

**LAPORAN ANALISIS
TRIWULAN II (APRIL - JUNI)
KINERJA INDIKATOR PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN
RSUD Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**



**PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
RSUD Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO
KOMITE MUTU RUMAH SAKIT**

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

TERAKREDITASI KARS PARIPURNA VERSI SNARS 1



2022

KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO

Penanggung jawab	:	Direktur RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
Ketua	:	dr. Nurwahyudi, Sp.JP. FIHA
Wakil Ketua	:	Edhi Purwanto, S.Kep., Ns
Sekretaris	:	Fitria Nur Rahmi, S.Gz
Sub Komite Peningkatan Mutu, Pendidikan & Pelatihan	:	dr. Risty Pradana Linggan Fitria Nur Rahmi, S.Gz Lukiana S.Gz., M.MKes Nina Resdiana Dewi, SST
Sub Komite Manajemen Resiko	:	dr. Laras Prasasti Agus Julianto, Amd.KL Ambar Retnowati, S.Farm., Apt
Sub Komite <i>Clinical Pathway</i>	:	dr. Reza Kurniawan dr. Laras Prasasti dr. Risty Pradana Linggan
Sub Komite Keselamatan Pasien	:	M. Henry W., S.Kep., Ns., M.Kes Agung Riyadi, Amd.Kep Novita Sari Eka Diantini, SST Alwan Revai, S.Kep.,Ns Ahmad Fikri Harismi, S.Kep.,Ns
Sub Komite Manajemen Akreditasi	:	Ilham Akbar Siswanto, S.Kom

LEMBAR PENGESAHAN

“Laporan Analisis Triwulan II (April - Juni) Kinerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2022” ini telah disusun dan dilaporkan:

Dilaporkan di : Bondowoso
Pada tanggal : Juli 2022

Disusun oleh:
Komite Mutu
RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
Sekretaris,

Diperiksa oleh:
Komite Mutu
RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
Wakil Ketua,

FITRIA NUR RAHMI, S.Gz
NIP. 19800809 200604 2 022

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

Disetujui dan dilaporkan oleh:
Komite Mutu
RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
Ketua,

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

Indikator Nasional Mutu Kemenkes RI

No	Indikator	Area	Standar
1	Kepatuhan kebersihan tangan	Komite PPI	80%
2	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	VK Mawar, Ponek	100%
3	Waktu tunggu rawat jalan	Instalasi Rawat Jalan	80%
4	Penundaan operasi elektif	Instalasi Bedah Sentral	≤5%
5	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	Farmasi	100%
6	Kepatuhan Terhadap Alur klinis (Clinical Pathway)	Bidang Medis	100%
7	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain < 10 menit	Bagian Umum	100%
8	Indeks kepuasan masyarakat	Perencanaan & Pengembangan	80%
9	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	Instalasi Gizi, Kemoterapi	100%
10	Kepatuhan identifikasi pasien	Instalasi Rawat Inap	100,00%
11	Ketepatan Waktu Visite Dokter spesialis	Instalasi Rawat Inap	80,00%
12	Pelaporan hasil Kritis Laboratorium	Instalasi Rawat Inap	100,00%
13	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Instalasi Rawat Inap	100,00%

Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

No	Indikator	Unit	Standar
1	Kepatuhan Dokumentasi Form Serah Terima Pasien Operasi	Dahlia	100%
2	Kesalahan Pemberian Obat	Farmasi	0%
3	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	Instalasi Rawat Jalan	<2%
4	Pelaksanaan Penanda Lokasi Operasi	Instalasi Bedah Sentral	100%
5	Ketidakmampuan Menangani BBLR 1500-2500gr	Paviliun Seruni	0,5%
6	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat darurat <5 Menit)	IGD	100%
7	Ketepatan Waktu Disposisi Surat <10 menit	Bagian Umum	100%
8	Kecepatan Respon Time Genset	IPS	100%
9	Kepatuhan Kapasitas/Kuota Perbandingan CI dan Peserta Didik Kedokteran	Tim Kordik	100%
10	Kejadian pasien pulang APS	Instalasi Rawat Inap	≤10,00%

Indikator Mutu Prioritas Unit

No	Indikator	Unit	Standar
1	Upaya pencegahan kasus dekubitus pada pasien stroke selama perawatan	Teratai	100%
2	Kepatuhan penggunaan ruang isolasi TB sesuai kebutuhan	Bougenvile	100%
3	Ketepatan pemberian terapi cairan melalui infus pump pada pasien	ICCU	100%
4	Rata-rata pasien Kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 24 jam	ICU	0%
5	Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir	Mawar	0%
6	Keterlambatan waktu tindakan endoskopi	Endoskopi	0%
7	Respon time menangani Complain <10 menit	IT	100%
8	Kepatuhan pelaksanaan EWS pada pasien di rawat inap	Melati	100%
9	Kejadian pasien kabur/melarikan diri	Seroja	10%
10	Kepatuhan pengisian pengkajian awal gizi 2x24 jam	Gizi	85%
11	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah	Rawat Jenazah	100%
12	Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien	Anggrek	100%
13	Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien	Rengganis	100%
14	Kepatuhan identifikasi pasien cathlab	Cathlab	100%
15	Kajian awal keperawatan lengkap di kunjungan pertama di instalasi rawat jalan	Rawat Jalan	100%
16	Pelaporan hasil kritis Laboratorium ke ruangan <10 menit	Laboratorium	100%
17	Kecepatan penyerahan hasil FNAB	Patologi Anatomi	90%
18	Pemeriksaan ulang radiologi	Radiologi	2%
19	Keterlambatan pelayanan ambulance di rumah sakit	Ambulance	0%
20	Angka kematian bayi	Seruni	0%
21	Kepatuhan pemberian penanda pada alat single use yang di re use	CSSD/Laundry	100%
22	Kematian pasien di IGD	IGD	2,50%
23	Kepatuhan pelaksanaan prosedur persiapan pasien pra operasi CITO	Dahlia	100%
24	Pelaksanaan penandaan lokasi operasi	IBS	100%
25	Adekuasi HD	Hemodialisa	80%

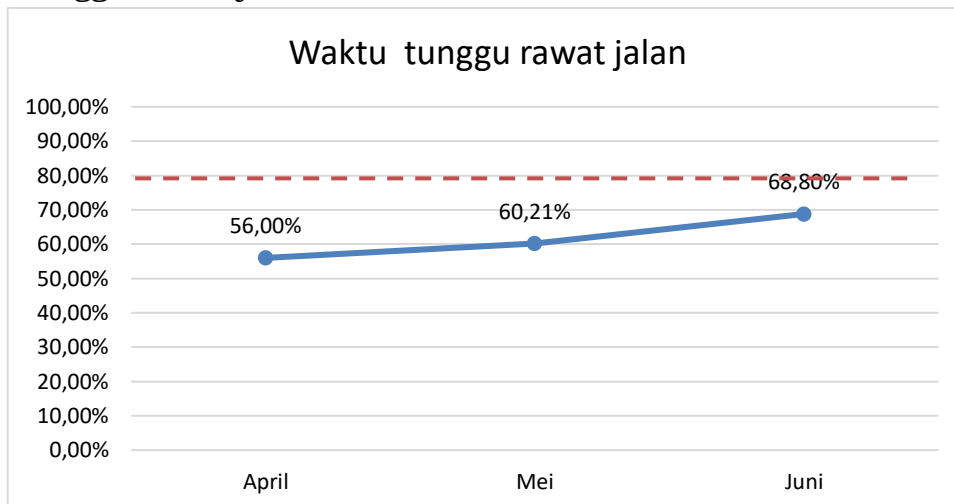
26	Pemenuhan pelatihan karyawan minimal 20 jam per tahun	Kepegawaian	100%
27	Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan	Keuangan	0%
28	Waktu tunggu obat jadi <30 menit pada pasien rawat jalan	Farmasi	100%
29	Kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan	Rekam Medis	1%
30	Ketepatan Pengisian Nomor Laporan Polisi untuk pembuatan SEP Kecelakaan Lalu Lintas pada Aplikasi Vclaim BPJS	Front Office	100%
31	Ketepatan waktu penyusunan produk hukum RS <48 jam	Bagian Umum	100%
32	Jumlah kejadian merokok di area rumah sakit	Satpam	100%
33	Kepatuhan pengosongan titik kumpul	Parkir	100%
34	Jumlah dokumen pergeseran RBA	Perencanaan dan Pengembangan	12
35	Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat	IPS	100%
36	Angka bebas jentik	Sanitasi	100%
37	Akurasi terhadap pendistribusian barang	Perbekalan	100%
38	Kepatuhan terhadap clinical pathway	Bidang Medis	100%
39	Kepatuhan pengisian buku catatan perawat dan bidan	Bidang Keperawatan	100%
40	Peningkatan mutu pelayanan penunjang	Bidang Penunjang	100%
41	Pelaksanaan asesmen pra-sedasi dan pra-anastesi	Anastesi	100%
42	Kejadian Reaksi alergi obat sitostatika	Kemoterapi	0%
43	Kepatuhan penyuluhan kelompok	PKRS	100%
44	Kepatuhan penggunaan APD	Krisan	100%
45	Ketepatan Waktu Pengajuan Klaim	Pengendali	90%

HASIL KERJA

Setelah RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso melalui Komite Mutu 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.

INDIKATOR NASIONAL MUTU KEMENKES RI

1. Kepatuhan kebersihan tangan
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
2. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
3. Waktu tunggu rawat jalan



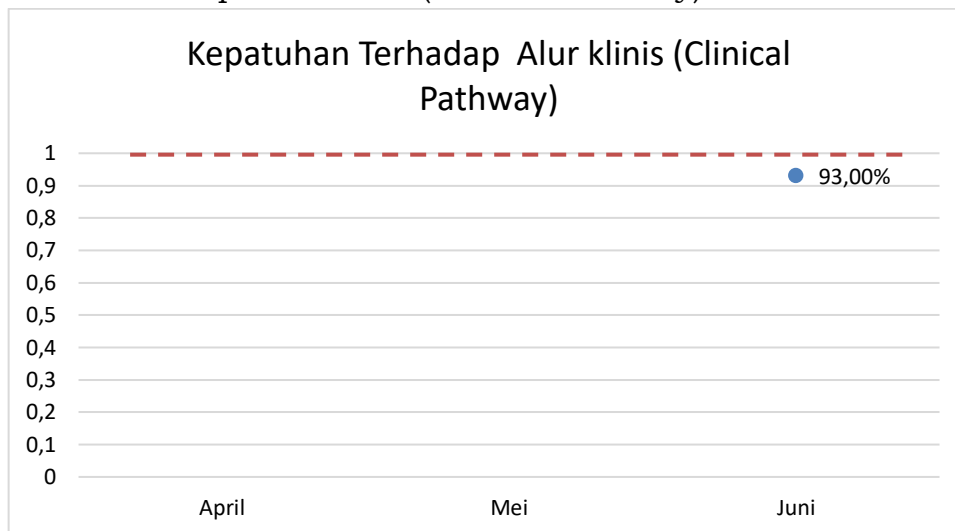
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 80% diperoleh hasil pengumpulan data waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit menunjukkan trend meningkat pada triwulan II tahun 2022 dengan rerata capaian sebesar 62%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan komunikasi pada DPJP melalui bidang medis terkait pemenuhan standar waktu tunggu pasien rawat jalan
<i>Do</i>	Melakukan komunikasi pada DPJP melalui bidang medis terkait pemenuhan standar waktu tunggu pasien rawat jalan
<i>Study/Check</i>	Waktu tunggu yang memanjang terjadi pada layanan poliklinik dengan DPJP tunggal
<i>Action</i>	Melakukan koordinasi terkait kemungkinan dilakukannya pengaturan waktu antrian pasien

4. Penundaan operasi elektif
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
5. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
6. Kepatuhan Terhadap Alur klinis (Clinical Pathway)



