

LAPORAN ANALISIS
TRIWULAN II (APRIL – JUNI)
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



2020

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

Penanggungjawab : Direktur RSUD 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 : Lukiana, S.Gz., M.MKes
Dewi Candra Kumarasari, SST
Fitria Nur Rahmi, S.Gz
Agung Riyadi, Amd.Kep

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
Nurwahidah, S.Kep.Ns

Sub-komite *Clinical Pathway* : 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
Heri Juniarto, Skep, Ns
Agung Riyadi, Amd.Kep
Lukiana, S.Gz., M.MKes
Ambar Retnowati, S.Farm., Apt
Nina Resdiana Dewi, S.ST

Sub-komite Manajemen Akreditasi : Nurwahidah, S.Kep.Ns
Ilham Akbar Siswanto, S.Kom

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	Ketidakesesuaian surat pesanan (SP) dengan fisik barang/bahan	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		

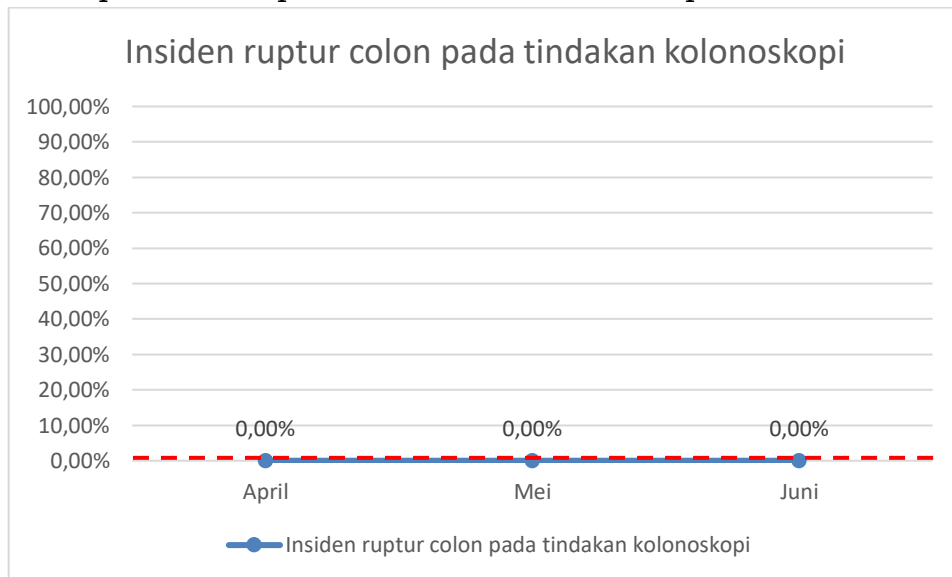
		pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien	
	61	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	Klinis/Wajib
	62	Ketidakmampuan menangani BLR 1500-2500 Gram	Klinis/prioritas
	63	Bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap	Klinis

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)

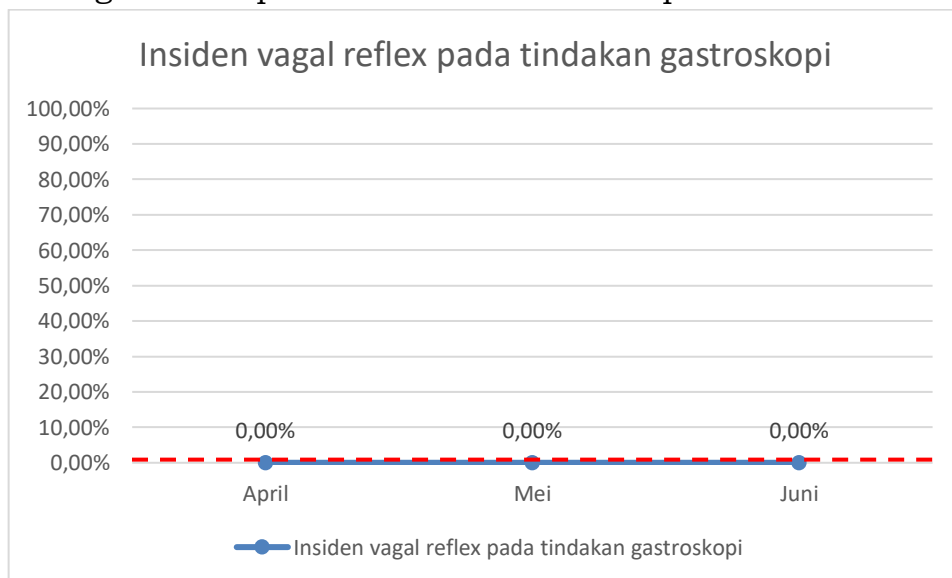
1. Insiden Ruptur Colon pada Tindakan Kolonoskopi



• 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.

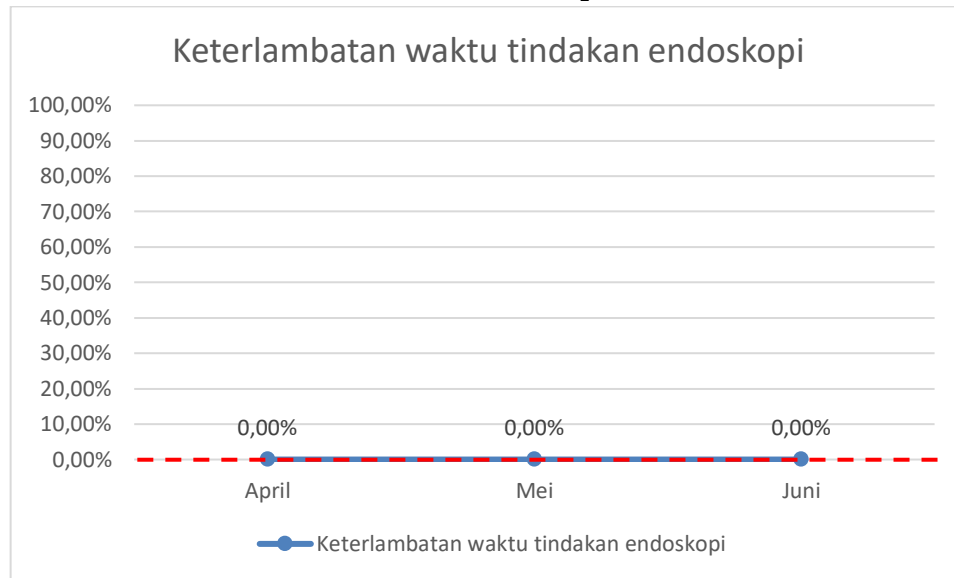
2. Insiden Vagal Reflek pada Tindakan Gastroskopi



- **Analisis Pencapaian:**

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

3. Keterlambatan Waktu Tindakan Endoskopi

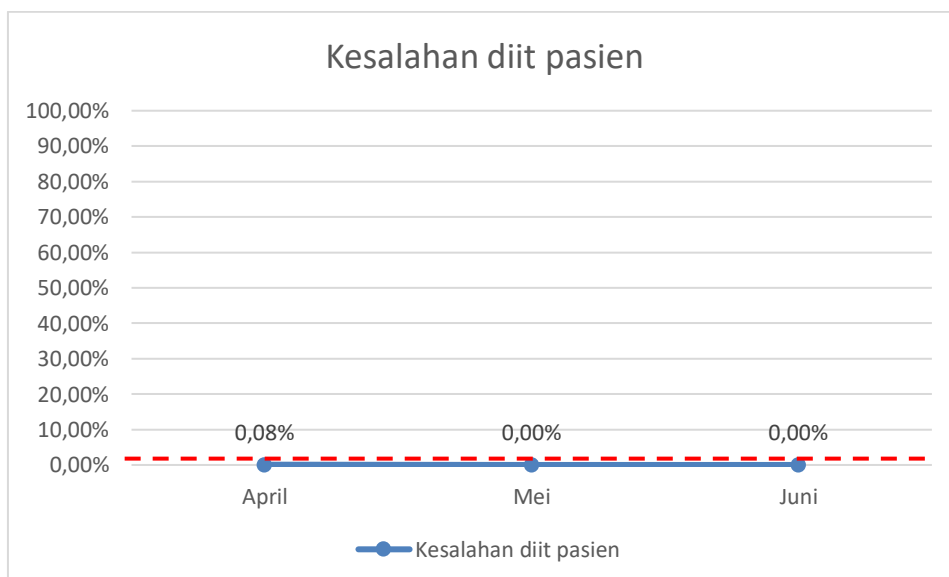


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0%, didapatkan hasil pengumpulan data selama triwulan II tahun 2020 tidak ada kasus keterlambatan waktu tindakan endoskopi.

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

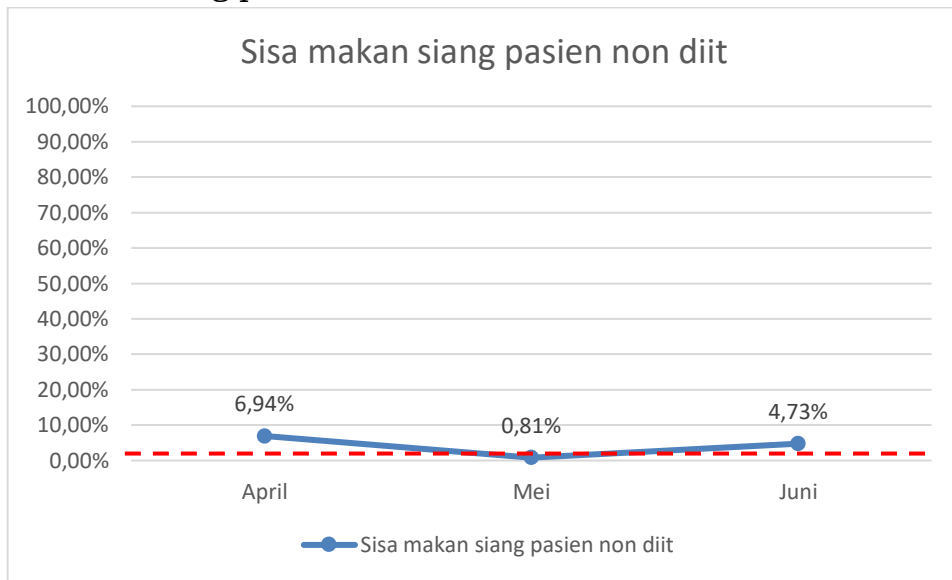
5. Kesalahan Diet Pasien



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu kesalahan diit pasien sebesar $\leq 0,5\%$, didapatkan hasil pengumpulan data 0,02% sepanjang triwulan II 2020, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan I 2020 yaitu 0,06%.

