

LAPORAN ANALISIS
TRIWULAN III (JULI – SEPTEMBER)
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, S.kep, 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

LEMBAR PENGESAHAN

“Laporan Analisis Triwulan III (Juli – September) Kinerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tahun 2020” ini telah disusun dan dilaporkan:

Dilaporkan di : Bondowoso
Pada tanggal : Oktober 2020

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

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

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

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

Disetujui dan dilaporkan oleh:
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
Ketua,

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

Indikator Mutu Rumah Sakit

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

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

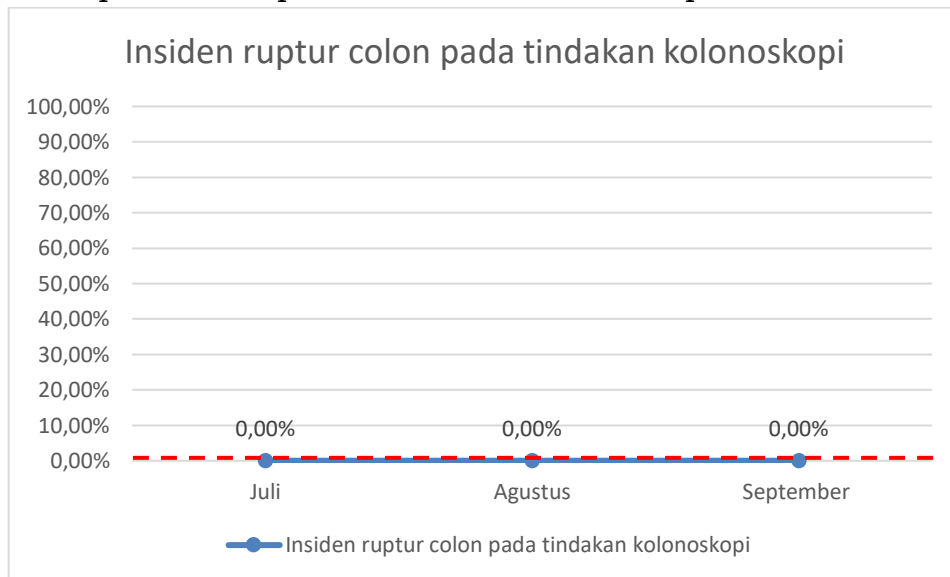
		pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien	
	61	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	Klinis/Wajib
	62	Ketidakmampuan menangani BLR 1500-2500 Gram	Klinis/prioritas
	63	Bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap	Klinis

HASIL KERJA

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

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

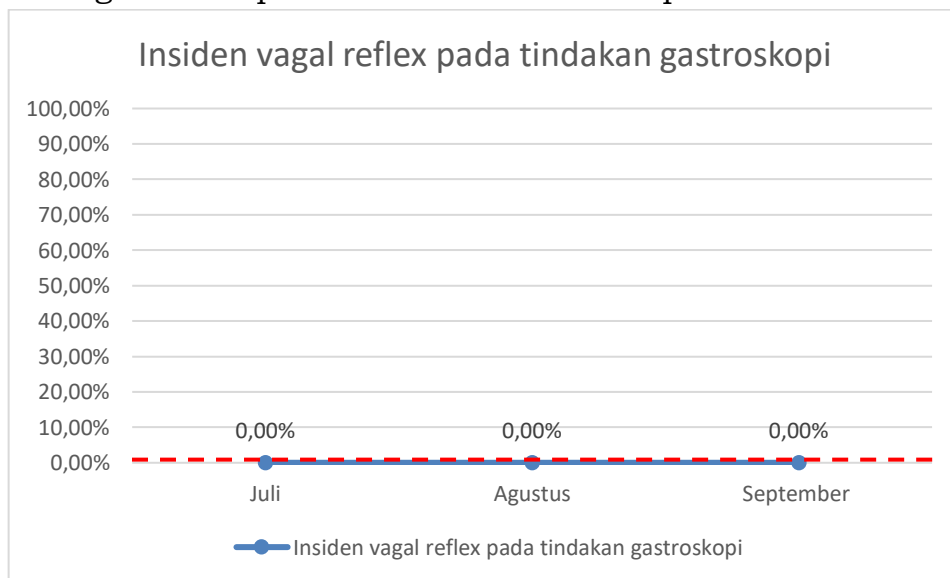
1. Insiden Ruptur Colon pada Tindakan Kolonoskopi



• Analisis Pencapaian:

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

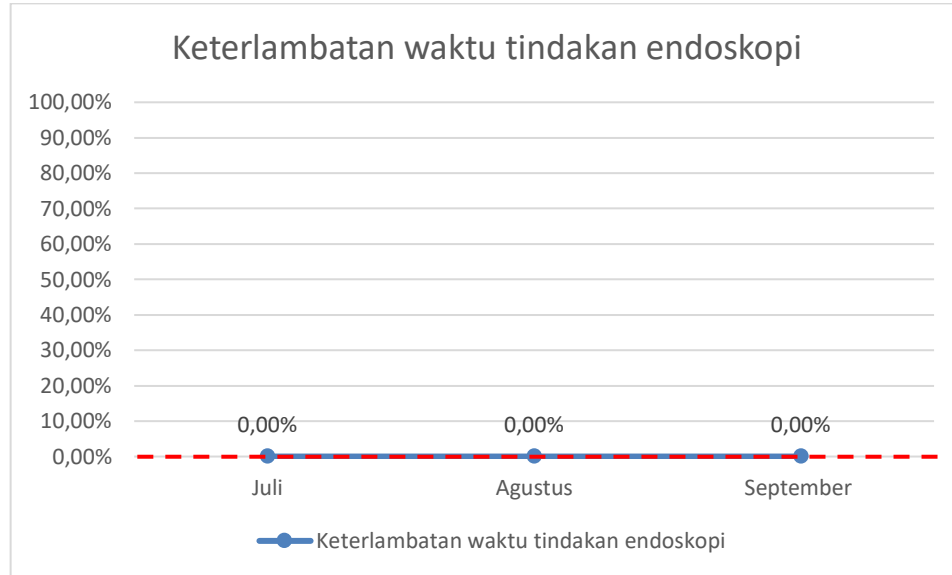
2. Insiden Vagal Reflek pada Tindakan Gastroskopi



• **Analisis Pencapaian:**

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

3. Keterlambatan Waktu Tindakan Endoskopi

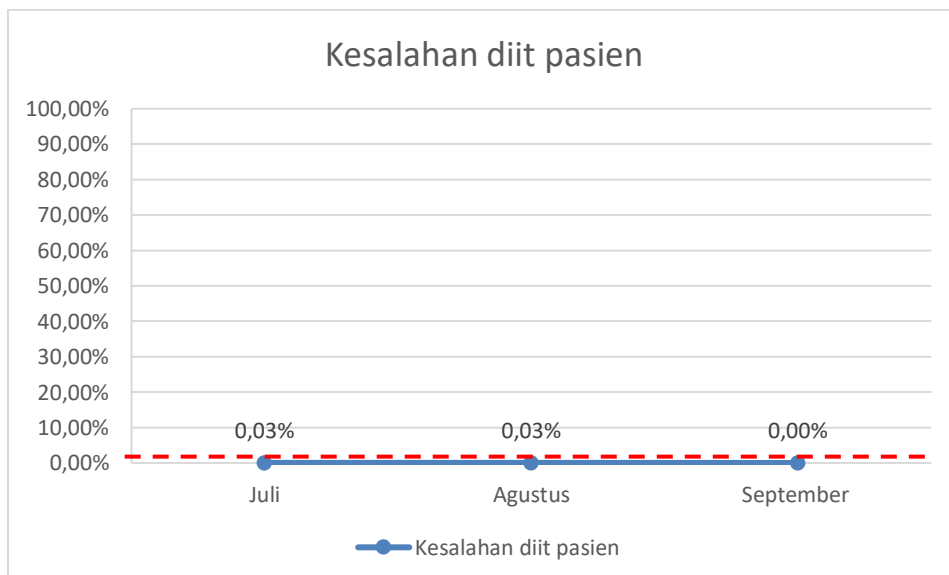


• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0%, didapatkan hasil pengumpulan data selama triwulan III 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

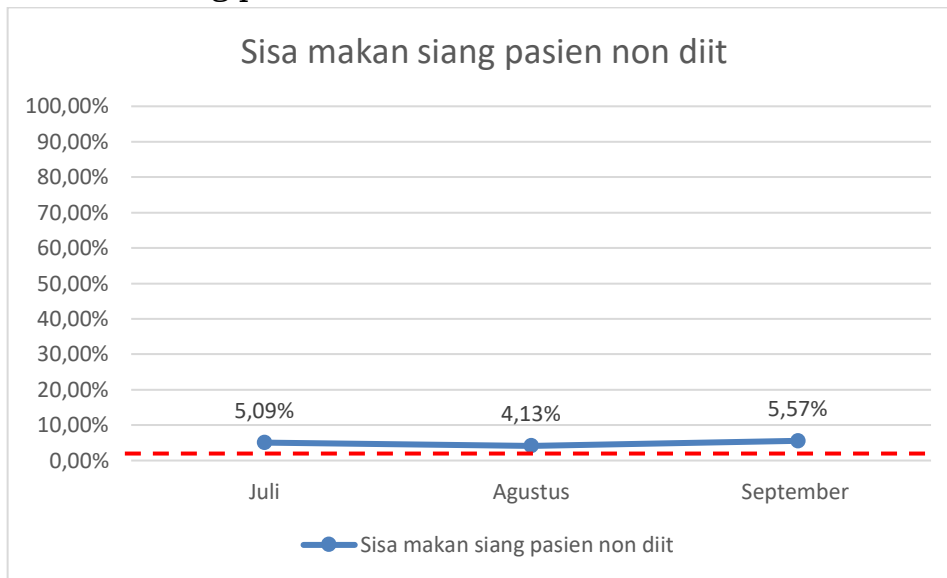
5. Kesalahan Diet Pasien



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu kesalahan diit pasien sebesar $\leq 0,5\%$, didapatkan hasil pengumpulan data 0,02% sepanjang triwulan III 2020, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan II 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 4,93% sepanjang triwulan III 2020, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 4,16%.