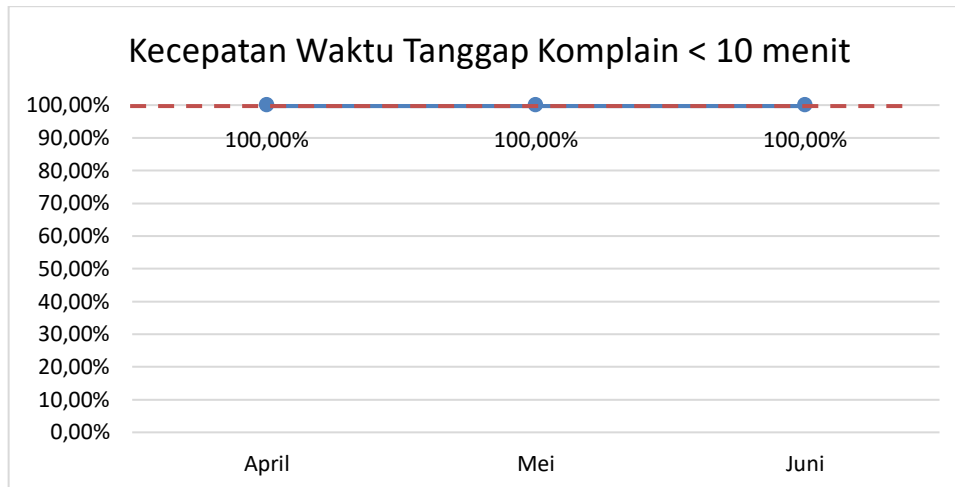
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan II tahun 2022 tidak dapat dilakukan analisis dikarenakan hanya terdapat satu data capaian pada bulan Juni, yaitu 93%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan koordinasi terkait kepatuhan pengisian laporan tepat waktu
<i>Do</i>	Melakukan koordinasi terkait kepatuhan pengisian laporan tepat waktu
<i>Study/ Check</i>	Kesulitan pelaporan tepat waktu dikarenakan adanya keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis untuk dilakukan Analisa terkait kasus-kasus yang masuk dalam kriteria inklusi clinical pathway
<i>Action</i>	Melakukan koordinasi terkait penentuan system dan pembatasan waktu pelaporan sehingga tidak menghambat proses olah data dan analisis capaian

7. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain <10 menit



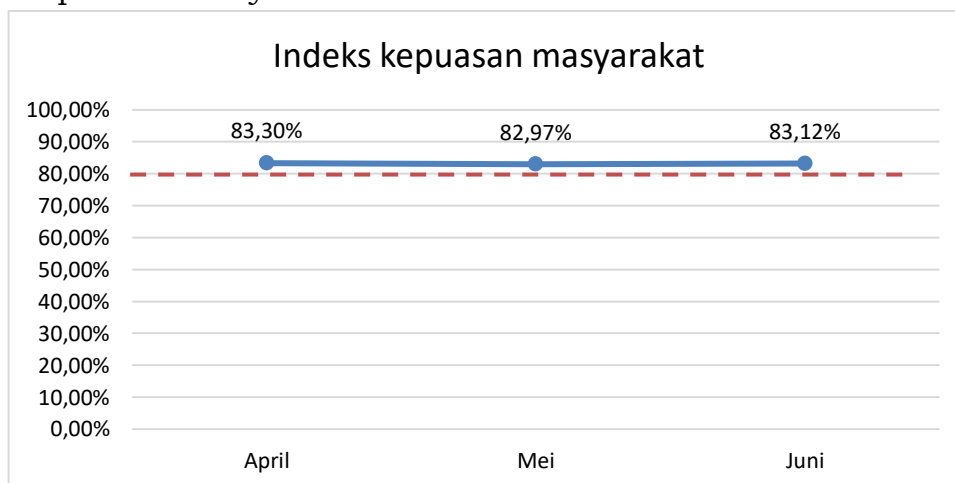
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kecepatan waktu tanggap complain <10 menit pada triwulan II tahun 2022 konsisten mencapai 100%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator mutu ini telah mencapai target yang ditetapkan.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

8. Indeks kepuasan masyarakat



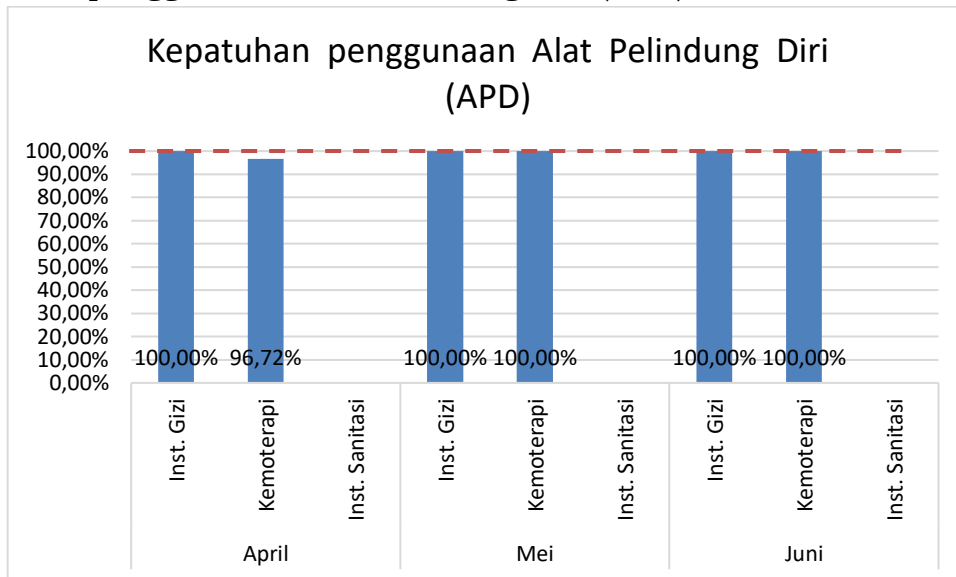
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 80% diperoleh hasil pengumpulan data indeks kepuasan masyarakat pada triwulan II tahun 2022 konsisten melampaui target dengan rerata capaian sebesar 83,12%. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan masyarakat terhadap layanan rumah sakit tergolong baik.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta terus meningkatkan kualitas layanan dan standar keselamatan.

9. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)



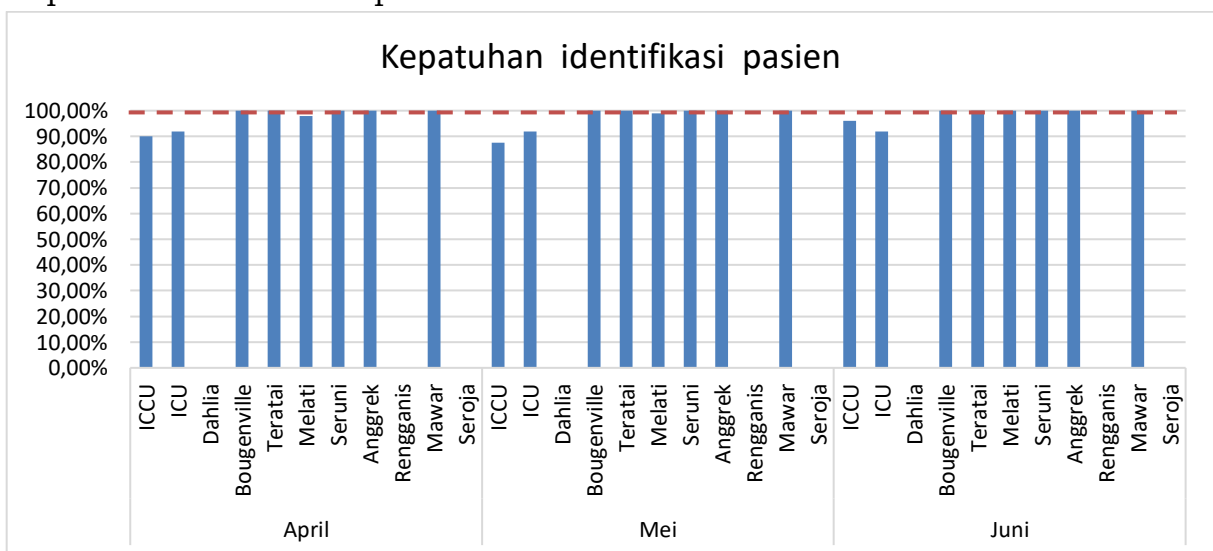
- Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan penggunaan APD di rumah sakit pada triwulan II tahun 2022 secara umum telah memenuhi standar. Hanya terdapat satu capaian dibawah standar pada bulan April di unit kemoterapi namun telah dilakukan perbaikan. Namun demikian, unit sanitasi belum menyampaikan laporannya.

- Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta terus menjaga kepatuhan staf dalam penggunaan APD sesuai standar.

10. Kepatuhan identifikasi pasien



- Analisis Pencapaian:**

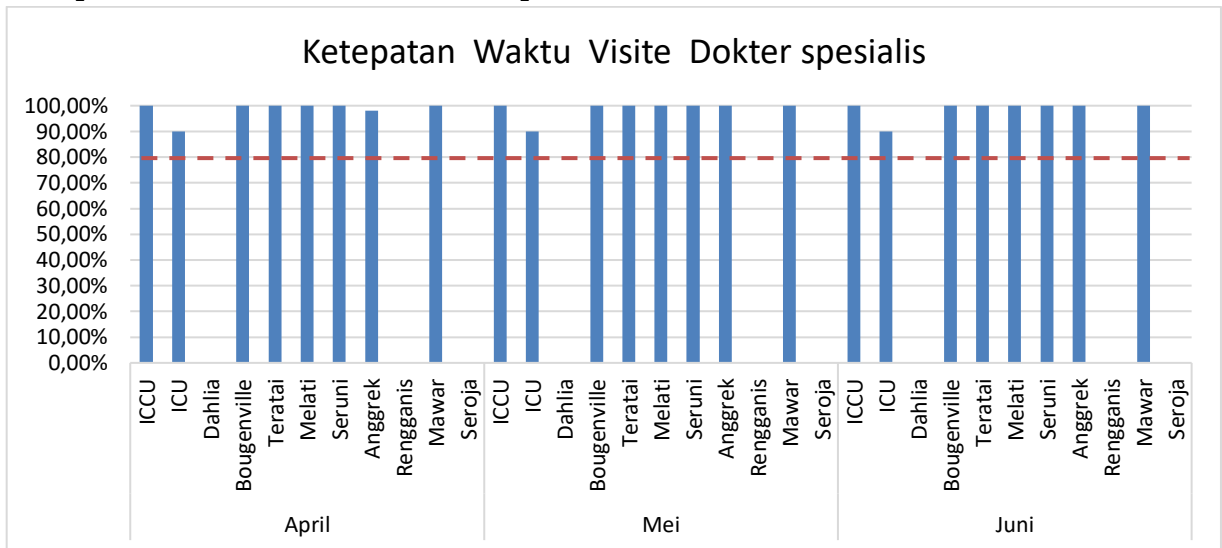
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan identifikasi di rawat inap pada triwulan II tahun 2022 secara umum telah memenuhi standar. Namun demikian, terdapat beberapa paviliun yang belum menyampaikan laporannya, antara lain Dahlia, Rengganis, serta Seroja. Capaian dibawah

standar terjadi pada ICCU dan ICU sepanjang triwulan II. Secara agregasi, capaian indikator sebesar 97,77% pada tingkat rumah sakit.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta terus menjaga kepatuhan unit dalam melaporkan capaian indikator mutunya.

