

**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**



**2021**

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

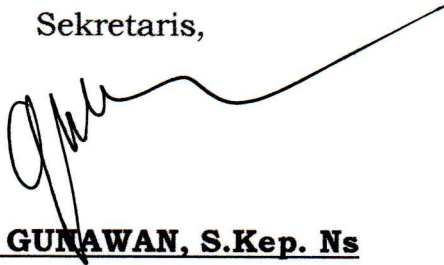
|  |   |   |
|--|---|---|
| Penanggungjawab                        | : | Direktur RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso   |
| Ketua                                  | : | dr. Nurwahyudi, Sp.JP. FIHA   |
| Wakil Ketua                            | : | Edhi Purwanto, S.Kep., Ns   |
| Sekretaris               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

## LEMBAR PENGESAHAN

"Laporan Analisis Triwulan II (April – Juni) Kinerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2021" ini telah disusun dan dilaporkan:

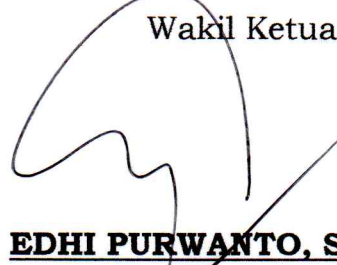
Dilaporkan di : Bondowoso  
Pada tanggal : Juli 2021

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 endoksopi  | 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/<br>Ambulance           | 35     | Keterlambatan Pelayanan Ambulans di Rumah Sakit                                     | Klinis              |
| 17 | Bagian Umum                   | 36     | Kecepatan respon terhadap komplain  | Manajemen/<br>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 &<br>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 &<br>Pengembangan | 47     | Kepuasan pasien dan keluarga  | Manajemen/<br>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 |   |                     |

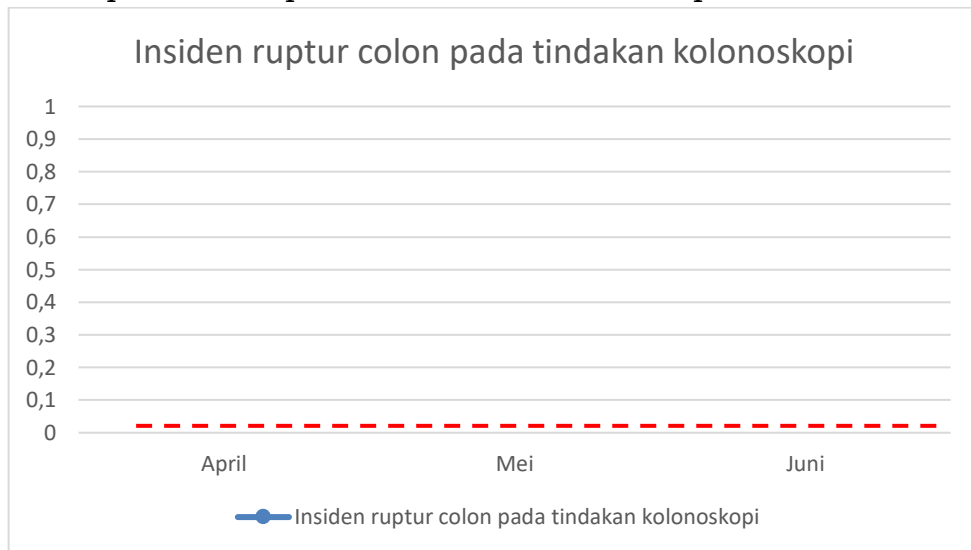
|  |    |  |                  |
|--|----|--|------------------|
|  |    | pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien              |                  |
|  | 61 | Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap | Klinis/Wajib     |
|  | 62 | Ketidakmampuan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

## HASIL KERJA

Setelah RSU 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)

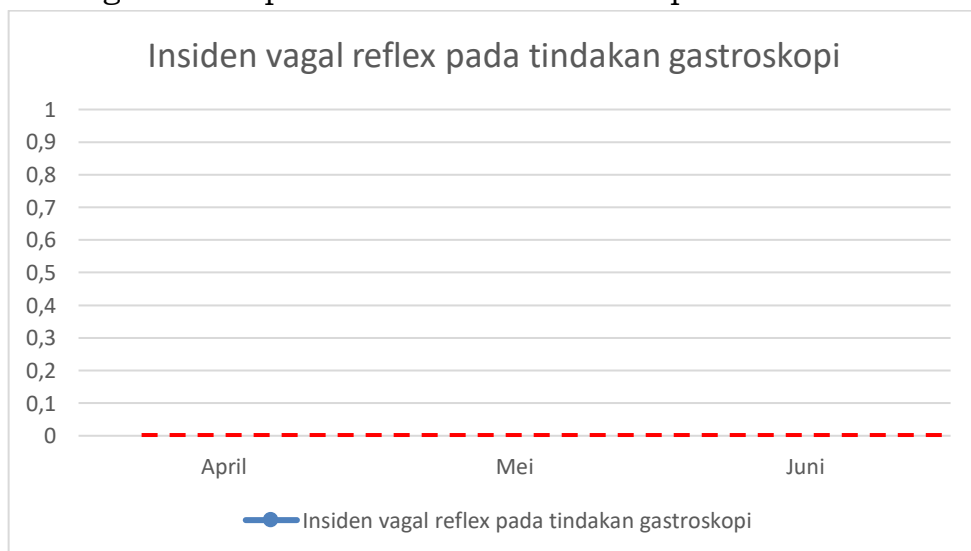
#### 1. Insiden Ruptur Colon pada Tindakan Kolonoskopi



• **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



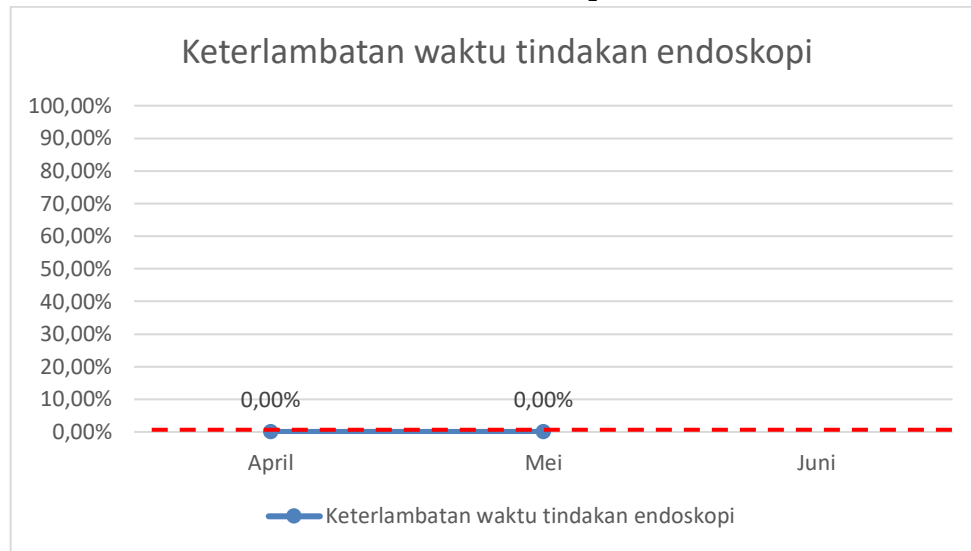
• **Analisis Pencapaian:**

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

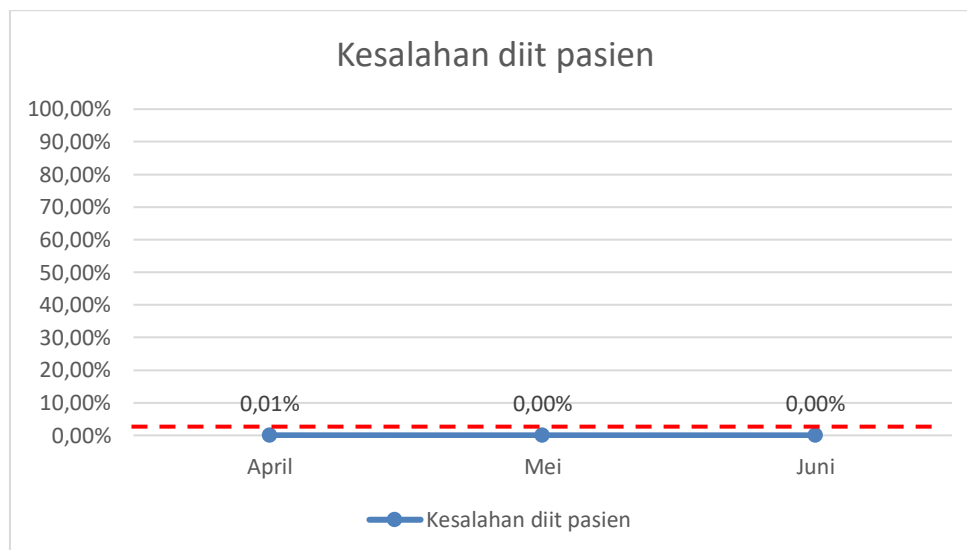


- **Analisis Pencapaian:**

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

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

### 5. Kesalahan Diet Pasien

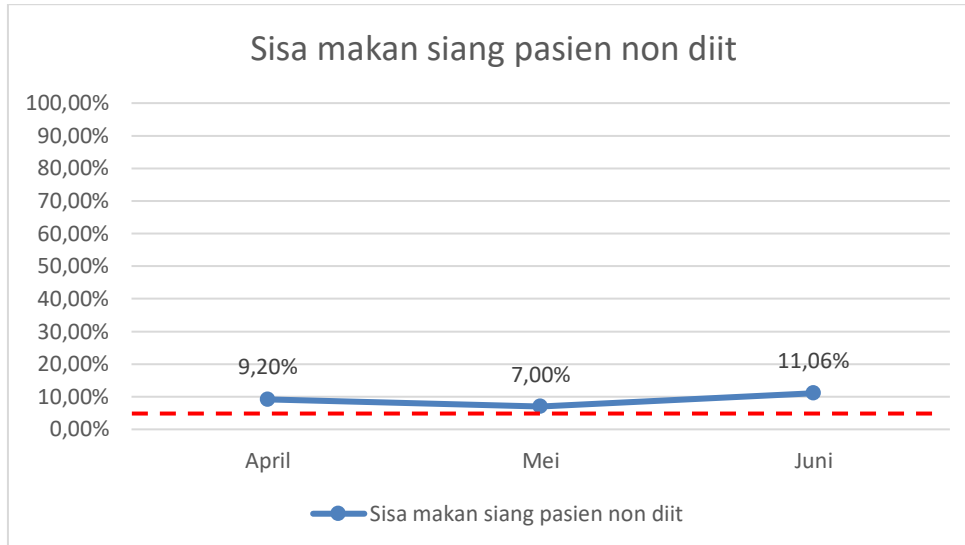


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu kesalahan diit pasien sebesar  $\leq 0,5\%$ , didapatkan hasil pengumpulan data 0,003% sepanjang triwulan II 2021, yang artinya nyaris tidak pernah terjadi kesalahan pada diit pasien. Mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan I 2021 yaitu 0,01%.



