

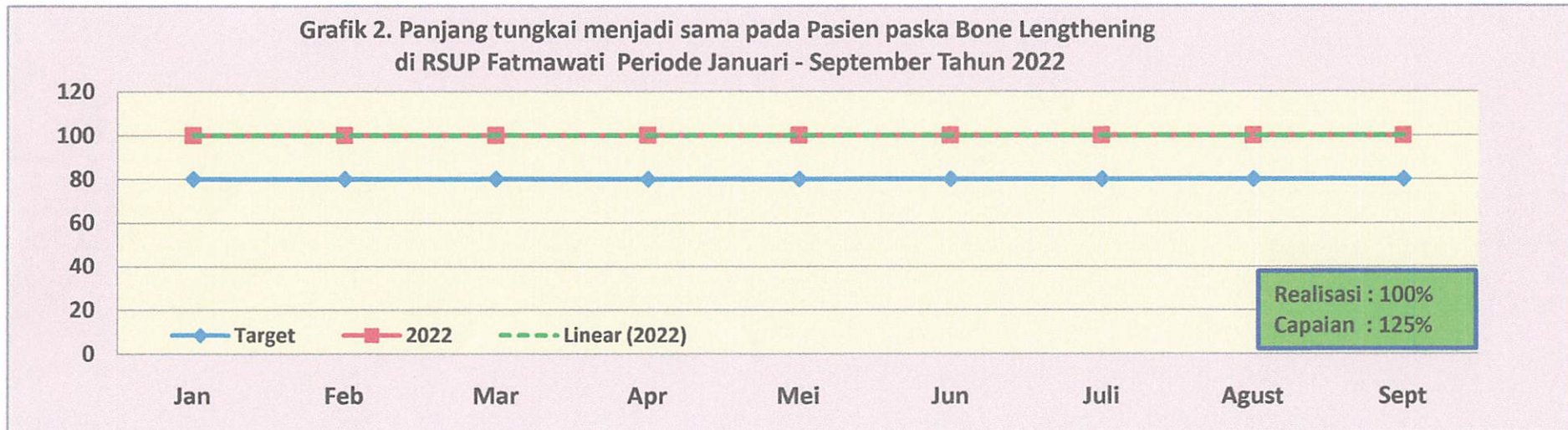


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER 2022

Judul Indikator : Panjang tungkai menjadi sama pada Pasien paska *Bone Lengthening*

Formula : Jumlah Panjang Tungkai menjadi sama dibagi Seluruh kasus yang dilakukan Bone Lengthening pada periode yang sama dikali 100%

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	-	-	-

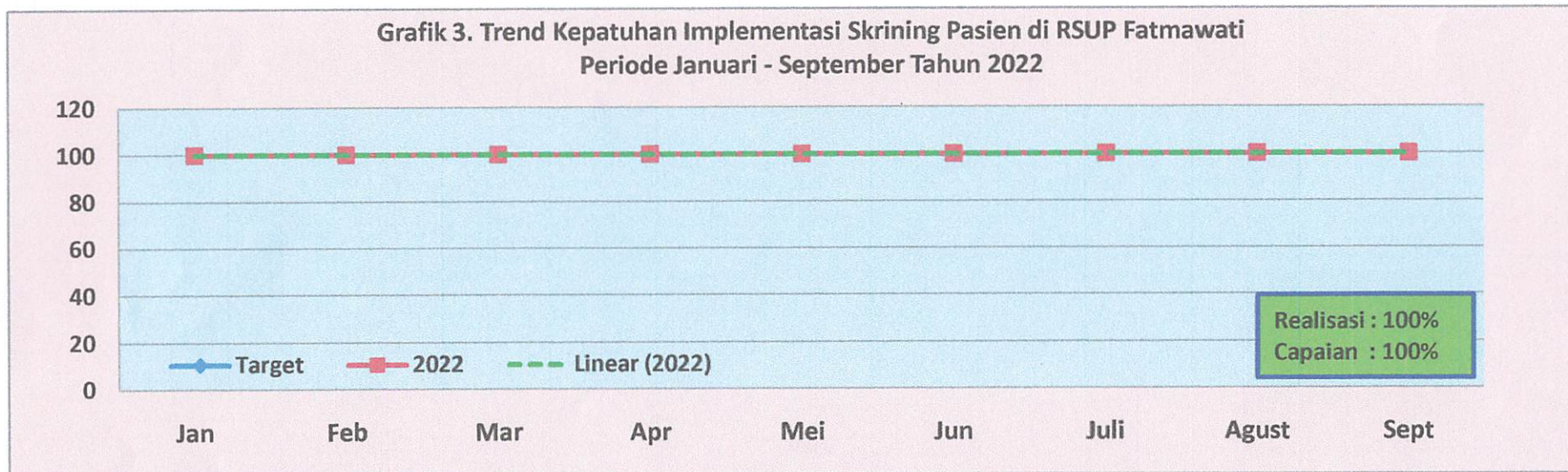


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan implementasi Skrining Pasien

Formula : Jumlah implementasi skrining yang sesuai SPO dibagi Jumlah seluruh pasien yang dipantau pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
	-	-	-	-

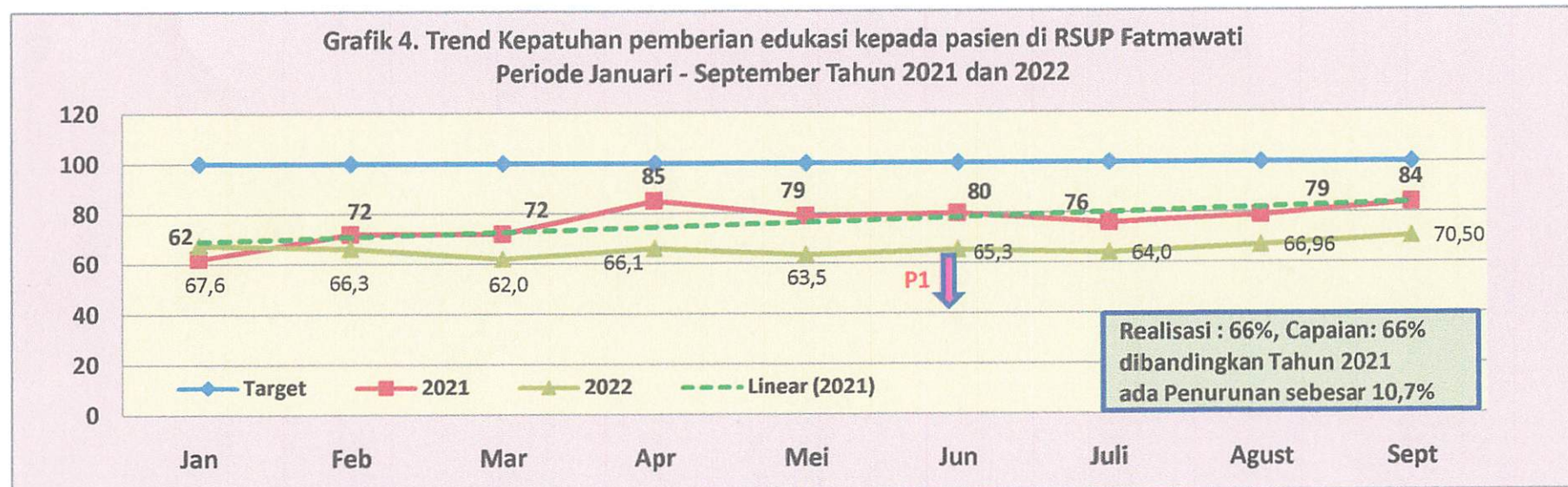


## PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan pemberian edukasi kepada pasien

Formula : Jumlah edukasi yang dilakukan dibagi Jumlah seluruh Pasien pada periode yang sama dikali 100%

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
P1	Jun	Kepatuhan pemberian edukasi masih belum optimal terutama untuk PPA Gizi dan Farmasi	Revisi SPO dan melakukan sosialisasi kepada semua PPA	KKS Pelayanan Keperawatan



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan implementasi kriteria masuk ruang rawat intensif  
 Formula : Jumlah pasien yang implementasinya sesuai prosedur dibagi Jumlah seluruh pasien di ruang rawat intensif pada periode yang sama dikali 100%  
 Hasil Capaian



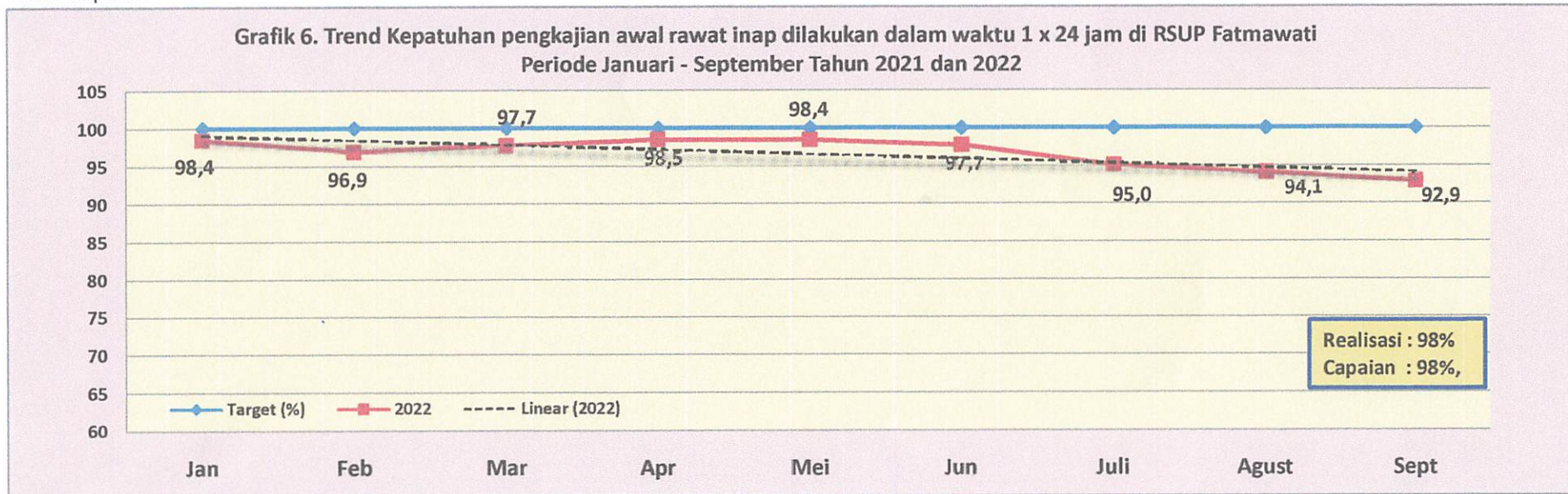
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	-	-	-

Judul Indikator : Kepatuhan pengkajian awal rawat inap dilakukan dalam waktu 1 x 24 jam

Formula : Jumlah Pengkajian Awal yang dibuat dalam waktu 1 kali 24 jam dibagi seluruh Pasien Baru di ruang rawat inap pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
P1		Capaian pengkajian awal belum tercapai 100% karena masih belum terakomodirnya secara sempurna disistem Aplikasi SIMGOS RS	Resosialisasi SIMGOS RS tentang pengisian kajian awal kepada dokter DPJP	Dir. Pel. Med Kep.&Penunjang
		Masih belum pahamnya DPJP tentang pengisian kajian awal di SIMGOS RS		