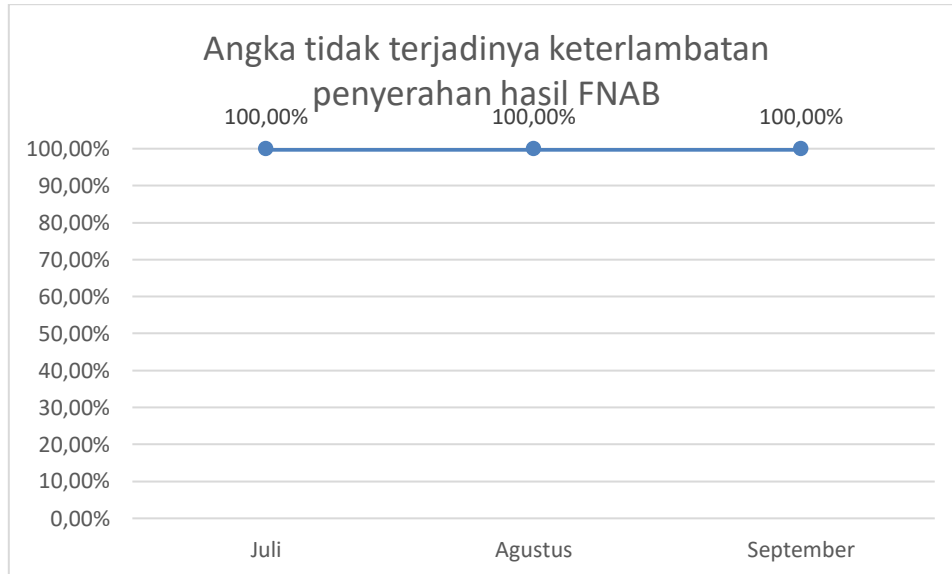
7. Kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar



• Analisis Pencapaian:

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan kesesuaian hasil pemeriksaan limbah cair dengan standar sebesar 90%, didapatkan hasil pengumpulan data hanya pada bulan Juli yaitu 100%. Jika dibandingkan dengan rerata pada triwulan II yang sebesar 92,85%, maka bisa diartikan mengalami **peningkatan kinerja**. Namun demikian terdapat data yang belum dilaporkan via SISMADAK pada bulan Agustus maupun September. Kedisiplinan dalam pelaporan harus ditingkatkan. Bilamana pemeriksaan limbah dilakukan hanya sekali dalam kurun waktu tertentu, maka perubahan profil indikator dapat dilakukan.

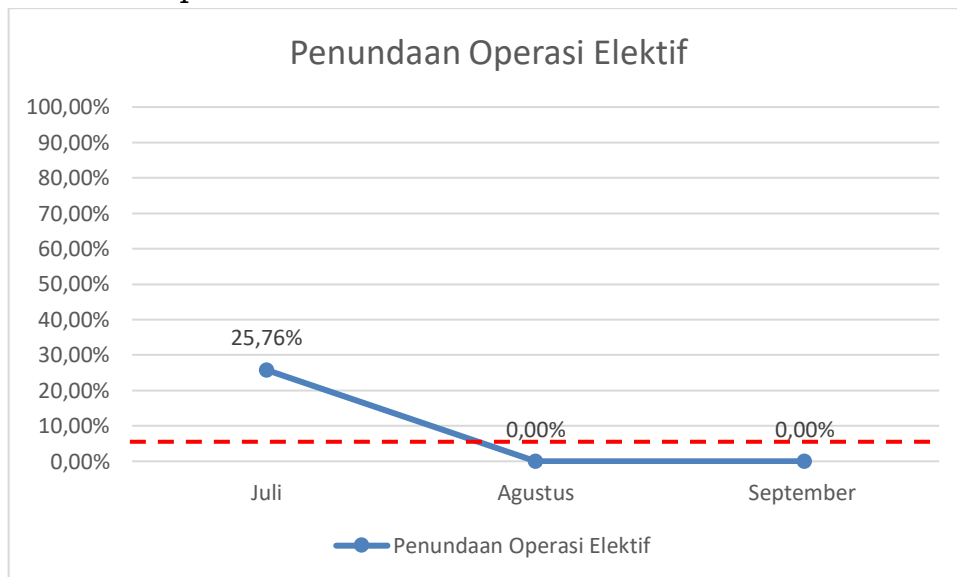
8. Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB



• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan Angka tidak terjadinya keterlambatan penyerahan hasil FNAB sebesar 90%, didapatkan hasil pengumpulan data yaitu 100% pada Triwulan III 2020, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II yang sebesar 97,2%.

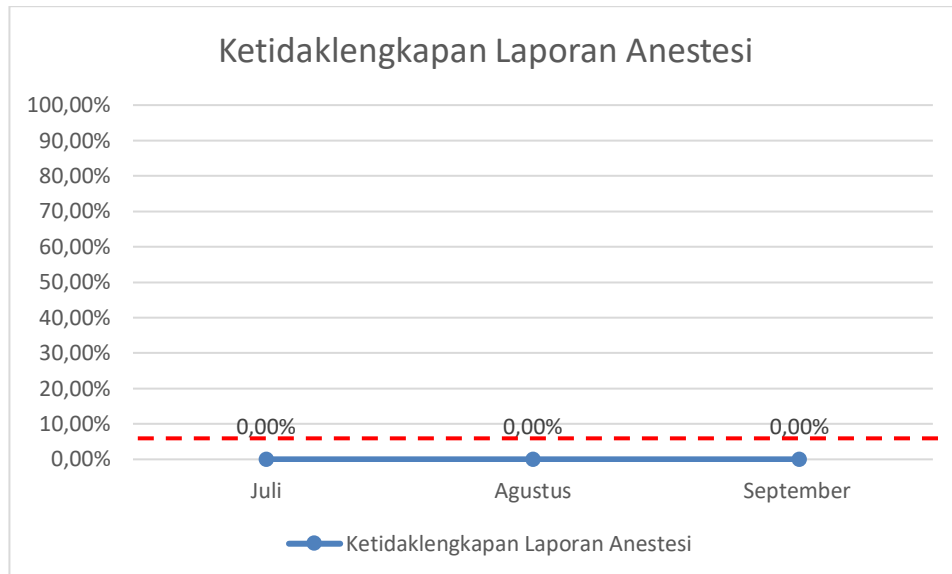
9. Penundaan Operasi Elektif



• **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 III 2020 yaitu 8,5%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian pada Triwulan II 2020 yaitu 1,58%. Tingginya angka penundaan disebabkan Pandemi Covid 19..

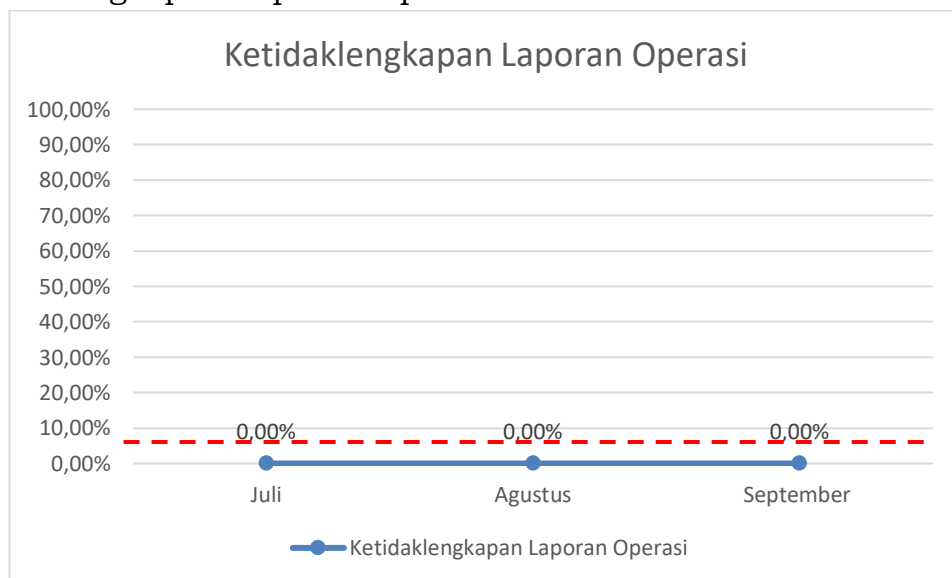
10. Ketidaklengkapan Laporan Anestesi



- **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 III 2020, konsisten sejak triwulan II 2020.

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 II 2020, konsisten sejak triwulan II 2020.

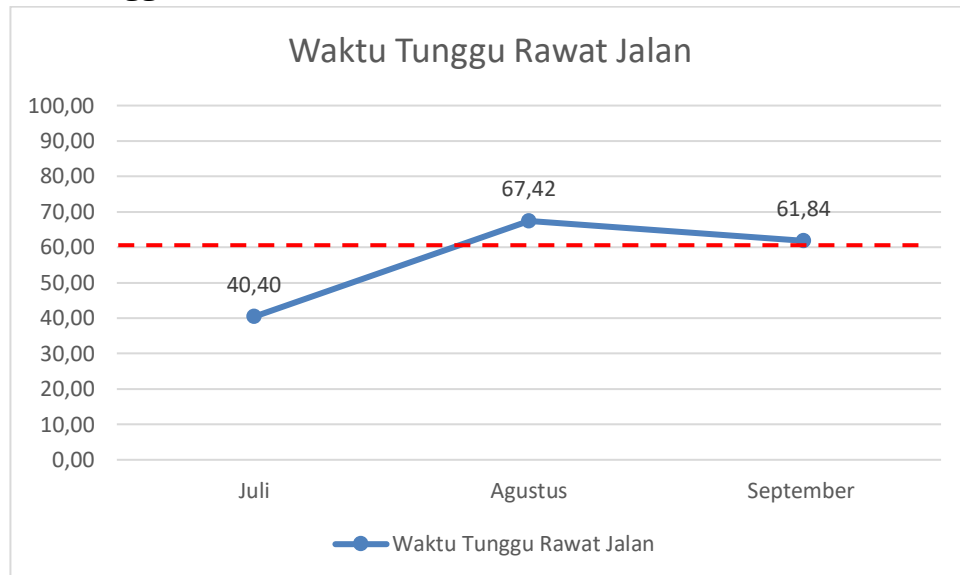
12. Kesalahan Lokasi Operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan III 2020

13. Kesalahan prosedur operasi

Tidak pernah terjadi insiden kesalahan lokasi operasi selama Triwulan III 2020

14. Waktu Tunggu Rawat Jalan



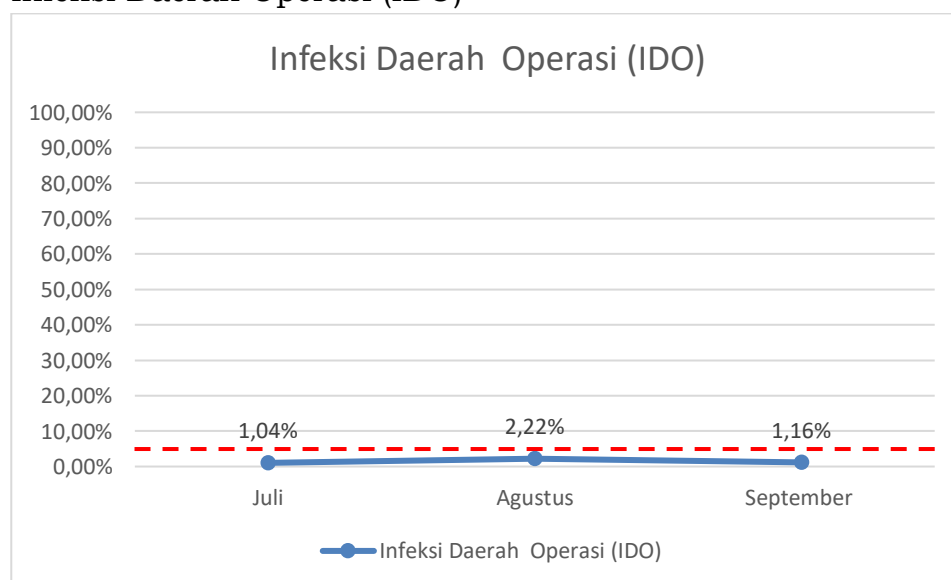
• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu waktu tunggu maksimal 60 menit, didapatkan hasil pengumpulan data Waktu Tunggu Rawat Jalan rerata 56,5 menit pada Triwulan III 2020, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yang sebesar 38,86 menit. Namun demikian masih memenuhi standar yang ditetapkan.