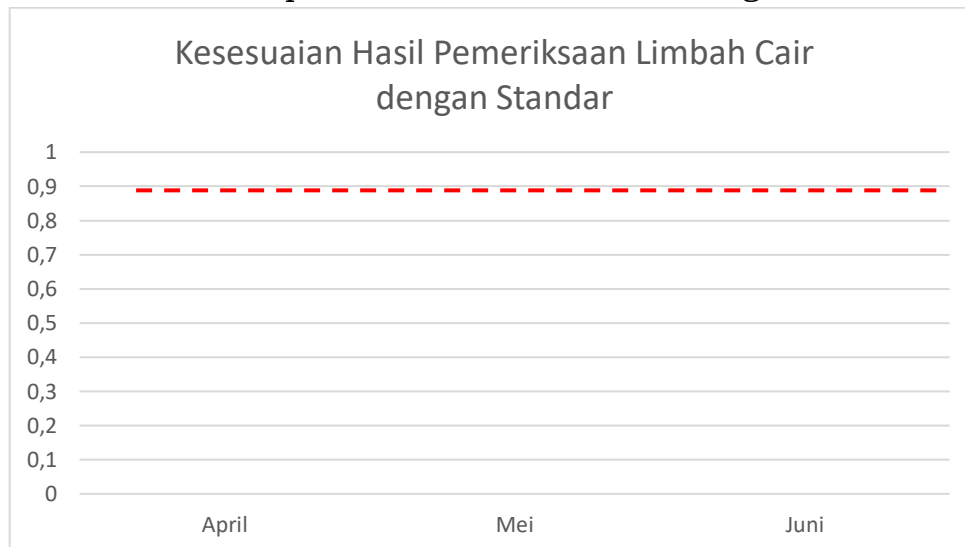
6. Sisa makan siang pasien non diit



• **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 9,08% sepanjang triwulan II 2021, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 3,7%.

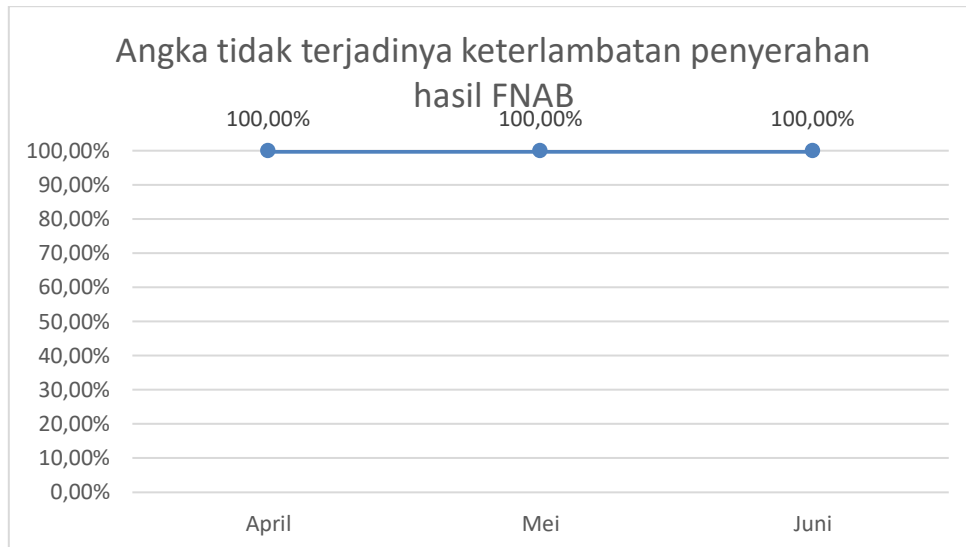
7. Kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar



• **Analisis Pencapaian:**

Unit kerja belum melaporkan capaian indikator mutunya via SISMADAK.

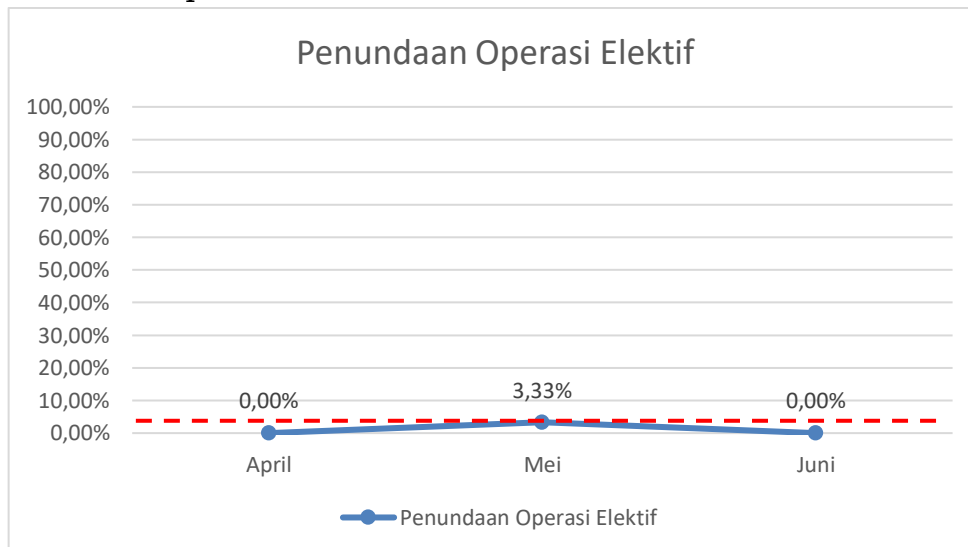
## 8. Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB



- **Analisis Pencapaian:**

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

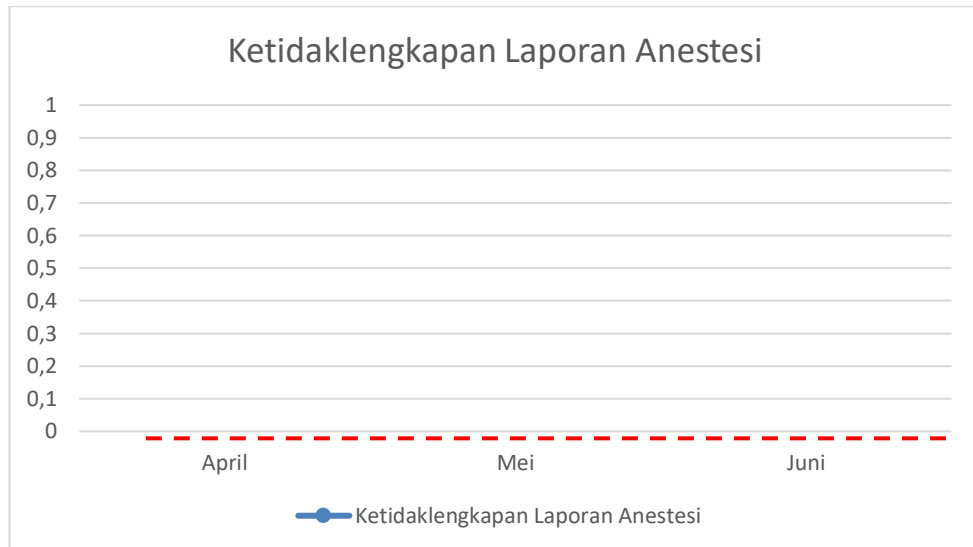
## 9. Penundaan Operasi Elektif



- **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 II 2021 yaitu 1,11%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan pencapaian pada Triwulan II 2021 yaitu 8,82%.