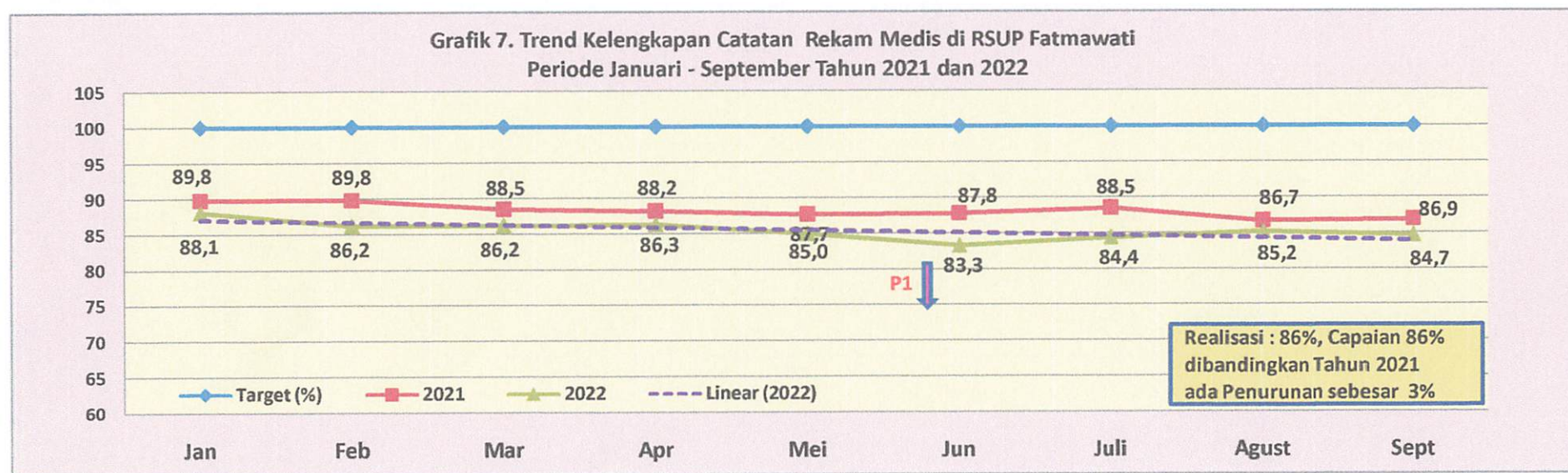


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Kelengkapan Catatan Rekam Medis

Formula : Jumlah Rerata kelengkapan catatan Rekam Medis dibagi jumlah Rekam Medis yang direviu dikali 100 %

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
P1	Mei	Peralihan sistem IT menjadi SIMRSGOS sehingga belum semua DPJP paham utk mengisi	Dilakukan bimbingan dan sosialisasi panduan penggunaan Simgos kepada semua PPA	Ka. ISIMRS, Ka. IRMIK

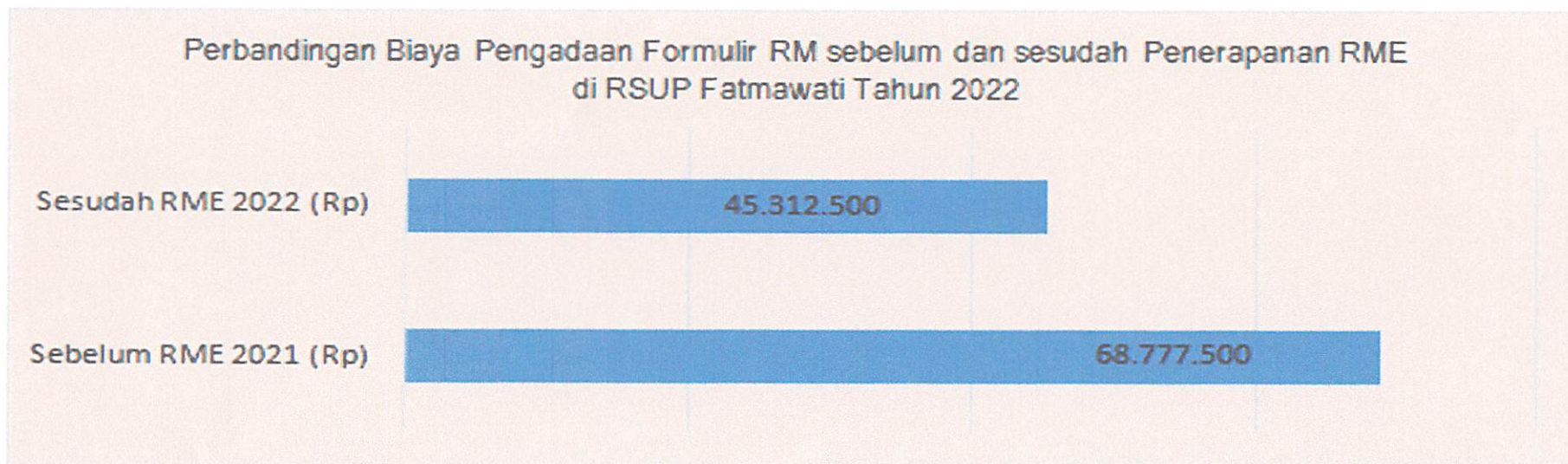


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022

Judul Indikator : Berkurangnya biaya pengadaan formulir Rekam Medis

Formula : Jumlah biaya pengadaan form RM sebelum penerapan RME dikurangi jumlah biaya pengadaan setelah penerapan RME dibagi jumlah biaya sebelum penerapan RME dikali 100%

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	SMT 1	Penilaian dampak sekunder sdh dapat dinilai dan hasilnya tercapai karena sudah terjadi pengurangan biaya atas perubahan desain yang dilakukan	Untuk melihat dampak lain dari perubahan RM menjadi RME selain dari sisi finansial	Tim RM

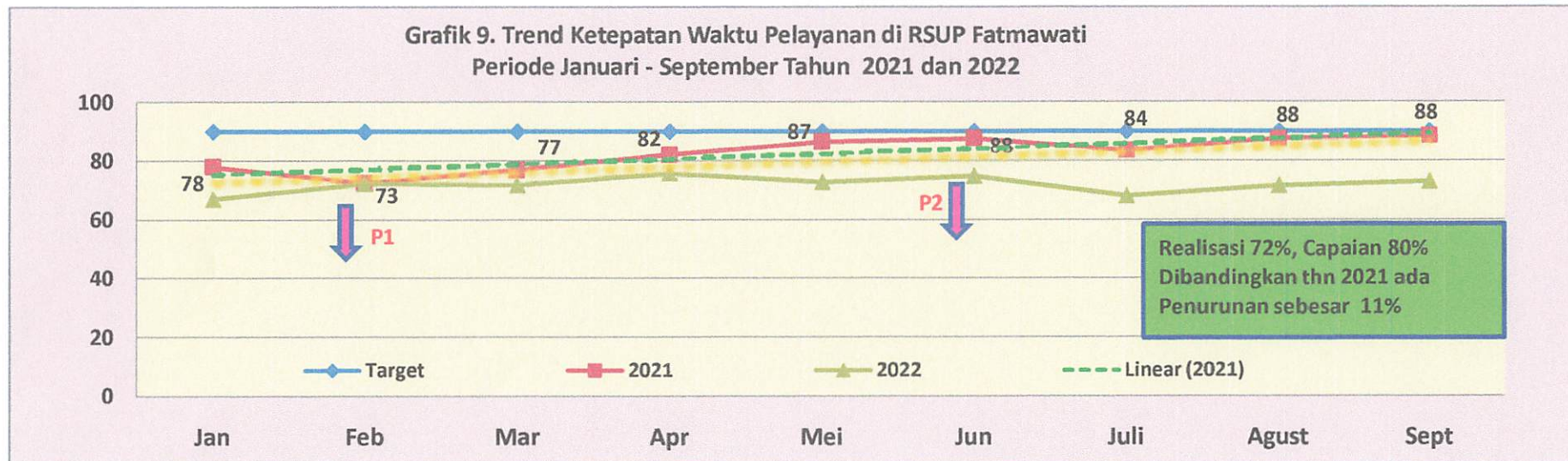


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Ketepatan Waktu Pelayanan

Formula :  $\frac{\text{Jumlah pelayanan yang dilakukan tepat waktu}}{\text{Jumlah pelayanan yang dilakukan dalam periode}} \times 100\%$

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Budaya pelayanan tepat waktu belum tercipta	Penerapan penilaian kinerja berbasis bukti	Dir SPP
2	P2	SIMRSGOS masih belum terintegrasi dengan optimal sehingga pencatatan masih dilakukan secara manual	Mengoptimalkan SIMRSGOS	Dir POU, Ka IRJ, Ka ISIMRS



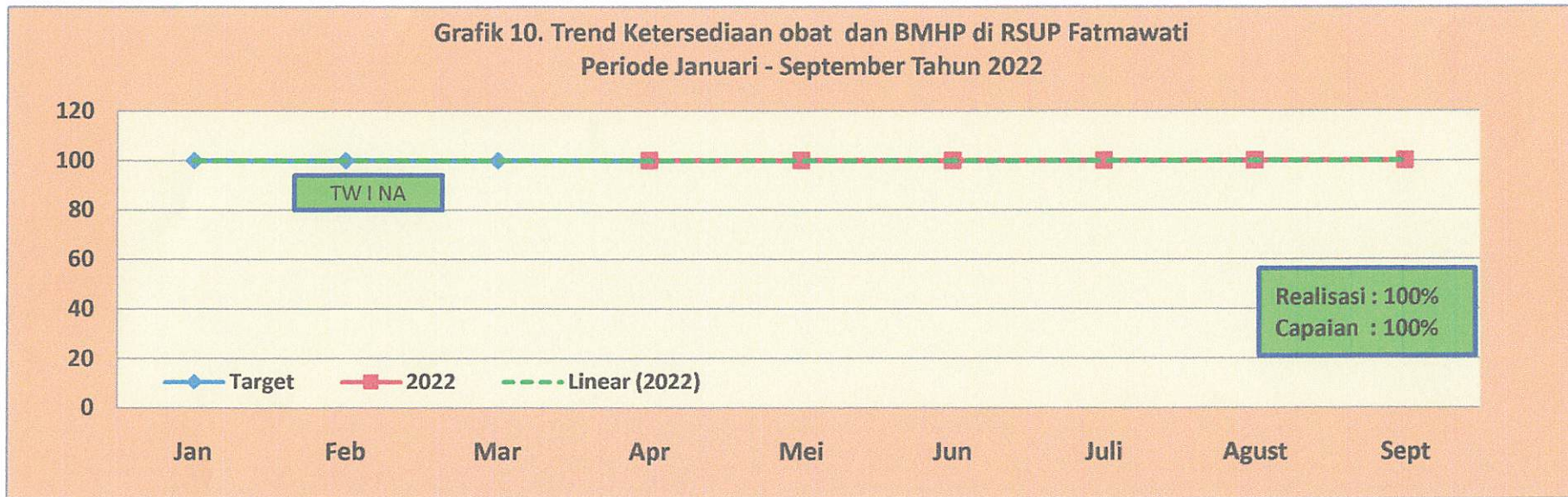


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Ketersediaan obat dan BMHP

Formula : Jumlah obat dan BMHP tersedia tepat waktu dibagi Jumlah seluruh pelayanan klinis prioritas pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	-	-	-