15. Kejadian pasien jatuh

Tidak pernah terjadi insiden pasien jatuh selama Triwulan II 2020

16. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

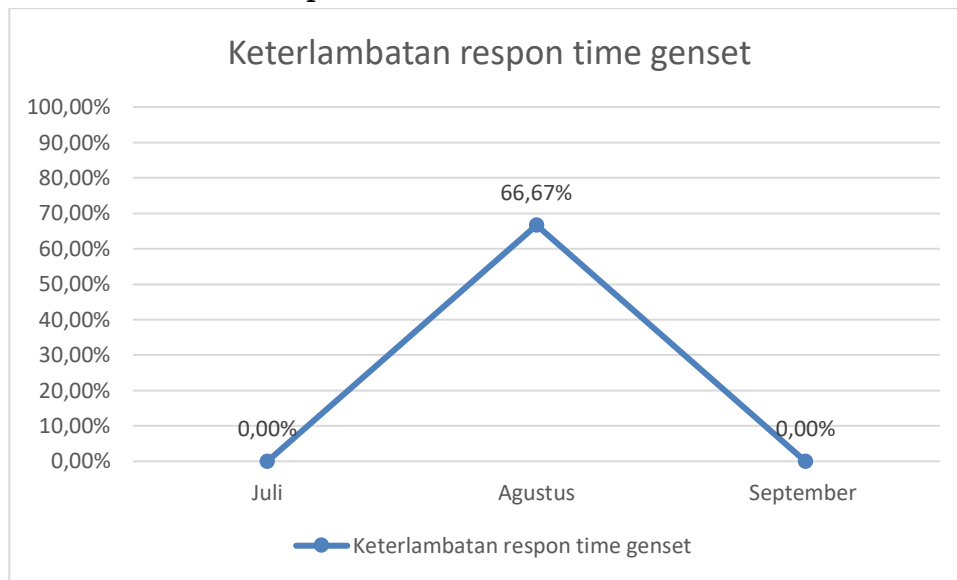


• **Analisis Pencapaian:**

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 III 2020 sebesar 1,47%, mengalami **peingkatan kinerja** dibandingkan Triwulan II 2020 yang sebesar 2,59%.

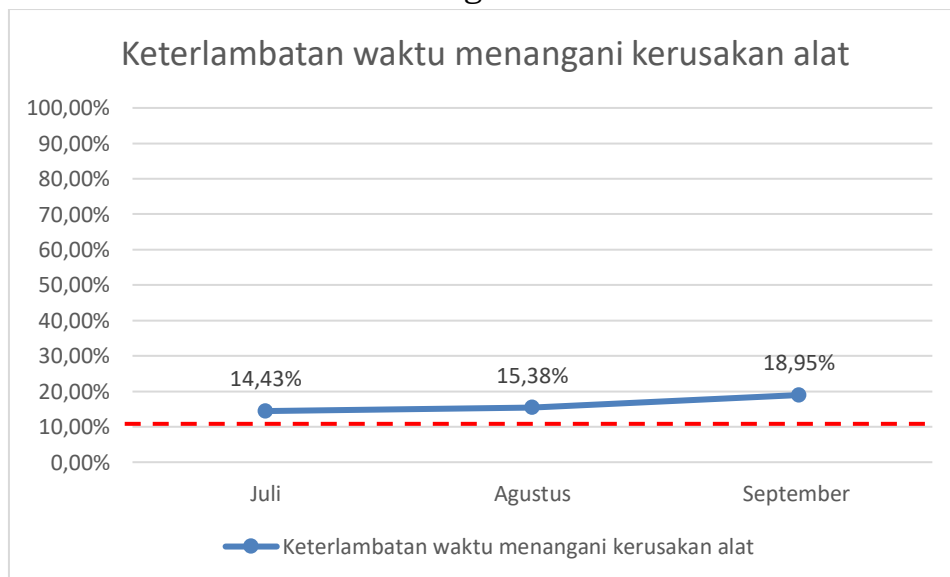
17. Keterlambatan Respon Time Genset



- **Analisis Pencapaian:**

Terjadi beberapa kasus keterlambatan respon time genset pada bulan Agustus dikarenakan ada masalah pada fungsi genset. Saat itu aliran listrik dari PLN juga sering mengalami masalah.

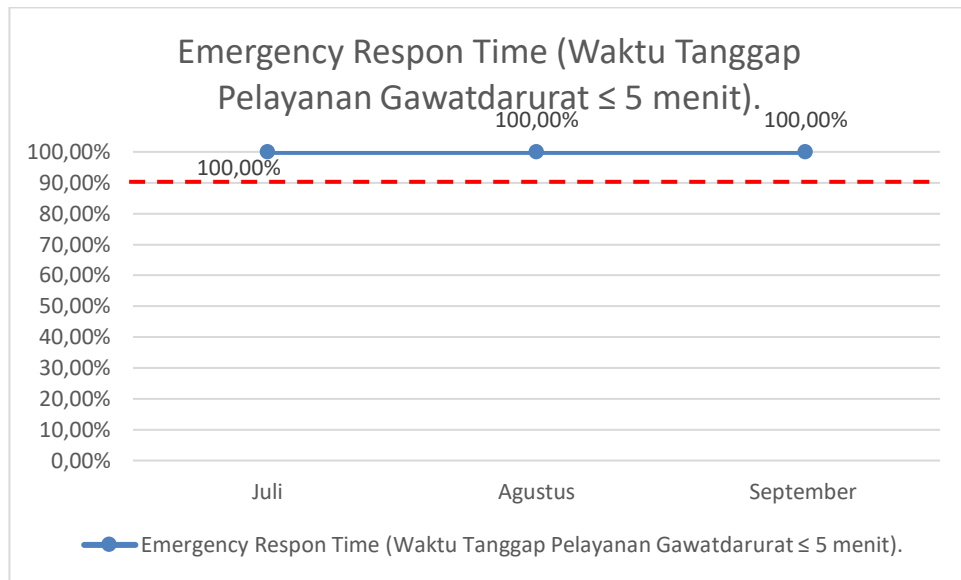
18. Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat



- **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 III 2020 sebesar 16,2%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yang sebesar 5,5%.

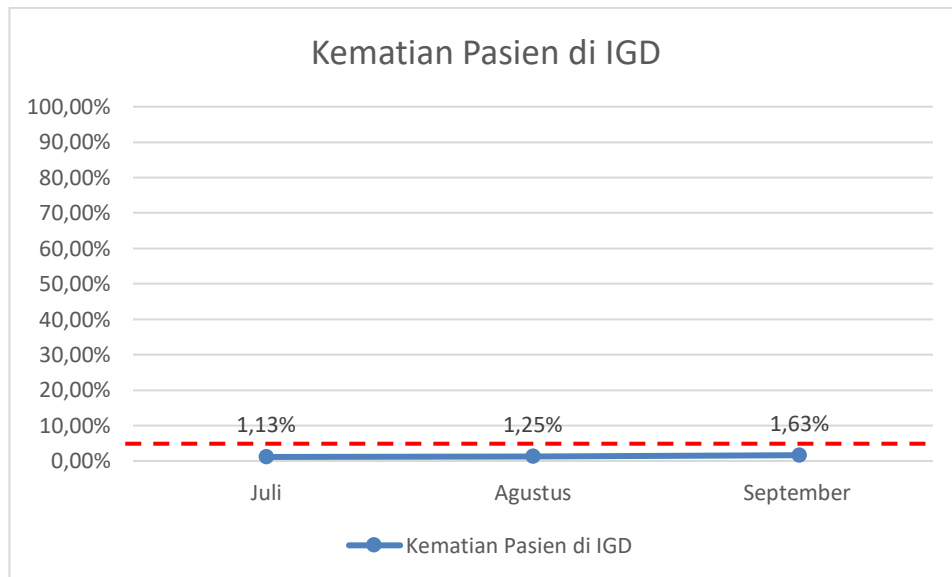
19. Emergency respon time (waktu tunggu pelayanan gawat darurat) <5 menit



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

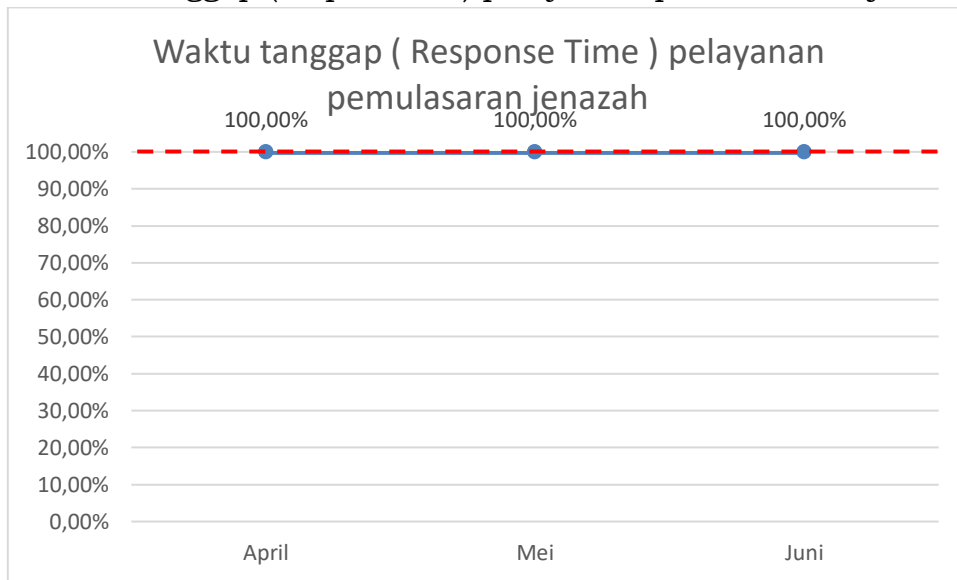
20. Kematian Pasien di IGD



• **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 III 2020 sebesar 1,3%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian pada triwulan II 2020 yaitu 1,58%. 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.