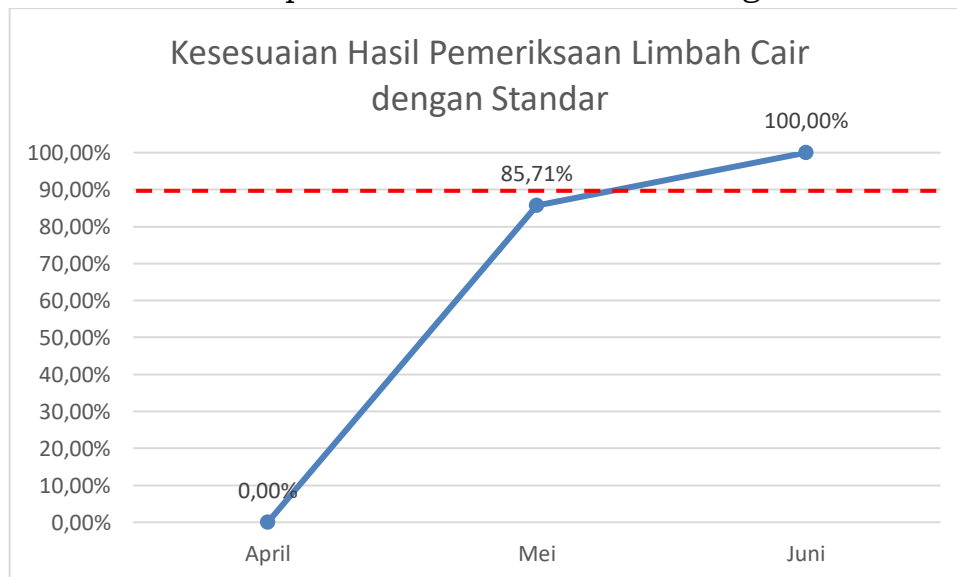
6. Sisa makan siang pasien non diit



• **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 4,16% sepanjang triwulan II 2020, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yaitu 1,57%.

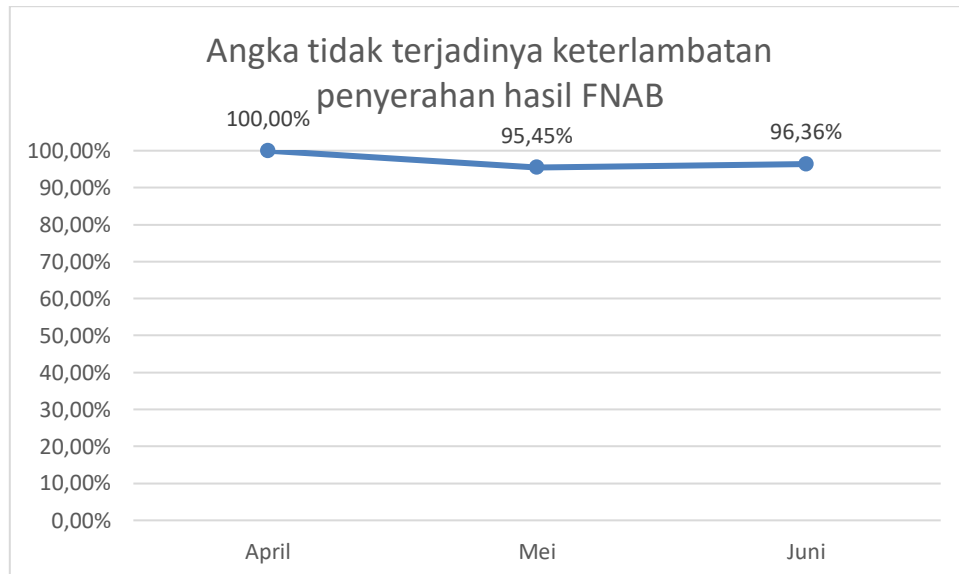
7. Kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar sebesar 90%, didapatkan hasil pengumpulan data yaitu 92,85% pada Triwulan II 2020, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian Triwulan I 2020 yaitu 95,23%. Namun demikian terdapat data yang belum dilaporkan via SISMADAK pada bulan April. Kedisiplinan dalam pelaporan harus ditingkatkan.

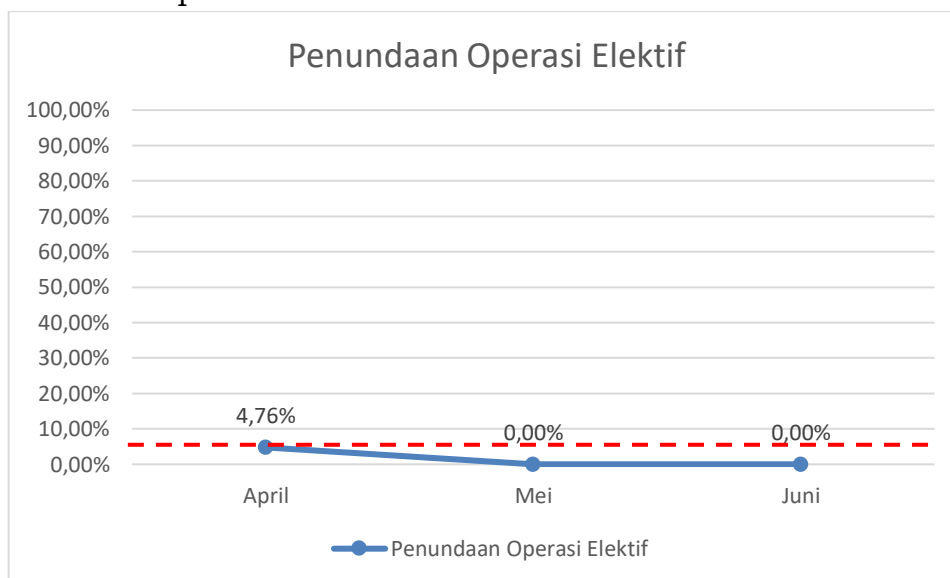
8. Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB sebesar 90%, didapatkan hasil pengumpulan data yaitu 97,2% pada Triwulan II 2020. Merupakan kali pertama unit Patologi Anatomi menetapkan dan mengukur indikator mutunya.

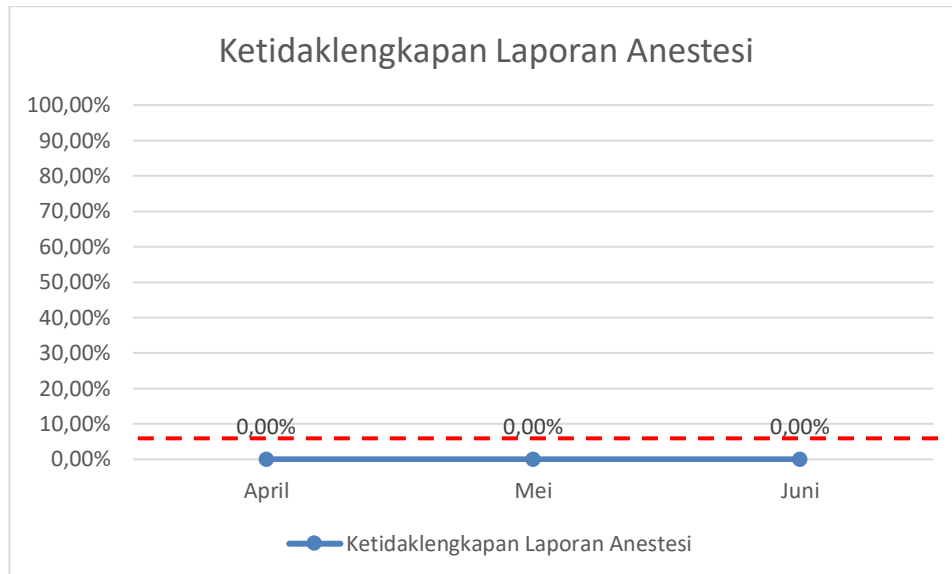
9. Penundaan Operasi Elektif



- **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 II 2020 yaitu 1,58%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian pada Triwulan I 2020 yaitu 1,6%. Artinya semakin sedikit kasus penundaan operasi elektif terjadi.

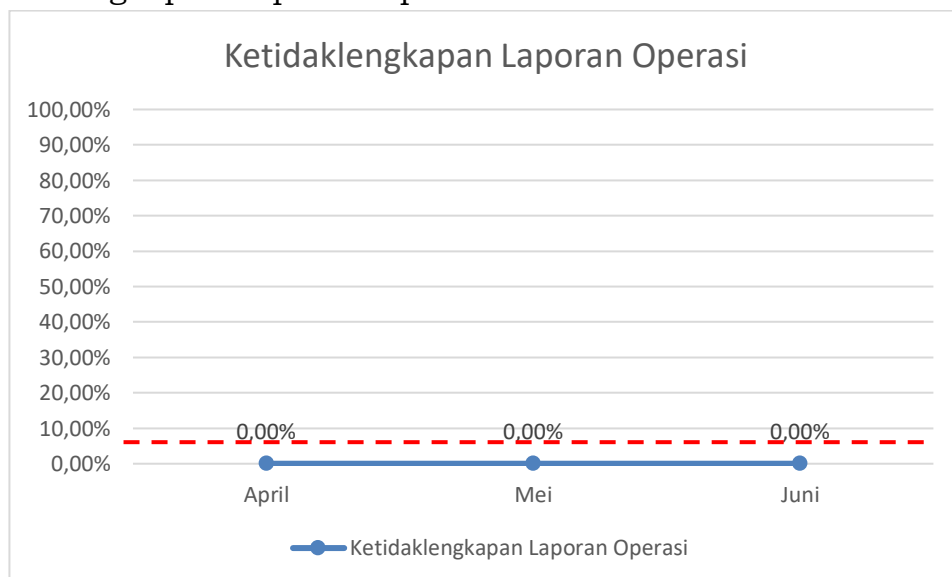
10. Ketidaklengkapan Laporan Anestesi



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Ketidaklengkapan Laporan Anestesi di IBS telah dengan standar yang ditetapkan karena tidak ada satupun laporan anestesi yang tidak lengkap pengisiannya sepanjang triwulan I 2020, mengalami **peningkatan kinerja** jika dibandingkan Triwulan I 2020 yang sebesar 13,5%.

11. Ketidaklengkapan Laporan Operasi



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Ketidaklengkapan Laporan Operasi di IBS telah sesuai dengan standar yang ditetapkan karena tidak ada satupun laporan operasi yang tidak lengkap pengisiannya sepanjang triwulan I 2020, mengalami **peningkatan kinerja** jika dibandingkan Triwulan I 2020 yang sebesar 14,84%.