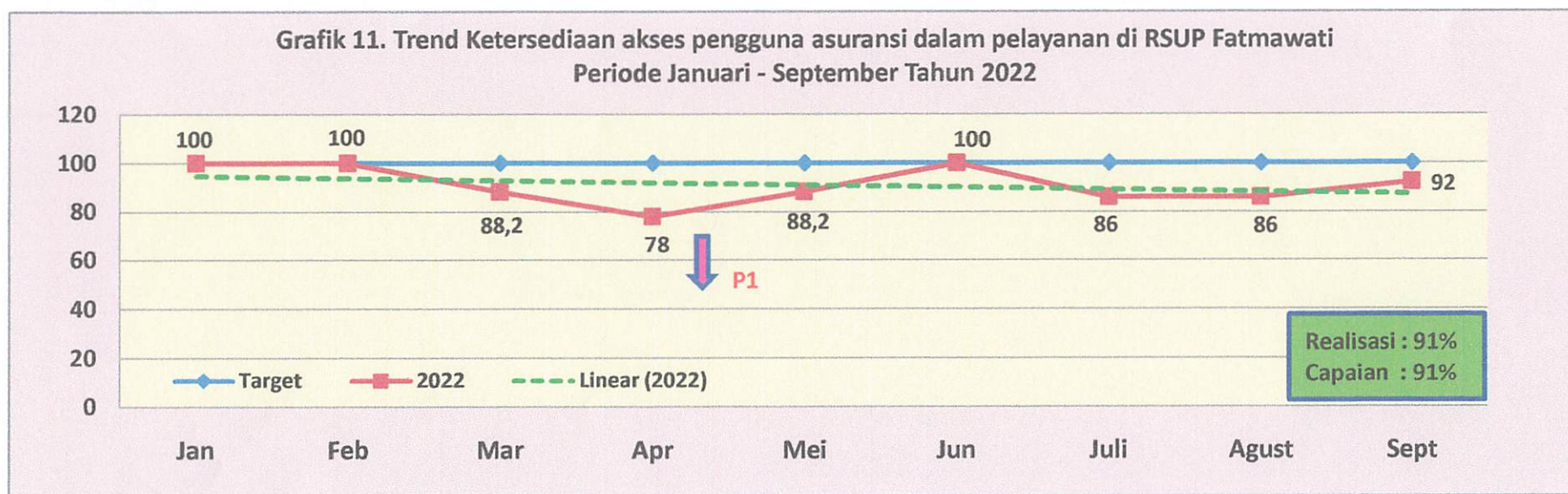


## PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Ketersediaan akses pengguna asuransi dalam pelayanan di RS

Formula : Jumlah pengguna asuransi yang dapat dilayani dibagi jumlah seluruh pengguna asuransi pada periode yang sama

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Belum ada ikatajn kerjasama dengan bebrapa asuransi terkait	Membuat IKS	KKS Hukormas



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022

Judul Indikator : Pemenuhan Diklat 3 dasar

Formula : Jumlah SDM yang sudah mendapat diklat 3 dasar dibagi Jumlah seluruh SDM dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
P1	TW 3	Proses Diklat menggunakan metode TOT, sehingga untuk Tahp 1 dilakukan untul para Champion, namun cascading ke masing masing unit kerja belum ditindak lanjut karena	Pelatihan akan dilakukan dengan pendampingan dari para instruktur	KKS SDM



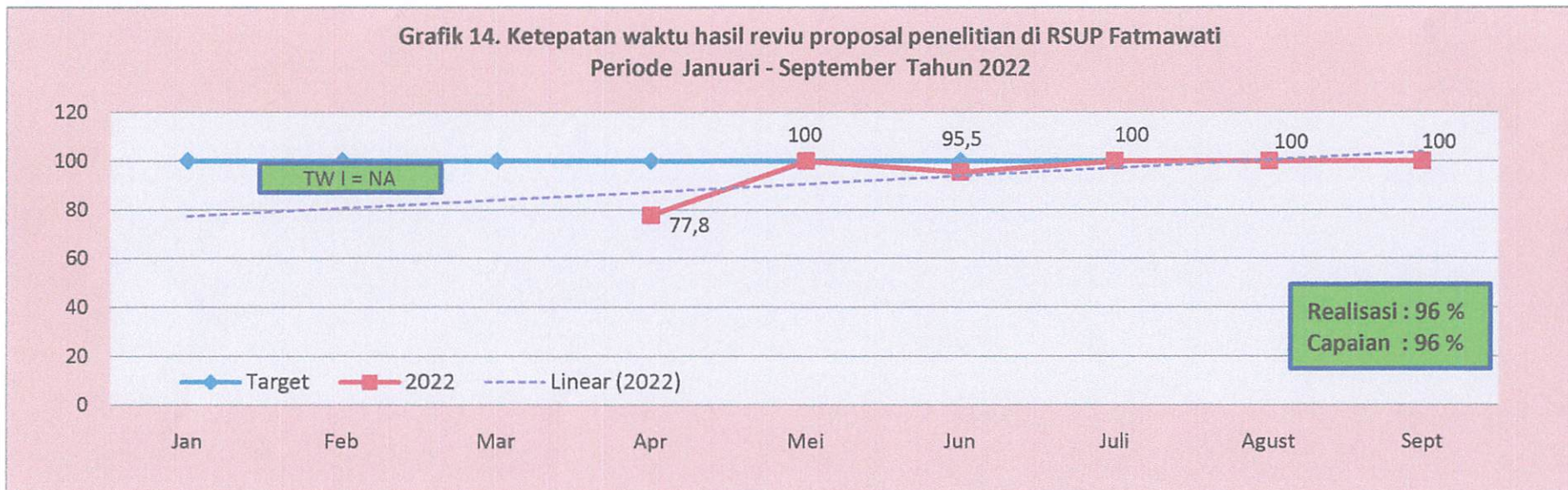
PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022

1 AM 8

Judul Indikator : Ketepatan waktu hasil reviu proposal penelitian

Formula :  $\frac{\text{Jumlah SDM yang memiliki kualifikasi}}{\text{Jumlah seluruh SDM yang melakukan pelayanan klinis prioritas}} \times 100 \%$

Hasil Capaian



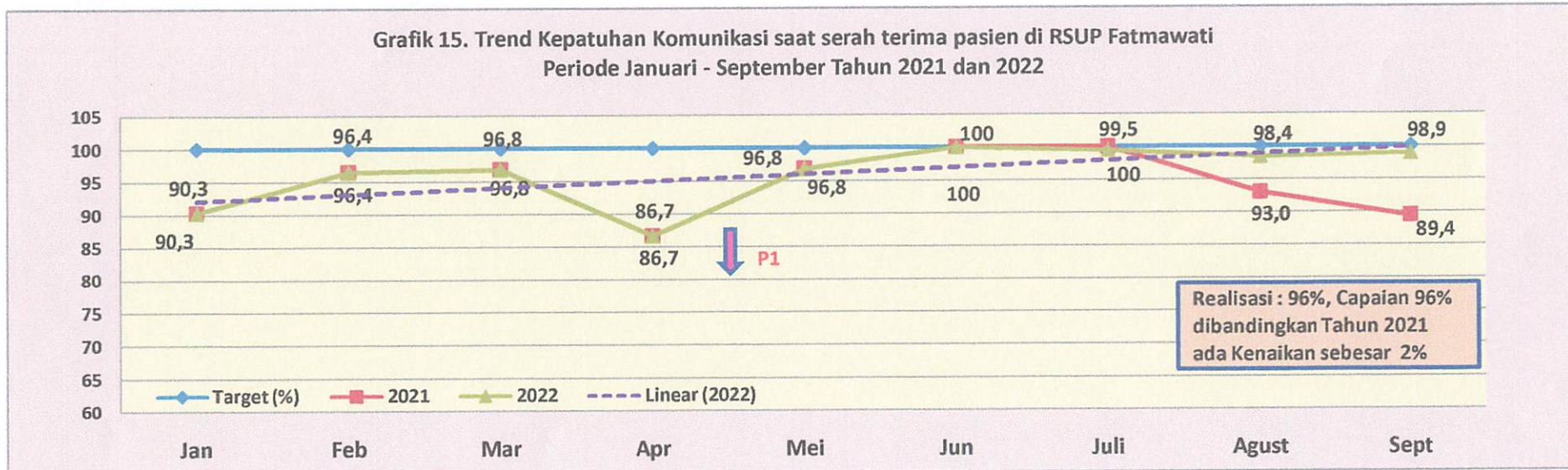
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Jan	Sistem informasi dan koordinasi belum optimal	Reviu sistem informasi terkait jadwal penelitian	Ka. KS Diklit, Ka. IPIKI

Judul Indikator : Kepatuhan Komunikasi saat serah terima pasien

Formula :  $\frac{\text{Jumlah serah terima pasien yang dilakukan}}{\text{Jumlah seluruh peluang atau shift jaga pada periode yang sama}} \times 100\%$

Hasil Capaian



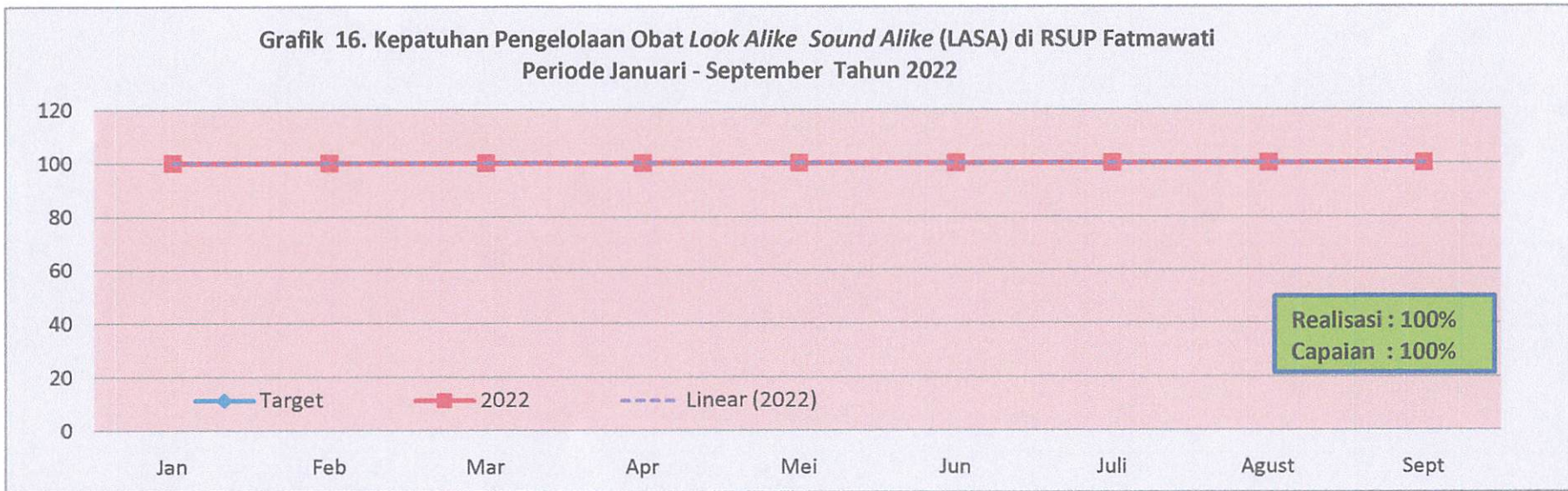
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Keterbatasan jumlah SDM dan banyaknya kegiatan di ruang rawat menyebabkan waktu untuk melakukan proses Handover menjadi terbatas	Melakukan pemetaan kembali terhadap posisi SDM di masing-masing Satuan Kerja khususnya Perawat	Ka. KS Keperawatan
2		Belum tersedianya media komunikasi yang efektif khususnya untuk proses serah terima pasien sehingga kesempatan untuk tidak melakukan menjadi lebih besar	Memenuhi fasilitasi atau media komunikasi yang efektif dan efisien agar keterbatasan waktu/ SDM tidak menjadi kendala dalam komunikasi serah terima pasien dalam bentuk alat perekam portable.	Ka. KS Hukormas