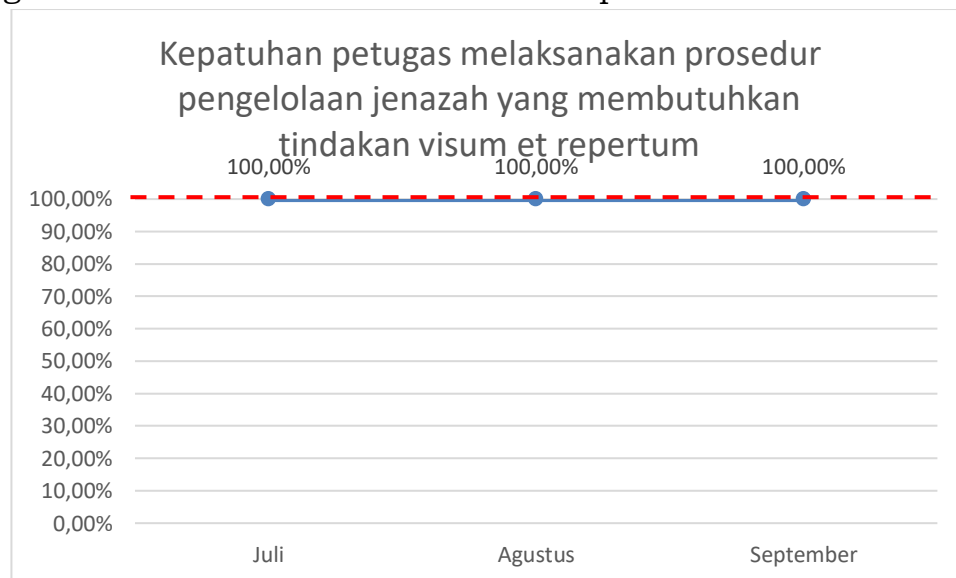
21. Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah



• **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.

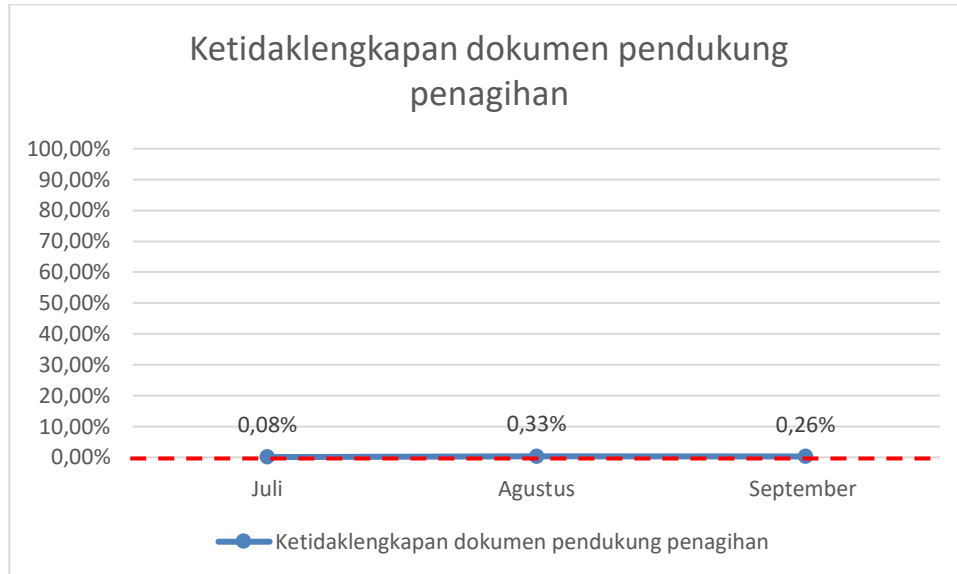
22. Kepatuhan petugas melaksanakan prosedur pengelolaan jenazah yang membutuhkan tindakan visum et repertum



• **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 III 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 III 2020 sebesar 0,22%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan triwulan II 2020 yang sebesar 0,4%.

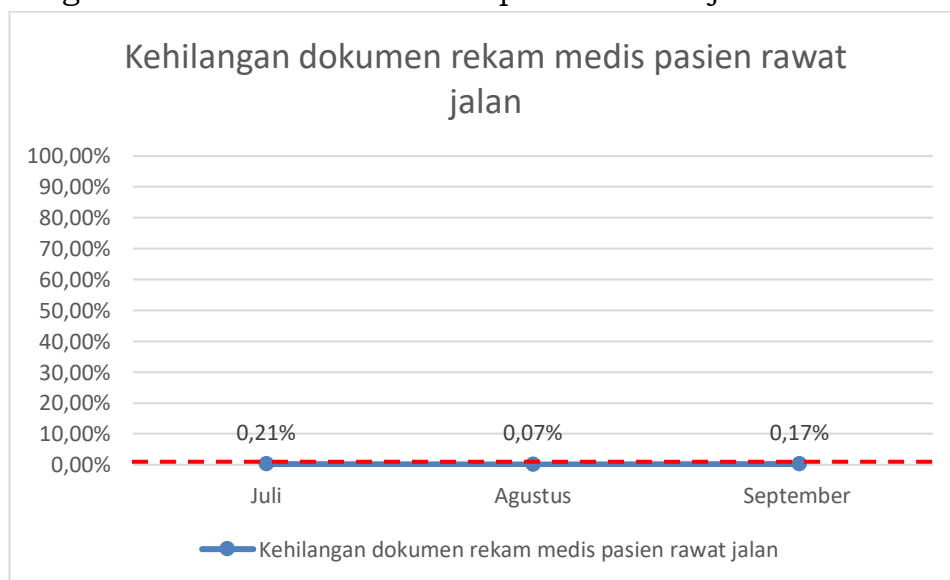
24. Tidak terlaporkannya hasil kritis

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

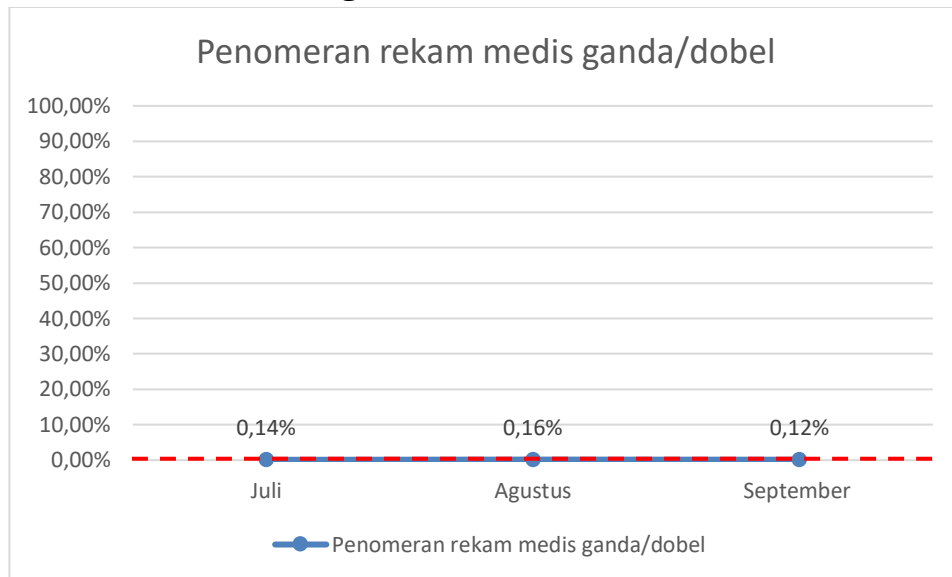


• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data kehilangan dokumen rekam medis pasien rawat jalan pada triwulan III 2020 rerata sebesar 0,15%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 0,11%. Kehilangan dokumen rekam medis dapat disebabkan oleh

kelalaian petugas dalam proses pengelolaan dokumen rekam medis sehingga perlu dianalisis penyebab terjadinya kehilangan sebagaimana dimaksud.

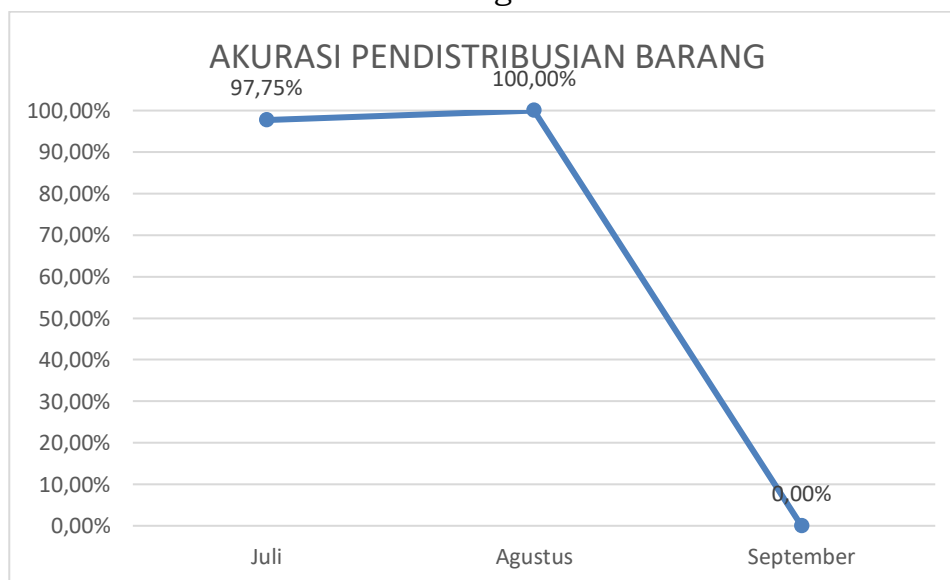
27. Penomeran rekam medis ganda



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data penomeran rekam medis ganda pada triwulan III 2020 rerata sebesar 0,14%, mengalami **penurunan kinerja** dibanding capaian triwulan II 2020 yang sebesar 0,03%. Petugas pendaftaran harus melakukan *double check* untuk memastikan bahwa tidak terjadi penomoran ganda pada satu identitas pasien di rekam medis.

28. Akurasi Pendistribusian Barang



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data akurasi pendistribusian barang pada triwulan III 2020 rerata sebesar 98,87% pada bulan Juli dan Agustus. Merupakan pelaporan pertama via SISMADAK. Adapun

data bulan September belum dilaporkan. Kedisiplinan dalam pelaporan perlu ditingkatkan.