11. Ketepatan Waktu Visite Dokter spesialis



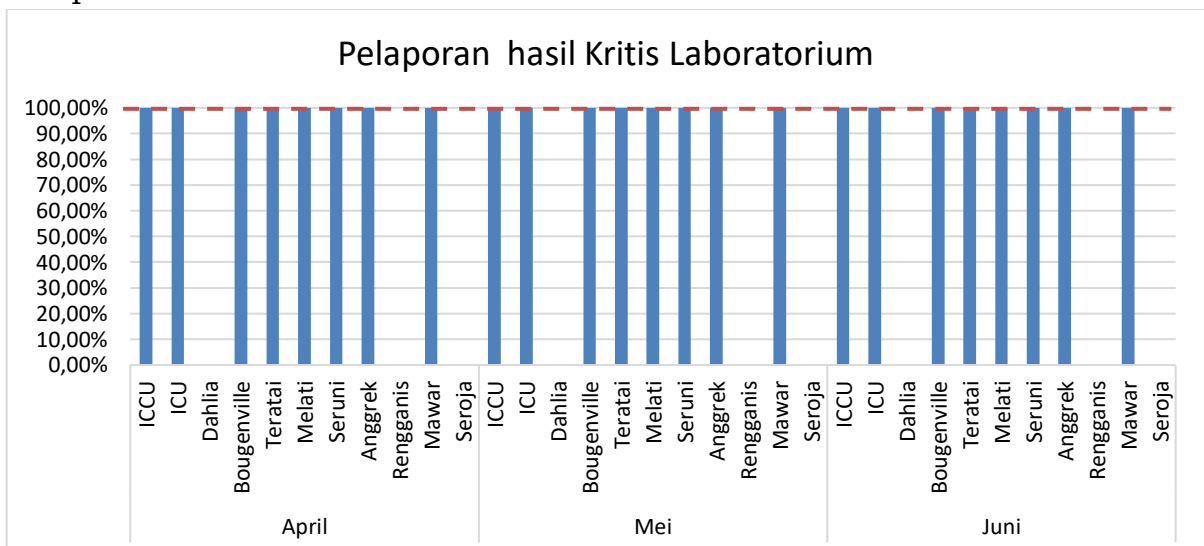
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 80% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan waktu visite dokter spesialis di rawat inap pada triwulan II tahun 2022 secara umum telah memenuhi standar. Namun demikian, terdapat beberapa paviliun yang belum menyampaikan laporannya, antara lain Dahlia, Rengganis, serta Seroja. Secara agregasi, capaian indikator sebesar 98,67% pada tingkat rumah sakit.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta terus menjaga kepatuhan unit dalam melaporkan capaian indikator mutunya.

12. Pelaporan hasil Kritis Laboratorium



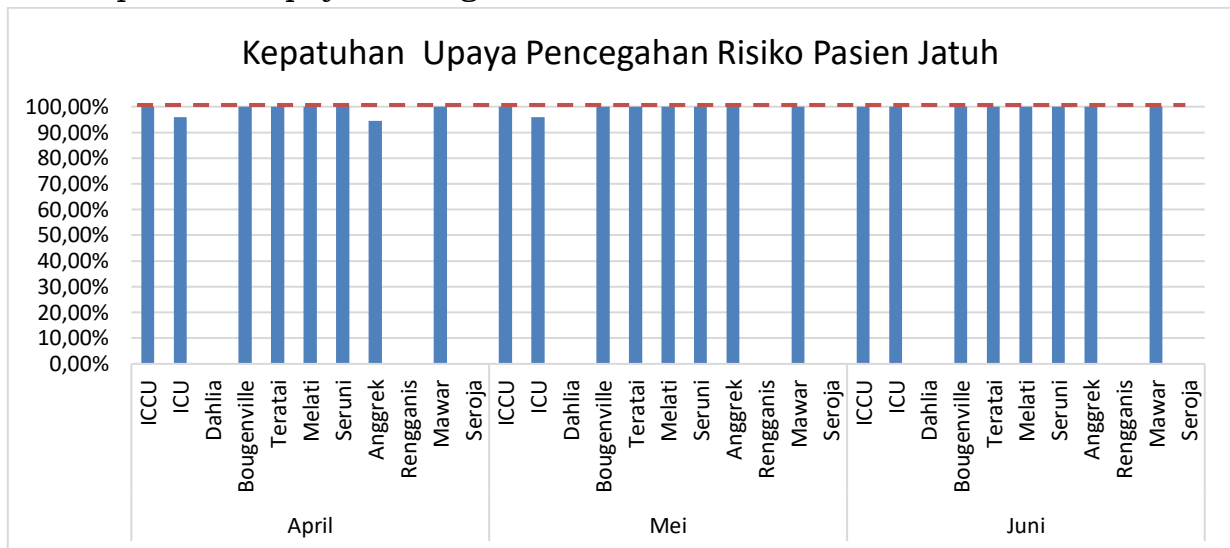
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data pelaporan hasil kritis laboratorium di rawat inap pada triwulan II tahun 2022 secara umum telah memenuhi standar. Namun demikian, terdapat beberapa paviliun yang belum menyampaikan laporannya, antara lain Dahlia, Rengganis, serta Seroja. Secara agregasi, capaian indikator sebesar 100% pada tingkat rumah sakit.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta terus menjaga kepatuhan unit dalam melaporkan capaian indikator mutunya.

13. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



- **Analisis Pencapaian:**

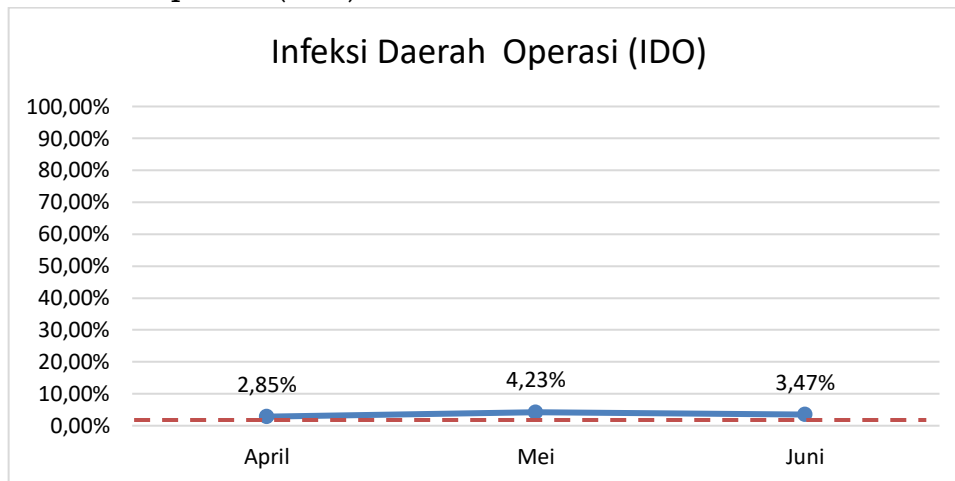
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan identifikasi di rawat inap pada triwulan II tahun 2022 secara umum telah memenuhi standar. Namun demikian, terdapat beberapa paviliun yang belum menyampaikan laporannya, antara lain Dahlia, Rengganis, serta Seroja. Capaian dibawah standar terjadi di ICU pada bulan April dan Maret, serta Anggrek pada bulan April. Secara agregasi, capaian indikator sebesar 99,43% pada tingkat rumah sakit.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta terus menjaga kepatuhan unit dalam melaporkan capaian indikator mutunya.

INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

1. Kepatuhan Dokumentasi Form Serah Terima Pasien Operasi
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
2. Kesalahan Pemberian Obat
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
3. Infeksi Daerah Operasi (IDO)



- **Analisis Pencapaian:**

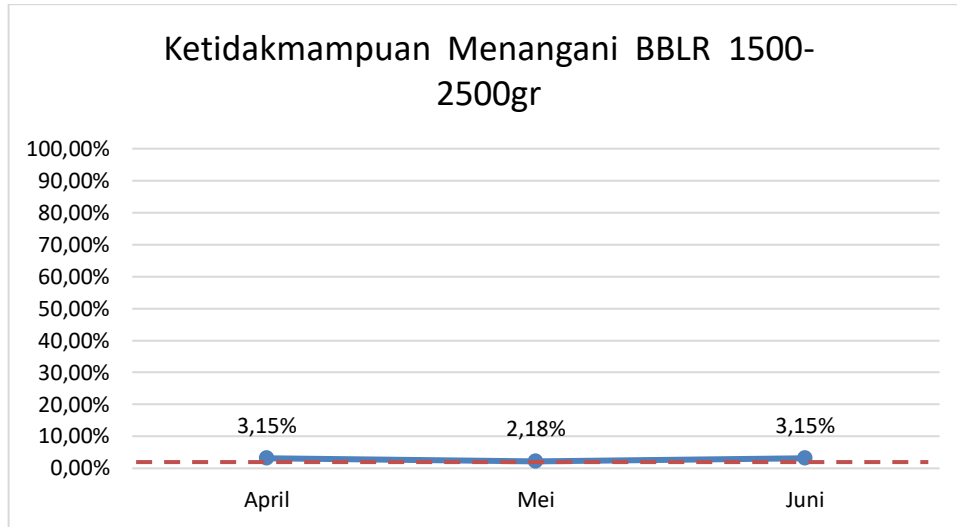
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar $\leq 2\%$ diperoleh hasil pengumpulan data kejadian infeksi daerah operasi pada triwulan II tahun 2022 secara capaian bulanan maupun rerata yaitu 3,25% belum sesuai standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan edukasi terkait perawatan luka operasi pasien selama di rumah
<i>Do</i>	Melakukan edukasi terkait perawatan luka operasi pasien selama di rumah
<i>Study/Check</i>	Masih tingginya IDO lebih banyak disebabkan karena perilaku perawatan pasien selama di rumah, seperti status nutrisi maupun kebersihan diri.
<i>Action</i>	Memberikan edukasi kepada pasien terkait perawatan luka operasi selama di rumah, terutama terkait pemenuhan nutrisi serta bagaimana menjaga kebersihan diri.

4. Pelaksanaan Penanda Lokasi Operasi
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

5. Ketidakmampuan Menangani BBLR 1500-2500gr



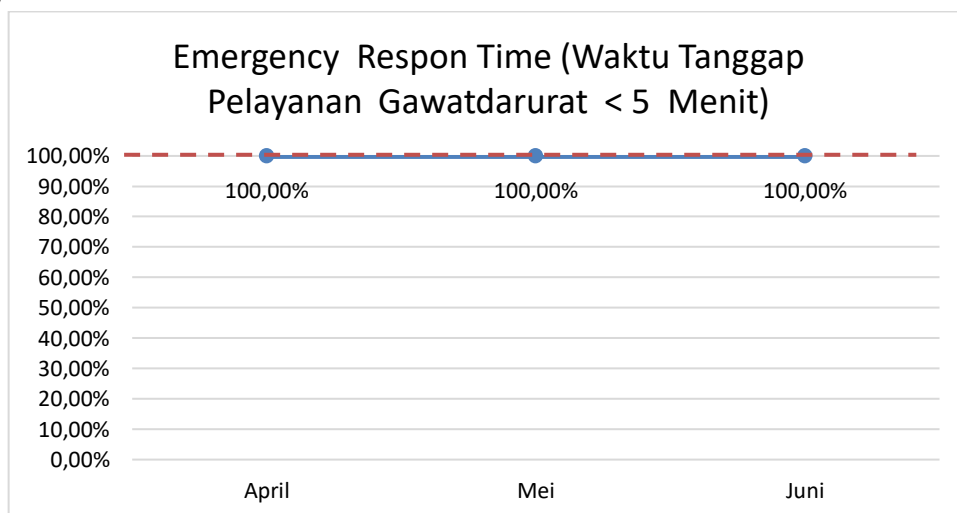
• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar $\leq 0,5\%$ diperoleh hasil pengumpulan data ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 gram pada triwulan II tahun 2022 secara capaian bulanan maupun rerata yaitu 2,83% belum memnuhi standar.