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan Pengelolaan Obat Look Alike Sound Alike (LASA)  
 Formula : Jumlah pengelolaan obat LASA yang tidak tepat pada periode tertentu  
 Hasil Capaian

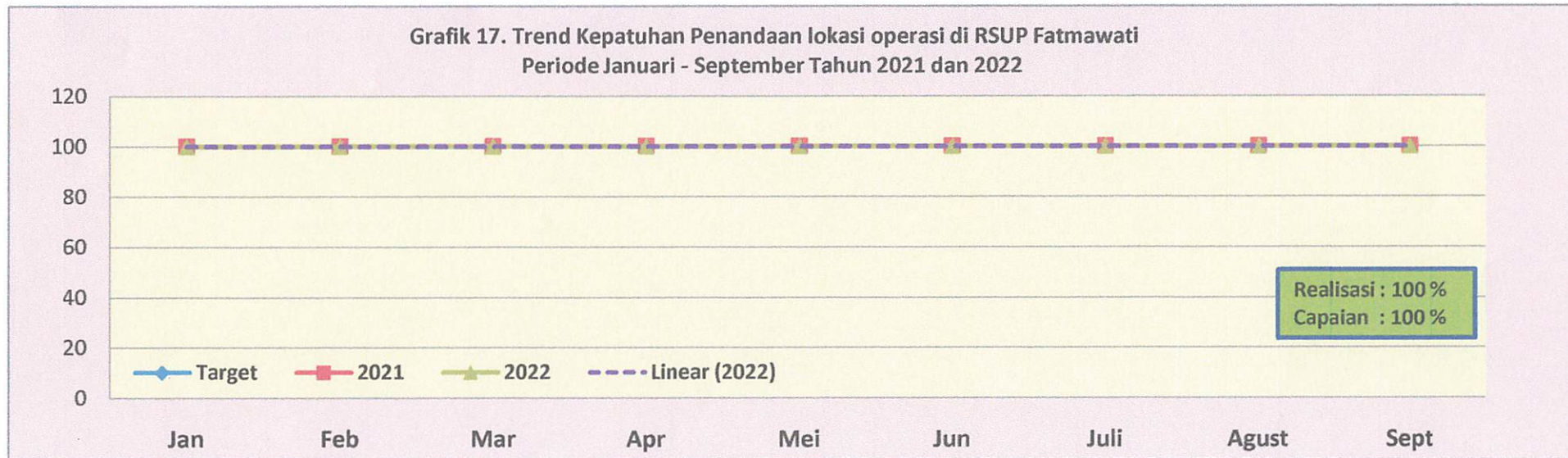


**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	-	-	-

Judul Indikator : Kepatuhan Penandaan lokasi operasi  
 Formula : Jumlah pasien yang diberikan penandaan lokasi operasi (*Marksite*) dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan bedah atau invasif pada periode yang sama dikali 100%

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

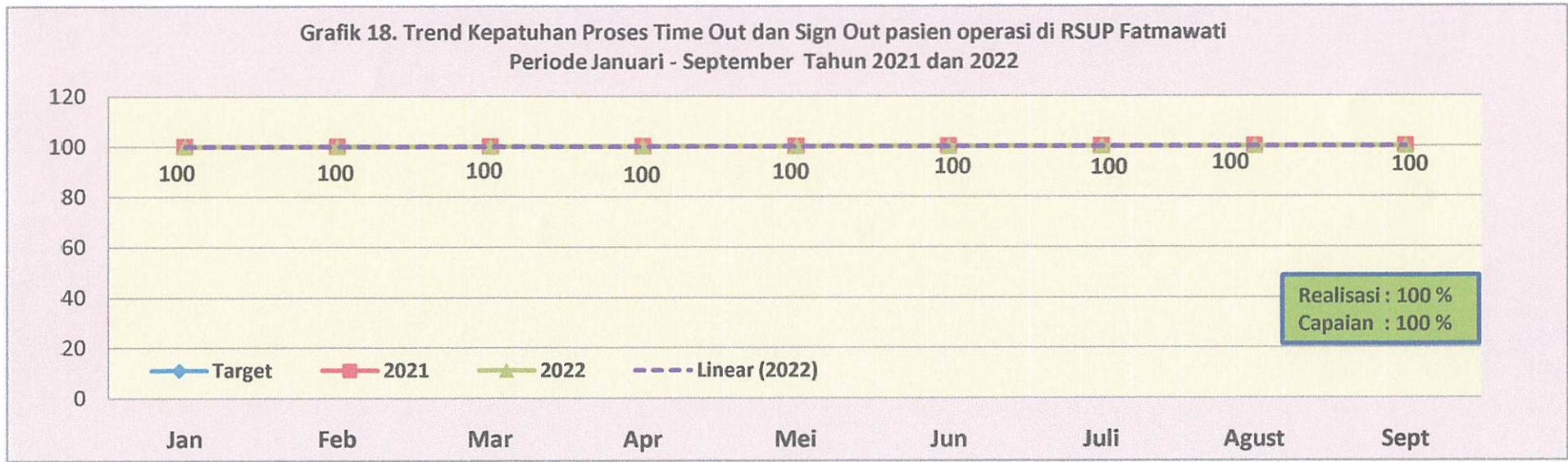
No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	-	-	-



# LAPORAN PEMANTAUAN CAPAIAN INDIKATOR MUTU PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan Proses Time Out dan Sign Out pasien operasi  
 Formula : Jumlah Proses Time Out dan Sign Out yang dilakukan dibagi Jumlah seluruh operasi atau tindakan invasif yang dilakukan pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	-	-	-





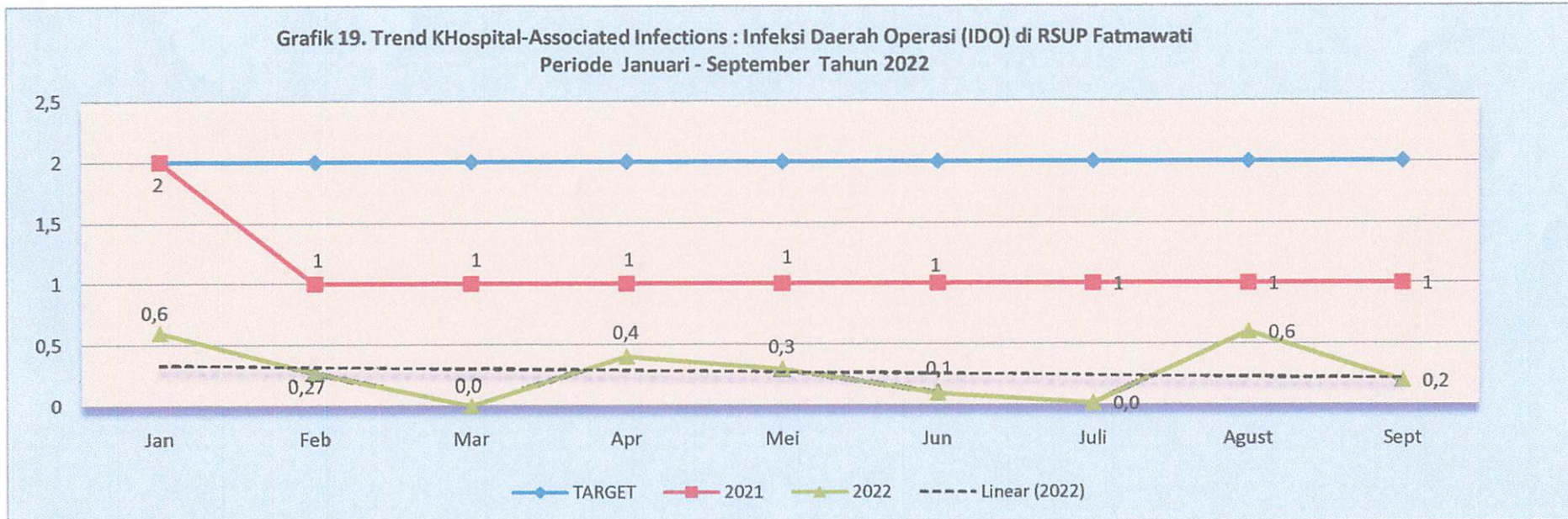
PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

1/10/21 5

Judul Indikator : KHospital-Associated Infections : Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Formula : Jumlah kasus Infeksi Daerah Operasi dibagi jumlah kasus operasi dikali 100%

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
P1	April	Kepatuhan SDM belum optimal	Melakukan reedukasi dan juga pemantauan yang lebih ketat oleh KPPI	Ka. KPPI, Ka Satker