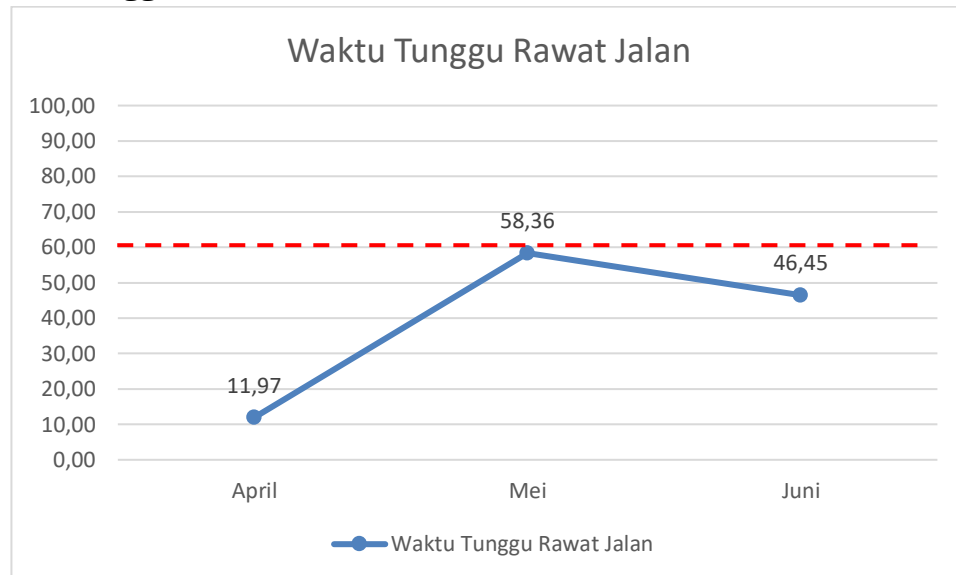
12. Kesalahan Lokasi Operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan II 2020

13. Kesalahan prosedur operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan II 2020

14. Waktu Tunggu Rawat Jalan



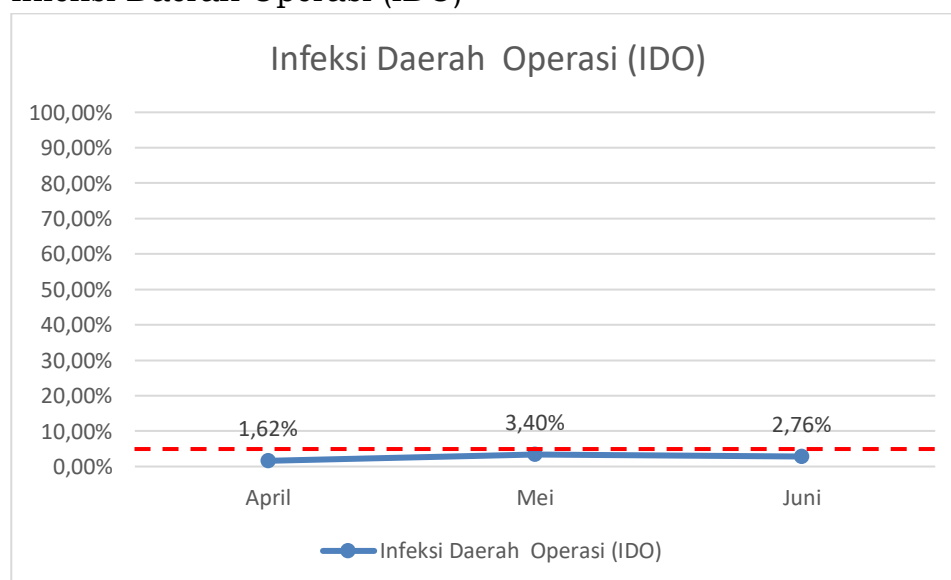
• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu waktu tunggu maksimal 60 menit, didapatkan hasil pengumpulan data Waktu Tunggu Rawat Jalan rerata 38,86 menit pada Triwulan II 2020, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yang sebesar 53,64 menit.

15. Kejadian pasien jatuh

Tidak pernah terjadi insiden pasien jatuh selama Triwulan II 2020

16. Infeksi Daerah Operasi (IDO)



• **Analisis Pencapaian:**

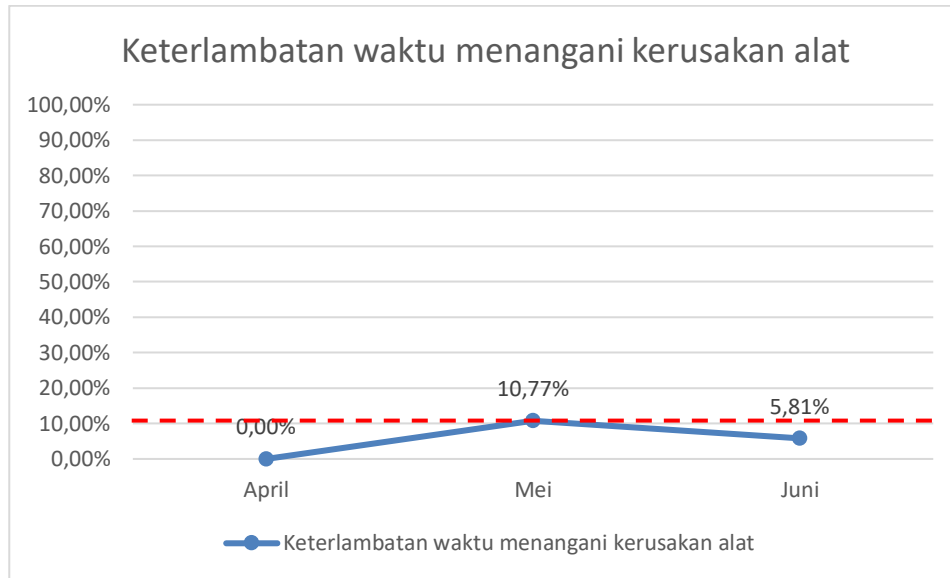
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Infeksi Daerah Operasi di Instalasi Rawat Jalan sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan rata-rata pencapaian

pada Triwulan II 2020 sebesar 2,59%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan Triwulan I 2020 yang sebesar 1,85%.

17. Keterlambatan Respon Time Genset

Unit belum melaporkan capaian indikatornya di SISMADAK

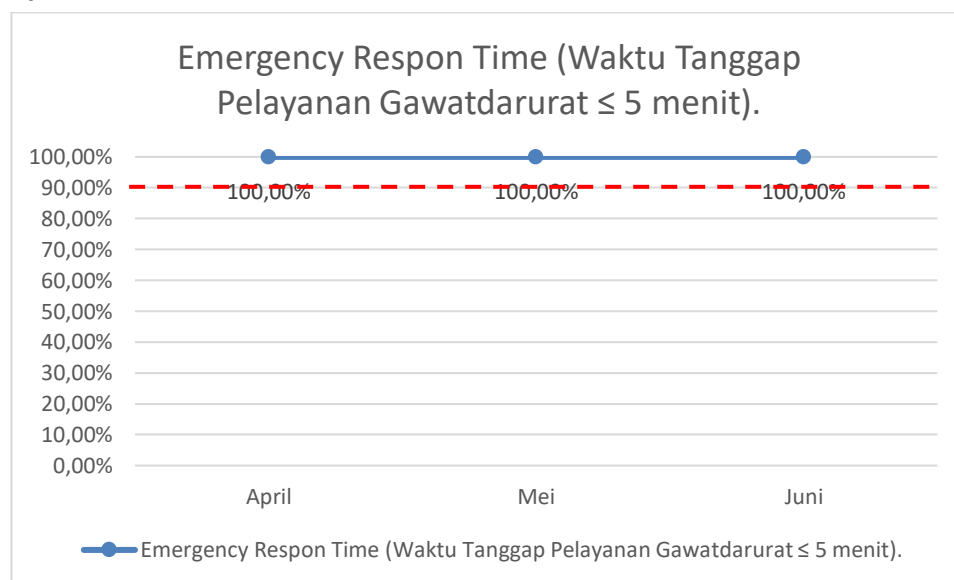
18. Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat



• **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 II 2020 sebesar 5,5%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yang sebesar 19,36%.

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

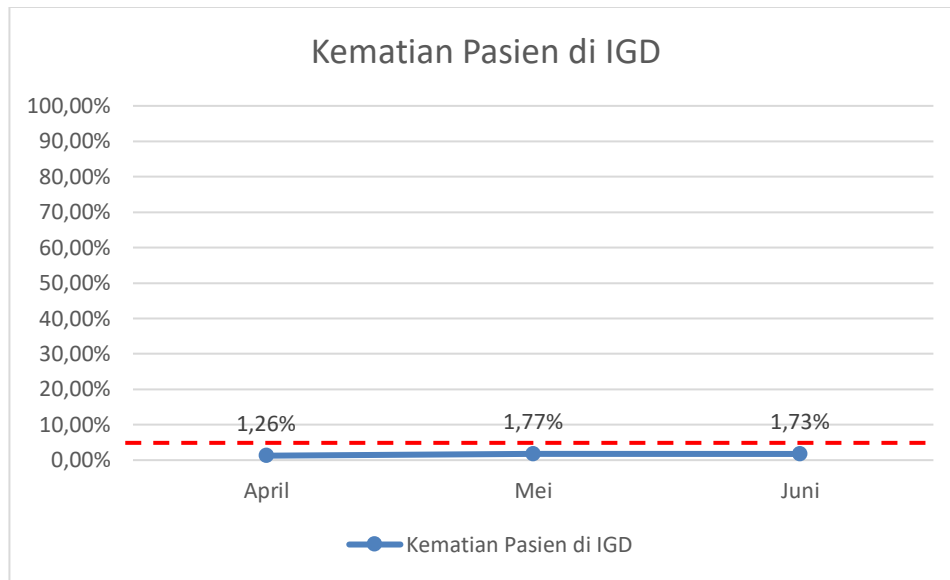


• **Analisis Pencapaian:**

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 II 2020 sebesar 100%, konsisten tercapai berturut-turut sejak Triwulan II 2019.