• **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan edukasi bekerjasama dengan bidan terkait penyuluhan ibu hamil pada ANC untuk menekan terjadinya kelahiran prematur
<i>Do</i>	Melakukan edukasi bekerjasama dengan bidan terkait penyuluhan ibu hamil pada ANC untuk menekan terjadinya kelahiran prematur
<i>Study/Check</i>	Kasus kegagalan perawatan BBLR disebabkan karena adanya komorbid/penyulit pada bayi
<i>Action</i>	Meningkatkan upaya preventif melalui edukasi ibu hamil serta meningkatkan kompetensi seluruh staf terkait perawatan BBLR

6. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat darurat <5 Menit)



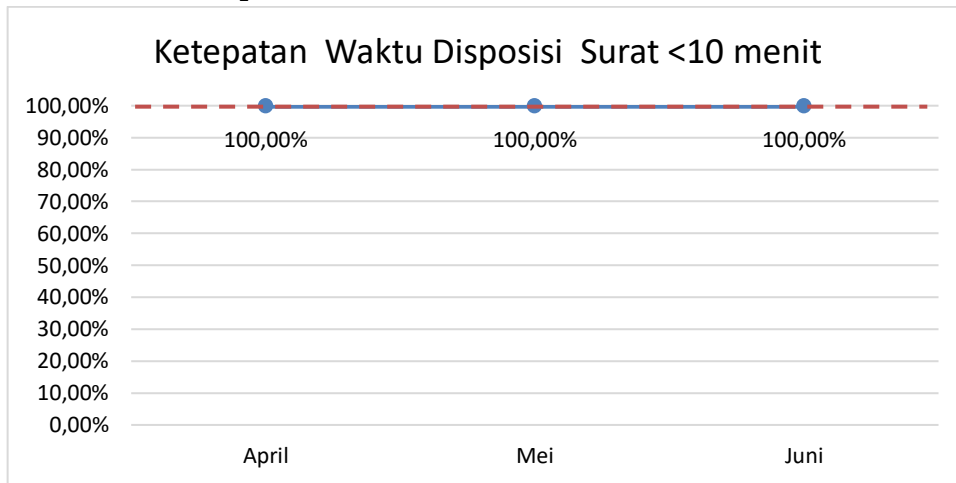
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data emergency respon time pelayanan gawatdarurat pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

7. Ketepatan Waktu Disposisi Surat <10 menit



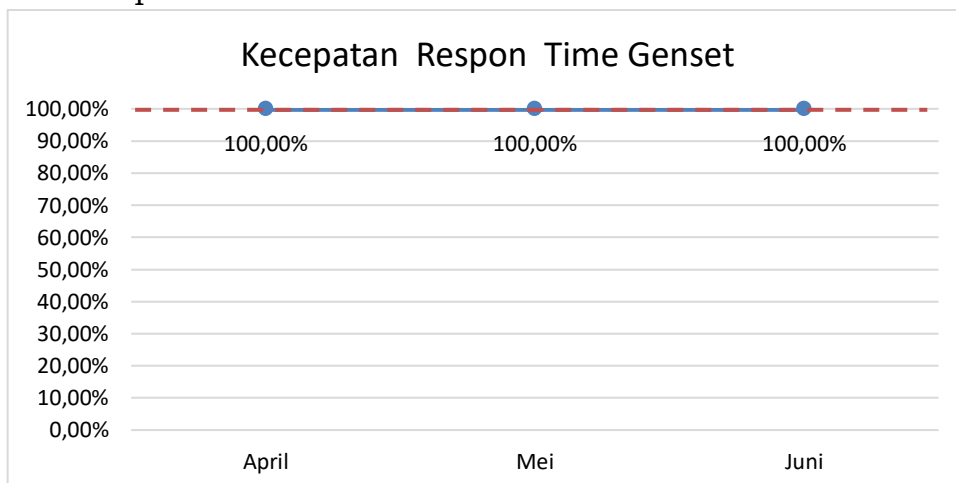
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data ketepatan waktu disposisi surat <10 menit pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

8. Kecepatan Respon Time Genset



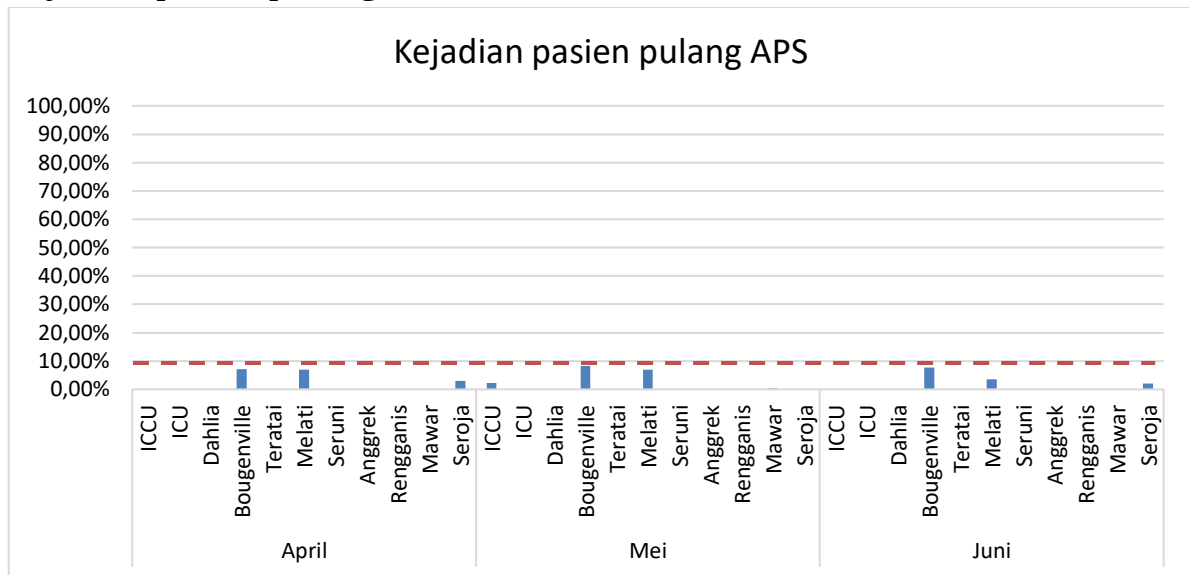
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kecepatan respon time genset pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

9. Kepatuhan Kapasitas/Kuota Perbandingan CI dan Peserta Didik Kedokteran
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
10. Kejadian pasien pulang APS



- **Analisis Pencapaian:**

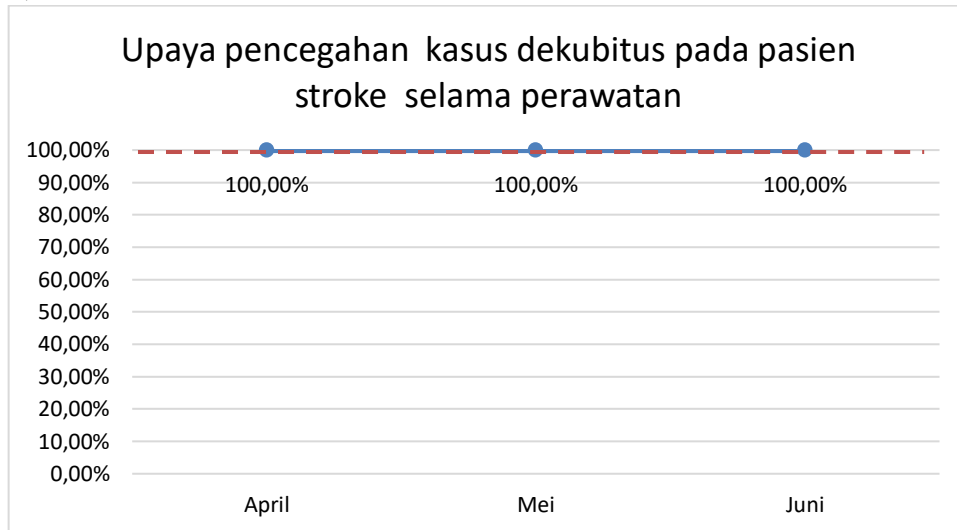
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kejadian pulang APS di rawat inap pada triwulan II tahun 2022 secara umum telah memenuhi standar. Namun demikian, terdapat beberapa paviliun yang belum menyampaikan laporannya, antara lain Dahlia, Seruni, dan Rengganis. Secara agregasi, capaian indikator sebesar 2,42% pada tingkat rumah sakit.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan, serta terus menjaga kepatuhan unit dalam melaporkan capaian indikator mutunya.

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

1. Upaya pencegahan kasus dekubitus pada pasien stroke selama perawatan (Teratai)



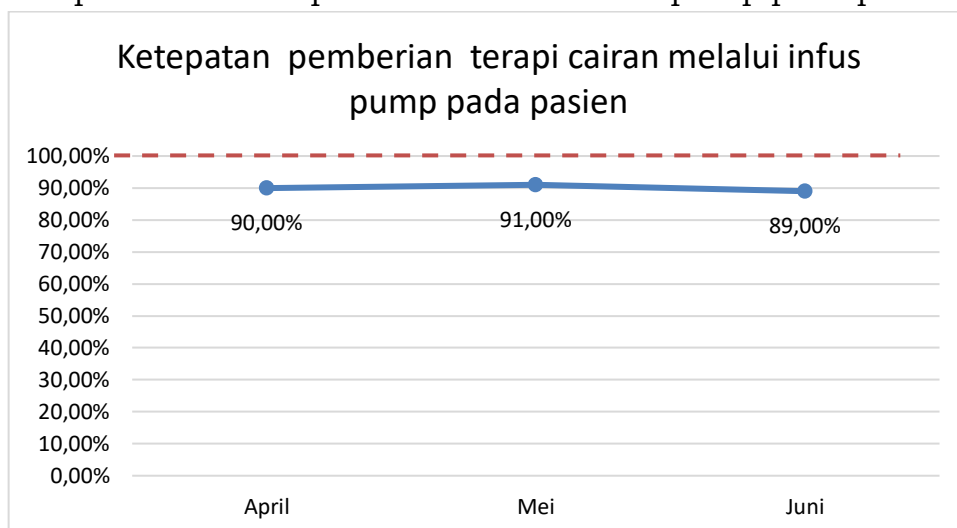
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data upaya pencegahan kasus decubitus pada pasien stroke selama perawatan pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

2. Kepatuhan penggunaan ruang isolasi TB sesuai kebutuhan (Bougenville)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
3. Ketepatan pemberian terapi cairan melalui infus pump pada pasien (ICCU)



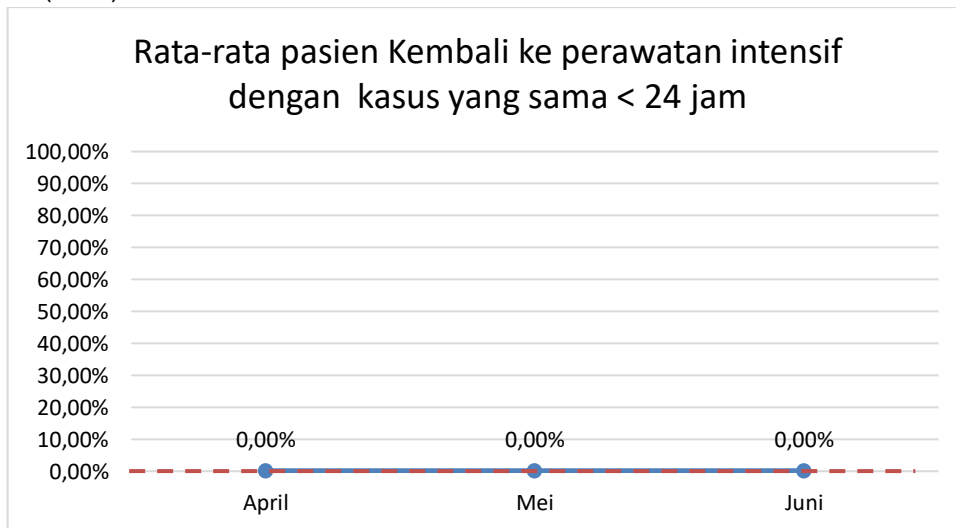
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data ketepatan pemberian terapi cairan melalui infus pump pada pasien pada triwulan II tahun 2022 secara capaian bulanan maupun rerata yaitu 90% belum memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan sosialisasi ulang terkait penggunaan infus pump sesuai ketentuan
<i>Do</i>	Melakukan sosialisasi ulang terkait penggunaan infus pump sesuai ketentuan
<i>Study/ Check</i>	Ketidaktepatan penggunaan infus pump seringkali terjadi disebabkan kesalahan dalam melakukan input/setting alat maupun pengelolaan troubleshoot yang tidak sesuai selama penggunaan
<i>Action</i>	Melakukan refreshment penggunaan infus pump serta double check selama shift berlangsung

