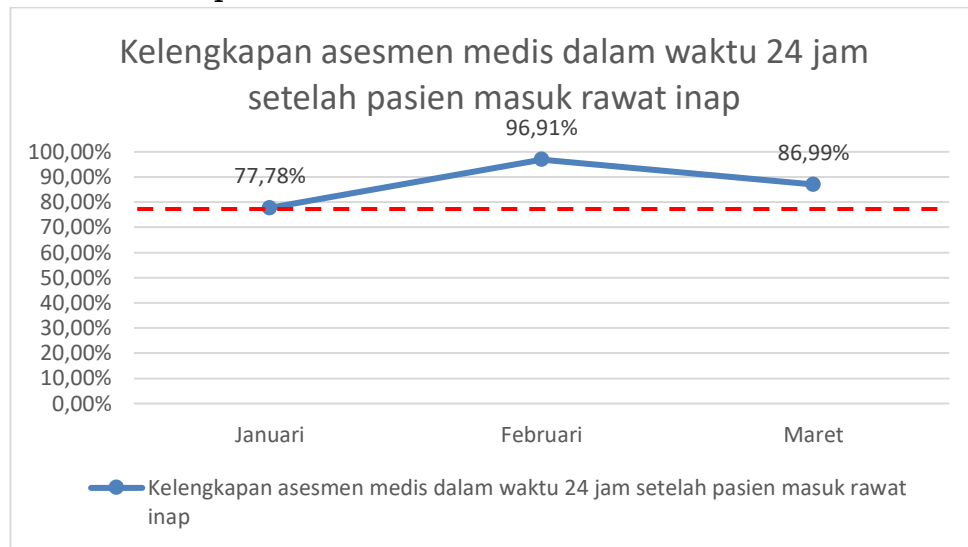
60. Ketidapatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien



• Analisis Pencapaian:

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu <10% didapatkan hasil pengumpulan data Ketidapatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien telah memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 3,55%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 5,33%. Hal ini harus ditingkatkan serta terus dievaluasi.

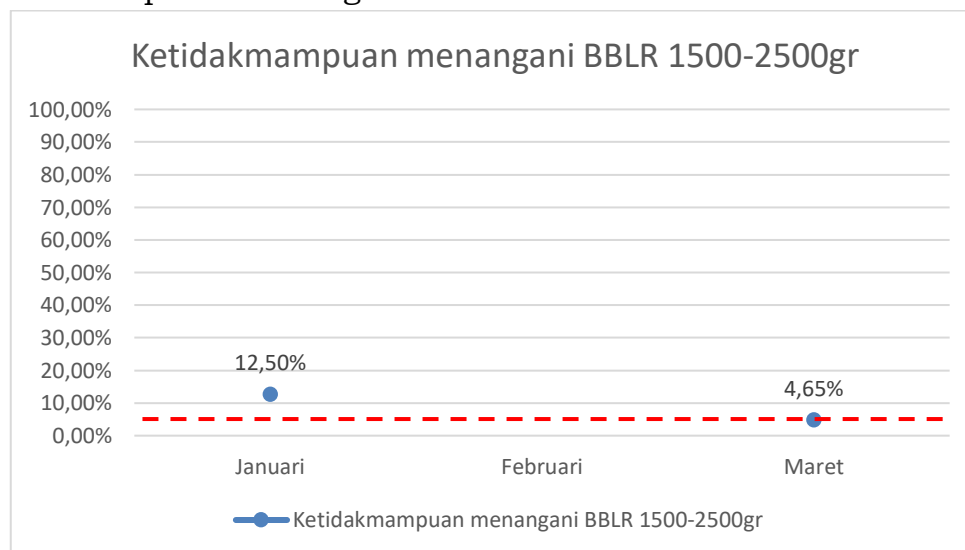
61. Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan 80% didapatkan hasil pengumpulan data Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap telah mencapai standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 87,23%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 75,61%

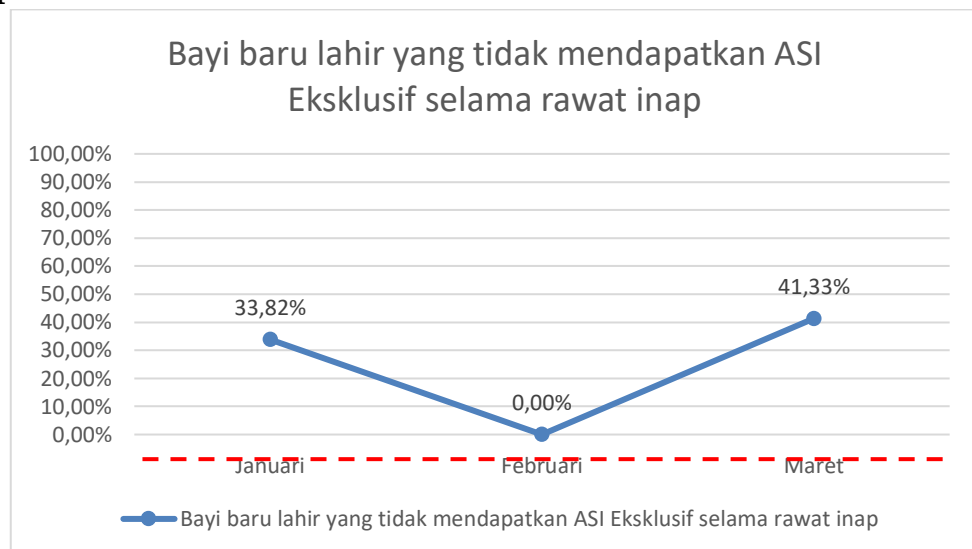
62. Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram hanya dilaporkan pada Januari dan Maret 2021, sehingga tidak dapat dilakukan analisis rerata capaian. Namun jika dilihat dari hasil capaian di masing-masing bulan, maka hanya pada bulan Maret 2021 capaian memenuhi target yaitu 4,65%.

63. Bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan 0% didapatkan hasil pengumpulan data Bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap belum mencapai standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan I 2021 sebesar 25,05%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yaitu 17,33%.