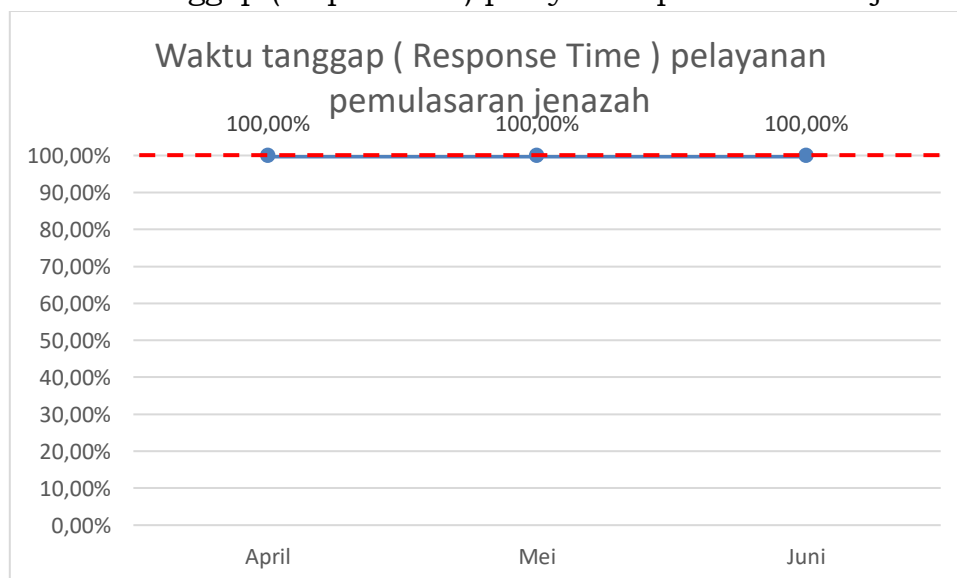
20. Kematian Pasien di IGD



• **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 II 2020 sebesar 1,58%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan I 2020 yaitu 0,79%. 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

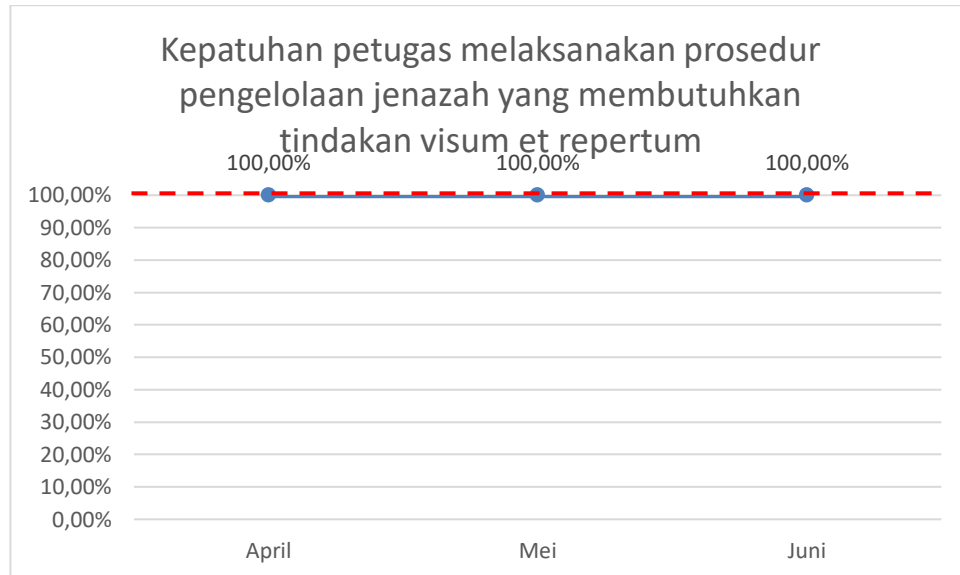


• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data waktu tanggap pelayanan pemulasaran

jenazah telah memenuhi standar pada triwulan II 2020 yaitu sebesar 100%, konsisten sejak tahun 2019. Hal ini harus tetap dipertahankan agar standar selalu terpenuhi.

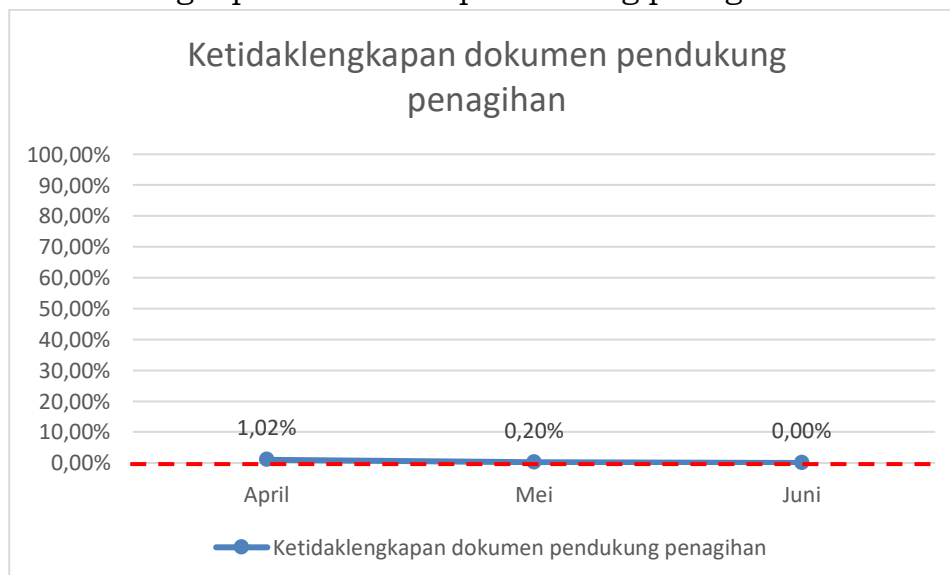
22. Kepatuhan petugas melaksanakan prosedur pengelolaan jenazah yang membutuhkan tindakan visum et repertum



• **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 II 2020 yaitu sebesar 100%, konsisten sejak tahun 2019. Hal ini harus tetap dipertahankan agar standar selalu terpenuhi.

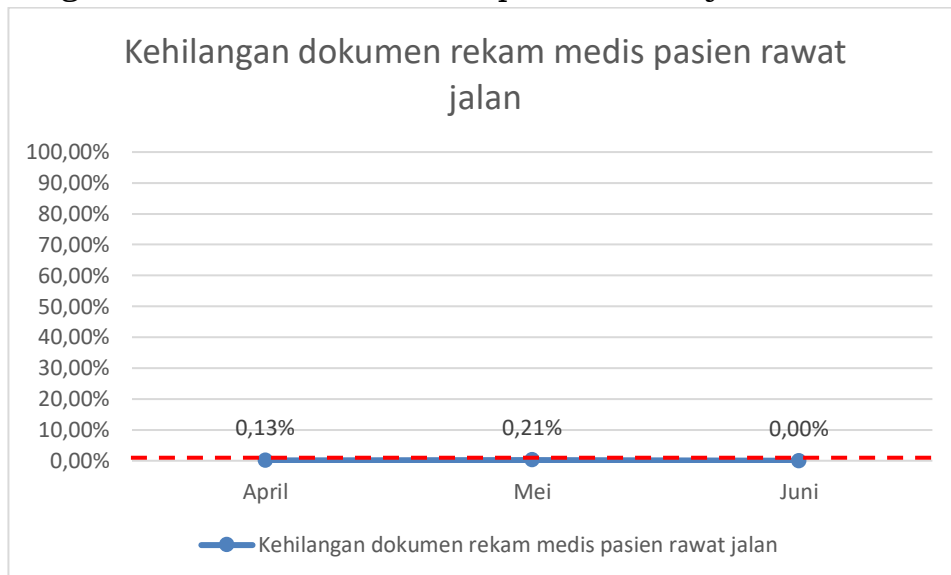
23. Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan pada triwulan II 2020 sebesar 0,4%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan triwulan I 2020 yang sebesar 0%.

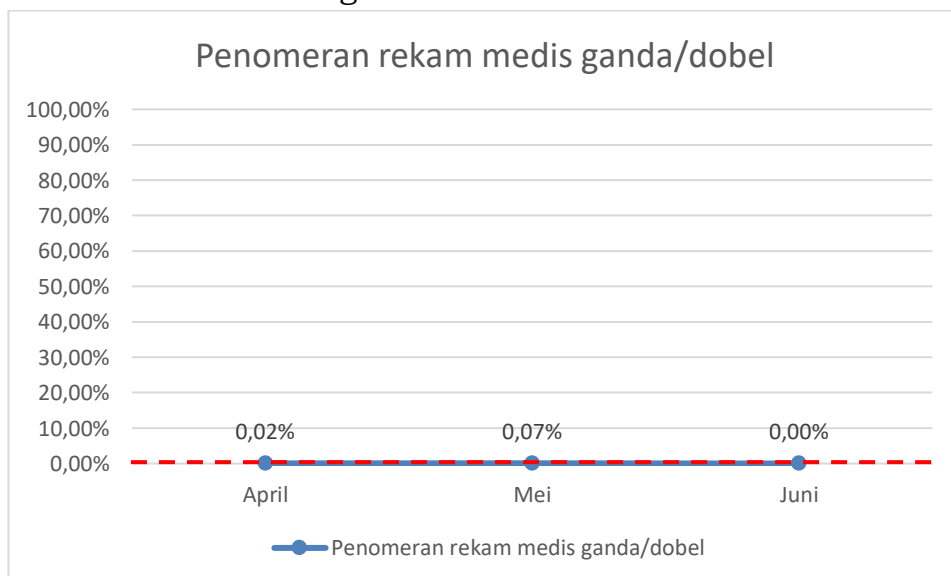
24. Tidak terlaporkannya hasil kritis
Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indikatornya
25. Kerusakan sampel darah
Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indikatornya
26. Kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan pada triwulan II 2020 rerata sebesar 0,11%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 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 penomoran rekam medis ganda pada triwulan II 2020 rerata sebesar 0,03%, mengalami **penurunan kinerja** disbanding capaian triwulan I 2020 yang sebesar 0,02%. Petugas pendaftaran harus melakukan *double check* untuk memastikan bahwa tidak terjadi penomoran ganda pada satu identitas pasien di rekam medis.