4. Rata-rata pasien Kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <24 jam (ICU)



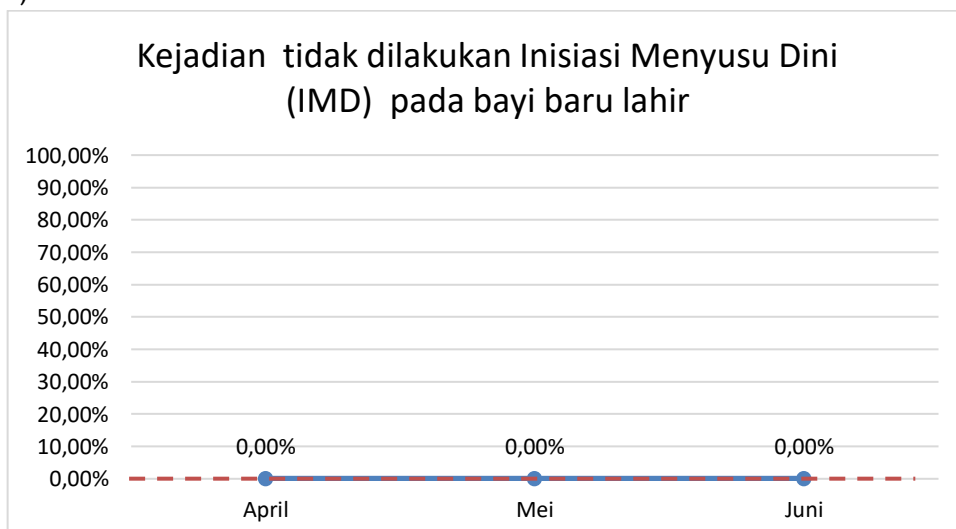
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 0% diperoleh hasil pengumpulan data rata-rata pasien Kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <24 jam pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

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



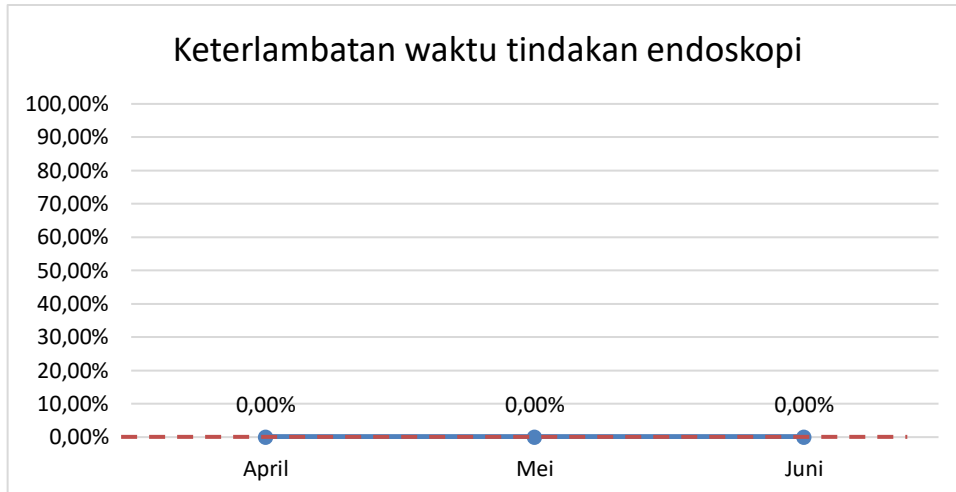
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 0% diperoleh hasil pengumpulan data Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada bayi baru lahir pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

6. Keterlambatan waktu tindakan endoskopi



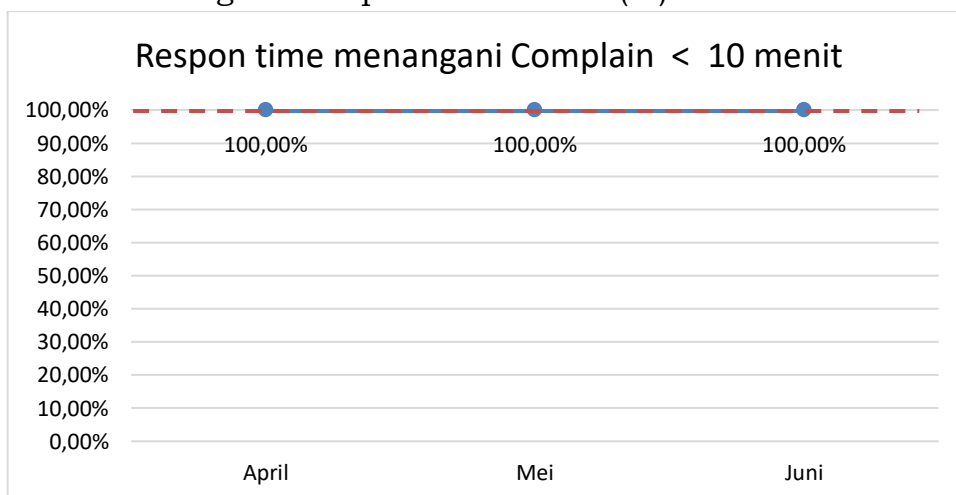
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 0% diperoleh hasil pengumpulan data Keterlambatan waktu tindakan endoskopi pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

7. Respon time menangani komplain <10 menit (IT)



- **Analisis Pencapaian:**

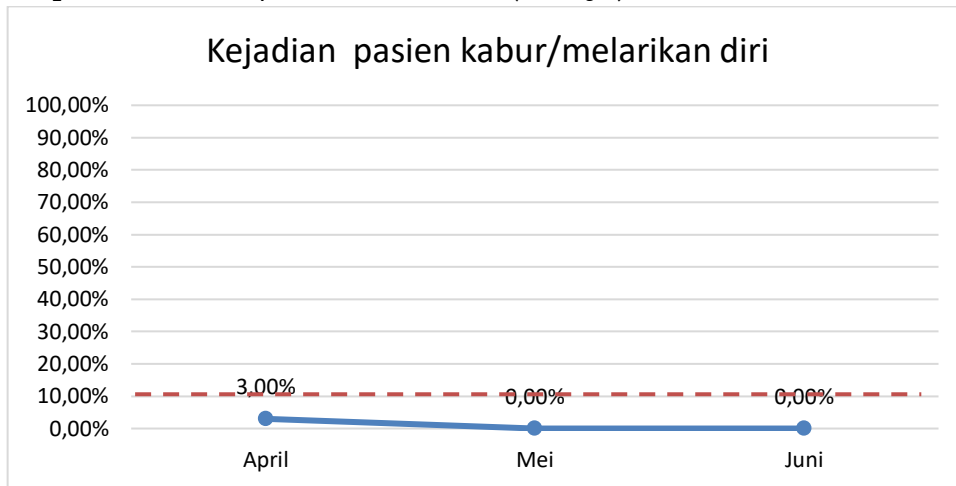
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data Respon time menangani komplain <10 menit pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

8. Kepatuhan pelaksanaan EWS pada pasien di rawat inap (Melati)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

9. Kejadian pasien kabur/melarikan diri (Seroja)



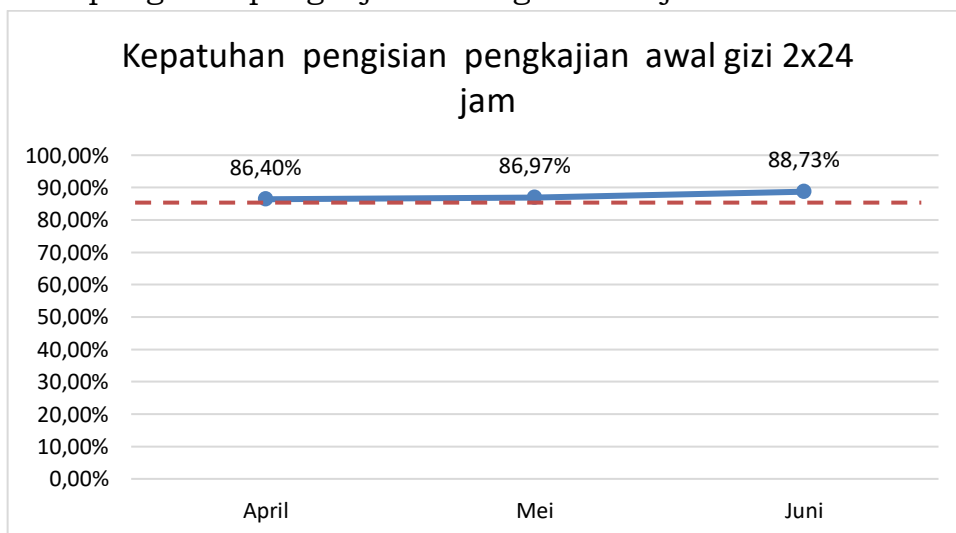
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar $\leq 10\%$ diperoleh hasil pengumpulan data kejadian pasien kabur/melarikan diri pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 1%.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

10. Kepatuhan pengisian pengkajian awal gizi 2x24 jam



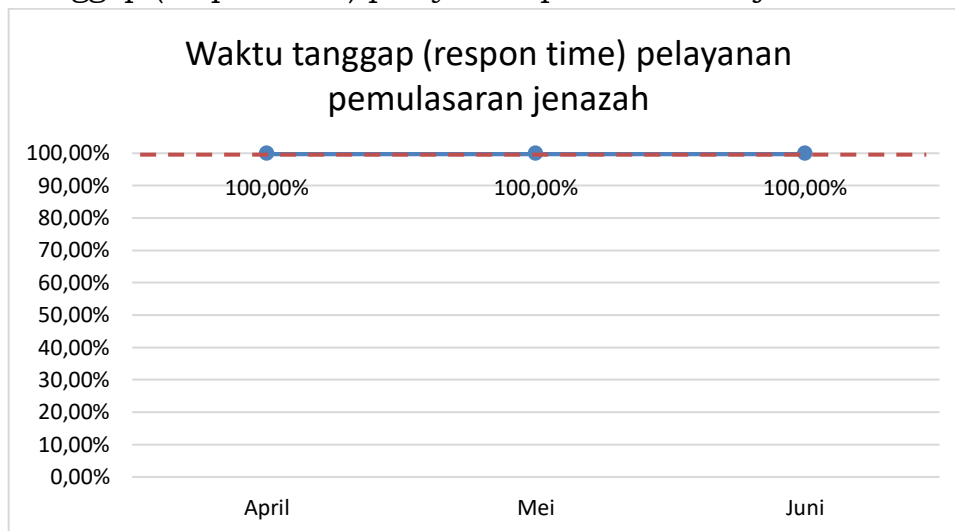
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 85% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan pengisian pengkajian awal gizi 2x24 jam pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 87,37%.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

11. Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah



- **Analisis Pencapaian:**

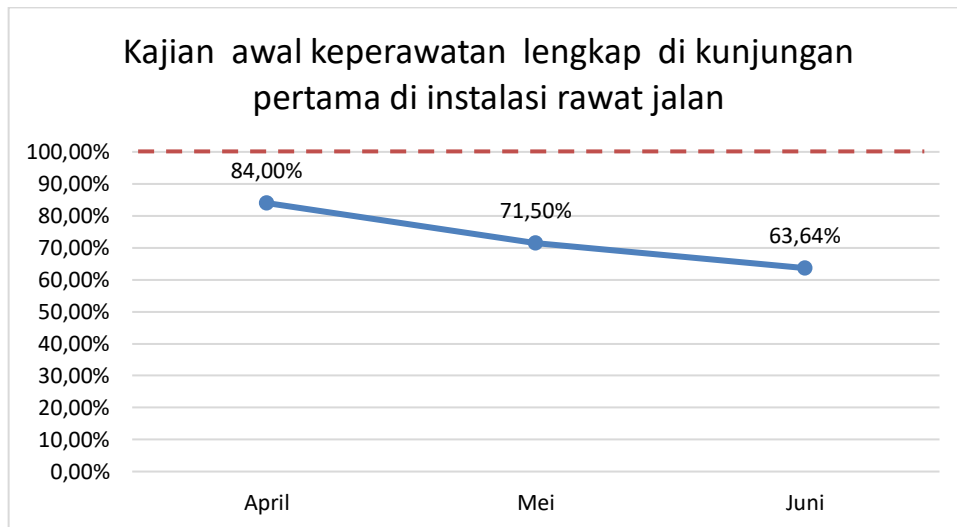
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 100%.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

12. Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien (Anggrek)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
13. Kepatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien (Rengganis)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
14. Kepatuhan identifikasi pasien cathlab
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

15. Kajian awal keperawatan lengkap di kunjungan pertama di instalasi rawat jalan



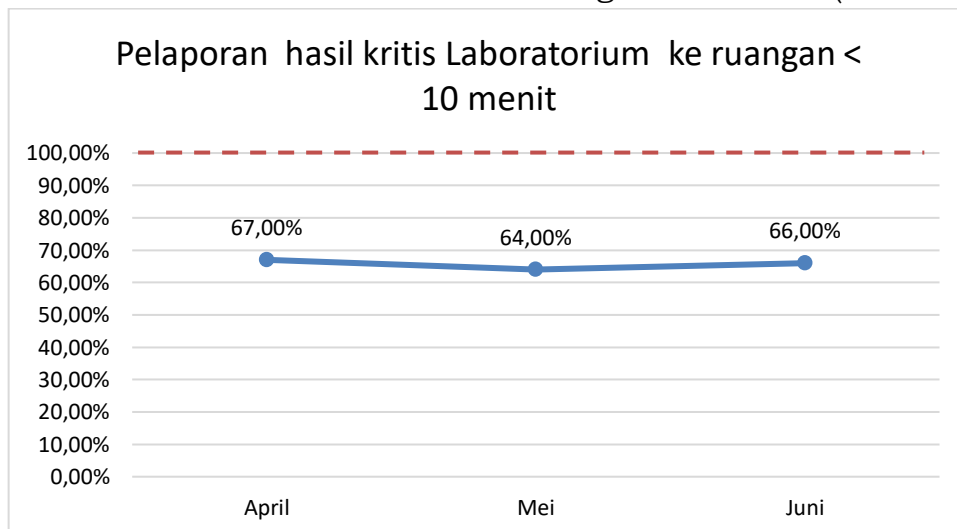
• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kajian awal keperawatan lengkap di kunjungan pertama instalasi rawat jalan pada triwulan II tahun 2022 secara capaian bulanan maupun rerata yaitu 73,05% belum memenuhi standar.