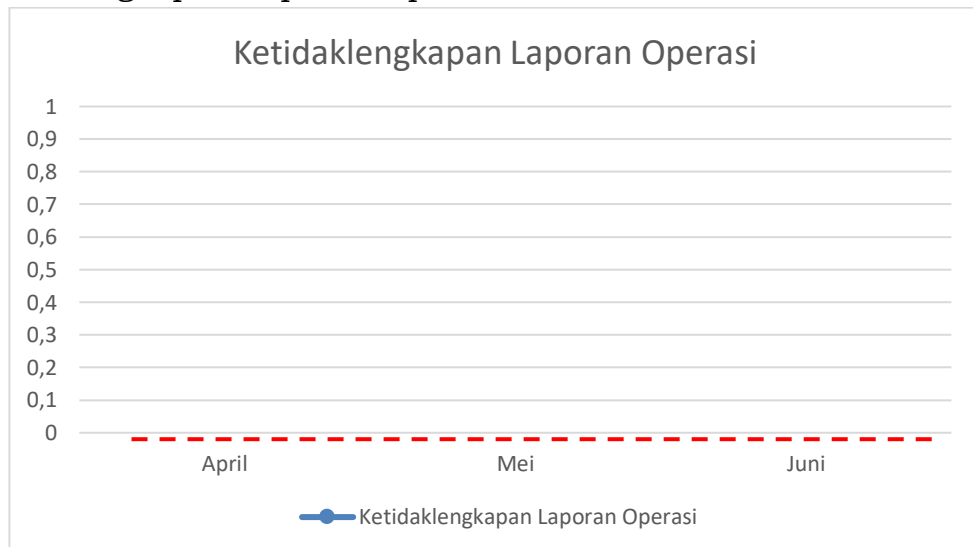
#### 10. Ketidaklengkapan Laporan Anastesi



- **Analisis Pencapaian:**

Tidak ada laporan masuk ke SISMADAK selama triwulan II 2021.

#### 11. Ketidaklengkapan Laporan Operasi



- **Analisis Pencapaian:**

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

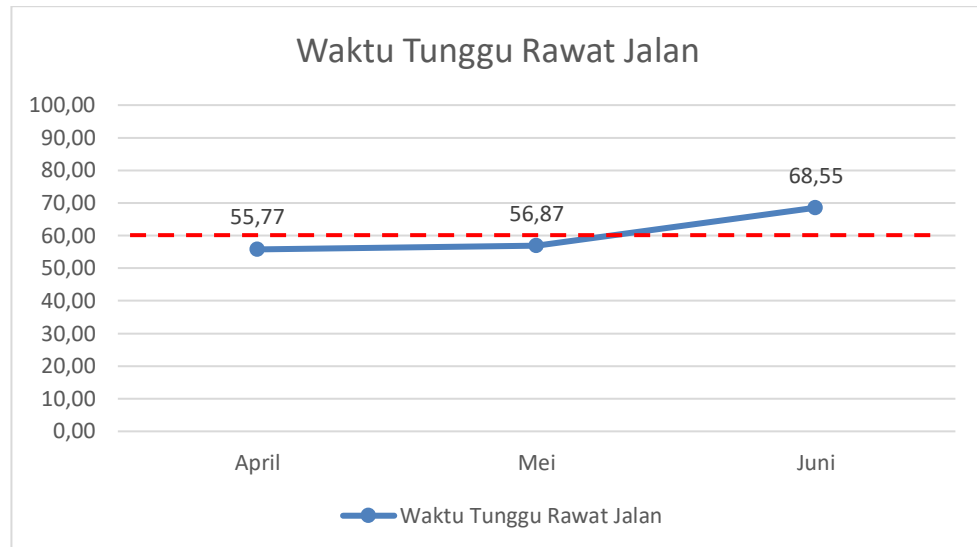
#### 12. Kesalahan Lokasi Operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan II 2021

#### 13. Kesalahan prosedur operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan II 2021

#### 14. Waktu Tunggu Rawat Jalan



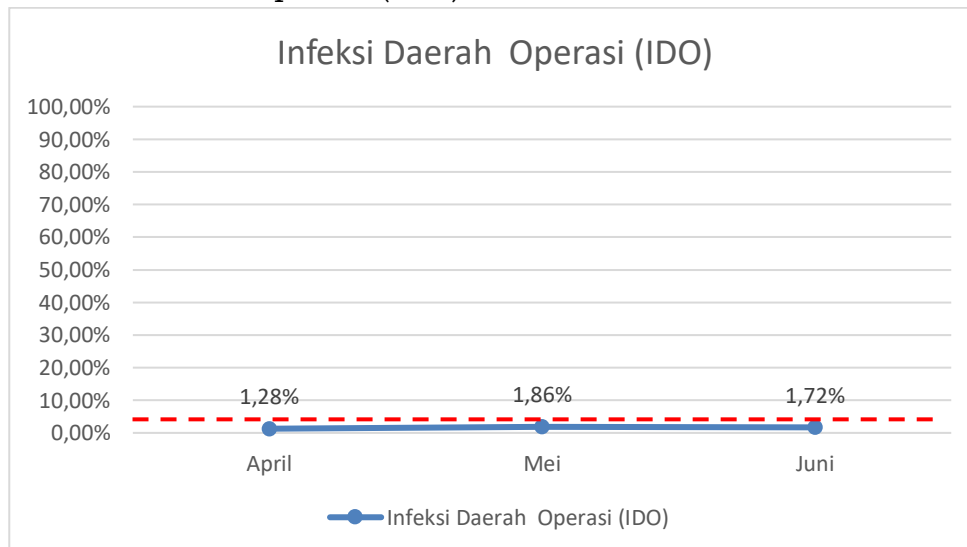
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu waktu tunggu maksimal 60 menit, didapatkan hasil pengumpulan data Waktu Tunggu Rawat Jalan rerata 60,3 menit pada Triwulan II 2021, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yang sebesar 54,48 menit.

#### 15. Kejadian pasien jatuh

Tidak pernah terjadi insiden pasien jatuh selama Triwulan II 2021

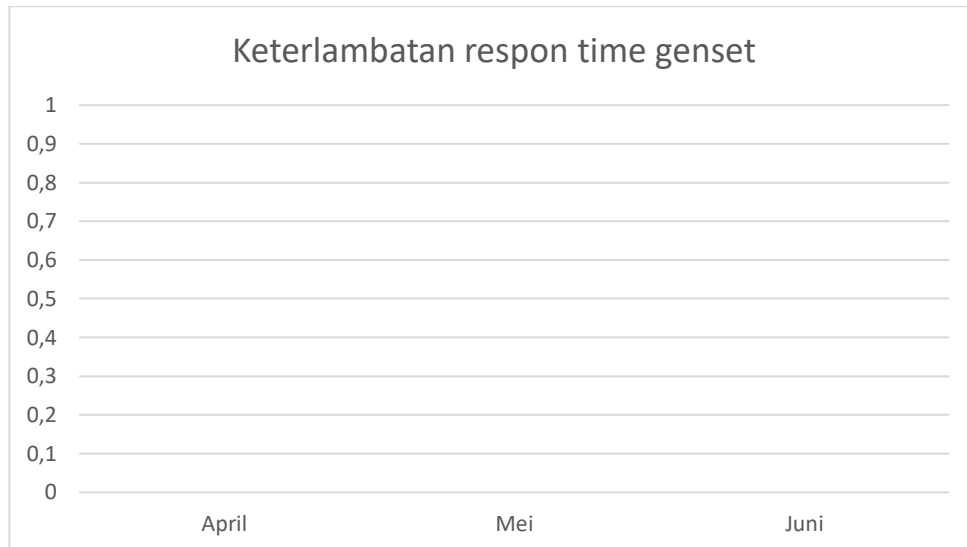
#### 16. Infeksi Daerah Operasi (IDO)



- **Analisis Pencapaian:**

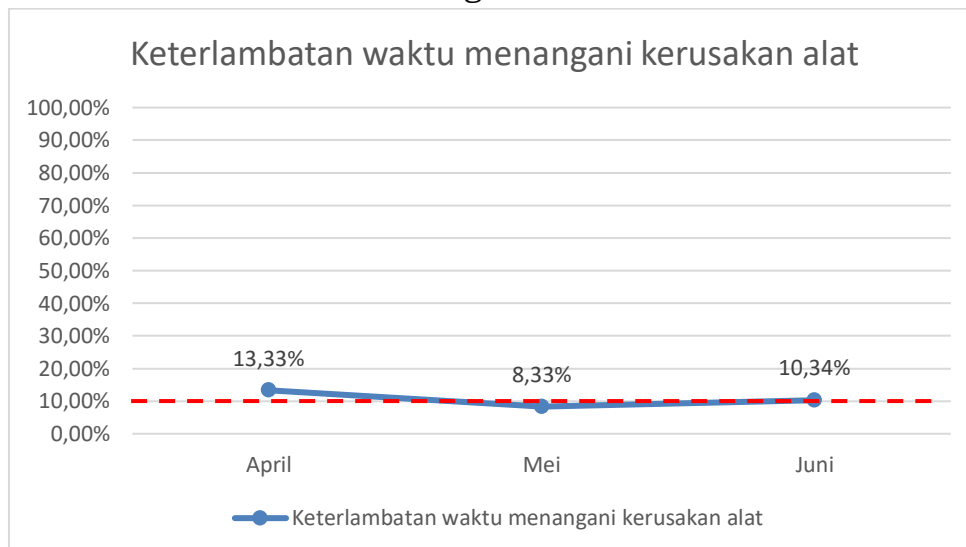
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Infeksi Daerah Operasi di Instalasi Rawat Jalan sesuai dengan standar yang ditetapkan dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan II 2021 sebesar 1,62%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan Triwulan I 2021 yang sebesar 3,89%.