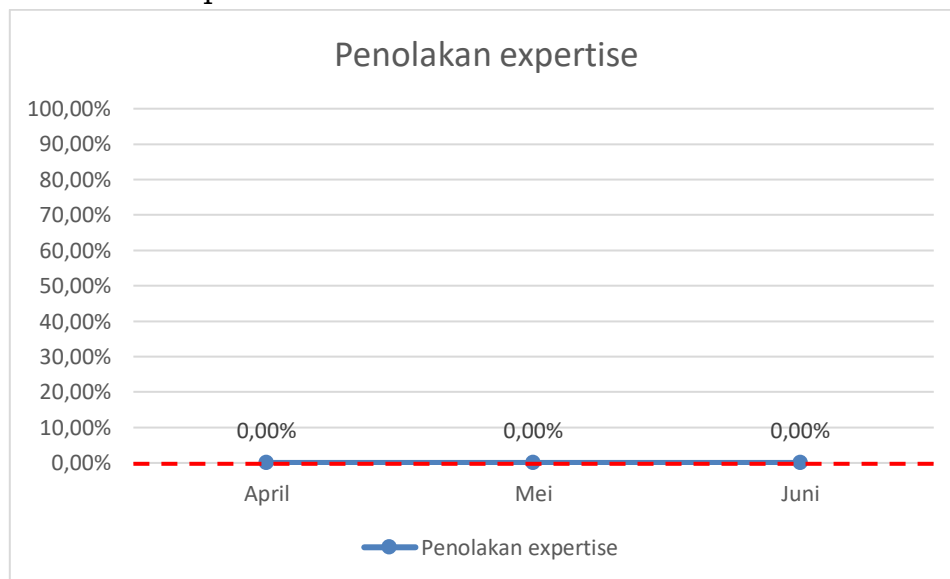
28. Unit Perbekalan belum menetapkan indicator mutunya

29. Indicator mutu unit cathlab terakumulasi pada indicator rumah sakit

30. Indicator mutu unit cathlab terakumulasi pada indicator rumah sakit

31. Indicator mutu unit cathlab terakumulasi pada indicator rumah sakit

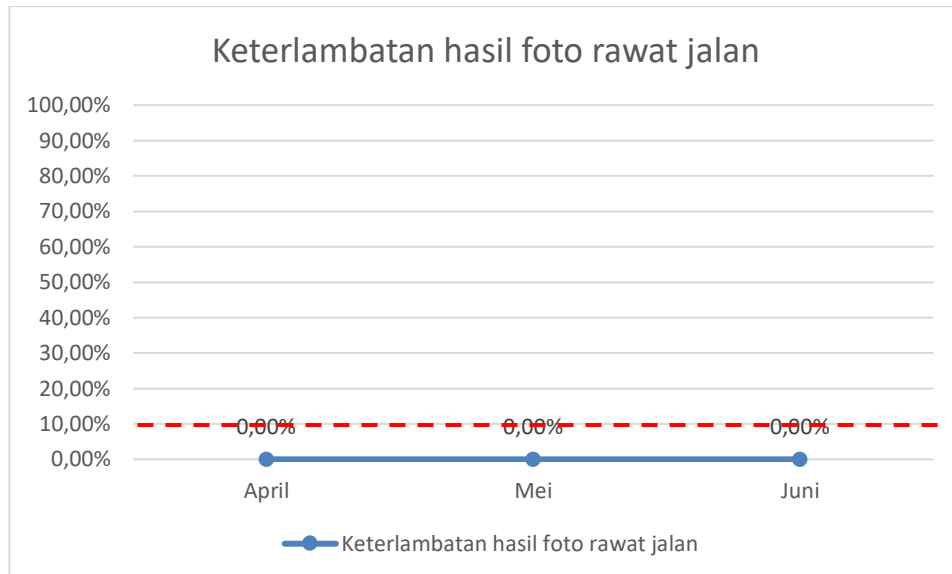
32. Penolakan Ekspertise



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data penolakan ekspertise telah memenuhi standar pada triwulan II 2020 yaitu sebesar 0%. Hal ini harus tetap dipertahankan agar standar selalu terpenuhi secara kontinyu.

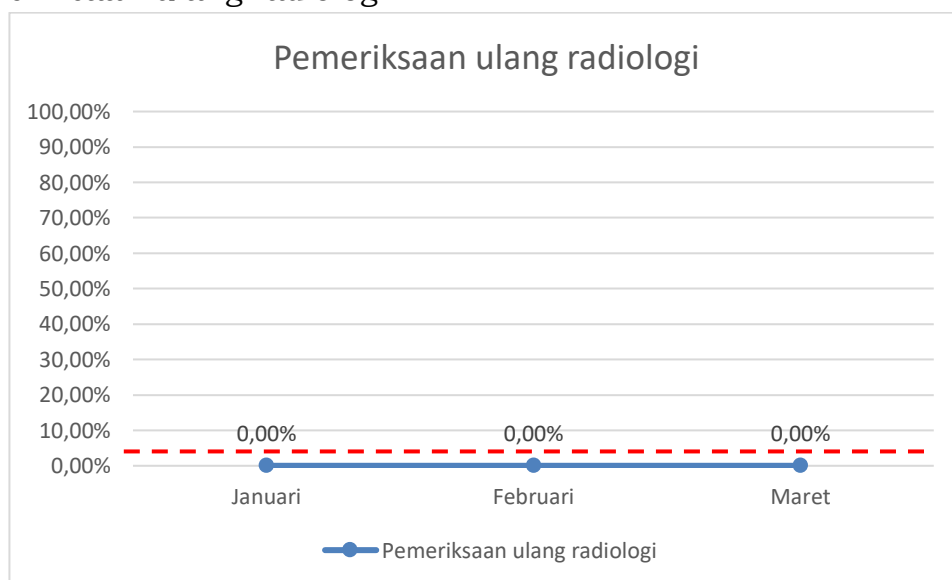
33. Keterlambatan hasil foto rawat jalan



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 10% didapatkan hasil pengumpulan data keterlambatan hasil foto rawat jalan pada triwulan II 2020 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



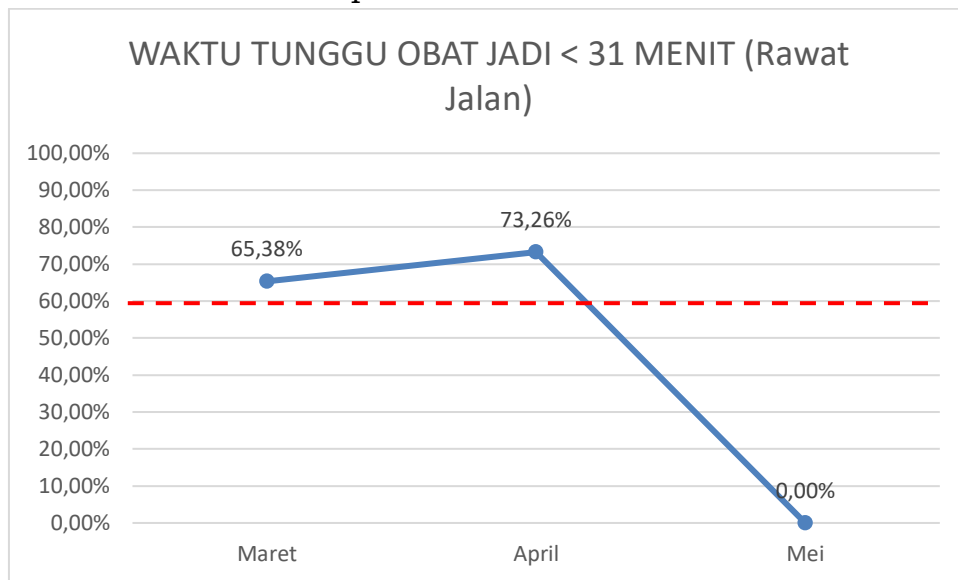
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu $\leq 5\%$ didapatkan hasil pengumpulan data pemeriksaan ulang radiologi pada triwulan I 2020 sebesar 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

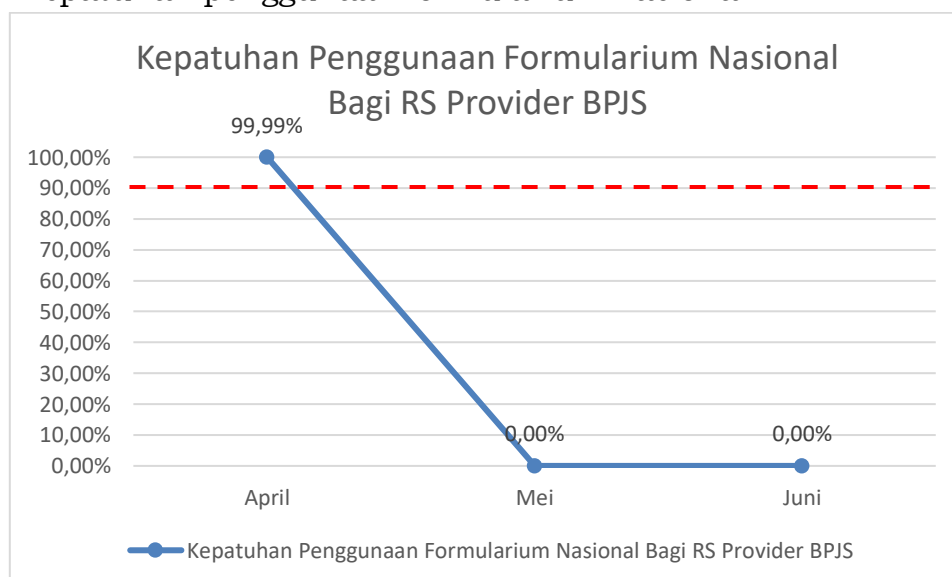


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 60% didapatkan hasil pengumpulan data keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan pada triwulan II 2020 sebesar 69,25%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan triwulan I 2020 yaitu 64,5%. Namun demikian masih ada kekosongan pengisian data capaian via SISMADAK pada bulan Mei.

38. Insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai
Tidak ada insiden sepanjang Triwulan II 2020

39. Kepatuhan penggunaan formularium nasional



- **Analisis Pencapaian:**

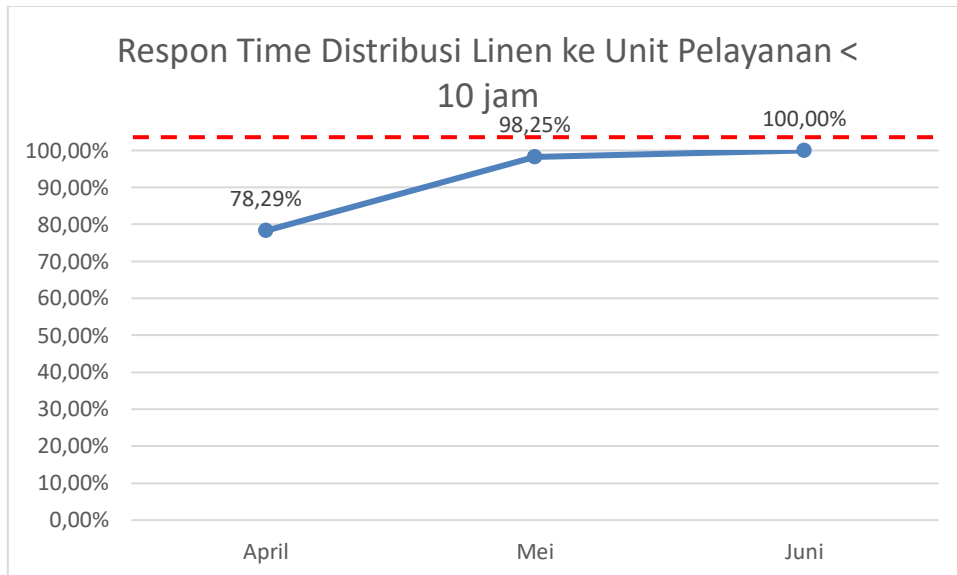
Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 90% didapatkan hasil pengumpulan data kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan II 2020 hanya terisi pada bulan Januari saja. Unit harus

meningkatkan kedisiplinan dalam pelaporan indicator mutu via SISMADAK.