• **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan hasil capaian pada tenaga keperawatan di lingkup rawat jalan 2. Berikan masukan dan motivasi terkait kepatuhan melengkapi kajian awal keperawatan sesuai ketentuan
<i>Do</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan hasil capaian pada tenaga keperawatan di lingkup rawat jalan 2. Memberikan masukan dan motivasi terkait kepatuhan melengkapi kajian awal keperawatan sesuai ketentuan
<i>Study/Check</i>	Tidak terpenuhinya kelengkapan kajian awal keperawatan lebih banyak terjadi pada waktu-waktu tertentu lonjakan jumlah kunjungan pasien, terutama pada awal-awal minggu
<i>Action</i>	Memberikan masukan dan motivasi terkait kepatuhan melengkapi kajian awal keperawatan sesuai ketentuan

16. Pelaporan hasil kritis Laboratorium ke ruangan <10 menit (Laboratorium)



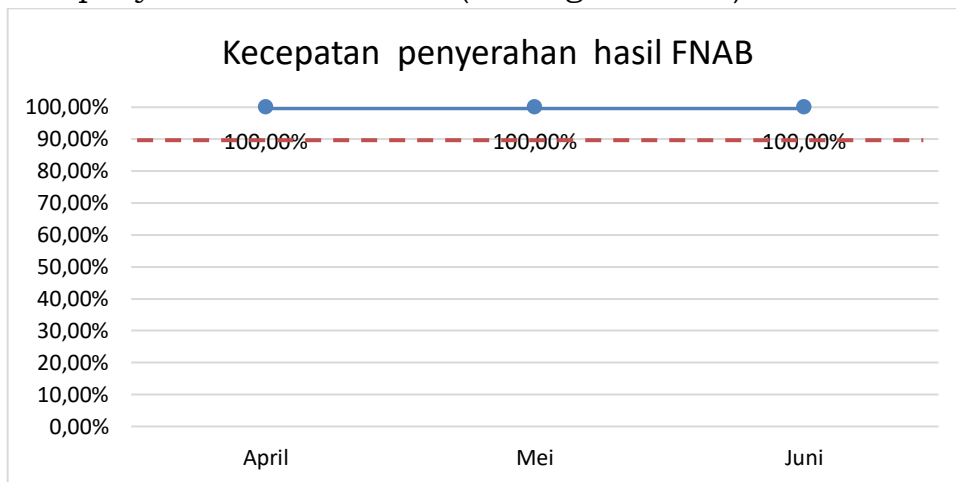
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data Pelaporan hasil kritis Laboratorium ke ruangan <10 menit pada triwulan II tahun 2022 secara capaian bulanan maupun rerata yaitu 65,67% belum memenuhi standar.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	1. Lakukan sosialisasi tentang pelaporan dan pencatatan nilai kritis 2. Usulkan pengadaan LIS (Laboratory Information System) guna efektivitas dan efisiensi kerja
<i>Do</i>	1. Melakukan sosialisasi tentang pelaporan dan pencatatan nilai kritis 2. Mengusulkan pengadaan LIS (Laboratory Information System) guna efektivitas dan efisiensi kerja
<i>Study/ Check</i>	Tidak terpenuhinya standar dikarenakan tingginya beban kerja petugas, sehingga diperlukan suatu system/alat bantu untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi kerja
<i>Action</i>	Membuat telaah staf untuk mengusulkan pengadaan LIS (Laboratory Information System) guna efektivitas dan efisiensi kerja

17. Kecepatan penyerahan hasil FNAB (Patologi Anatomi)



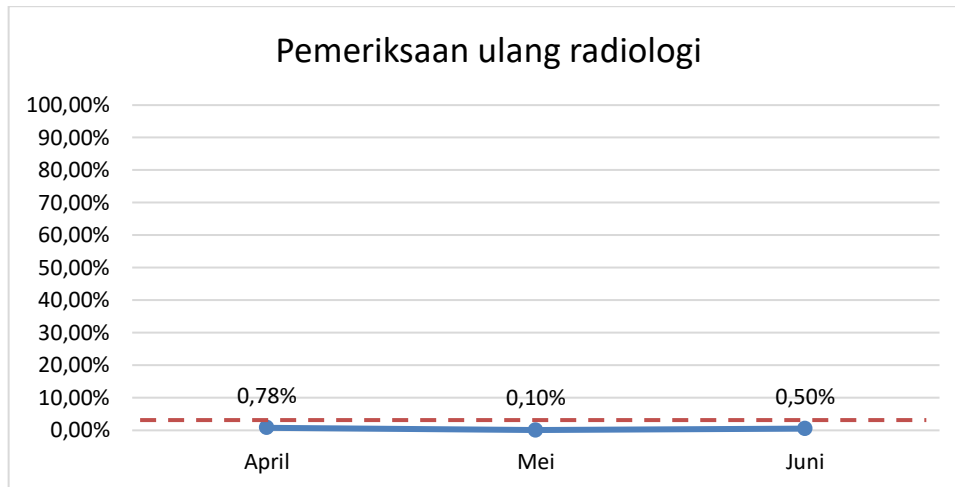
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 90% diperoleh hasil pengumpulan data kecepatan penyerahan hasil FNAB pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 100%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

18. Pemeriksaan ulang radiologi



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar $\leq 2\%$ diperoleh hasil pengumpulan data pemeriksaan ulang radiologi pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 0,46%.

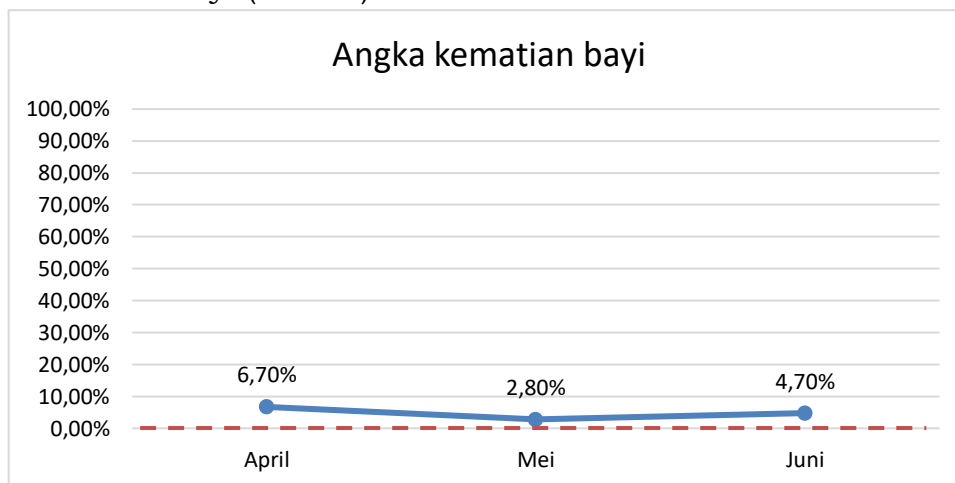
• **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

19. Keterlambatan pelayanan ambulance di rumah sakit

Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

20. Angka kematian bayi (Seruni)



• **Analisis Pencapaian:**

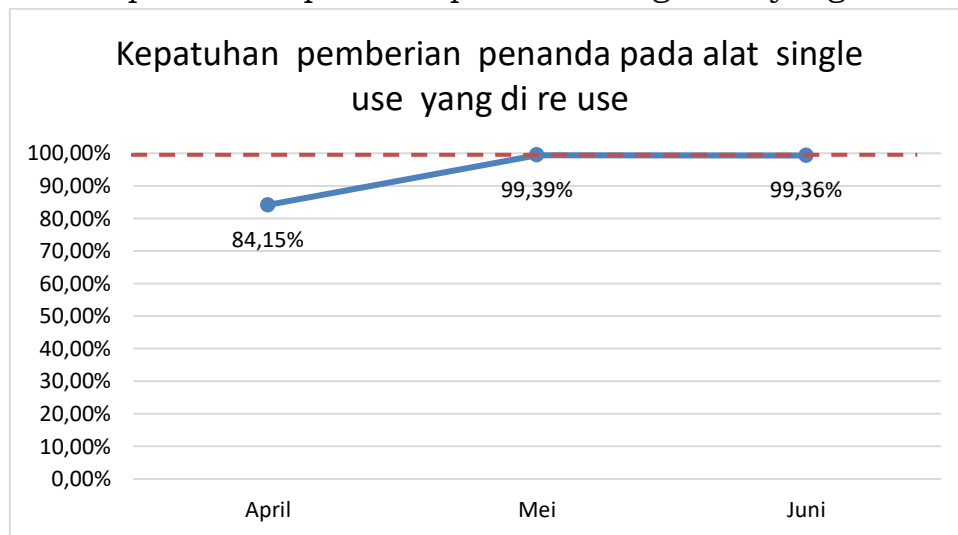
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar % diperoleh hasil pengumpulan data angka kematian bayi pada triwulan II tahun 2022 secara capaian bulanan maupun rerata yaitu 4,73% belum memenuhi standar.

• **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan edukasi bekerjasama dengan bidan terkait penyuluhan ibu hamil pada ANC maupun post natal untuk menekan terjadinya kelahiran yang bermasalah maupun penyakit kronis setelah bayi dilahirkan
-------------	--

<i>Do</i>	Melakukan edukasi bekerjasama dengan bidan terkait penyuluhan ibu hamil pada ANC maupun post natal untuk menekan terjadinya kelahiran yang bermasalah maupun penyakit kronis setelah bayi dilahirkan
<i>Study/Check</i>	Kasus kematian bayi disebabkan karena adanya komorbid/penyulit pada bayi
<i>Action</i>	Meningkatkan upaya preventif melalui edukasi ibu hamil serta meningkatkan kompetensi seluruh staf terkait perawatan bayi

21. Kepatuhan pemberian penanda pada alat single use yang di re use (CSSD)



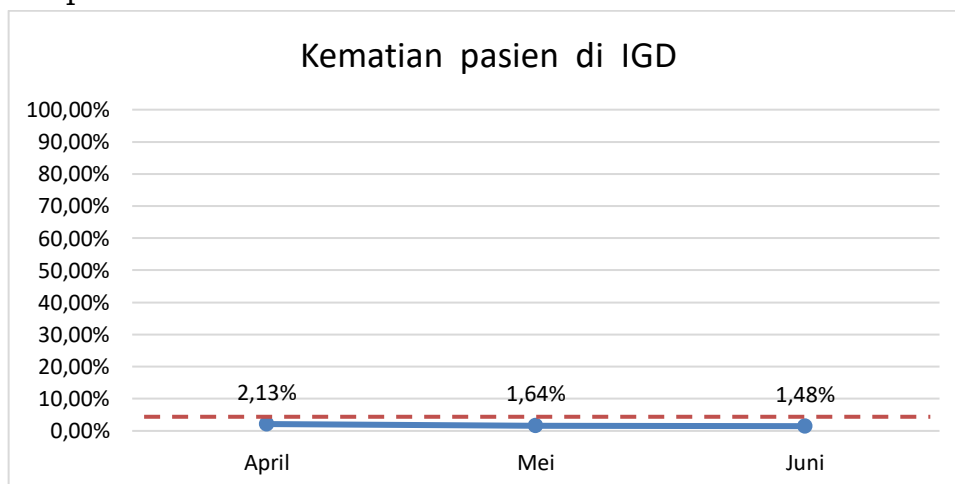
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan pemberian penanda pada alat single use yang di re-use pada triwulan II tahun 2022 menunjukkan trend peningkatan, meskipun secara rerata capaian belum memenuhi standar yaitu sebesar 94,30%. Peningkatan signifikan terjadi pada bulan Mei. Pelaksanaan resosialisasi serta motivasi kepatuhan diharapkan dapat memenuhi standar capaian indikator mutu.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