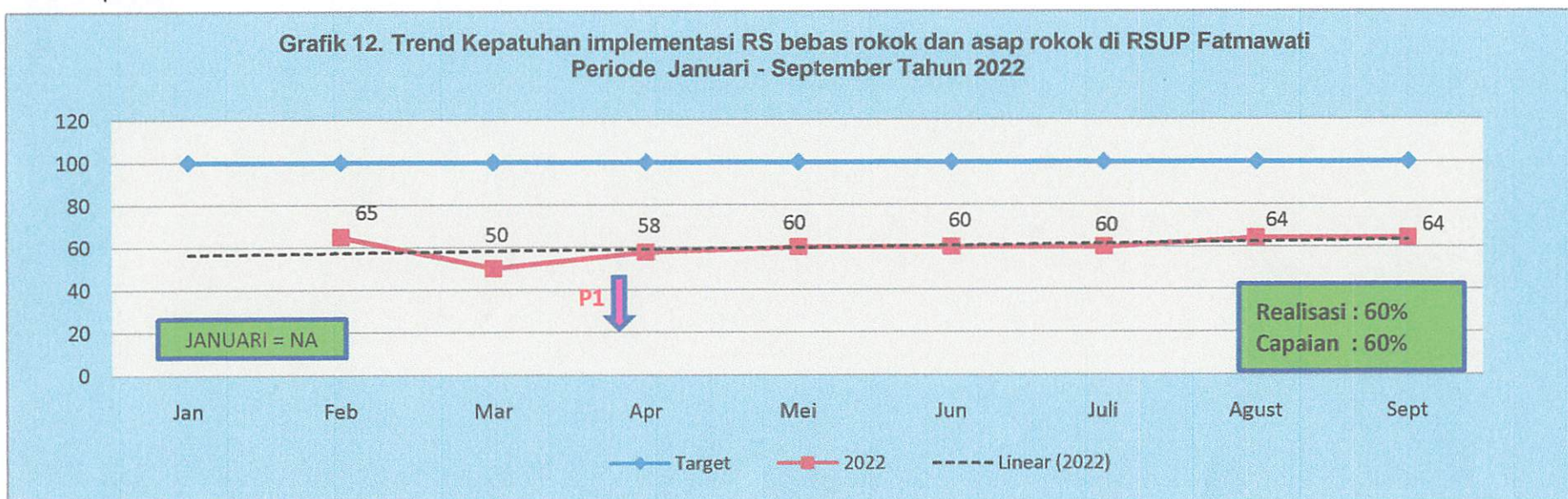


## PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022

Judul Indikator :Kepatuhan implementasi Rumah Sakit bebas rokok dan asap rokok

Formula : Jumlah implementasi bebas rokok dan asap rokok yang dipenuhi dibagi Jumlah area rumah sakit yang dipantau dikali 100 %

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

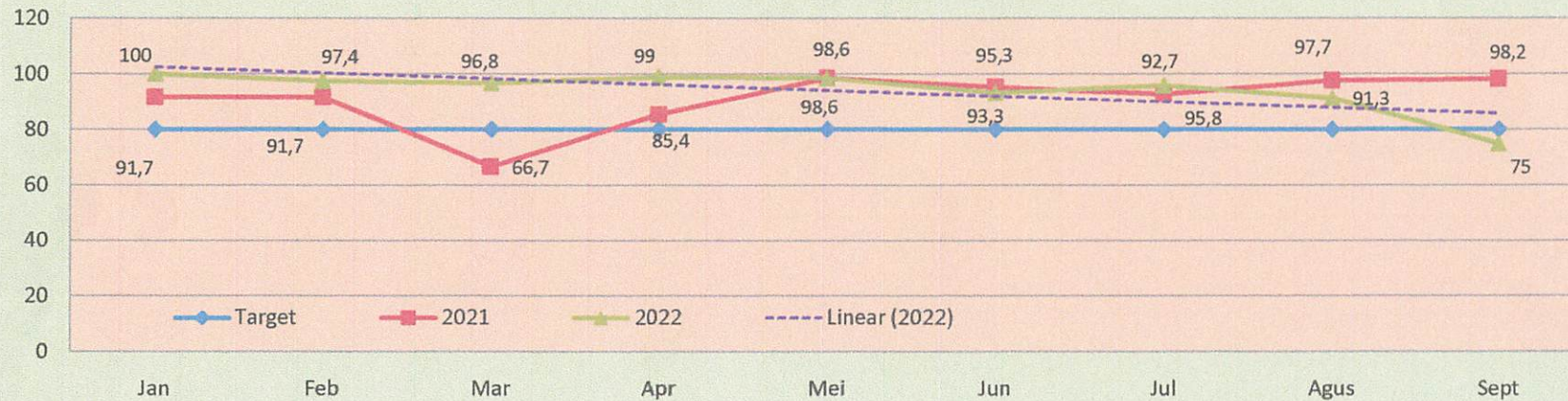
No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
P1	P1	Kurangnya kesadaran pengunjung serta pengawasan dari Petugas/ Satpam dalam mematuhi larangan merokok di lingkungan RSUP Fatmawati	Dilakukan teguran dan edukasi larangan merokok	Waka. Sub Keselamatan Kerja



**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022**

Judul Indikator : Kepatuhan terhadap Clinical Pathway  
 Formula : Jumlah kasus yang implementasinya sesuai dengan PPK dan atau CP dibagi Jumlah seluruh kasus PPK yang harus dipantau sebagai prioritas  
 Hasil Capaian :

**Grafik 1. Trend Kepatuhan terhadap Clinical Pathway di RSUP Fatmawati  
Periode Januari - September Tahun 2021 dan 2022**



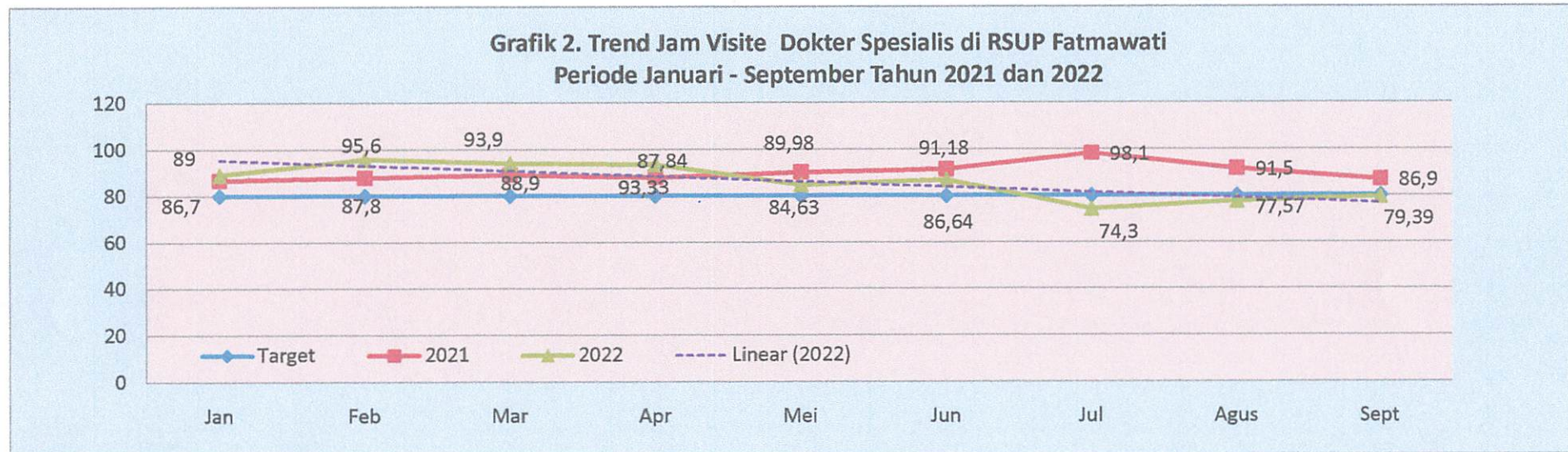
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 1	Selama tahun 2022 kasus yang dilaporkan hanya beberapa kasus	Menyusun PPK sesuai evidence based, sehingga penetapan lama rawat bisa diperkirakan lebih tepat	Ka KSM, Ka Komite Medik
2	TW 1	Lama rawat yang melebihi batas	Review kembali PPK, agar sesuai dengan Evidence based yang ada di RSUP Fatmawati	KKS Yan Med
3	TW 1	Kendali biaya dalam proses pemantauan CP sampai saat ini masih belum dapat dianalisa karena banyak faktor, diantaranya penggunaan alat kesehatan yang belum bisa distandarkan		

Judul Indikator : Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Formula : Jumlah total nilai jam visite DPJP sesuai kategori dibagi jumlah visite yang seharusnya dilakukan pada periode yang sama dikali 100%

Hasil Capaian :



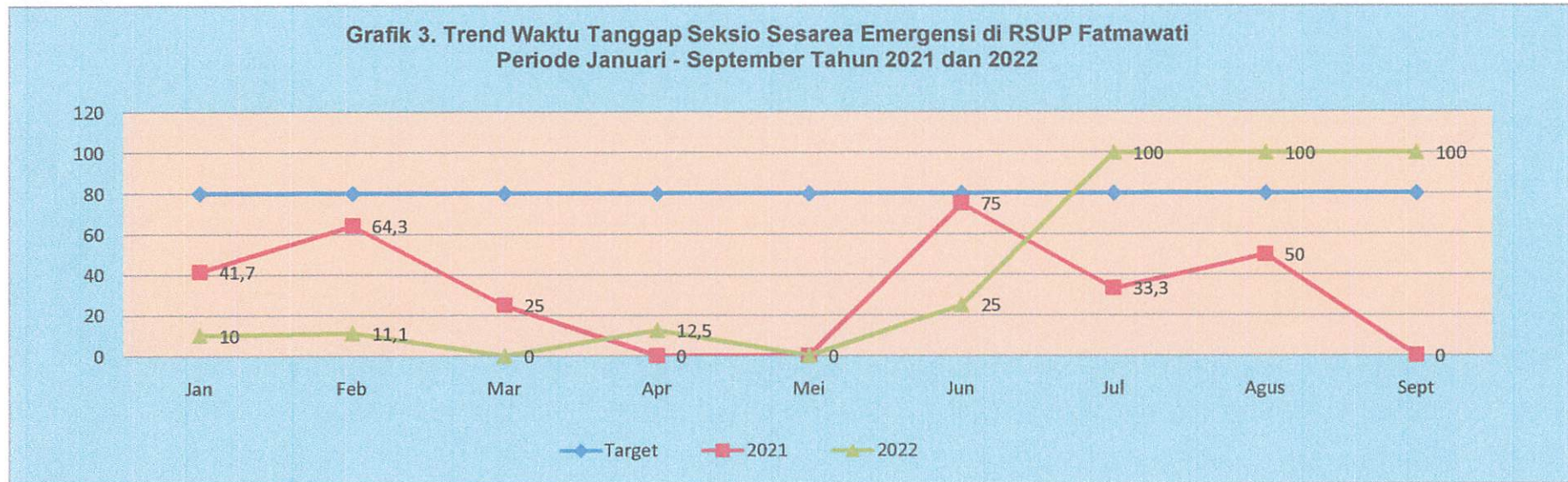
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Jan	Kepatuhan DPJP belum optimal, dan sistem pemantauan untuk pengumpulan data masih perlu disempurnakan	Merancang sistem pengumpulan data menggunakan aplikasi agar lebih akurat dan menerapkan sistem penilaian kinerja berbasis bukti	Direktur SPP, POU, dan ISIRS
2	Sept	Kepatuhan melaksanakan visite belum menjadi budaya	Reedukasi dan sosialisasi	Ka. IRNA



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi  
 Formula Jumlah Seksio sesarea emergensi yang dilakukan tepat waktu dibagi Jumlah seluruh operasi yang direncanakan Seksio sesarea emergensi pada periode yang sama dikali 100%  
 Hasil Capaian :