### 17. Keterlambatan Respon Time Genset



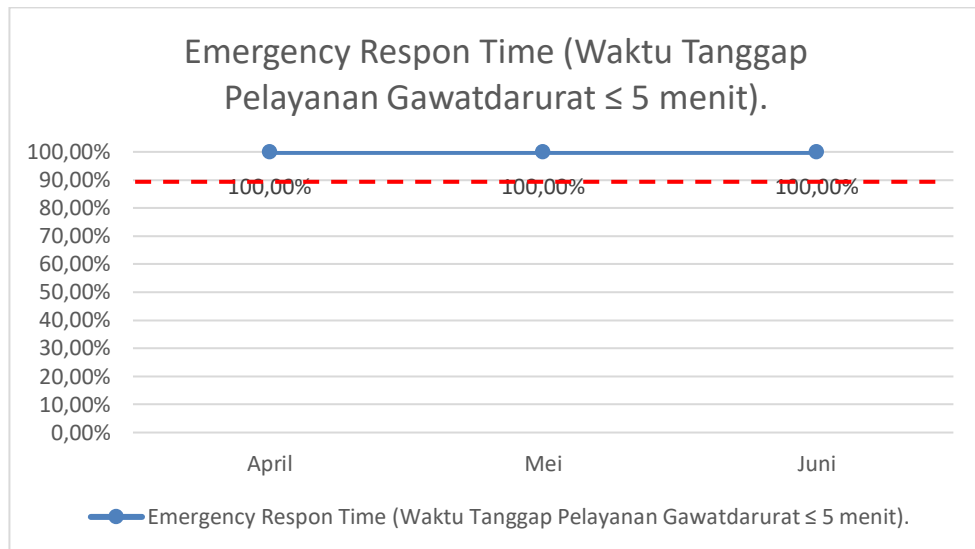
- **Analisis Pencapaian:**  
Tidak ada isian dalam pelaporan SISMADAK.

### 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 II 2021 sebesar 10,6%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yang sebesar 16,31%.

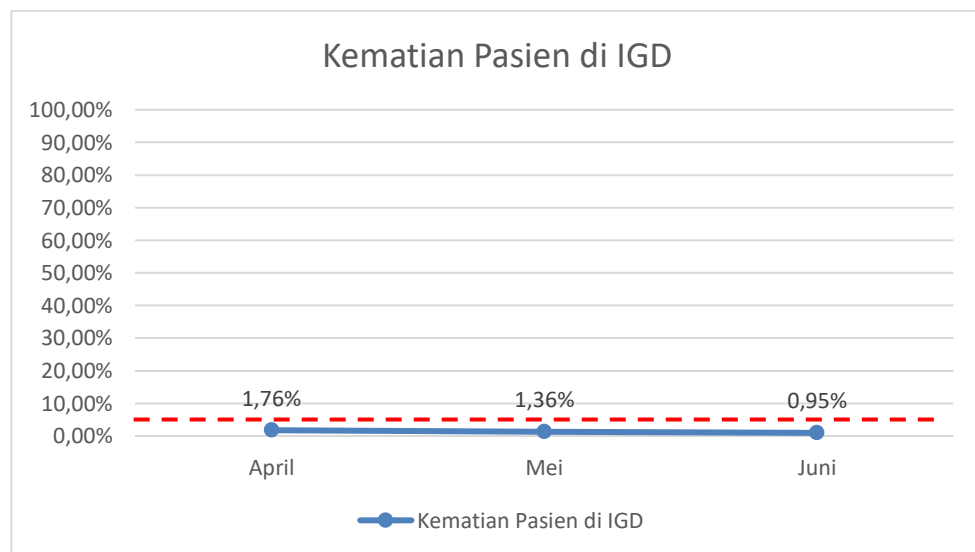
19. Emergency respon time (waktu tunggu pelayanan gawat darurat) <5 menit



• **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 2021 sebesar 100%, konsisten tercapai berturut-turut sejak Triwulan II 2019.

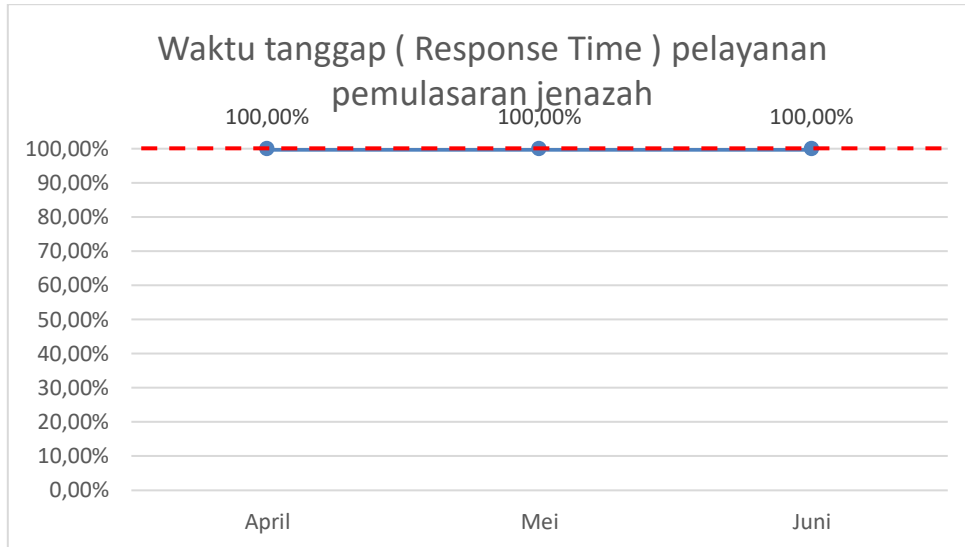
20. Kematian Pasien di IGD



• **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 II 2021 sebesar 1,35%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan I 2021 yaitu 2,6%.

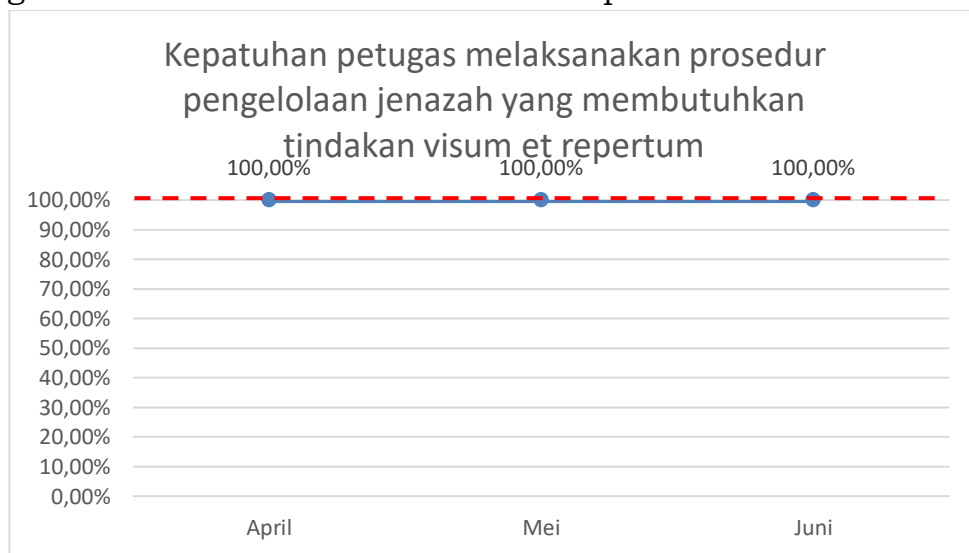
21. Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah telah memenuhi standar pada triwulan II 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

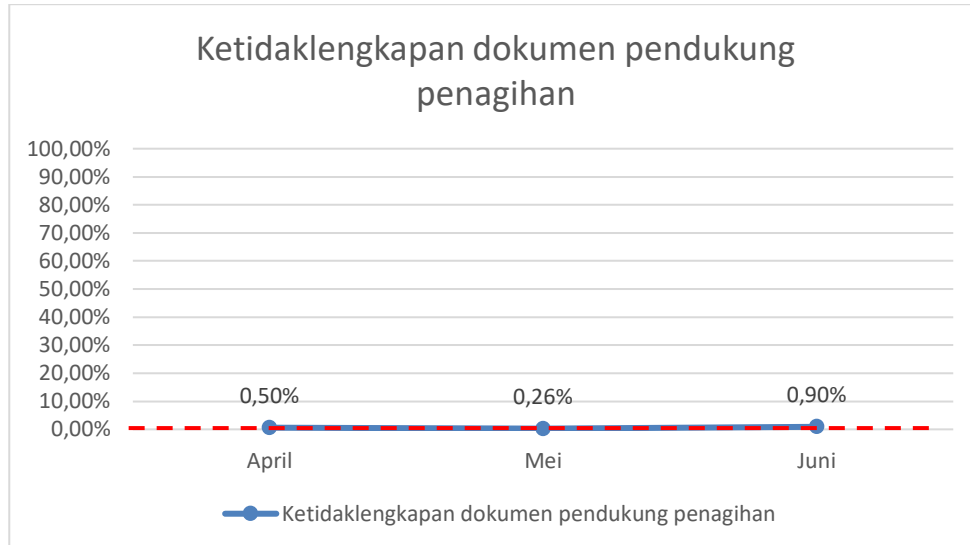


• **Analisis Pencapaian:**

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 II 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 II 2021 sebesar 0,5%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan triwulan I 2021 yang sebesar 0,2%.