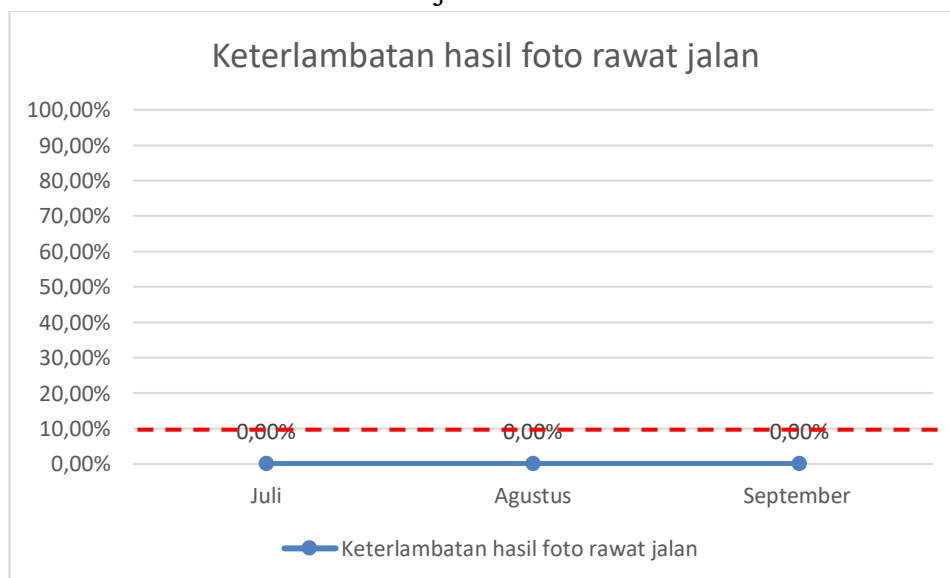
29. Indikator mutu unit cathlab terakumulasi pada indicator rumah sakit
30. Indikator mutu unit cathlab terakumulasi pada indicator rumah sakit
31. Indikator mutu unit cathlab terakumulasi pada indicator rumah sakit
32. Penolakan Ekspertise



• **Analisis Pencapaian:**

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

33. Keterlambatan hasil foto rawat jalan

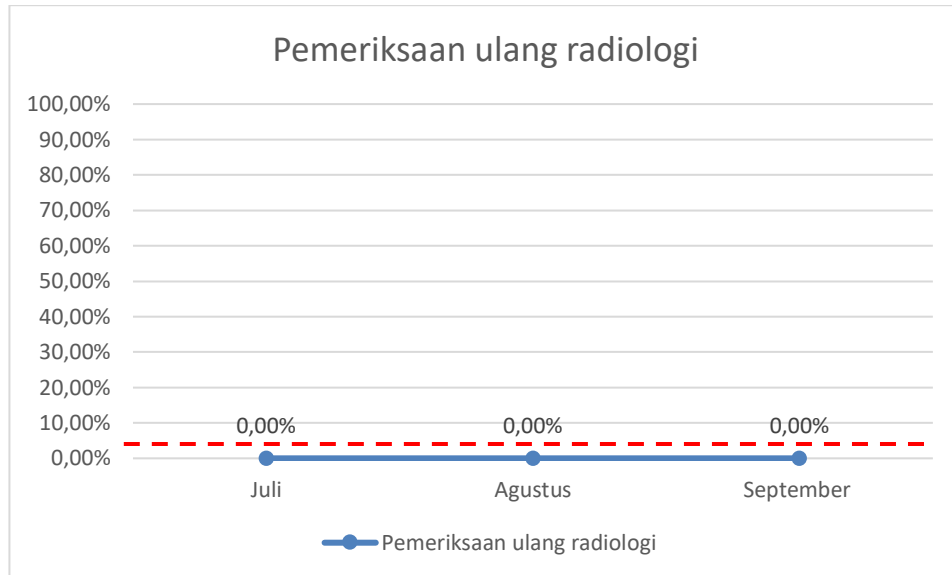


• **Analisis Pencapaian:**

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

triwulan III 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.

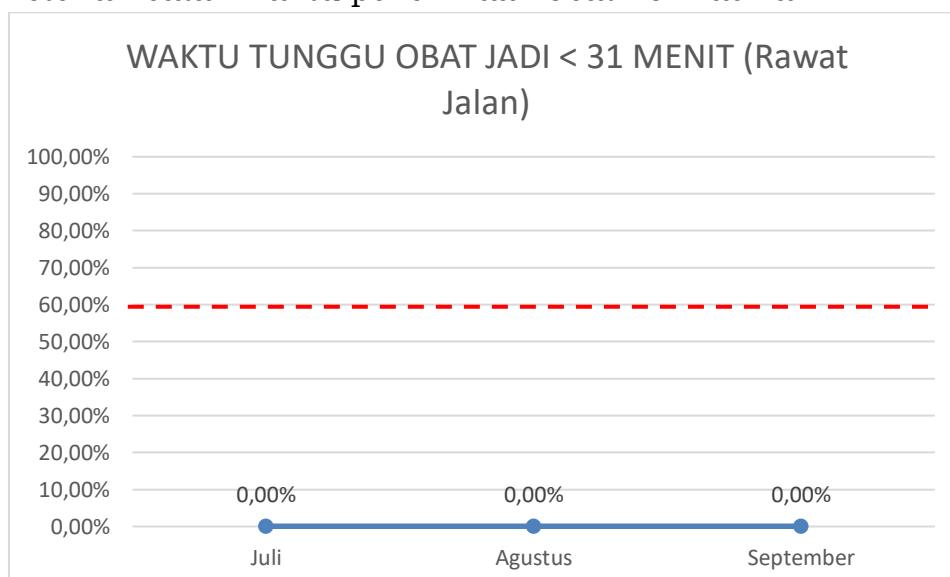
34. Pemeriksaan ulang radiologi



- **Analisis Pencapaian:**

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

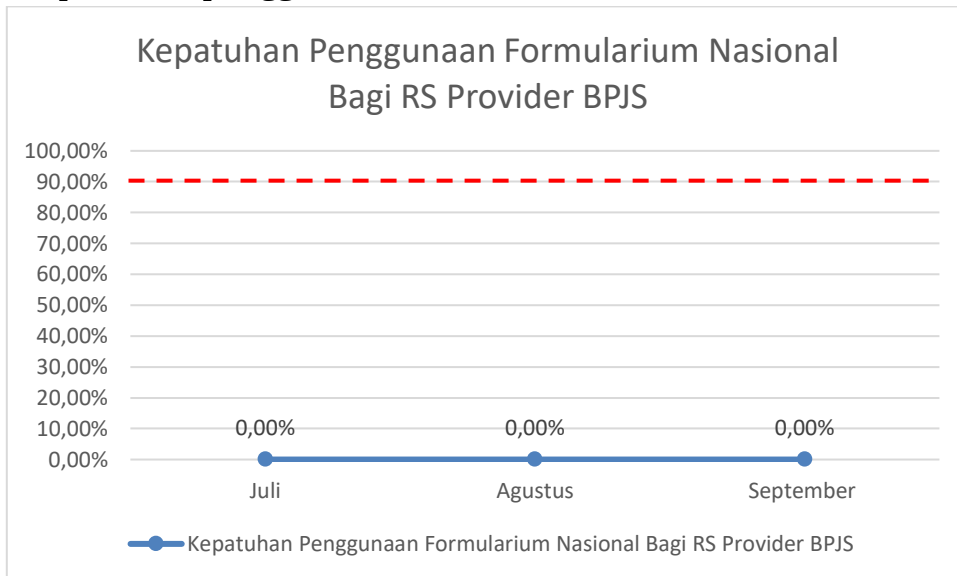


- **Analisis Pencapaian:**

Tidak ada laporan masuk via SISMADAK

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

39. Kepatuhan penggunaan formularium nasional



- **Analisis Pencapaian:**

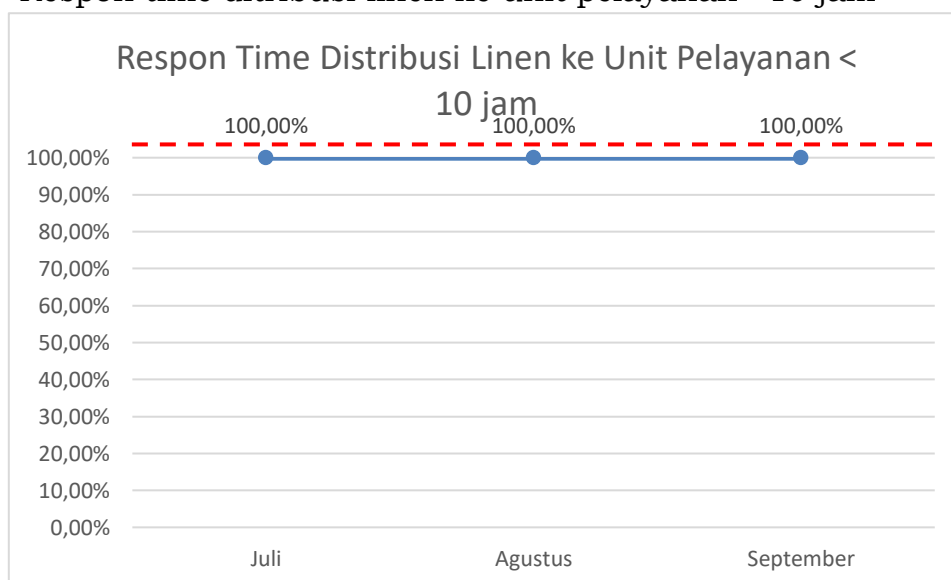
Tidak ada data laporan yang masuk. Unit harus meningkatkan kedisiplinan dalam pelaporan indicator mutu via SISMADAK.

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

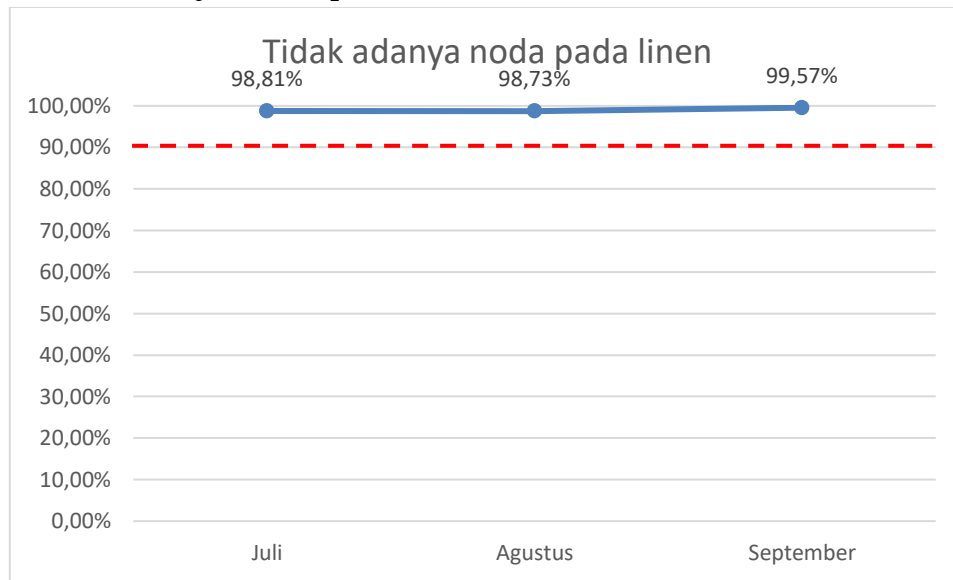


- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang telah ditetapkan yaitu 100% didapatkan hasil pengumpulan data respon time distribusi linen ke unit pelayanan

<10 jam pada triwulan III 2020 rerata sebesar 100% mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yang sebesar 92,18%.