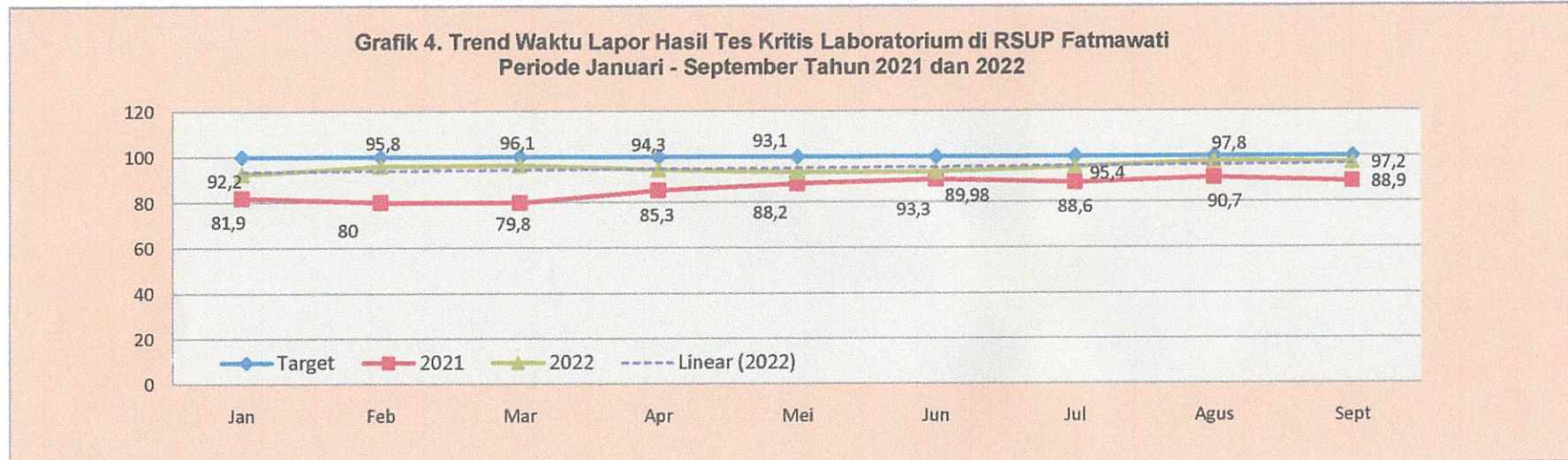
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Jan	Sistem pelayanan operasi cito masih belum berjalan karena terbatasnya sarana dan juga kepatuhan yang belum optimal dari SDM terkait	Mereviu kembali prosedur pelayanan operasi cito dan ruang operasi yang diperlukan.	KKS.Yan Med, KKS. Yan Kep, Ka. KSM Kebidanan, Ka IBS, Ka IGD
2	Smt 1	Regulasi belum jelas, sehingga kepatuhan Implementasi SPO belum optimal	Redesign dan Review SPO Perbaikan sistem Pelayanan SC Emergency baik sejak di IGD maupun di IBS	



**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022**

Judul Indikator : Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium  
 Formula : Jumlah Nilai kritis pemeriksaan laboratorium yang dilaporkan kurang dari 30 menit dibagi Jumlah seluruh nilai kritis hasil pemeriksaan laboratorium yang dikeluarkan dikali 100%  
 Hasil Capaian :



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Jan	Pelaporan Nilai Kritis ke DPJP langsung masih belum optimal	Menaikan target capaian dan melakukan upaya lebih baik dengan merancang sistem pencatatan dan pelaporan menggunakan teknologi informasi	Ka Ins Patologi, Ka ISIMRS
2	TW 1	Penurunan kinerja dalam hal komunikasi dan informasi hasil nilai kritis karena, selama pandemi Covid 19 beban kerja dari Instalasi Patologi Anatomi sangat meningkat	Upaya untuk memperbaiki sistem IT sudah dilakukan, namun masih belum dapat terealisasi	Ka Ins Patologi, Ka ISIMRS
3		Supporting dari sistem IT juga belum terlaksana, masih mengandalkan sistem manual dengan berkomunikasi dengan satket terkait melalui WA		

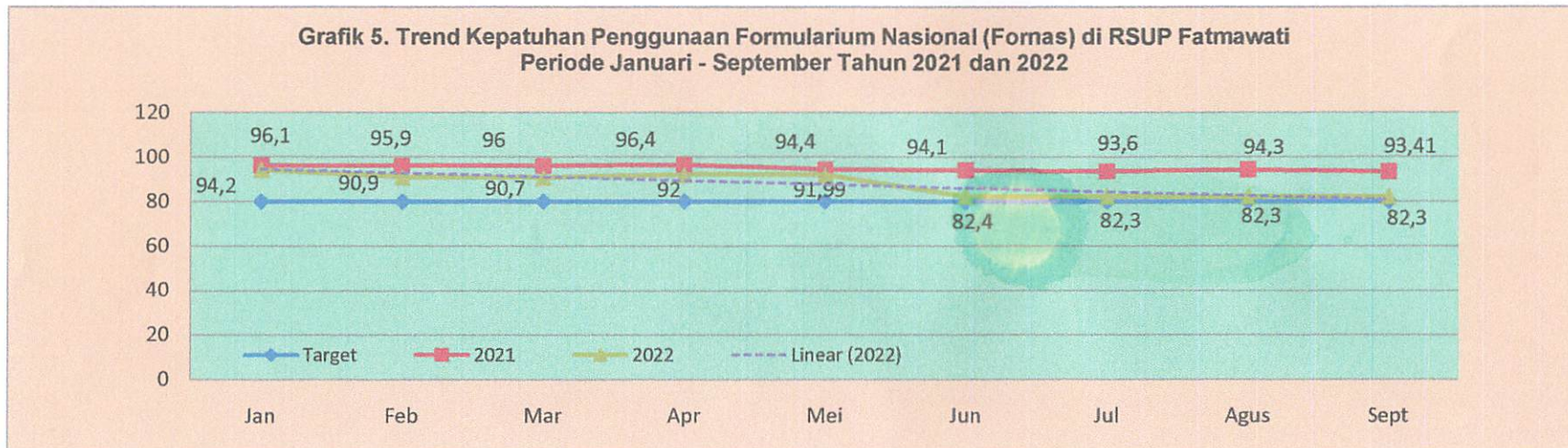


**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022**

Judul Indikator : Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional ( FORNAS)

Formula : Jumlah resep (R) yang sesuai Fornas dibagi Jumlah total resep (R) dikali 100%

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 1	Pelaksanaan di lapangan penggunaan Obat masih terdapat kendala bila harus memenuhi Fornas seratus persen	Dibuat kebijakan bahwa penggunaan obat di luar Fornas masih bisa dilakukan namun dengan persetujuan khusus kepada Komite Medik maupun Direksi	Ka. Ins Farmasi, Ka. Komite Medik, Dir MKP
2	Sept	Banyak obat yang dibutuhkan dalam tatalaksana medis sesuai PPK tidak masuk dalam Fornas	Tim Farmasi dan Instalasi Farmasi membuat Formularium RS, sesuai dengan PPK	Ka. Ins Farmasi, Ka. Komite Medik

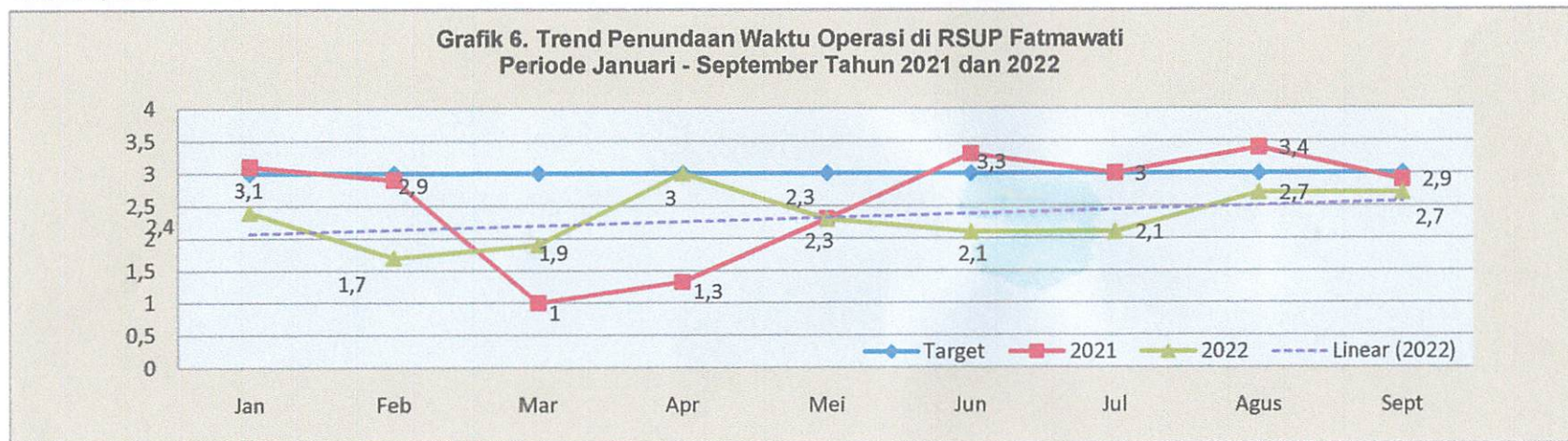


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Penundaan Waktu Operasi Elektif

Formula : Jumlah pembatalan operasi dibagi Jumlah seluruh operasi yang direncanakan dan sudah dijadwalkan pada periode yang sama dikali 100%

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Maret	Hasil pemeriksaan PCR lama shg melewati batas jadual operasi	Mengatur penjadwalan dgn memperhitungkan waktu PCR	Ka IRJ, Patologi
2		Kondisi Pasien yang buruk, sehingga memerlukan waktu untuk tatalaksana perbaikan agar aman untuk dilakukan tindakan operasi	Assesment Pra Operasi lebih ditingkatkan lagi oleh DPJP Operator maupun Anestesi, Pembahasan kasus resiko tinggi bisa menjadi solusi baik untuk menurunkan angka penundaan karena kondisi pasien	Ka IRJ, Ka KSM Terkait, Ka Anestesi,



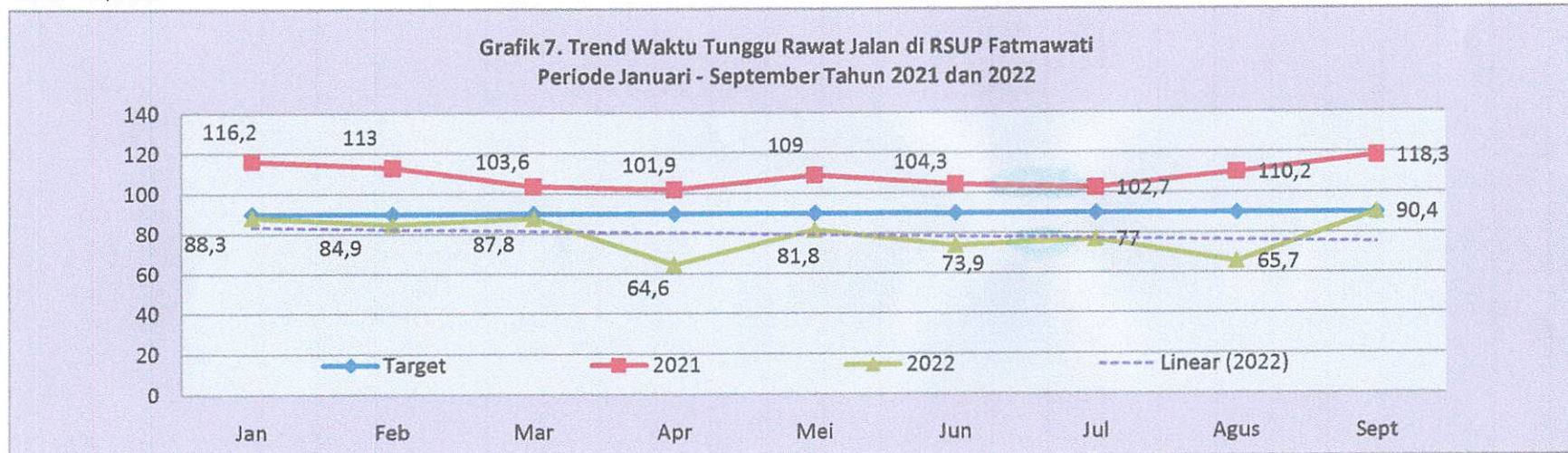


## PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Formula :  $\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu}}{\text{Jumlah seluruh sampel pasien rawat jalan yang diamati pada periode yang sama}}$