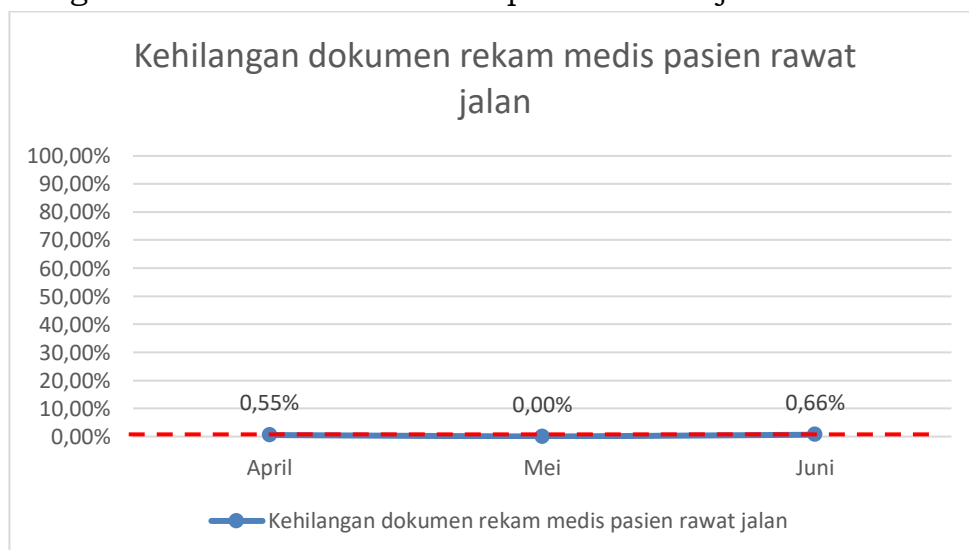
24. Tidak terlaporkannya hasil kritis

Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indikatornya

25. Kerusakan sampel darah

Unit kerja belum melaporkan hasil capaian indikatornya

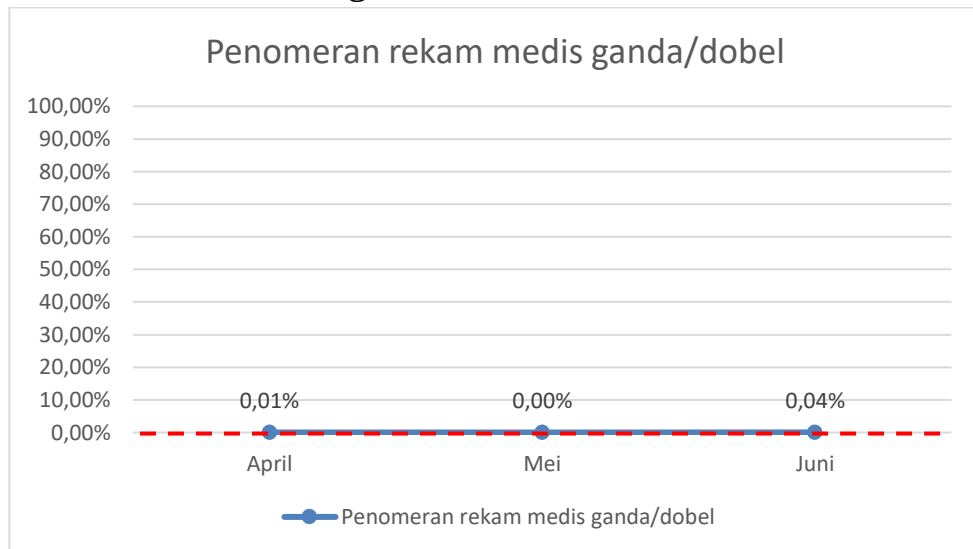
26. Kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan pada triwulan II 2021 rerata sebesar 0,36%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 0,22%.

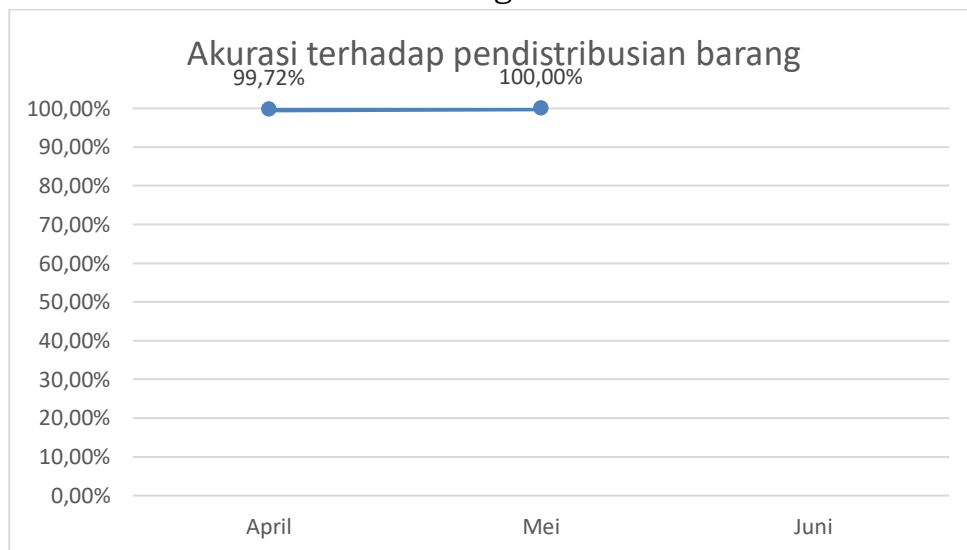
27. Penomeran rekam medis ganda



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data penomeran rekam medis ganda pada triwulan II 2021 rerata sebesar 0,01%, mengalami **peningkatan kinerja** dibanding capaian triwulan I 2021 yang sebesar 0,13%.

28. Akurasi Pendistribusian Barang



• **Analisis Pencapaian:**

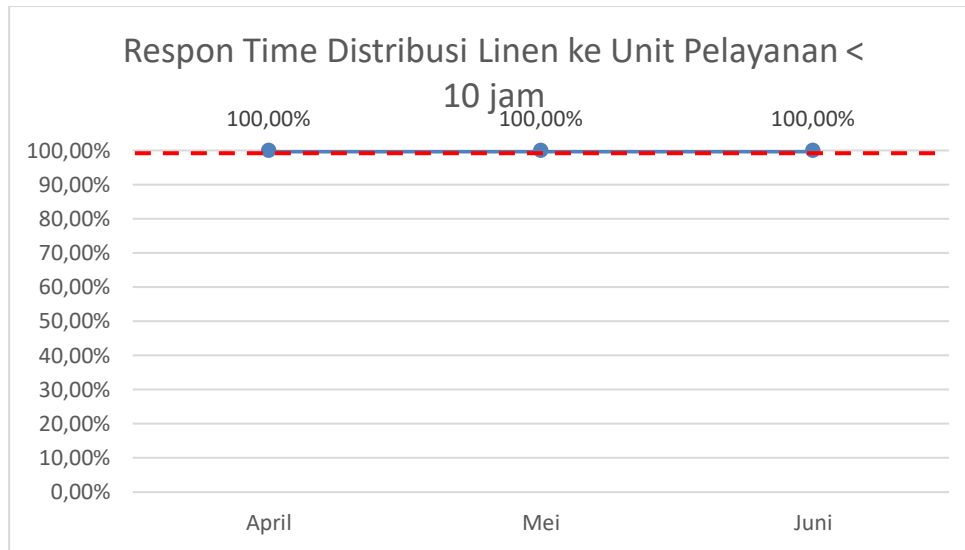
Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data akurasi pendistribusian barang pada triwulan II 2021 rerata sebesar 99,8%, mengalami **peningkatan kinerja** dibanding capaian pada triwulan I 2021 yang sebesar 99,5%. Namun demikian unit kerja belum melaporkan capaiannya pada bulan Juni 2021.

- 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  
Tidak terdapat penolakan ekspertise selama triwulan II 2021
33. Keterlambatan hasil foto rawat jalan  
Tidak terdapat Keterlambatan hasil foto rawat jalan selama triwulan II 2021
34. Pemeriksaan ulang radiologi  
Tidak terdapat Pemeriksaan ulang radiologi selama triwulan II 2021
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

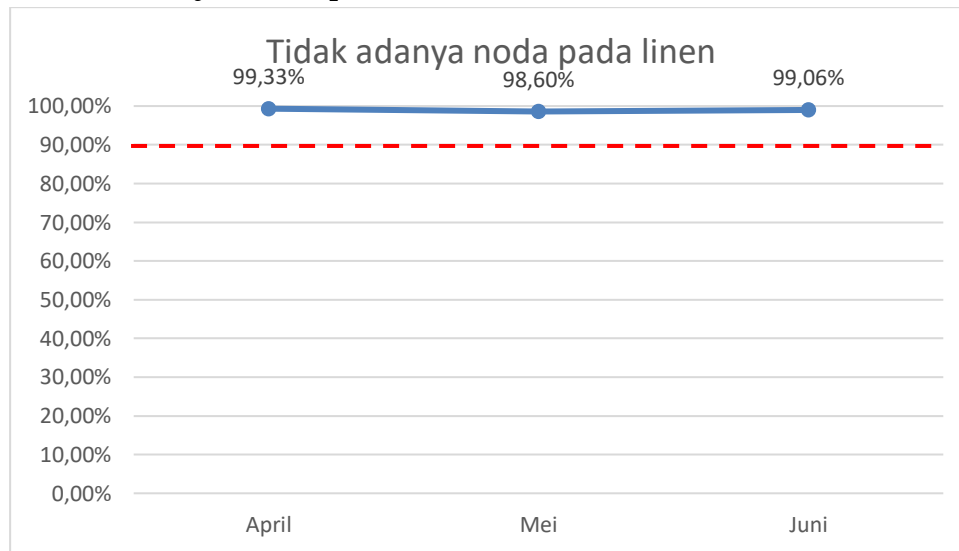
43. Tim bersertifikat CSSD  
Data belum dilaporkan oleh unit kerja
44. Respon time distribusi linen ke unit pelayanan <10 jam



- **Analisis Pencapaian:**

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

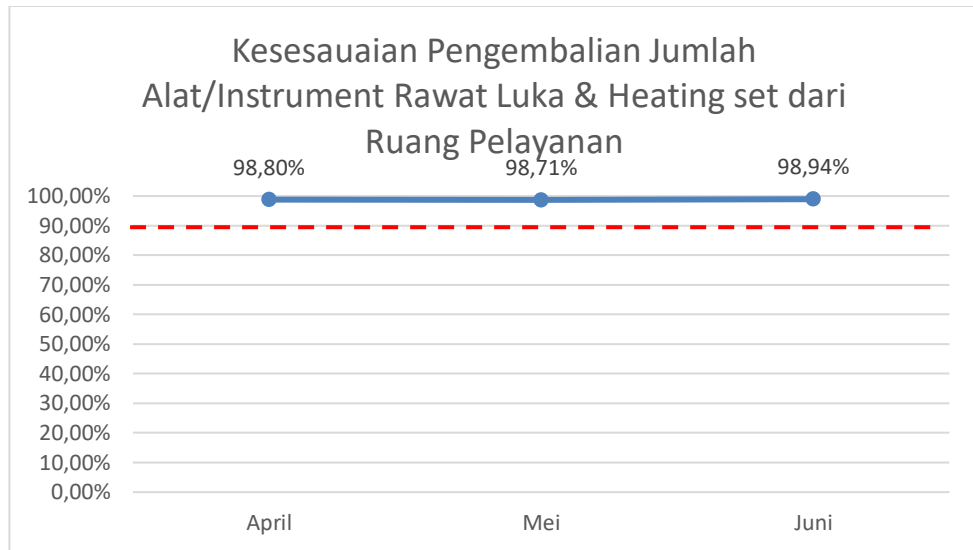
45. Tidak adanya noda pada linen



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 90% didapatkan hasil pengumpulan data tidak adanya noda pada linen pada triwulan II 2021 rerata sebesar 98,9%, mengalami **penurunan kinerja** dibanding capaian pada triwulan I 2021 yang sebesar 99,59%.