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

43. Tim bersertifikat CSSD
Data belum dilaporkan oleh unit kerja

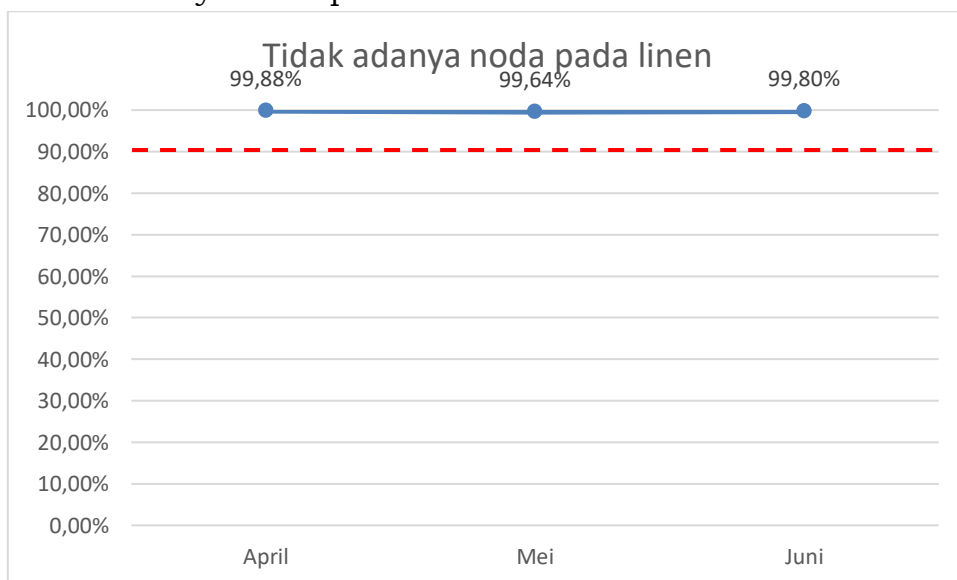
44. Respon time distribusi linen ke unit pelayanan <10 jam



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data respon time distribusi linen ke unit pelayanan <10 jam pada triwulan II 2020 rerata sebesar 92,18% mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yang sebesar 100%.

45. Tidak adanya noda pada linen

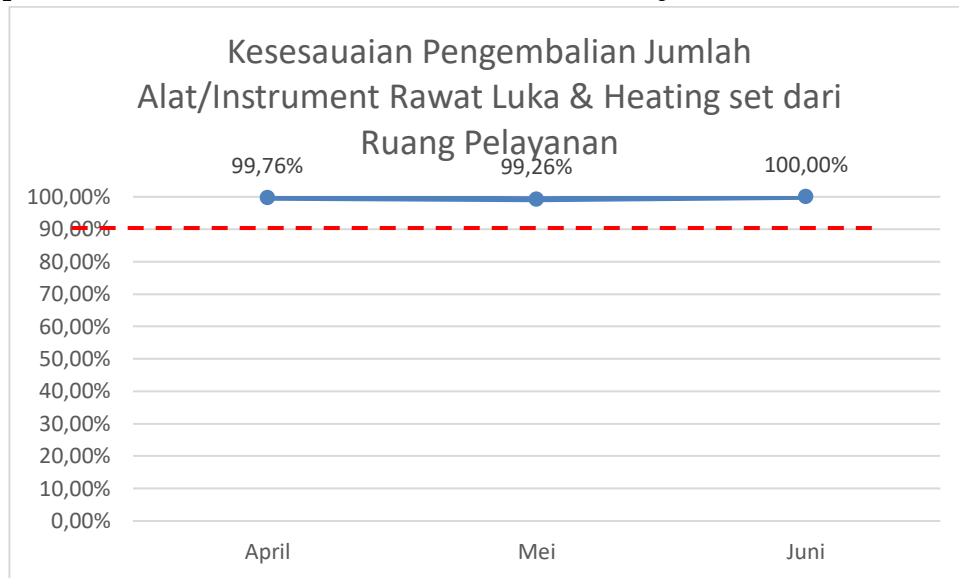


• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 90% didapatkan hasil pengumpulan data tidak adanya noda pada linen ke unit

pelayanan <10 jam pada triwulan II 2020 rerata sebesar 99,9% konsisten sejak triwulan I 2020.

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 II 2020 rerata sebesar 99,6%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I yaitu 100%.

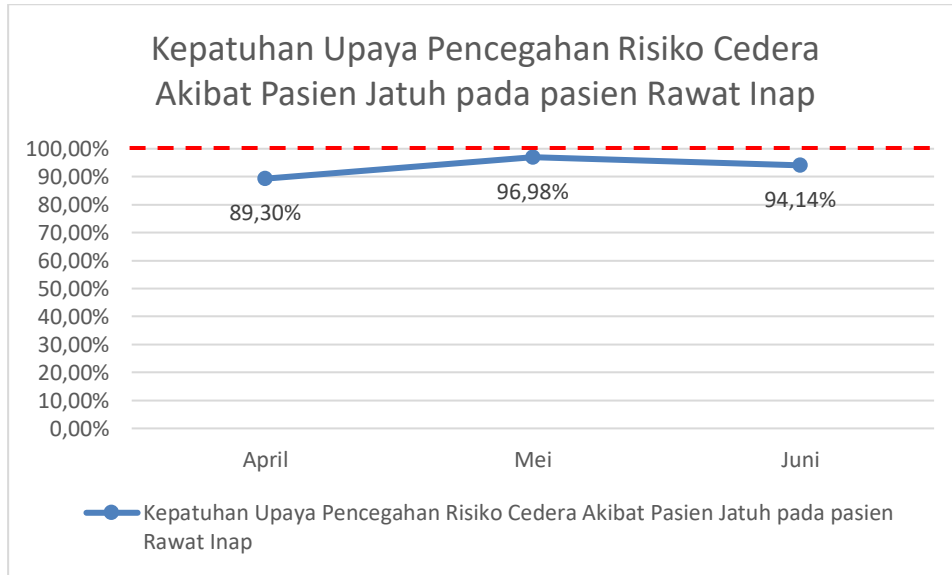
47. Kepuasan pasien dan keluarga



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 80% didapatkan hasil pengumpulan data Kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan II 2020 sebesar 82,92%. Masih memenuhi standar yang telah ditetapkan. Ketepatan waktu pelaporan via SISMADAK harus ditingkatkan.

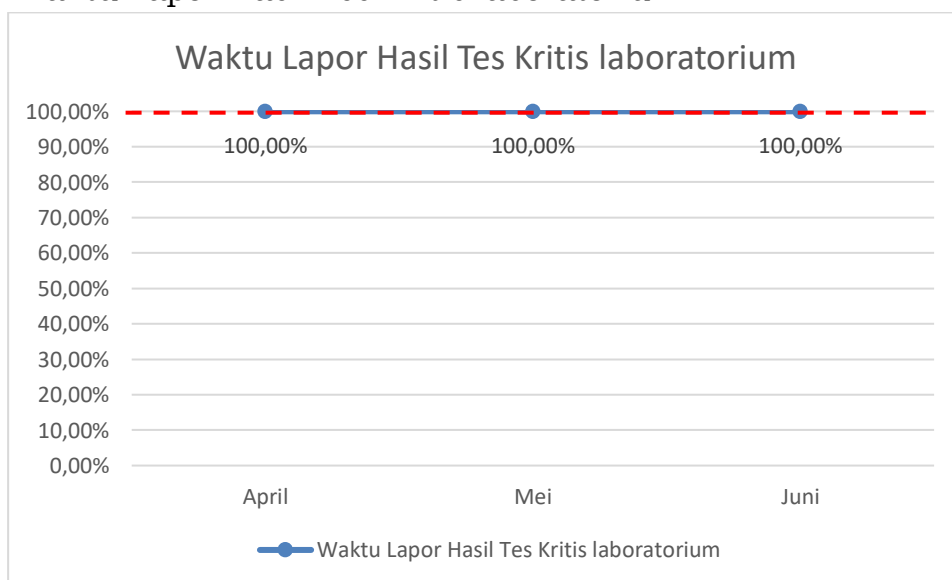
- 48. Kepatuhan penggunaan clinical pathway
Data belum terlapor dalam SISMADAK
- 49. Kepatuhan cuci tangan
Data belum terlapor dalam SISMADAK
- 50. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap



- **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 II 2020 sebesar 93,4%. Mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yaitu 98,34%.

- 51. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium

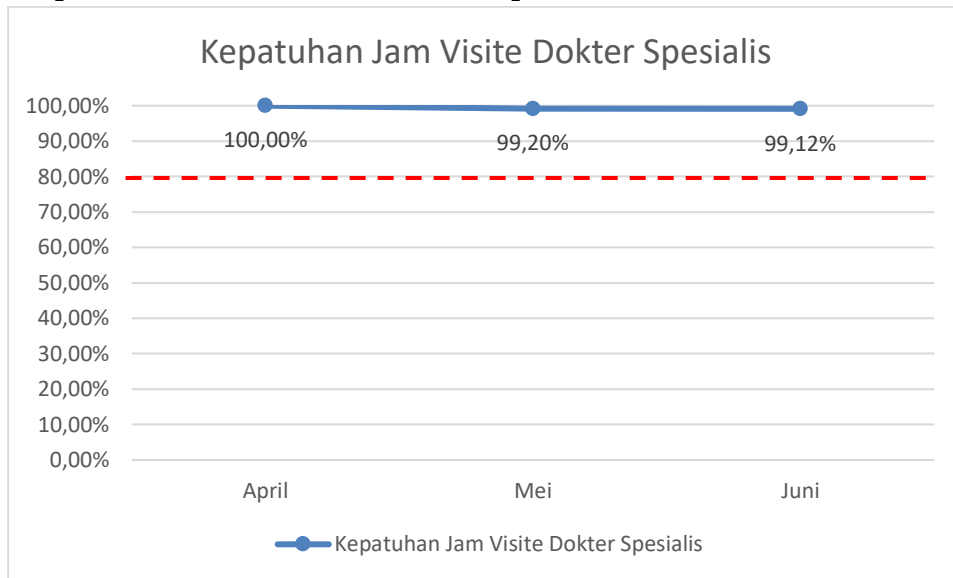


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan 100% didapatkan hasil pengumpulan data Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium di Rawat Inap dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan II 2020

sebesar 100%, mengalami **kinerja konsisten sesuai standar** sejak Triwulan I tahun 2020.