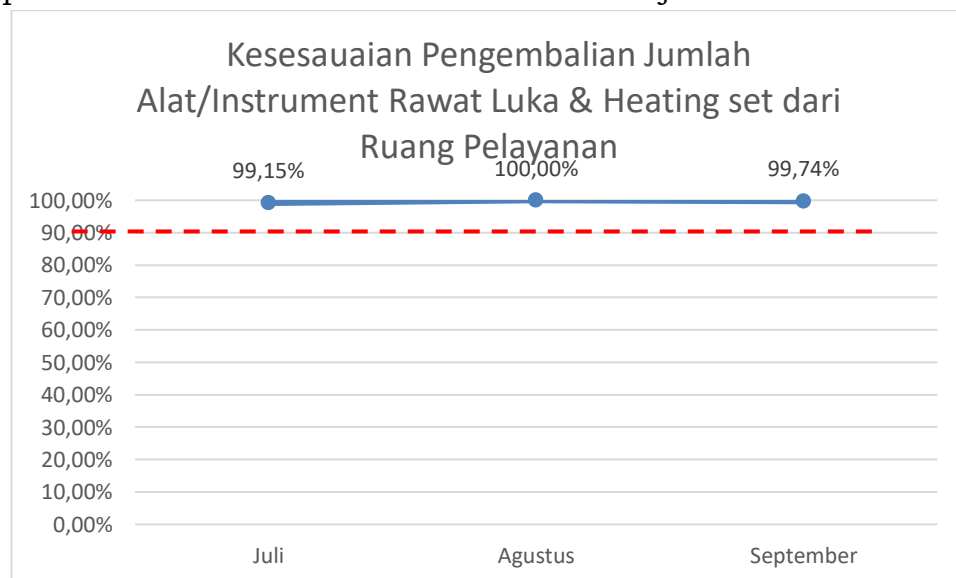
45. Tidak adanya noda pada linen



• **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 III 2020 rerata sebesar 99%, mengalami **penurunan kinerja** dibanding capaian pada triwulan II 2020 yang sebesar 99,9%.

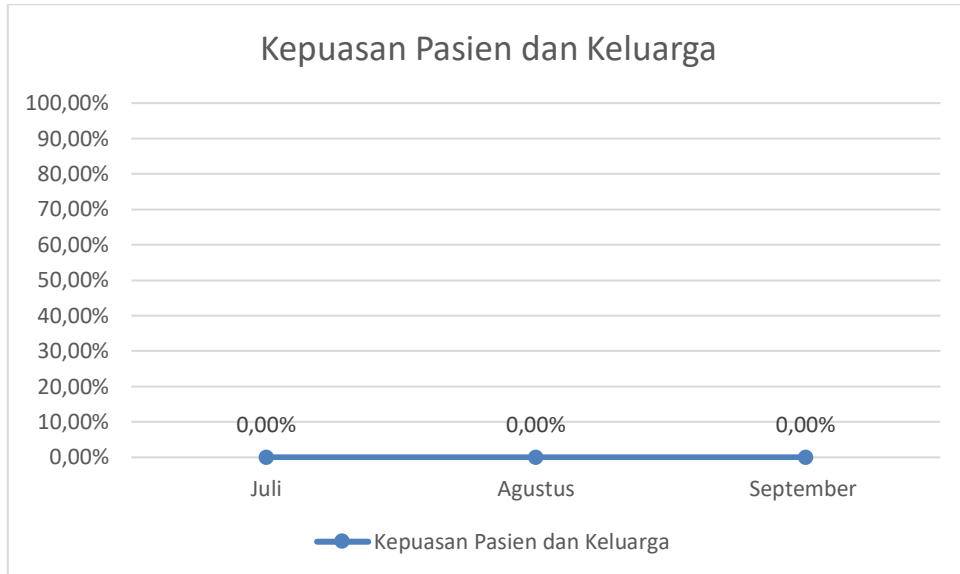
46. Respon time distribusi alat steril maksimal 2 jam untuk IBS dan VK



• **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 III 2020 rerata sebesar 99,6%, capaian **sama** dibandingkan capaian triwulan II 2020.

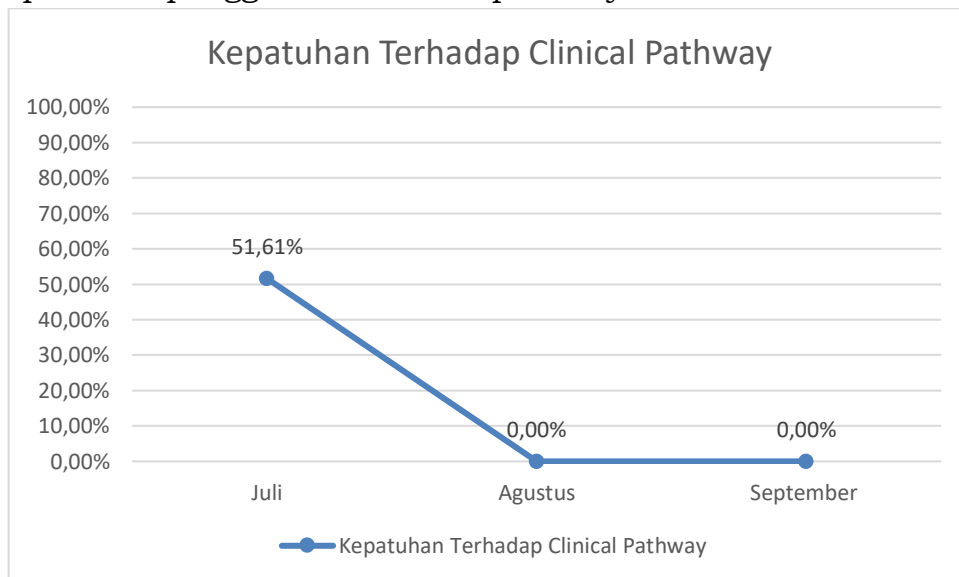
47. Kepuasan pasien dan keluarga



- **Analisis Pencapaian:**

Tidak ada data masuk via SISMADAK. Ketepatan waktu pelaporan via SISMADAK harus ditingkatkan.

48. Kepatuhan penggunaan clinical pathway



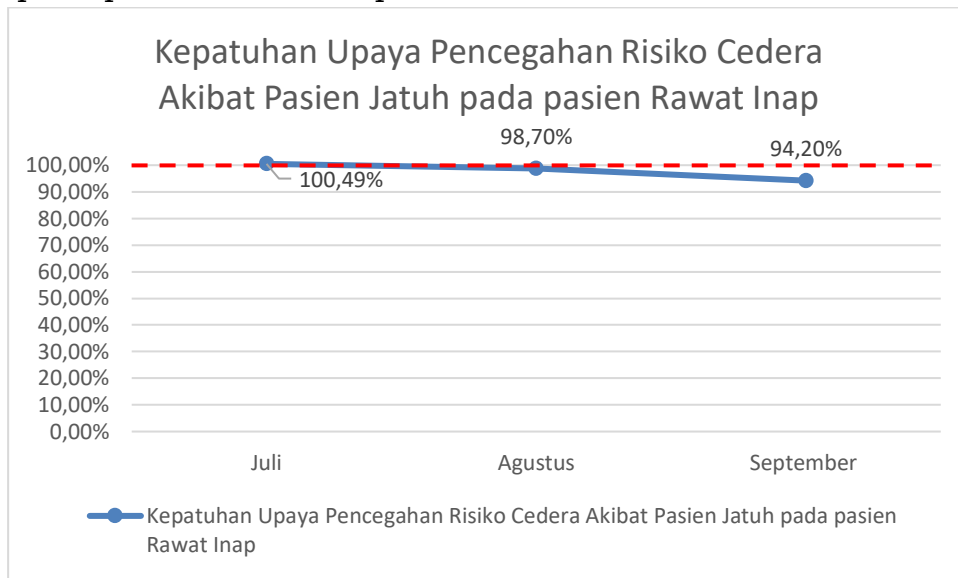
- **Analisis Pencapaian:**

Data laporan yang masuk via SISMADAK hanya pada bulan Juli, sehingga trend analisis tidak dapat dievaluasi. Ketepatan waktu pelaporan via SISMADAK harus ditingkatkan.

49. Kepatuhan cuci tangan

Data belum terlapor dalam SISMADAK

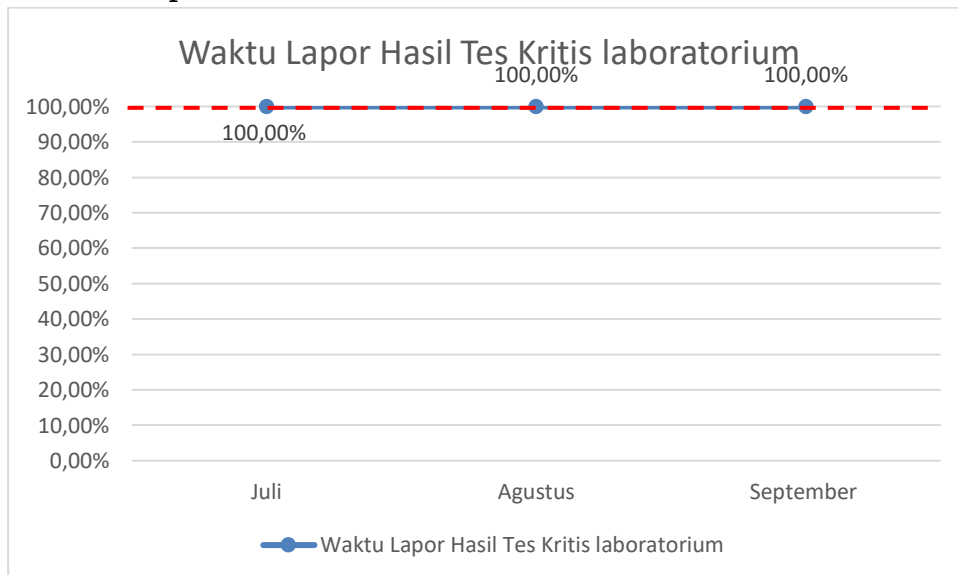
50. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap



• **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 III 2020 sebesar 97,6%. Mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan III 2020 yaitu 93,4%.