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

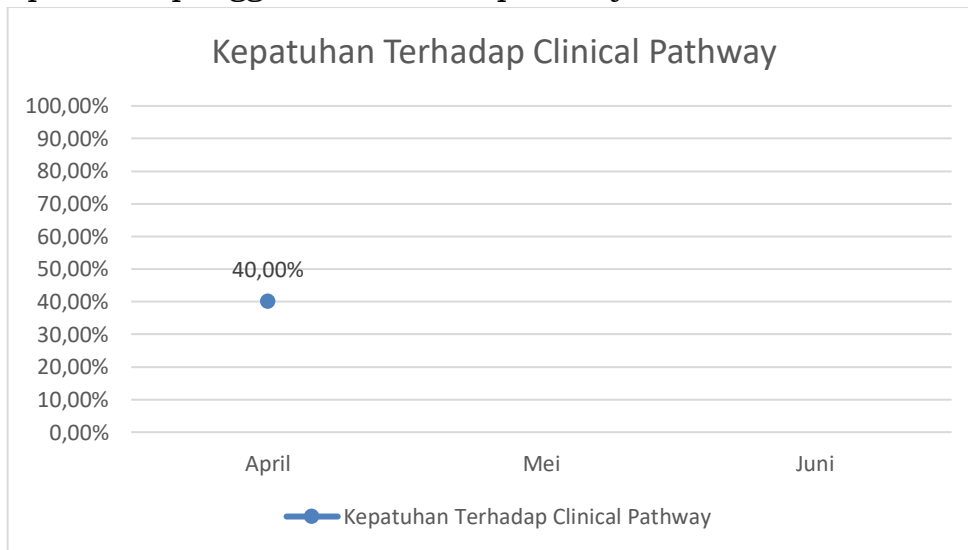


- **Analisis Pencapaian:**

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 2021 rerata sebesar 98,8%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan IV 2020 yang sebesar 99,57%.

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

48. Kepatuhan penggunaan clinical pathway

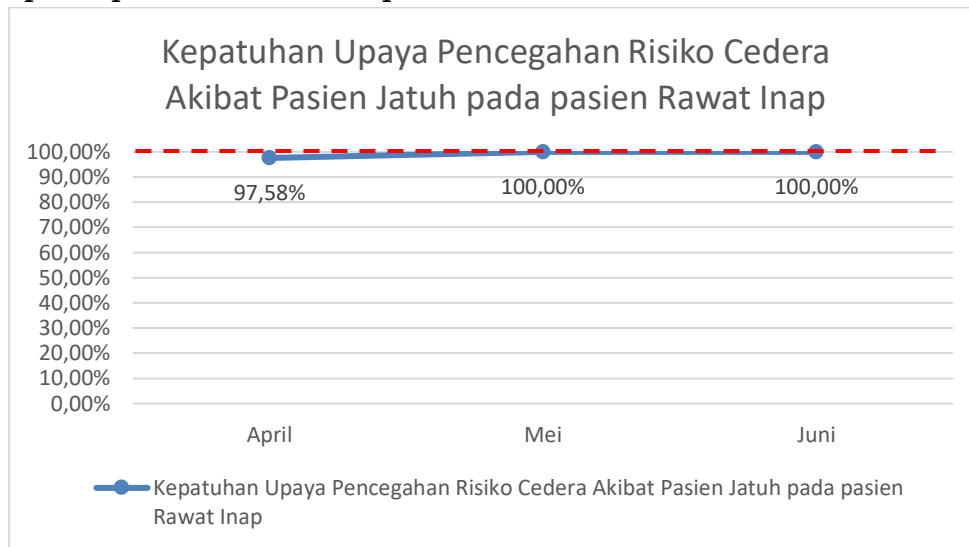


- **Analisis Pencapaian:**

Terdapat 1 (satu) kali pelaporan di bulan April 2021. Kepatuhan dan ketertiban dalam pelaporan via SISMADAK harus ditingkatkan.

49. Kepatuhan cuci tangan  
Data belum terlapor dalam SISMADAK

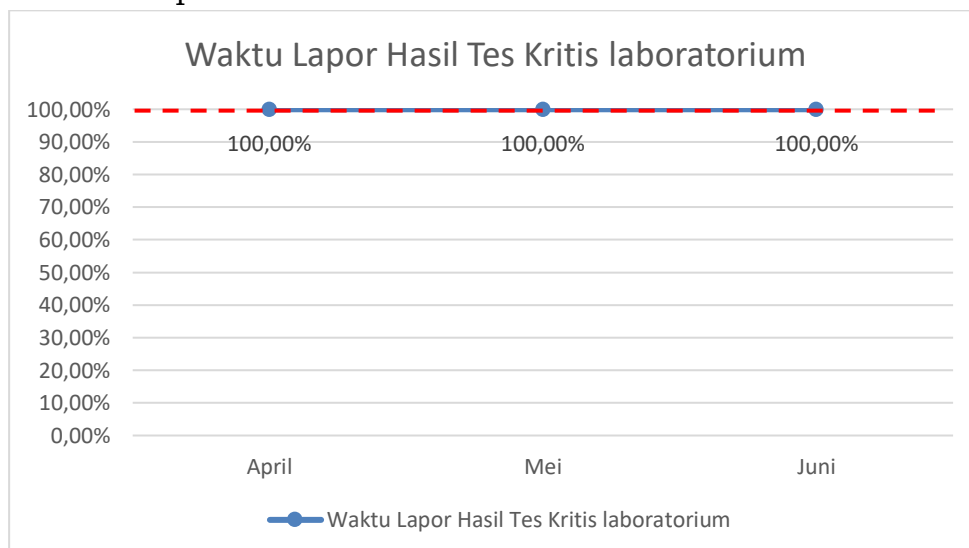
50. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap



• **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 II 2021 sebesar 99,1%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 82,11%.

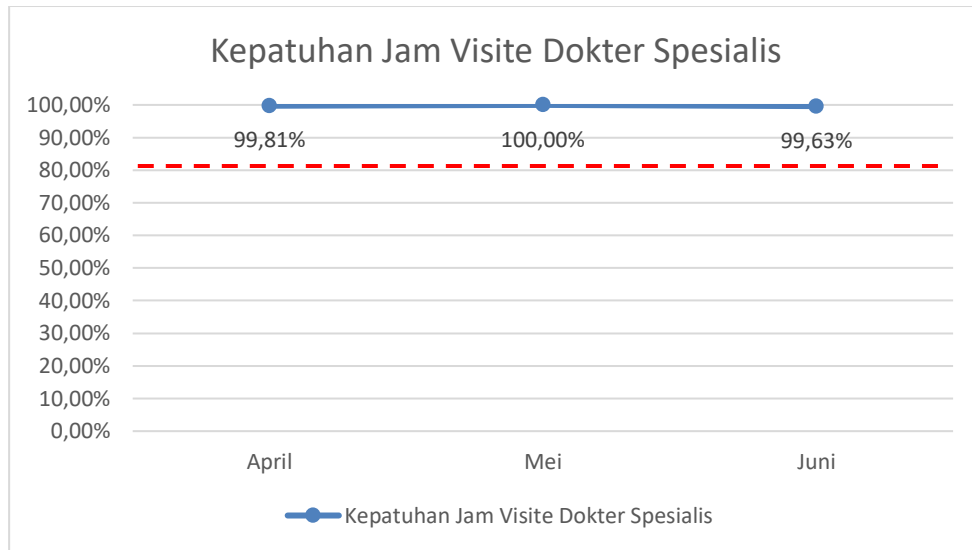
51. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium



• **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 2021 sebesar 100%, mengalami **kinerja konsisten sesuai standar** sejak Triwulan I tahun 2020.

52. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

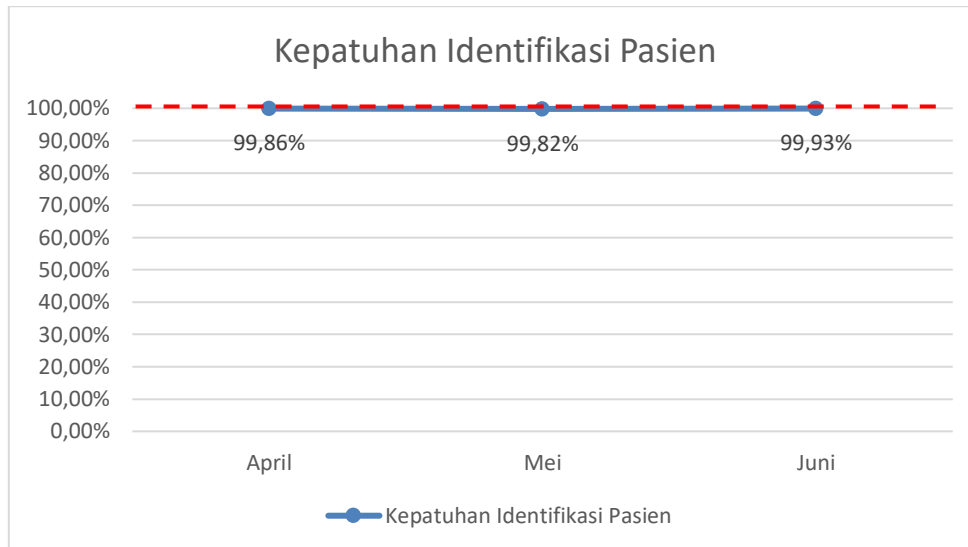


- **Analisis Pencapaian:**

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 II 2021 sebesar 99,8%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 99,41%.



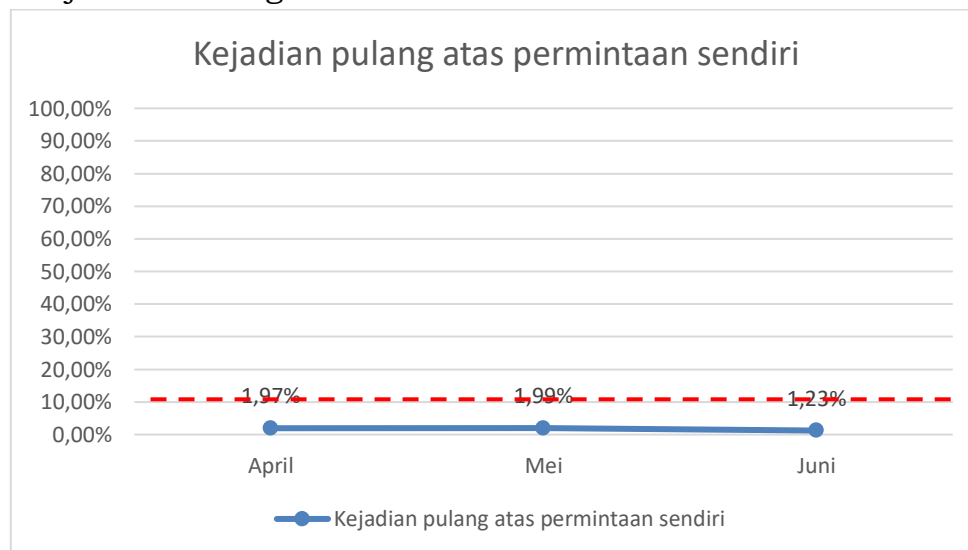
### 53. Kepatuhan Identifikasi Pasien



- **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 2021 sebesar 99,83%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 99,77%.

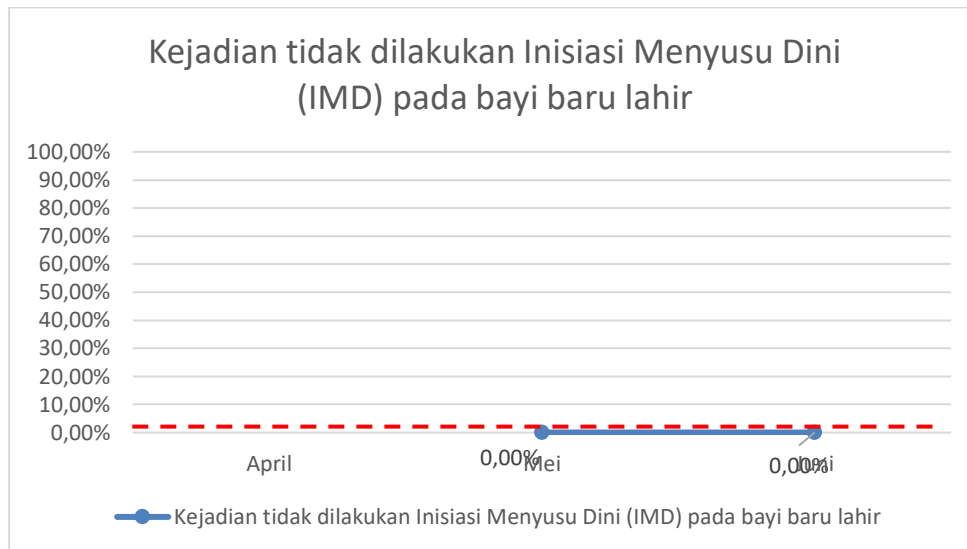
### 54. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri



- **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 2021 sebesar 1,73%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan triwulan I 2021 yaitu 2,4%. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso sangat tinggi.

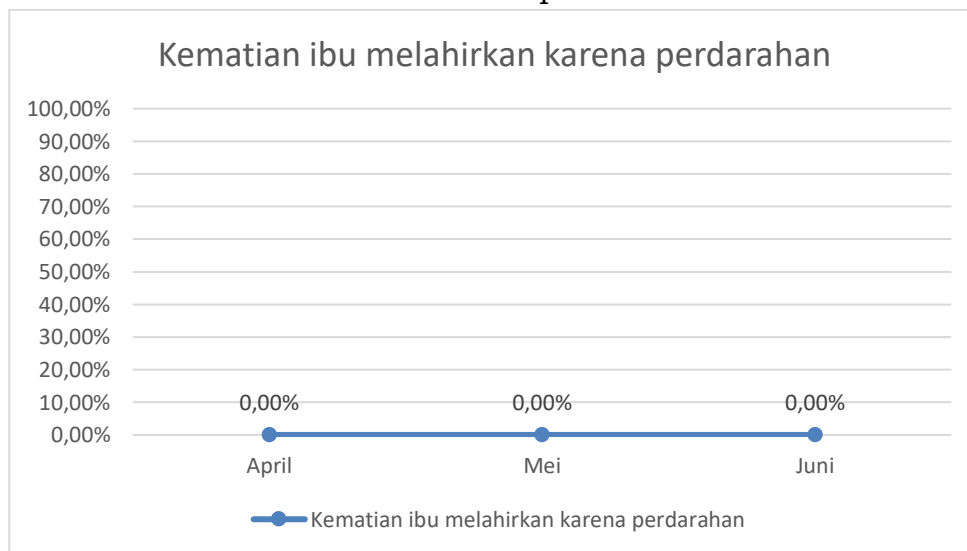
55. Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir telah memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan II 2020 sebesar 0%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 34,6%.

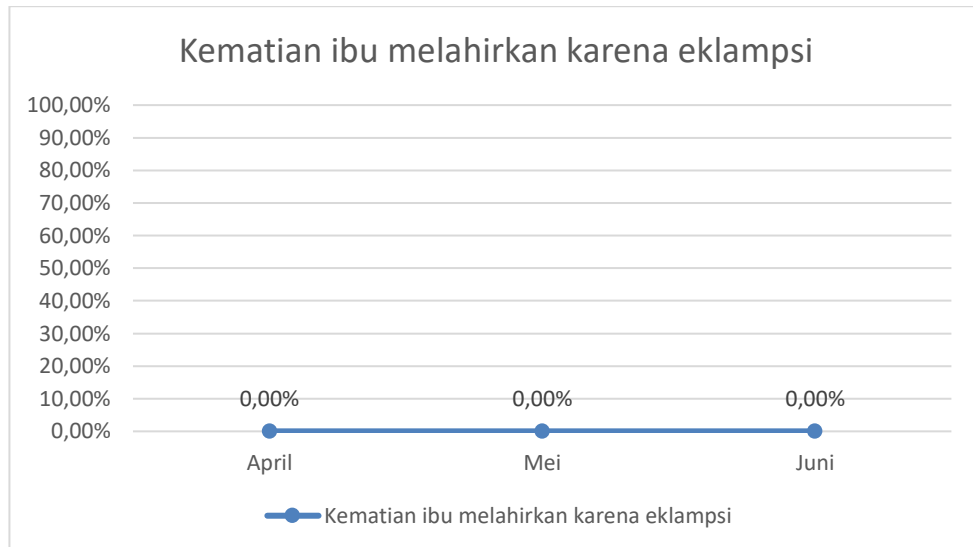
56. Kematian ibu melahirkan karena perdarahan



• **Analisis Pencapaian:**

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

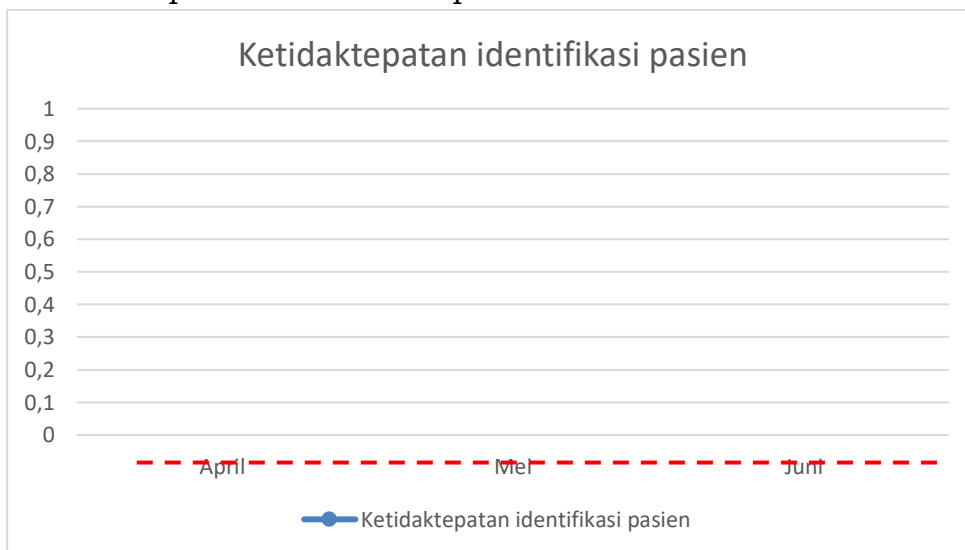
57. Kematian ibu melahirkan karena eklampsia



