



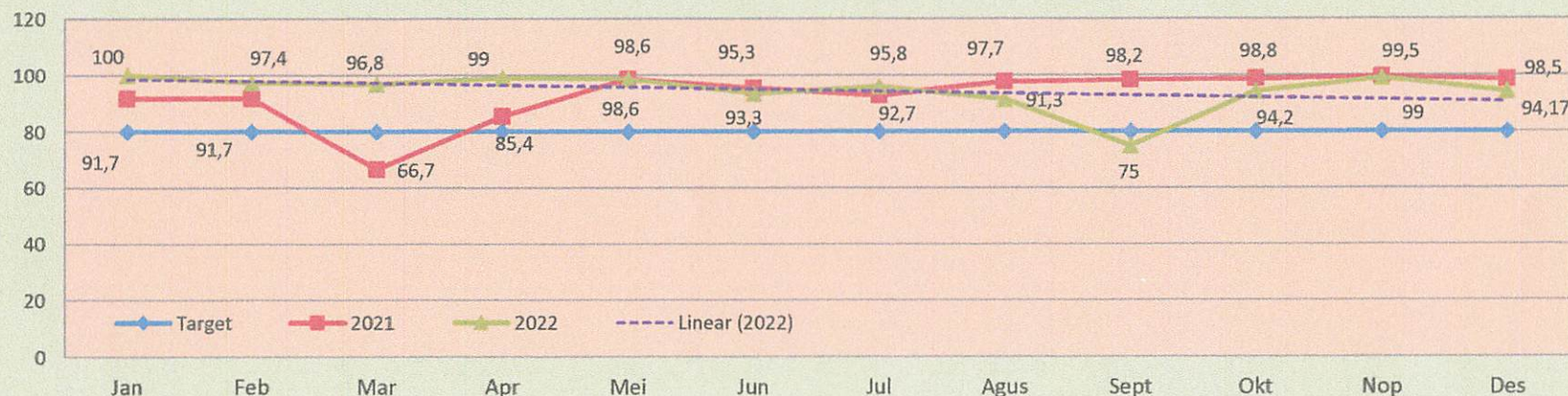
PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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 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
		Lama rawat yang melebihi batas	Review kembali PPK, agar sesuai dengan Evidence based yang ada di RSUP Fatmawati	KKS Yan Med
		Kendali biaya dalam proses pemantauan CP sampai saat ini masih belum dapat dianalisa karena banyak faktor, diantaranya penggunaan alat kesehatan yang belum bisa distandarkan		