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1		Budaya pelayanan tepat waktu belum tercipta	Penerapan penilaian kinerja berbasis bukti	Dir SPP
2	TW 2	Sistem pelayanan Rekam Medis Elektronik belum optimal sehingga pelayanan rekam medik sebagian masih dilakukan secara manual	Mengoptimalkan SIMRSGOS, sementara masih menerapkan pelayanan reservasi online (H-1)	Dir POU, Ka IRJ, Ka ISIMRS

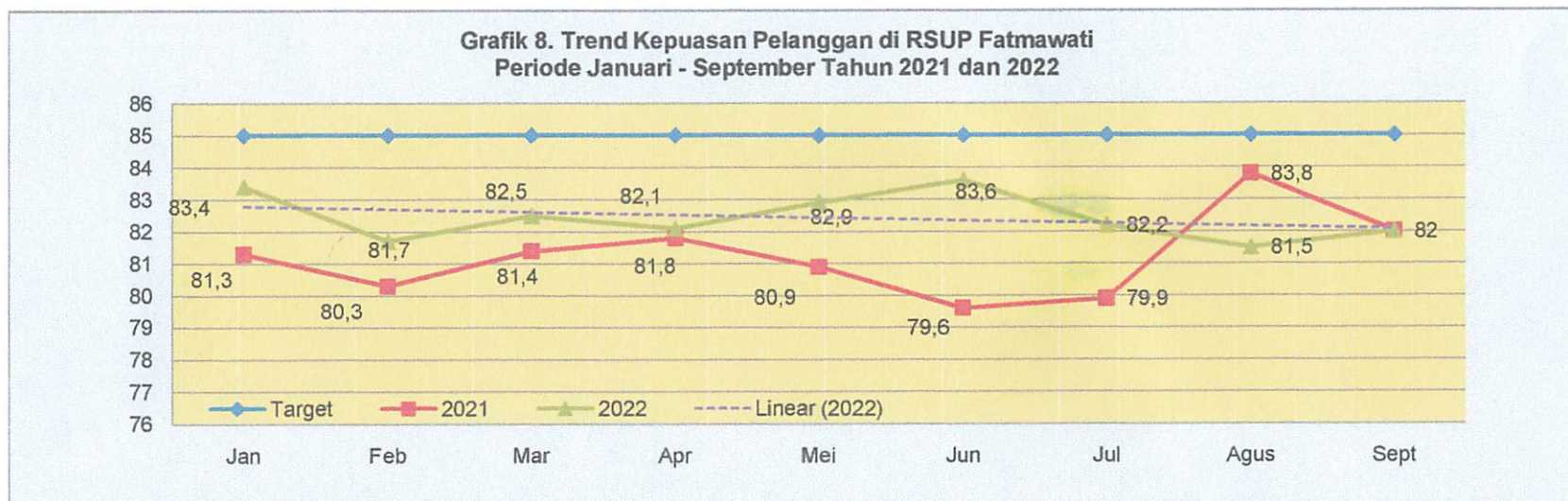


**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022**

Judul Indikator : Kepuasan Pasien dan Keluarga

Formula : Jumlah nilai yang disampaikan pelanggan dibagi jumlah kuisisioner dikali 100 %

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Jan - Sept	Pelayanan masih belum tepat waktu dan faktor komunikasi dan informasi masih belum sesuai harapan pelanggan	Reviu kuesioner yang dipakai dalam mengumpulkan data kepuasan pelanggan, disesuaikan dengan standar mutu dan keselamatan juga standar K3, PPI atau standar Administrasi lain agar nilai yang diperoleh bisa lebih bermakna	KKS. Hukormas

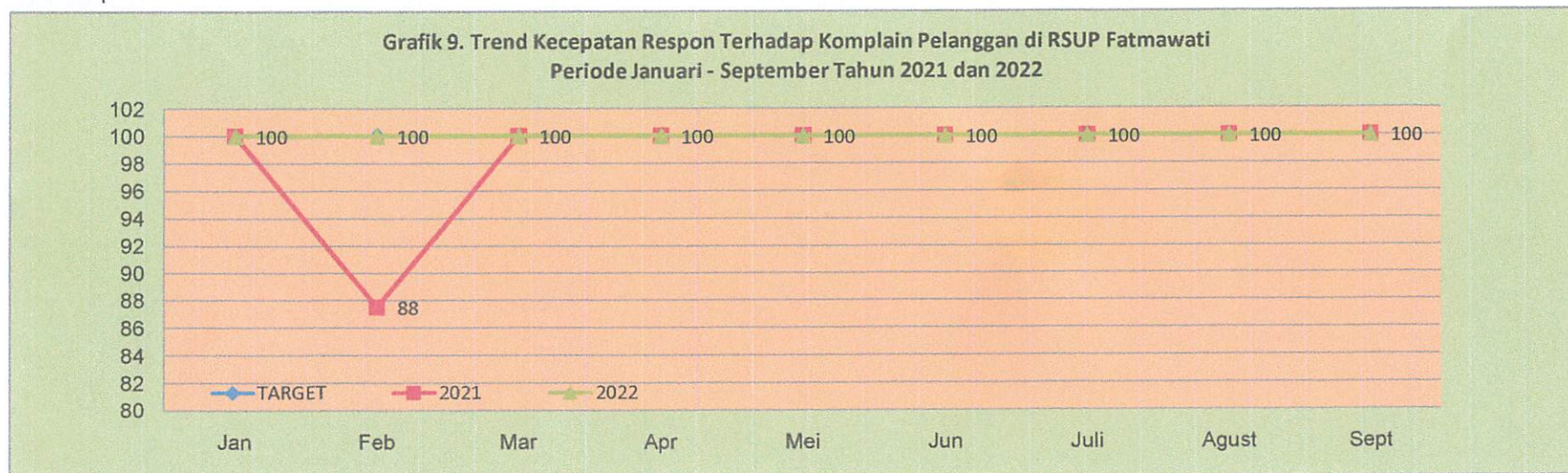


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Formula : Jumlah pengaduan pasien yang ditindaklanjuti dibagi jumlah pengaduan pasien dikali 100%

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Feb-21	Komunikasi dan koordinasi antar direktorat perlu ditingkatkan dan masih kurang awareness, kepedulian dan empati terhadap laporan komplain yang memiliki resiko tinggi sehingga respon tidak cepat	Pelatihan Penanganan komplain pelanggan, tingkatkan sarana dan prasarana dalam pelayanan pengaduan atau komplain, selama pandemi dibuatkan media elektronik yang dapat diakses oleh pelanggan untuk memberikan masukannya dengan mudah dan terjamin kerahasiaanya	Ka Bag Hukormas, Direktur Terkait



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator

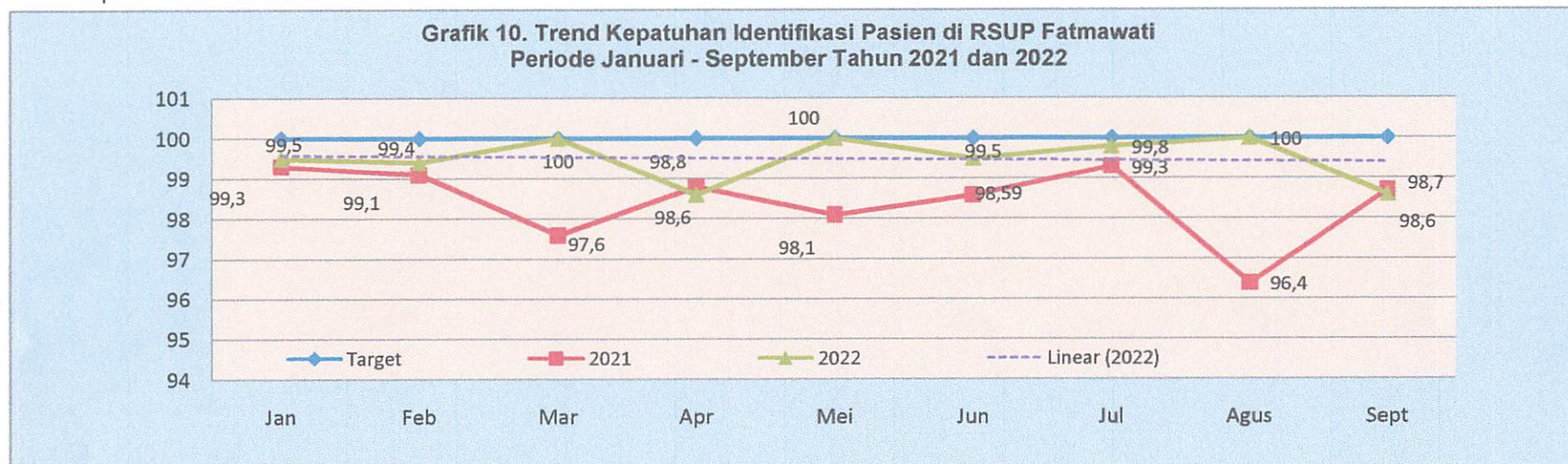
: **Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Formula

: Jumlah identifikasi pasien yang dilakukan sesuai SPO dibagi jumlah seluruh peluang untuk melakukan identifikasi pasien dikali 100%

Hasil Capaian

:



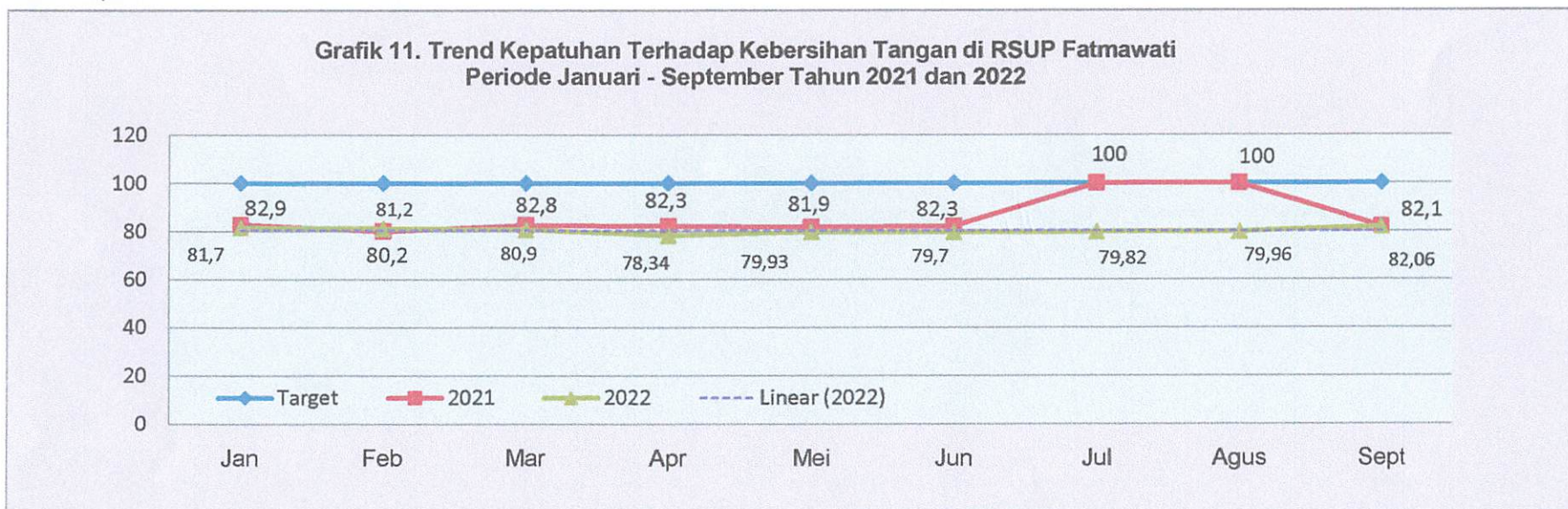
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No.	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 1	Proses Identifikasi yang sering terkendala adalah pada saat pemberian nutrisi, karena identitas pasien pada tempat makan masih belum semua tercetak, dan masih kurangnya komunikasi petugas nutrisi kepada pasien	Edukasi secara berkala kepada seluruh staf dan melakukan pemantauan lebih ketat dengan supervisi yang lebih baik dari masing-masing PJ	Ka. Satker Terkait, Ka Ins Gizi



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - JUNI TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan Kebersihan Tangan  
 Formula : Jumlah karyawan yang melakukan *kebersihan tangan* dibagi Jumlah peluang melakukan kebersihan tangan yang diobservasi pada periode yang sama dikali 100 %  
 Hasil Capaian :



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 3	Observasi di lapangan masih belum sesuai angka capaian, karena masih tidak semua melakukan proses kebersihan tangan dala momen yang ditetapkan	Reedukasi dan pemantauan yang lebih ketat oleh KPPI	Ka KPPI, Ka Satker

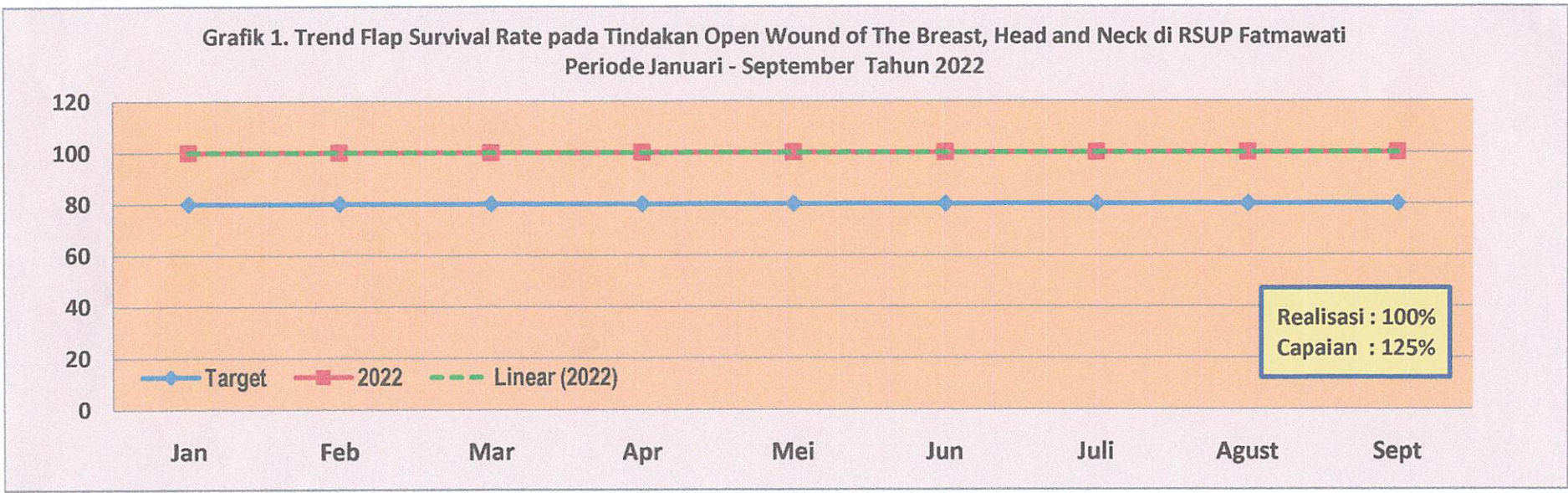


# PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2022



Judul Indikator : Flap Survival Rate pada Tindakan Open Wound of The Breast, Head and Neck  
 Formula : Jumlah Flap Survival Rate yang tercapai dibagi Jumlah seluruh kasus yang dipantau pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
	-	-	-	-

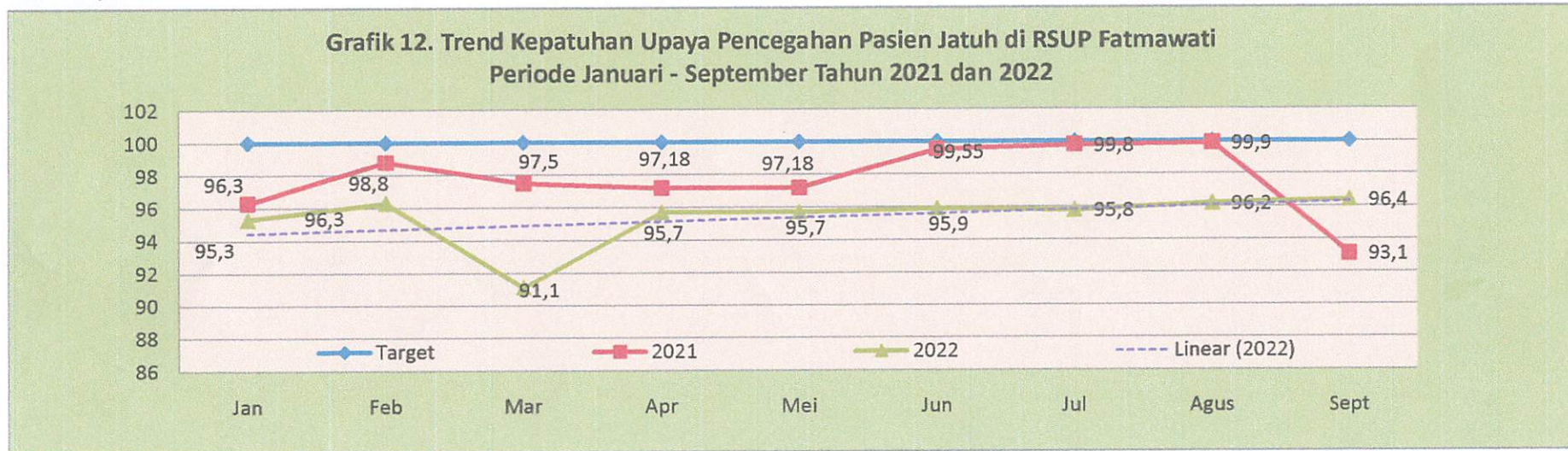


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI  
PERIODE JANUARI - SEPTEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan Upaya Pencegahan Pasien Jatuh

Formula :  $\frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan upaya pencegahan jatuh}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang baru masuk pada periode yang sama}} \times 100\%$

Hasil Capaian :



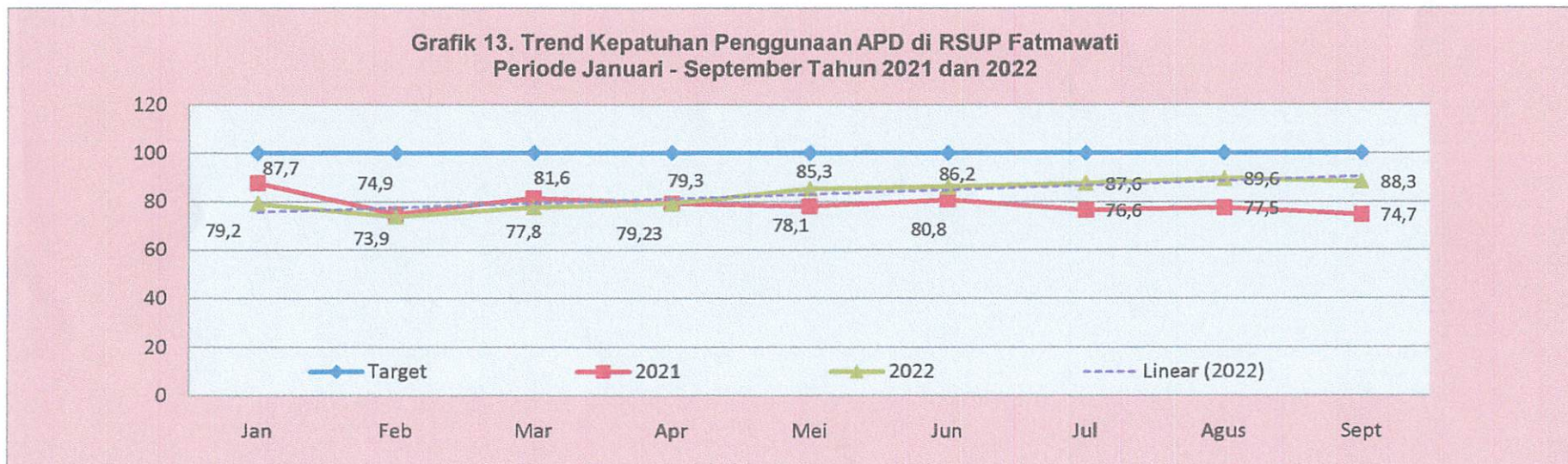
**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 3	Pelaksanaan skrining awal masih belum optimal, edukasi awal pasien masuk rawat inap belum maksimal	Melakukan re edukasi dan meningkatkan supervisi oleh PJ masing-masing satker, re edukasi juga diberikan kepada keluarga pasien pada awal pasein masuk rawat inap, diutamakan pasien dengan resiko tinggi terjadinya jatuh	Ka. Satker

Judul Indikator : Kepatuhan Penggunaan APD

Formula : Jumlah penggunaan APD yang patuh dibagi Jumlah petugas yang diamati pada suatu periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian :



**Analisa Target Tidak Tercapai :**

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 3	Pemahaman yang belum seragam dalam menggunakan APD dari para Nakes, mulai dari khawatir berlebih maupun yang sudah mulai kurang waspada sehingga penggunaan APD tidak sesuai pedoman yang ditetapkan RS	Reedukasi penggunaan APD yang benar dan aman, proses pengadaan APD sesuai standar diupayakan dengan membuat skala prioritas	KPPI