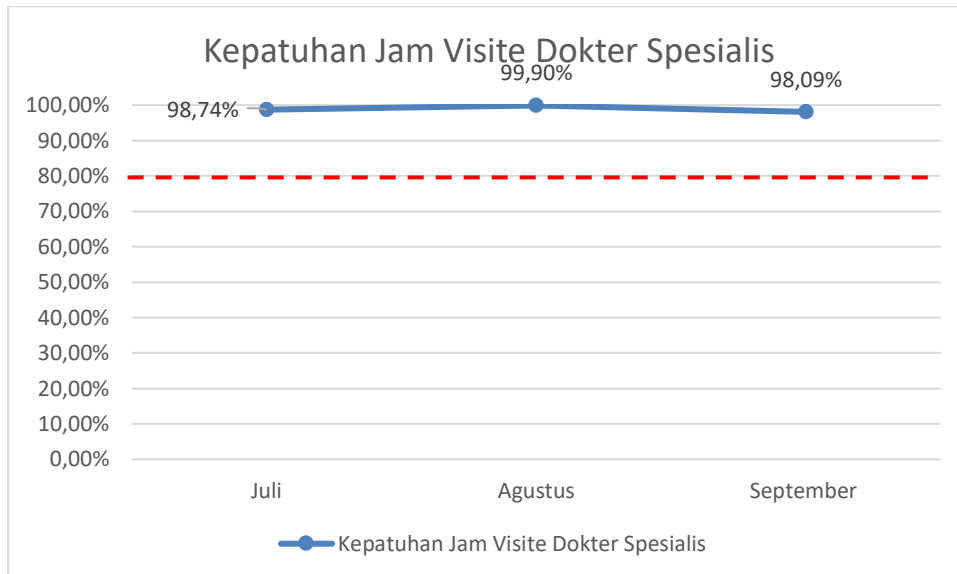
51. Waktu Laporan Hasil Tes Kritis laboratorium



• **Analisis Pencapaian:**

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

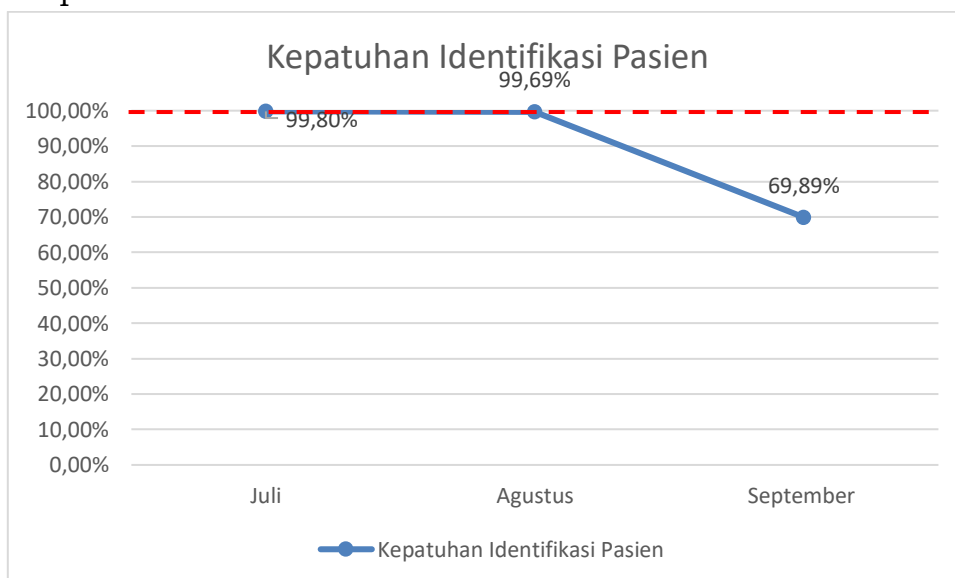
52. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



- **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 III 2020 sebesar 98,8%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 99,43%. Tentunya perlu tetap dilakukan perbaikan pada tiap kendala yang dihadapi di lapangan agar capaian indicator mutu dapat secara konsisten meningkat dan memenuhi standar.

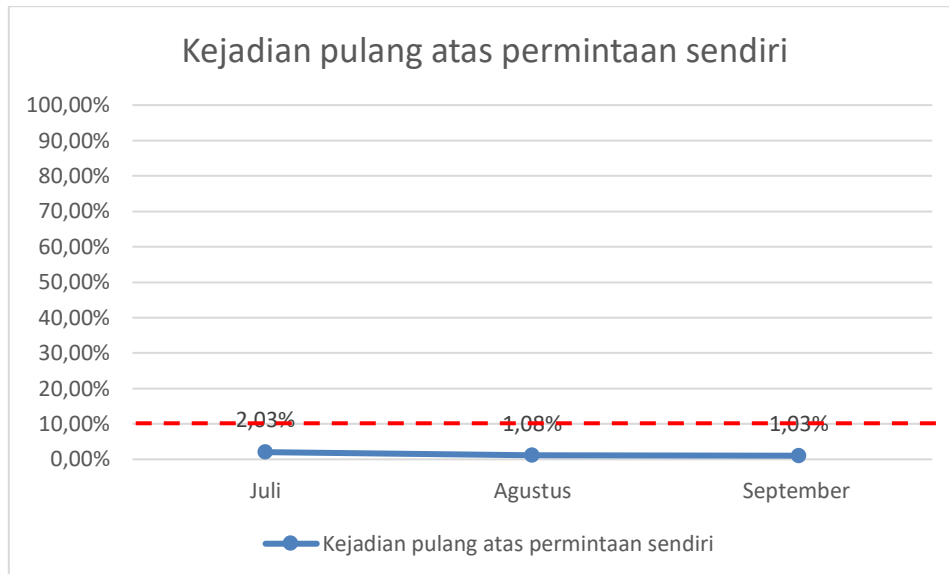
53. Kepatuhan Identifikasi Pasien



- **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 III 2020 sebesar 89,7%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 99,7%.

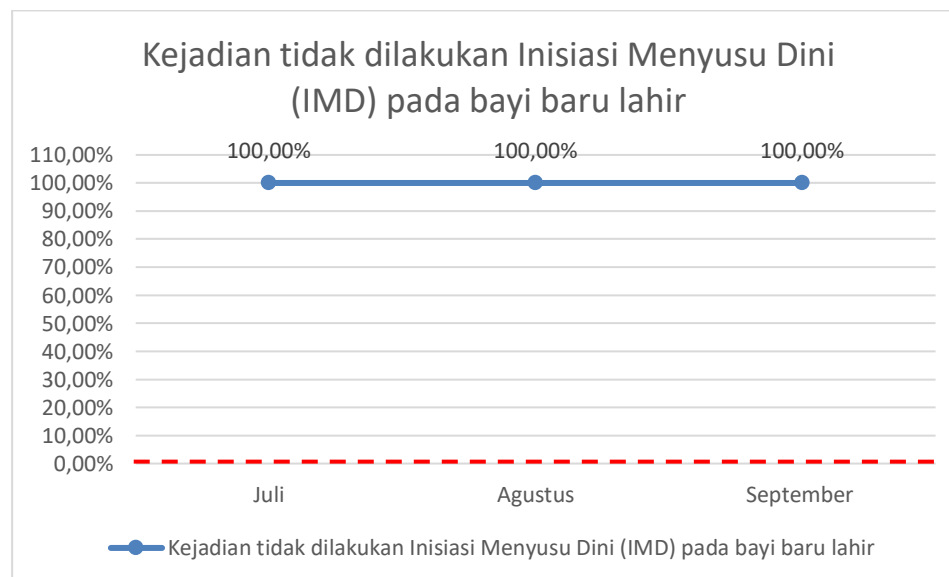
54. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri



- **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <10% didapatkan hasil pengumpulan data Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri pada pasien Rawat Inap telah memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan III 2020 sebesar 1,38%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan triwulan II 2020 yaitu 1,18%. 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



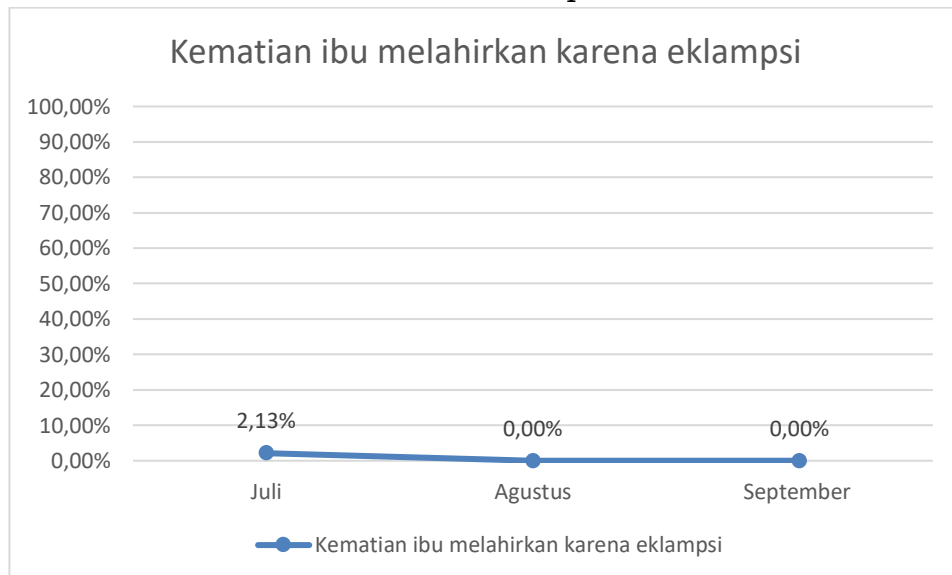
- **Analisis Pencapaian:**

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 III 2020 sebesar 100%, mengalami **penurunan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 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
Tidak ada kasus kematian ibu melahirkan karena perdarahan pada triwulan III 2020

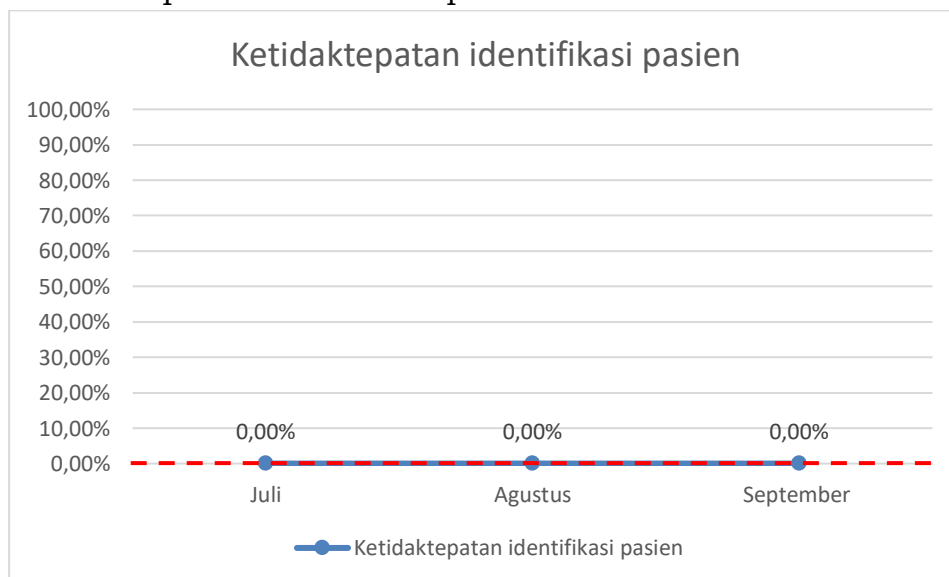
57. Kematian ibu melahirkan karena eklampsi



• **Analisis Pencapaian:**

Terdapat 1 kasus kematian ibu melahirkan pada bulan Juli 2020. Telah dilakukan analisis lebih lanjut dan dilaporkan sesuai prosedur yang berlaku.