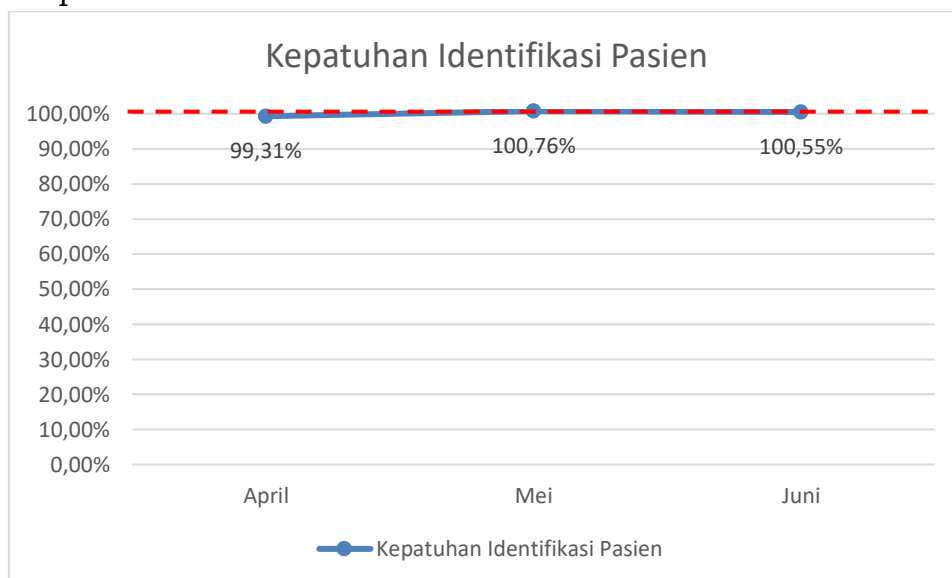
52. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



- **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 II 2020 sebesar 99,43%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yaitu 99,19%. Tentunya perlu tetap dilakukan perbaikan pada tiap kendala yang dihadapi di lapangan agar capaian indicator mutu dapat secara konsisten meningkat dan memenuhi standar.

53. Kepatuhan Identifikasi Pasien

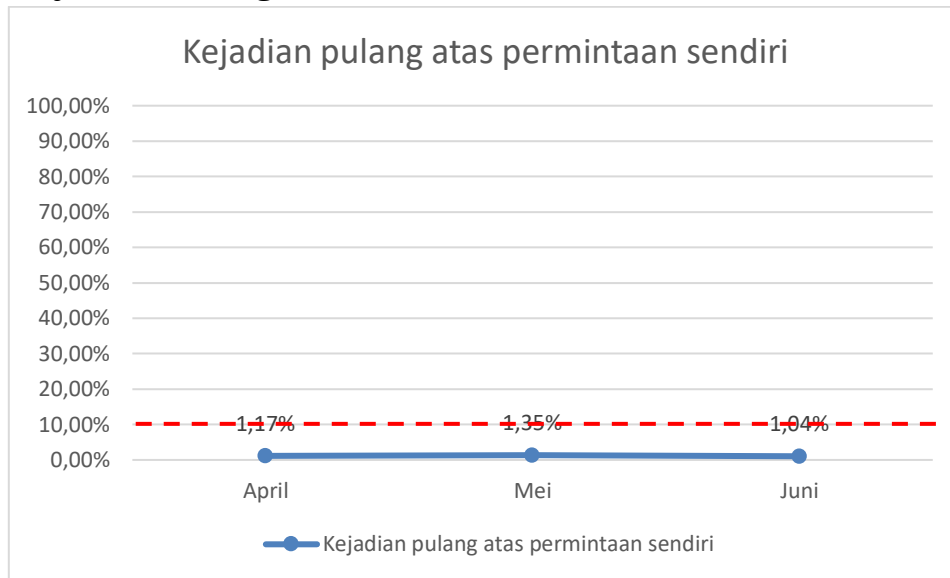


- **Analisis Pencapaian:**

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 II 2020 sebesar 99,7%, **kinerja sama** dibandingkan capaian

triwulan I 2020 yaitu 99,7%. Terdapat data salah entry pada bulan Mei dan Juni sehingga capaian melebihi 100%.

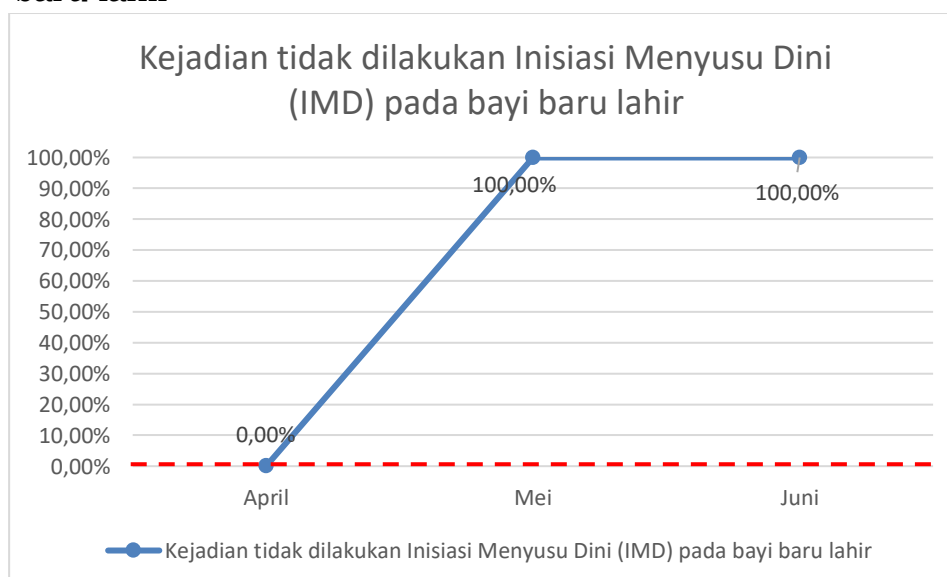
54. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri



- **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 II 2020 sebesar 1,18%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan triwulan I 2020 yaitu 1,07%. 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

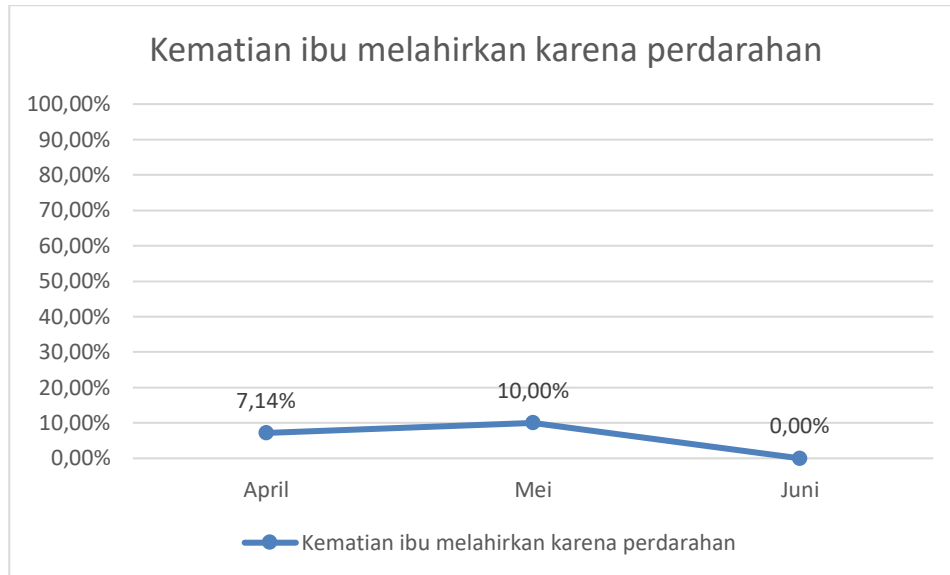


- **Analisis Pencapaian:**

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 II 2020 sebesar 100%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020. Hal ini salah satunya disebabkan oleh pandemic Covid-19 sehingga diberlakukan kewaspadaan tingkat tinggi di lingkungan rumah sakit.

56. Kematian ibu melahirkan karena perdarahan



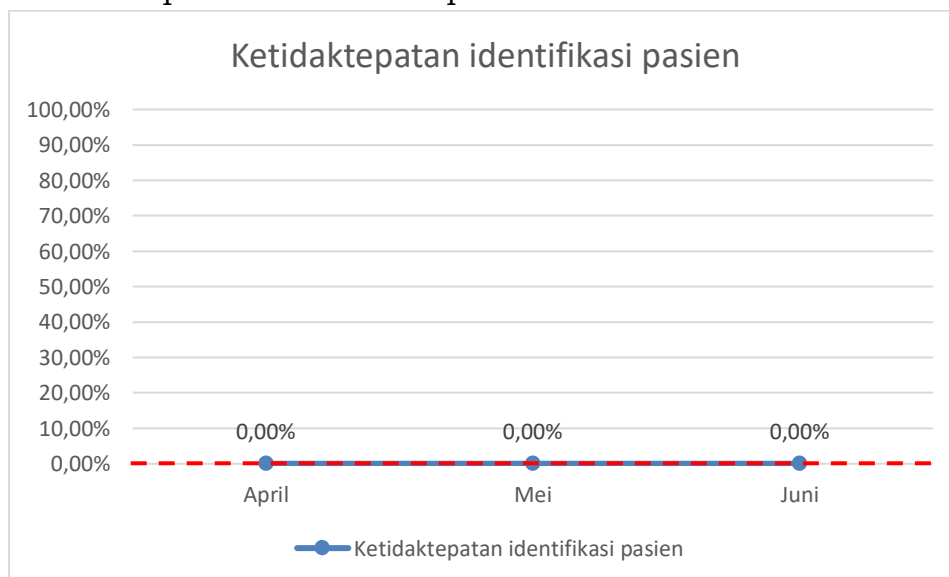
• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data Kematian ibu melahirkan karena perdarahan belum memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan II 2020 sebesar 5,7%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 dimana tidak ada kasus kematian ibu melahirkan karena perdarahan. Hal ini terus menjadi perhatian rumah sakit untuk menekan angka kematian ibu.