22. Kematian pasien di IGD



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar $\leq 2,5\%$ diperoleh hasil pengumpulan data kematian pasien di IGD pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 1,75%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

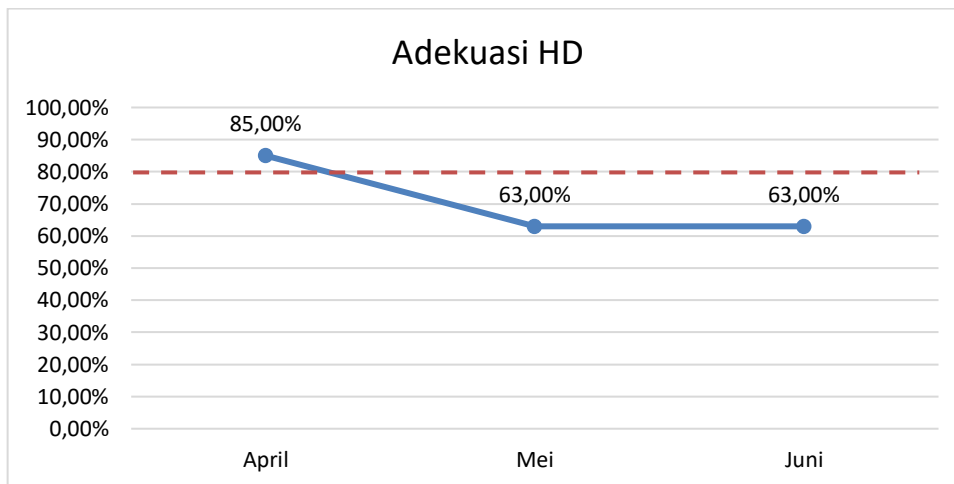
23. Kepatuhan pelaksanaan prosedur persiapan pasien pra operasi CITO (Dahlia)

Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

24. Pelaksanaan penandaan lokasi operasi (IBS)

Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

25. Adekuasi HD



- **Analisis Pencapaian:**

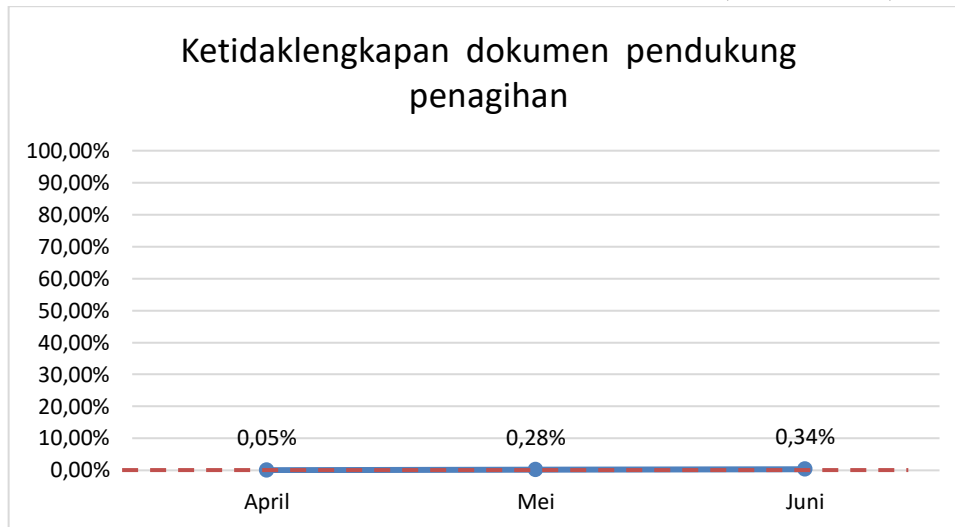
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 80% diperoleh hasil pengumpulan data adekuasi HD pada triwulan II tahun 2022 menunjukkan trend menurun dengan rerata capaian belum memenuhi standar yaitu 70,33%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan kolaborasi dengan bedah TKV
<i>Do</i>	Melakukan kolaborasi dengan bedah TKV
<i>Study/Check</i>	Belum tercapainya adekuasi JD sesuai standar disebabkan pada kasus-kasus sulit pembuluh darah
<i>Action</i>	Melakukan kolaborasi dengan bedah TKV pada pembuluh darah dengan tingkat kesulitan tinggi

26. Pemenuhan pelatihan karyawan minimal 20 jam per tahun (Kepegawaian)
Akumulasi laporan tahunan

27. Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan (Keuangan)



- **Analisis Pencapaian:**

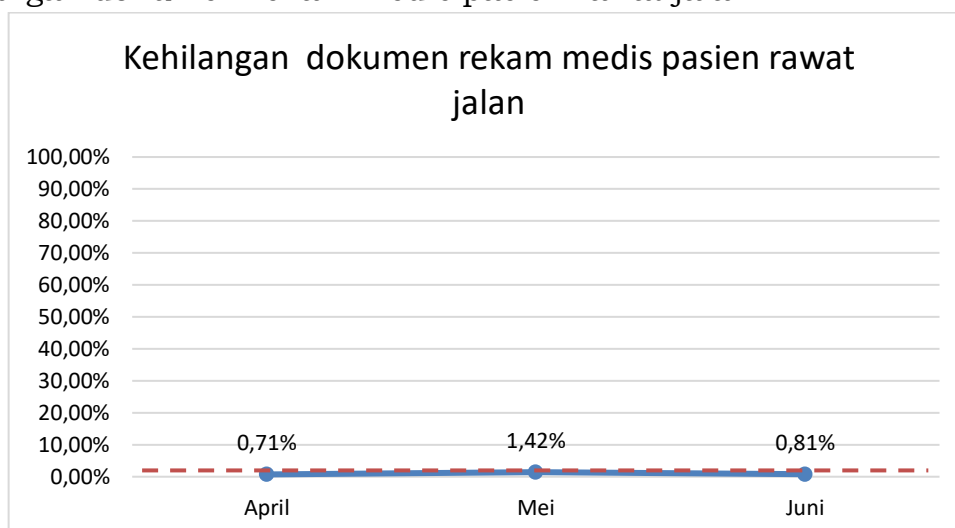
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 0% diperoleh hasil pengumpulan data ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan pada triwulan II tahun 2022 belum memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 0,22%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

28. Waktu tunggu obat jadi <30 menit pada pasien rawat jalan
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

29. Kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan



- **Analisis Pencapaian:**

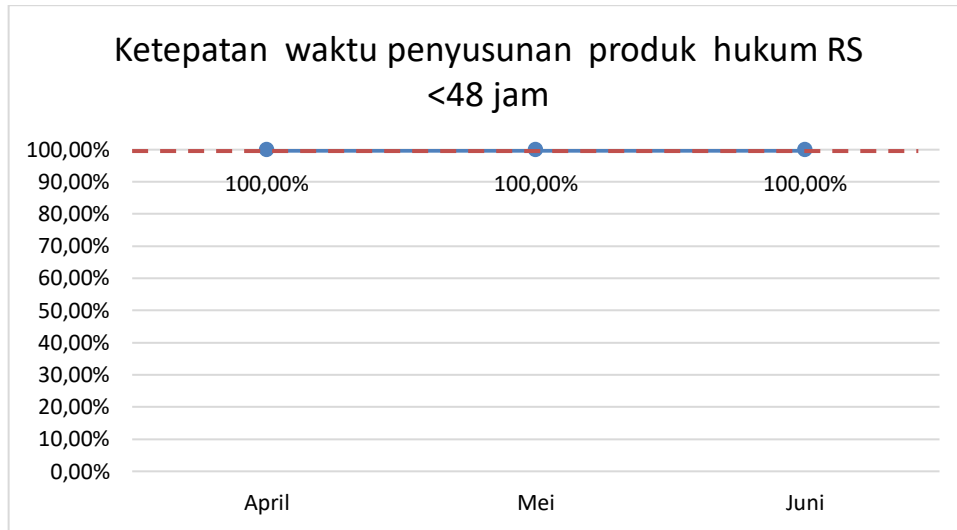
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 1% diperoleh hasil pengumpulan data kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 0,98%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

30. Ketepatan Pengisian Nomor Laporan Polisi untuk pembuatan SEP Kecelakaan Lalu Lintas pada Aplikasi Vclaim BPJS (Front Office)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMAADAK maupun laporan manual

31. Ketepatan waktu penyusunan produk hukum RS <48 jam (Bagian Umum)



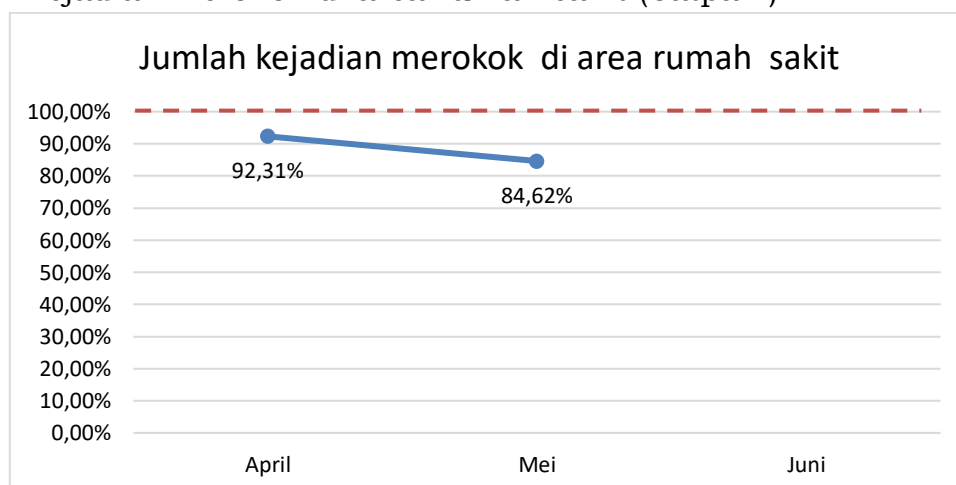
• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 1% diperoleh hasil pengumpulan data ketepatan waktu penyusunan produk hukum RS <48 jam pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 100%.

• **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

32. Jumlah kejadian merokok di area rumah sakit (Satpam)



• **Analisis Pencapaian:**

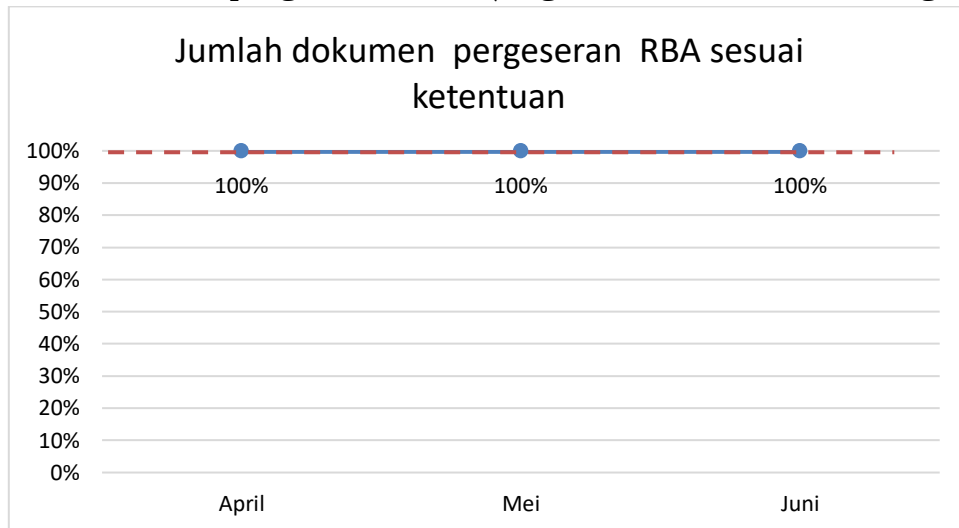
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data jumlah kejadian merokok di area rumah sakit pada triwulan II tahun 2022 belum memenuhi standar dan menunjukkan trend menurun. Laporan pada bulan Juni belum disampaikan sehingga data tidak dapat dianalisa lebih lanjut.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**

Meningkatkan kepatuhan staf dalam pelaporan indikator mutu.