58. Ketidaktepatan identifikasi pasien

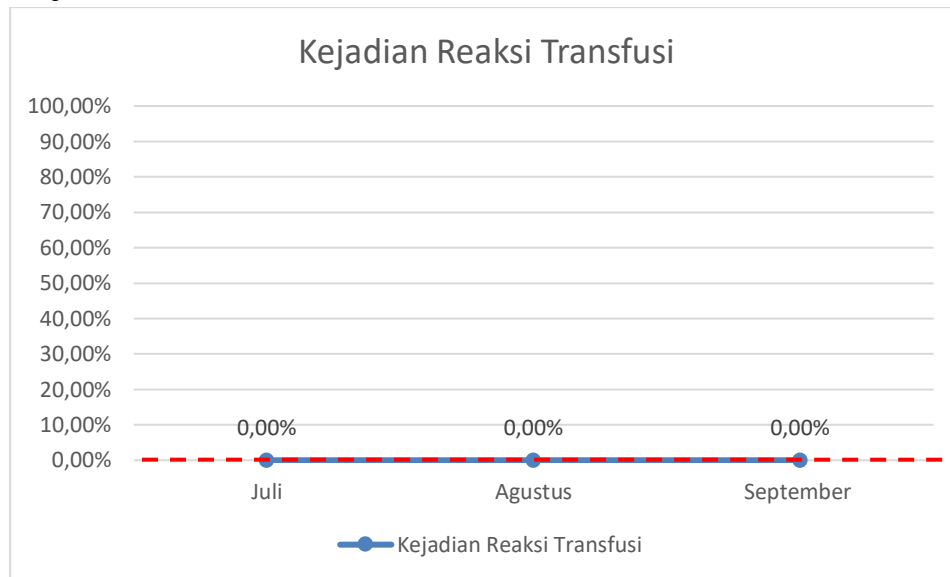


• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan yaitu 0% didapatkan hasil pengumpulan data ketidaktepatan identifikasi pasien telah memenuhi standar dengan rata-rata pencapaian pada Triwulan III 2020 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.

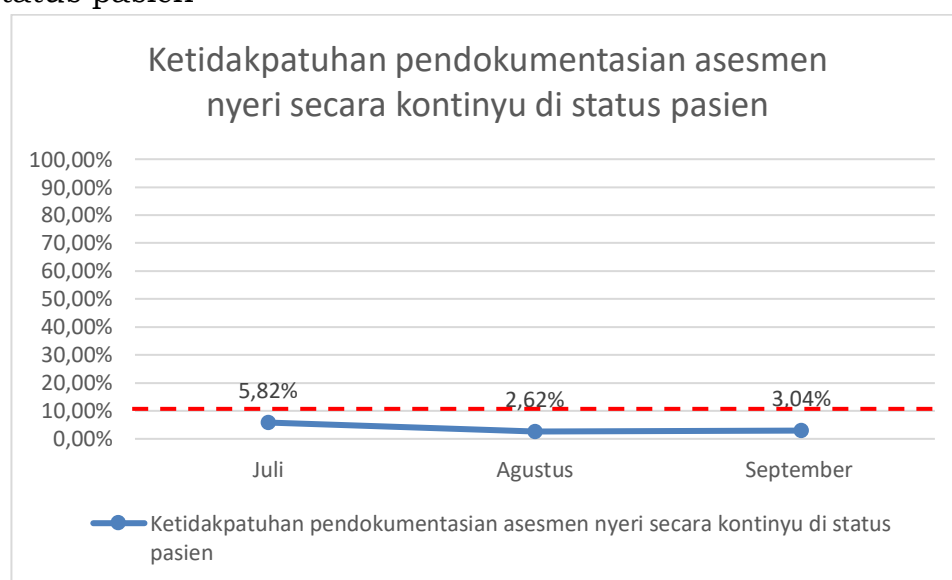
59. Kejadian Reaksi Transfusi



- **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 III 2020. 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

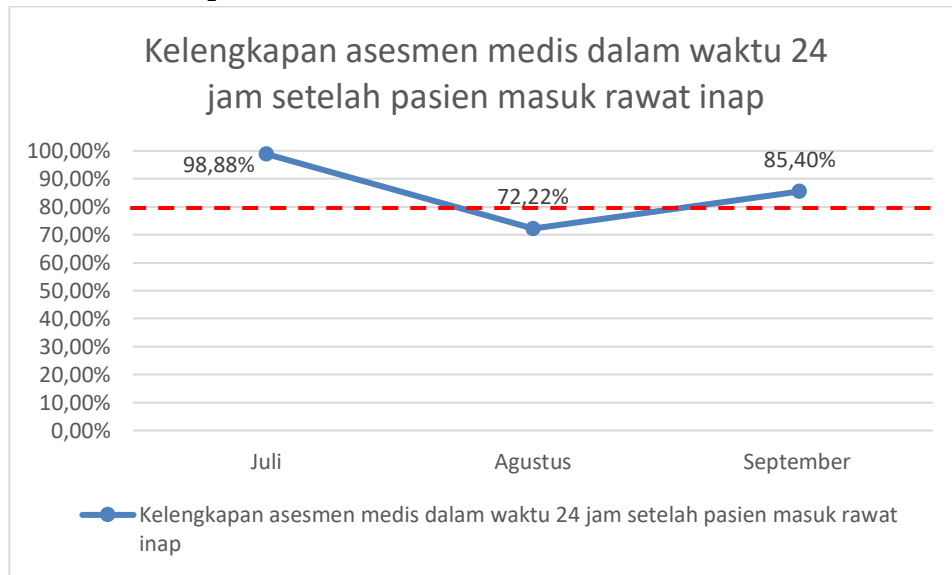


- **Analisis Pencapaian:**

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 III 2020 sebesar 3,82%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 6,22%. Hal ini harus ditingkatkan serta terus dievaluasi.

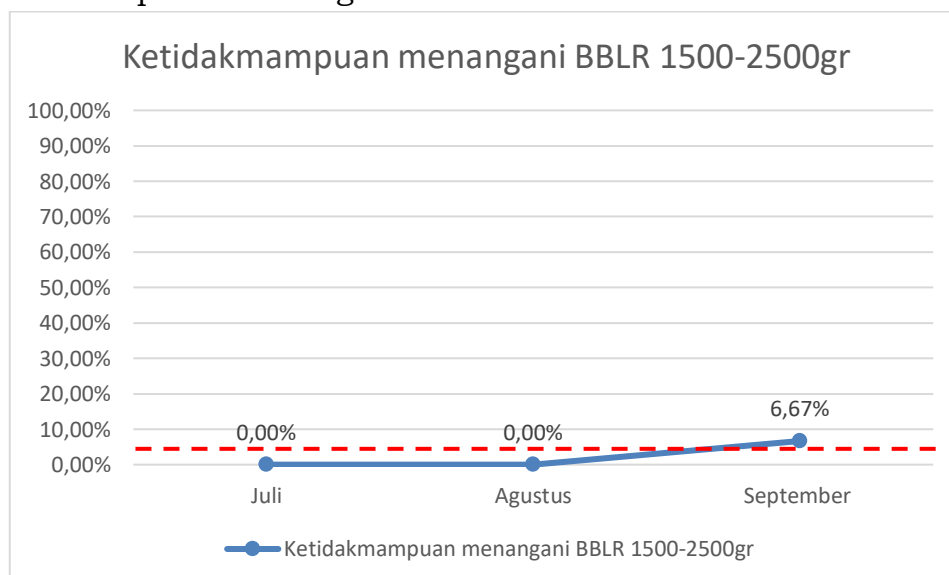
61. Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap



• **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 III 2020 sebesar 85,4%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 75,76%.

62. Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram

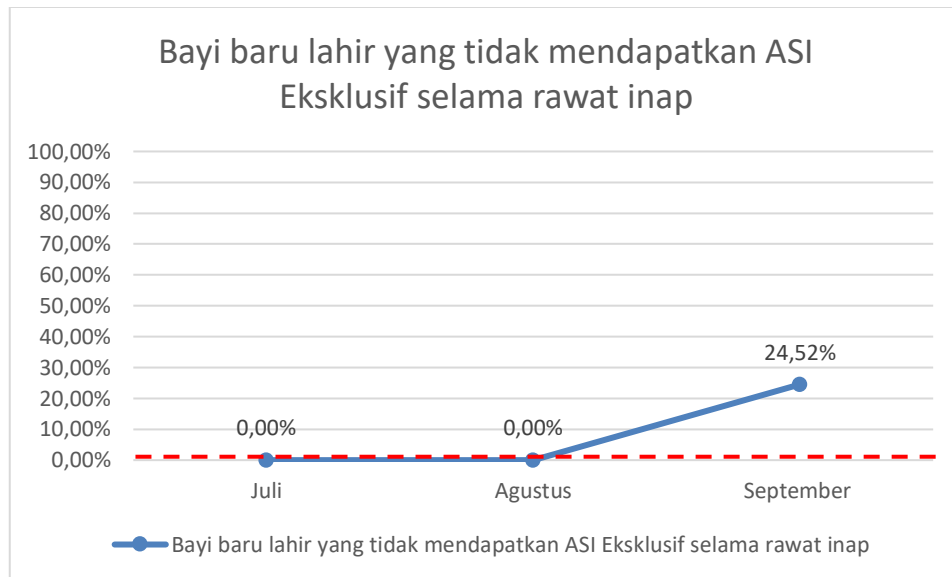


• **Analisis Pencapaian:**

Berdasarkan standar yang sudah ditetapkan <5% didapatkan hasil pengumpulan data Ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2500 Gram telah mencapai standar dengan rata-rata pencapaian pada

Triwulan III 2020 sebesar 2,2%, mengalami **peningkatan kinerja** dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 7,27%.

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 III 2020 sebesar 8,17%, mengalami **peningkatan kinerja** cukup signifikan dibandingkan capaian triwulan II 2020 yaitu 17,79%.