57. Kematian ibu melahirkan karena eklampsi

Tidak ada kasus kematian ibu melahirkan karena eklampsia pada triwulan II 2020

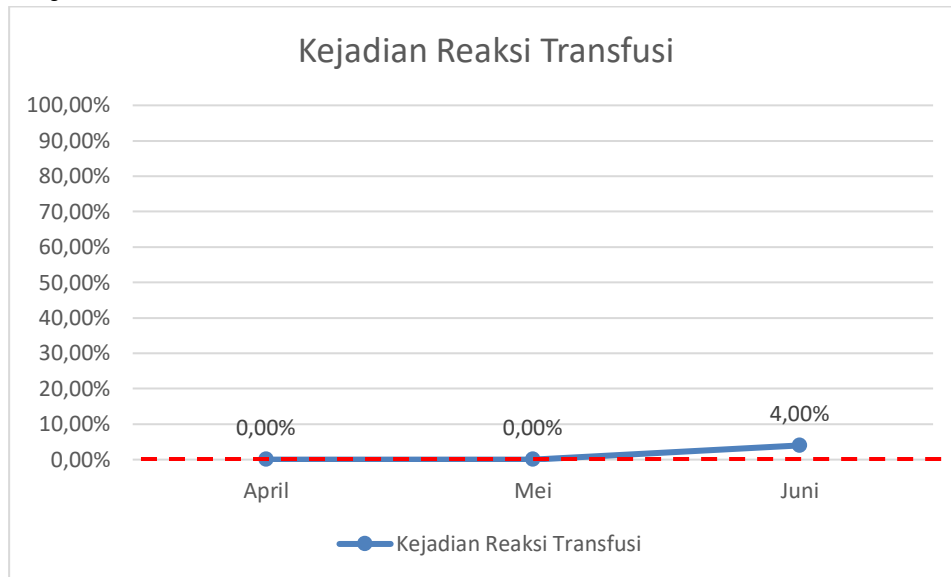
58. Ketidaktepatan identifikasi pasien



- **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 II 2020 sebesar 0%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan triwulan I 2020 yaitu 0,21%. Perlu sosialisasi berkelanjutan terkait pelaksanaan proses identifikasi pada pasien sebelum dilakukan berbagai tindakan medis sebagaimana yang telah ditetapkan.

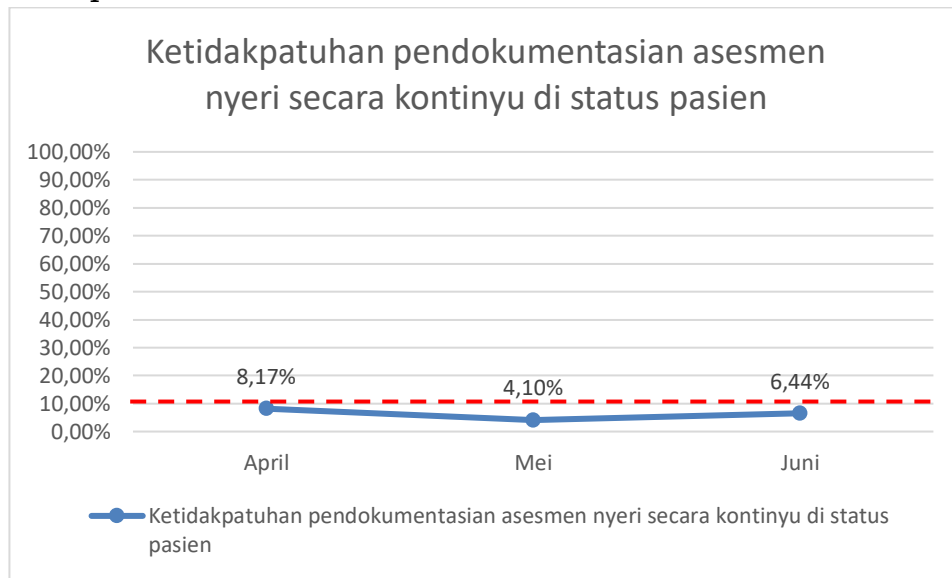
59. Kejadian Reaksi Transfusi



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data kejadian reaksi transfusi darah belum memenuhi standar dengan terdapatnya insiden kesalahan transfusi darah pada bulan Juni 2020. Hal ini sangat berkaitan dengan insiden keselamatan pasien yang semestinya *zero* insiden terkait pemberian produk darah/transfusi. 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.

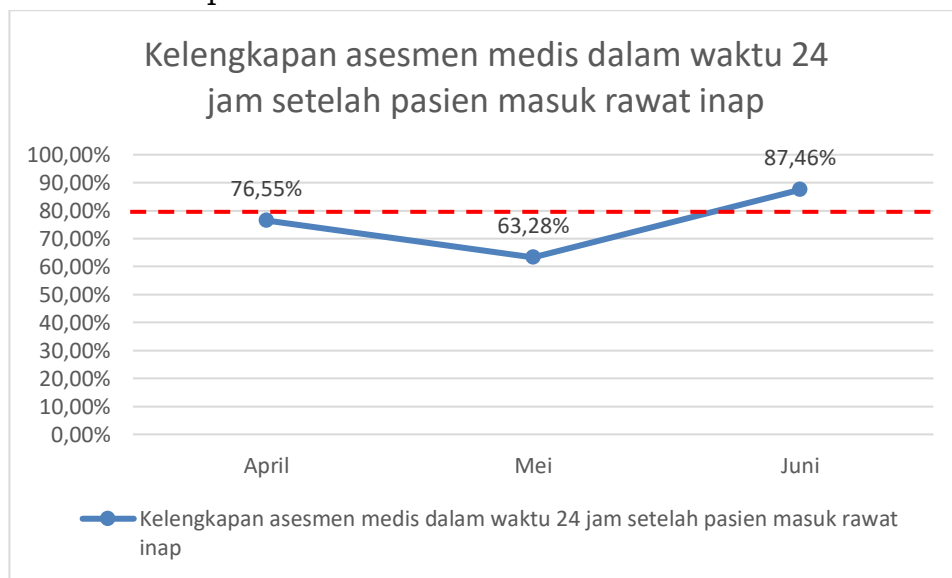
60. Ketidapatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien



• **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 II 2020 sebesar 6,22%. Namun demikian mengalami **penurunan kinerja** cukup signifikan dibandingkan capaian triwulan I 2020 yaitu 2,42%. Hal ini harus ditingkatkan serta terus dievaluasi.

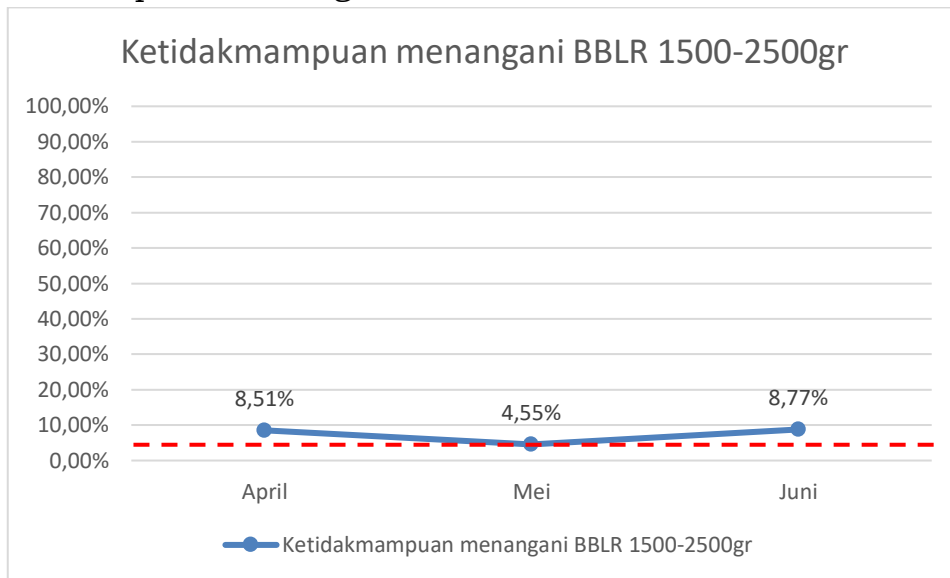
61. Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap



• **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 II 2020 sebesar 75,76%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yaitu 80,73%.

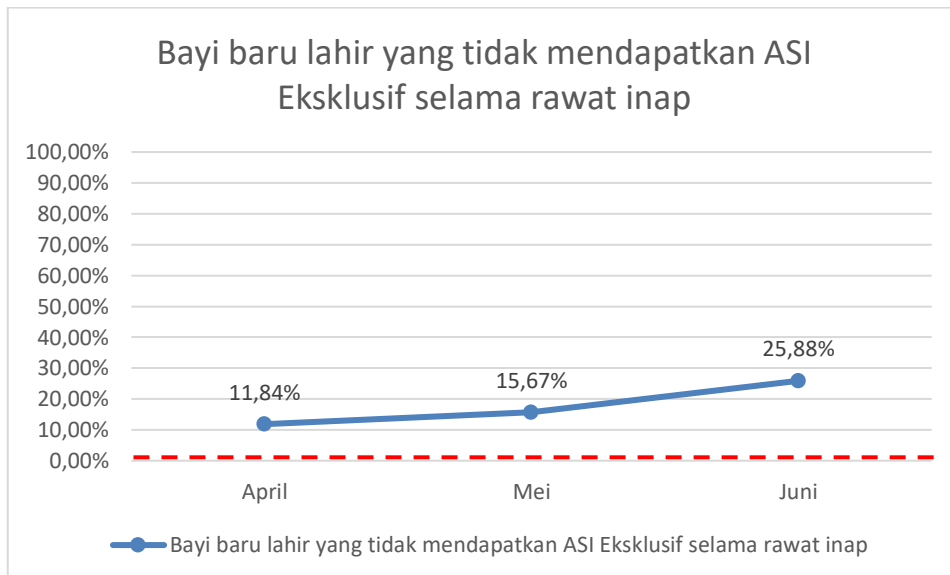
62. Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram belum mencapai standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan II 2020 sebesar 7,27%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2020 yaitu 7,5%.

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 II 2020 sebesar 17,79%, mengalami **peningkatan kinerja** cukup signifikan dibandingkan capaian triwulan I 2020 yaitu 26,14%.