33. Kepatuhan pengosongan titik kumpul (Parkir)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

34. Jumlah dokumen pergeseran RBA (Bagian Perencanaan & Pengembangan)



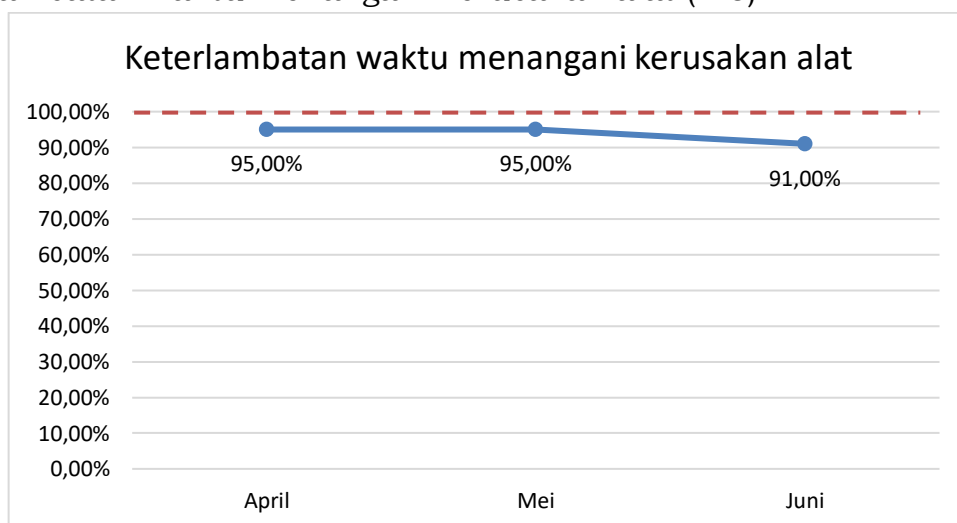
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data jumlah dokumen pergeseran RBA sesuai ketentuan pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 100%.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

35. Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat (IPS)

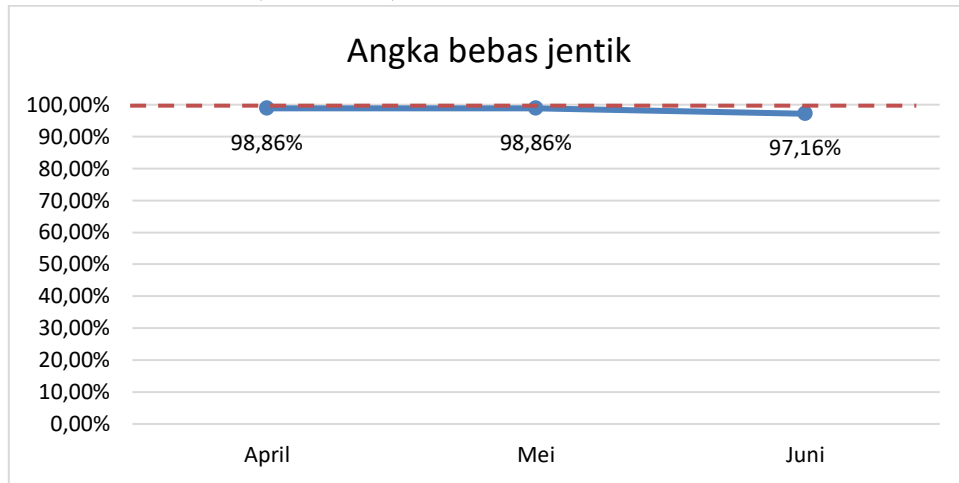


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data keterlambatan waktu menangani kerusakan alat pada triwulan II tahun 2022 belum memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 93,67%.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**
Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

36. Angka bebas jentik (Sanitasi)



- **Analisis Pencapaian:**

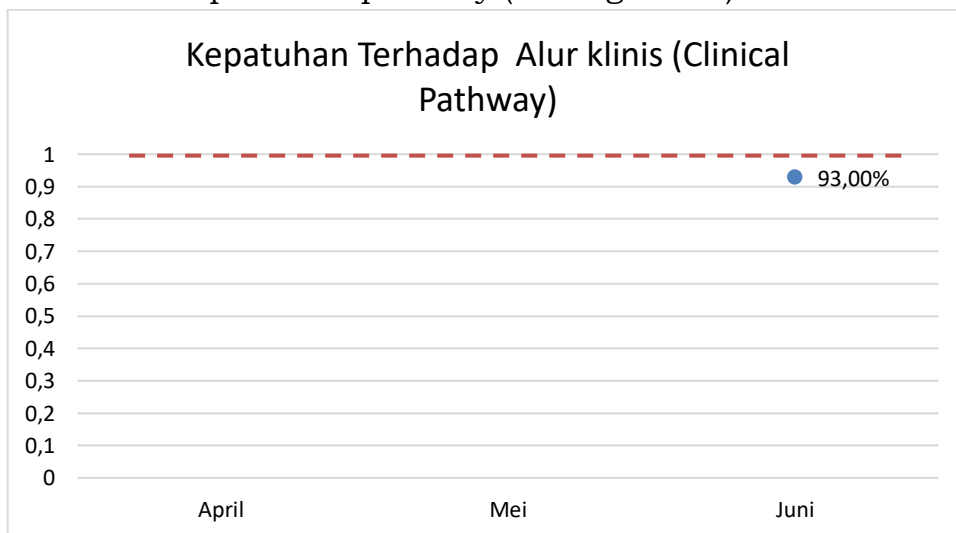
Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data angka bebas jentik pada triwulan II tahun 2022 belum memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 98,29%.

- **Analisis permasalahan** → **Rencana Tindak Lanjut:**
Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

37. Akurasi terhadap pendistribusian barang (Perbekalan)

Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

38. Kepatuhan terhadap clinical pathway (Bidang Medis)



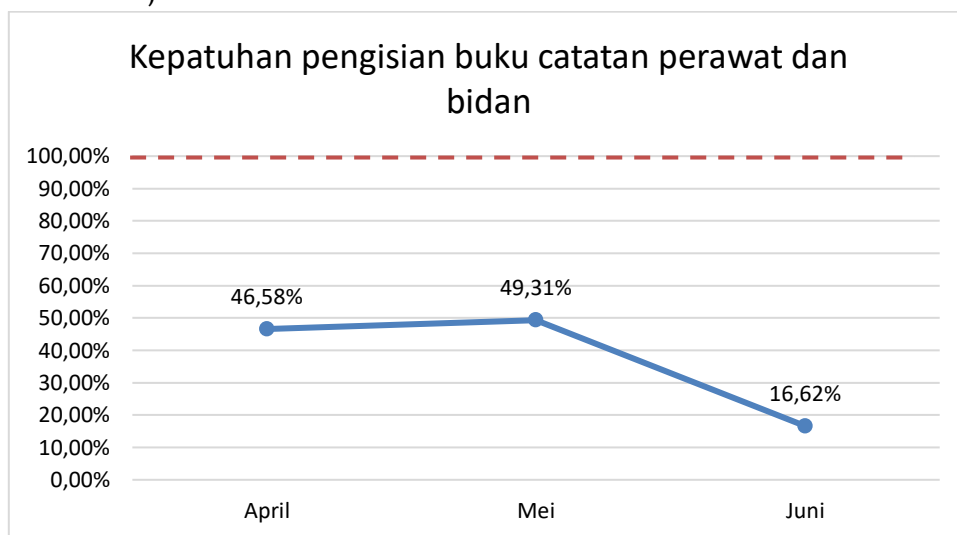
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan II tahun 2022 tidak dapat dilakukan analisis dikarenakan hanya terdapat satu data capaian pada bulan Juni, yaitu 93%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan koordinasi terkait kepatuhan pengisian laporan tepat waktu
<i>Do</i>	Melakukan koordinasi terkait kepatuhan pengisian laporan tepat waktu
<i>Study/ Check</i>	Kesulitan pelaporan tepat waktu dikarenakan adanya keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis untuk dilakukan Analisa terkait kasus-kasus yang masuk dalam kriteria inklusi clinical pathway
<i>Action</i>	Melakukan koordinasi terkait penentuan system dan pembatasan waktu pelaporan sehingga tidak menghambat proses olah data dan analisis capaian

39. Kepatuhan pengisian buku catatan perawat dan bidan (Bidang Keperawatan)



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data kepatuhan pengisian buku catatan perawat dan bidan pada triwulan II tahun 2022 belum mencapai standar dengan rerata capaian sebesar 37,50%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

<i>Plan</i>	Lakukan koordinasi terkait kepatuhan pengisian buku catatan perawat dan bidan secara tepat waktu
<i>Do</i>	Melakukan koordinasi terkait kepatuhan pengisian buku catatan perawat dan bidan secara tepat waktu
<i>Study/ Check</i>	Kesulitan pelaporan tepat waktu dikarenakan murni tingkat kepatuhan staf yang rendah dalam memenuhi kewajiban
<i>Action</i>	Tidak menyampaikan laporan tepat waktu akan berdampak pada penilaian kinerja staf perawat dan bidan

40. Peningkatan mutu pelayanan penunjang (Bidang Penunjang)



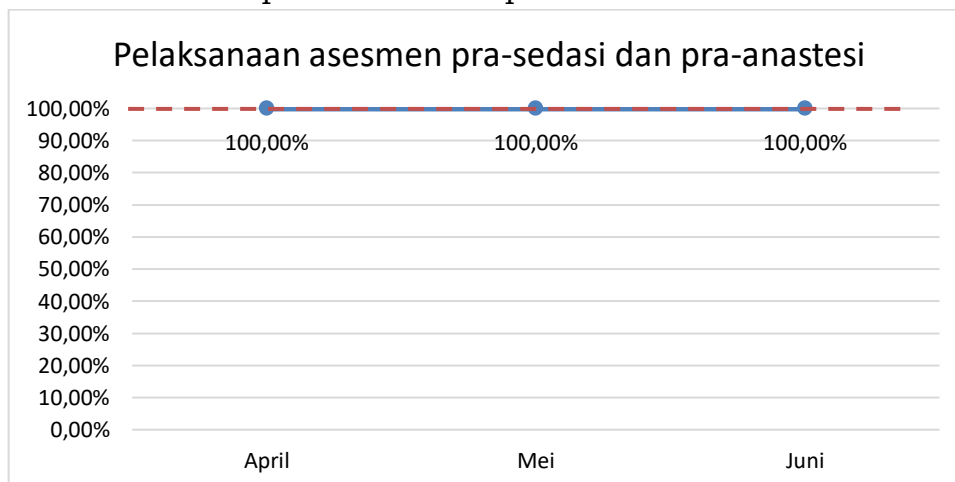
- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data peningkatan mutu pelayanan penunjang pada triwulan II tahun 2022 tidak dapat dianalisa lebih lanjut dikarenakan ketidaklengkapan data pelaporan.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Meningkatkan kepatuhan staf dalam pelaporan indikator mutu.

41. Pelaksanaan asesmen pra-sedasi dan pra-anastesi



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan sebesar 100% diperoleh hasil pengumpulan data pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anastesi pada triwulan II tahun 2022 telah memenuhi standar baik secara capaian bulanan maupun rerata capaian yaitu sebesar 100%.

- **Analisis permasalahan → Rencana Tindak Lanjut:**

Monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan.

42. Kejadian Reaksi alergi obat sitostatika (Kemoterapi)

Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

43. Kepatuhan penyuluhan kelompok (PKRS)

Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual

44. Kepatuhan penggunaan APD (Krisan)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual
45. Ketepatan Waktu Pengajuan Klaim (Pengendali)
Tidak ada laporan masuk dalam data SISMADAK maupun laporan manual