• **Analisis Pencapaian:**

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

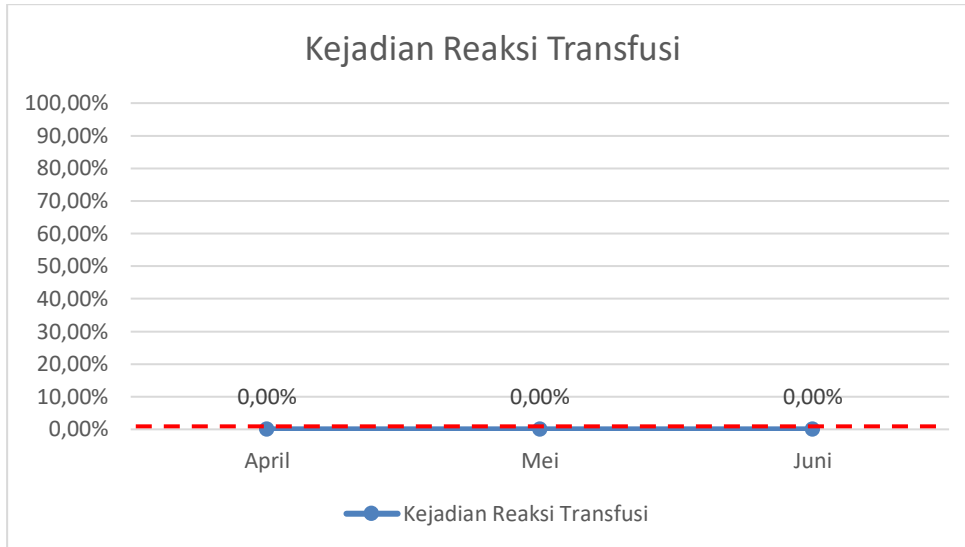
58. Ketidaktepatan identifikasi pasien



• **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 II 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.

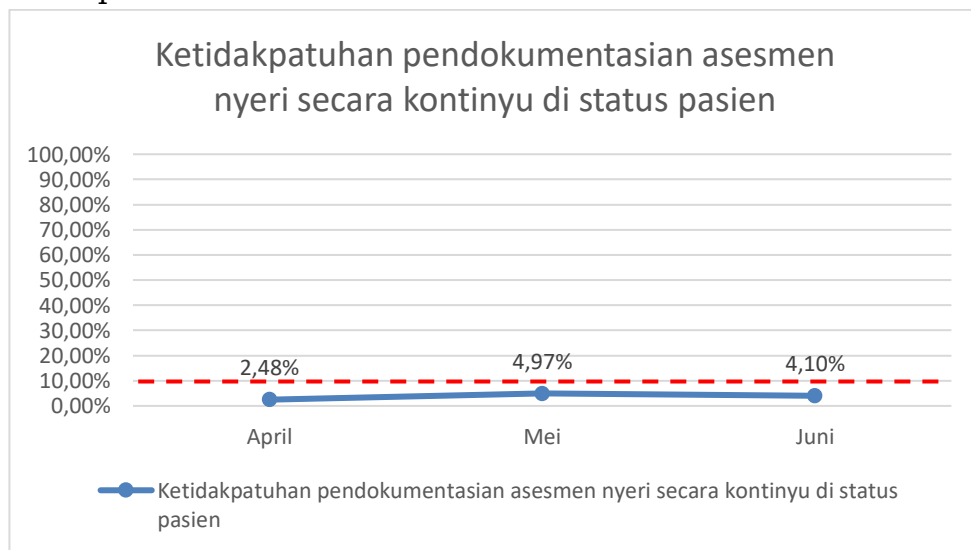
## 59. Kejadian Reaksi Transfusi



- **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 II 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.

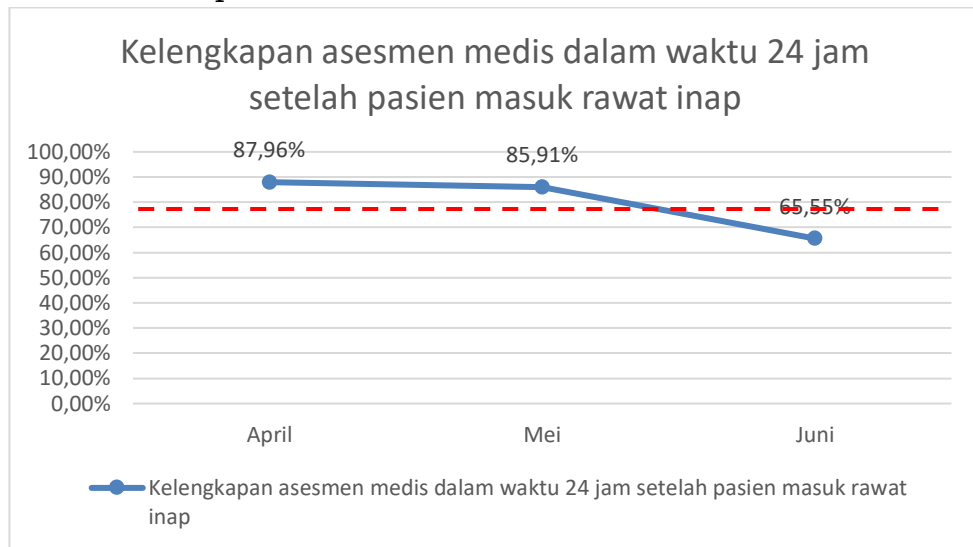
## 60. Ketidapatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien



- **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 II 2021 sebesar 3,85%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 3,55%.

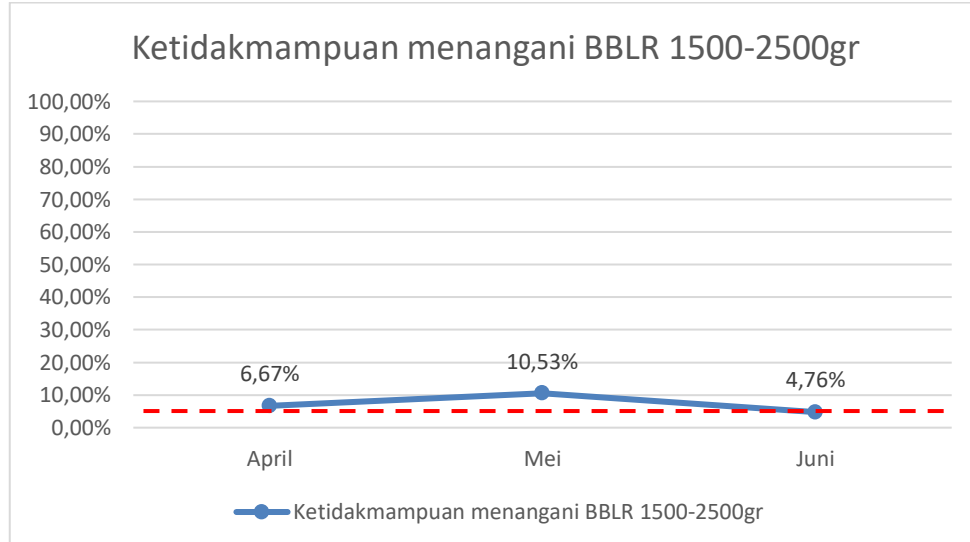
61. Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap



• **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 2021 sebesar 79,7%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 87,23%.

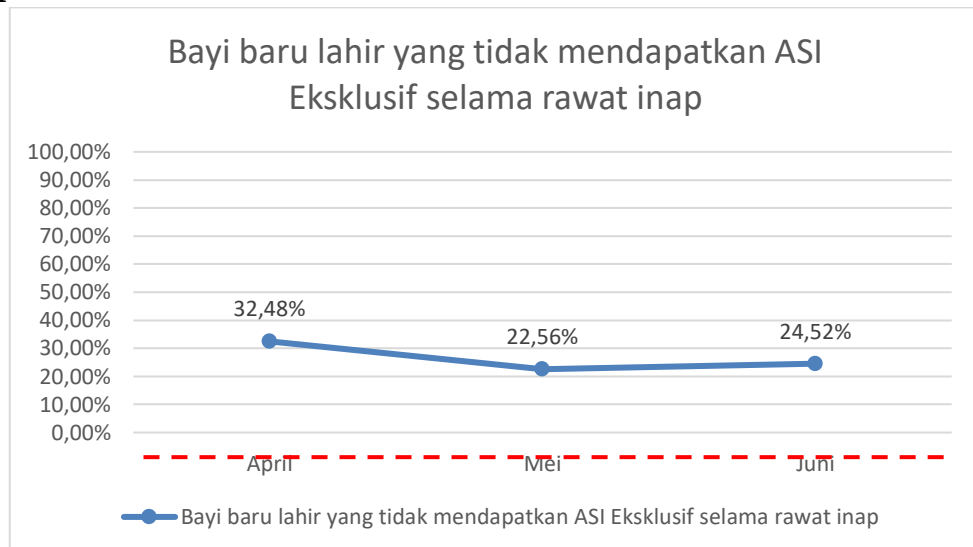
62. Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram hanya pada triwulan I 2021 sebesar 7,32%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan II 2021 yang sebesar 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 II 2021 sebesar 26,4%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan I 2021 yaitu 25,05%.