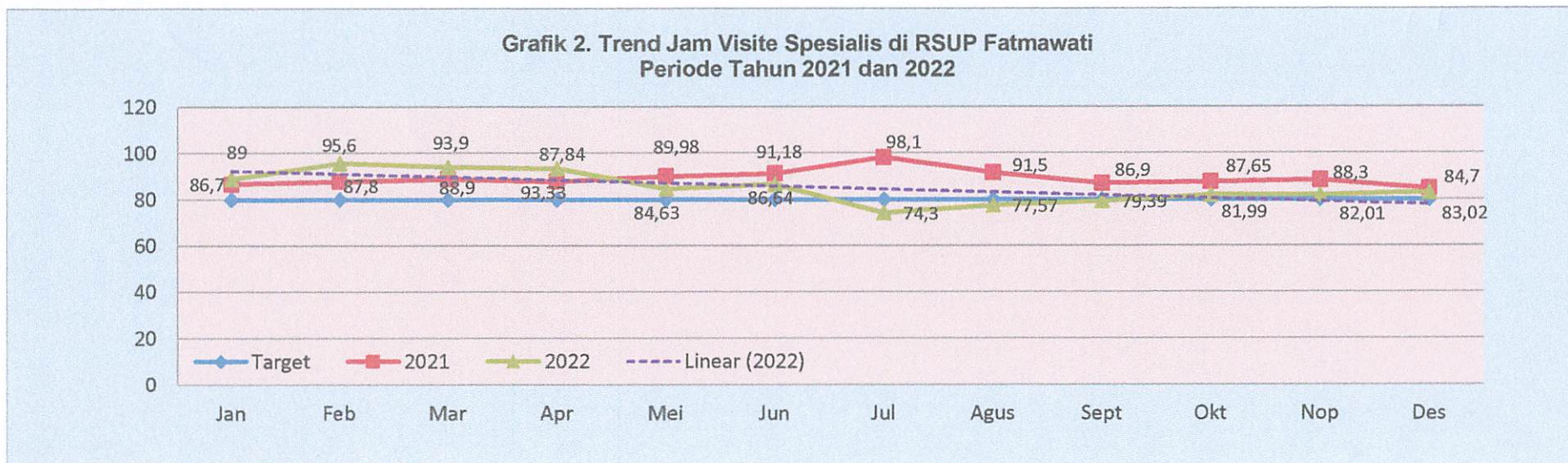


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator : Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Formula : $\frac{\text{Jumlah total nilai jam visite DPJP sesuai kategori}}{\text{jumlah visite yang seharusnya dilakukan pada periode yang sama}} \times 100\%$

Hasil Capaian :



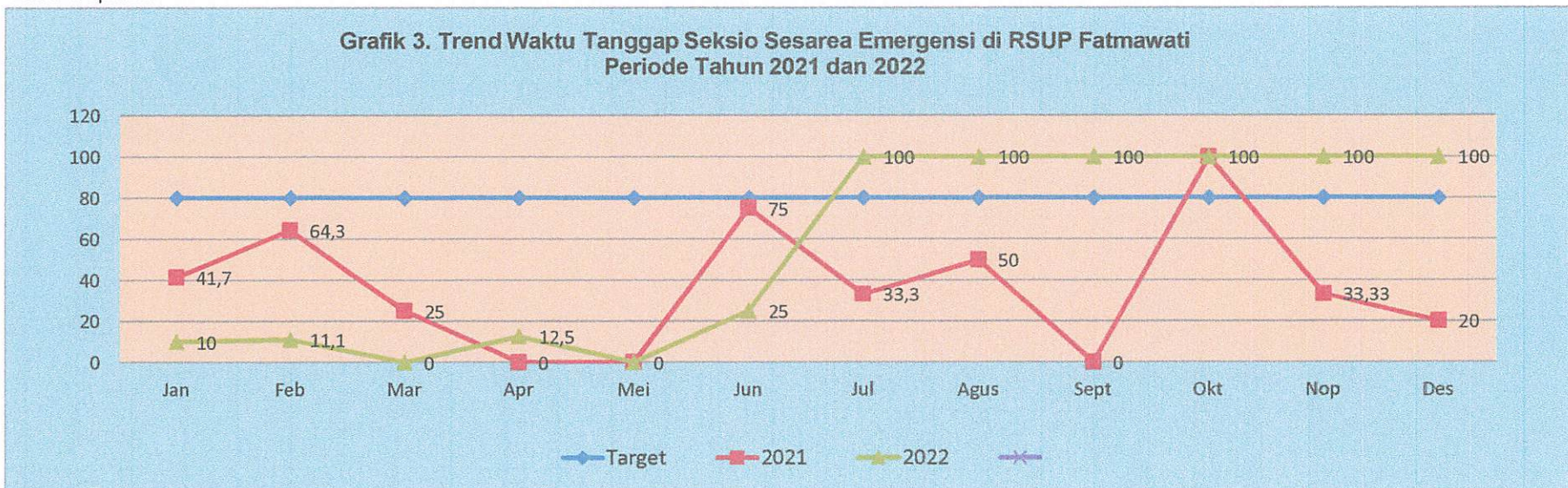
Analisa Target Tidak Tercapai :

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 ISIMRS
2	Sept	Kepatuhan melaksanakan visite belum menjadi budaya	Reedukasi dan sosialisasi	Ka. IRNA



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

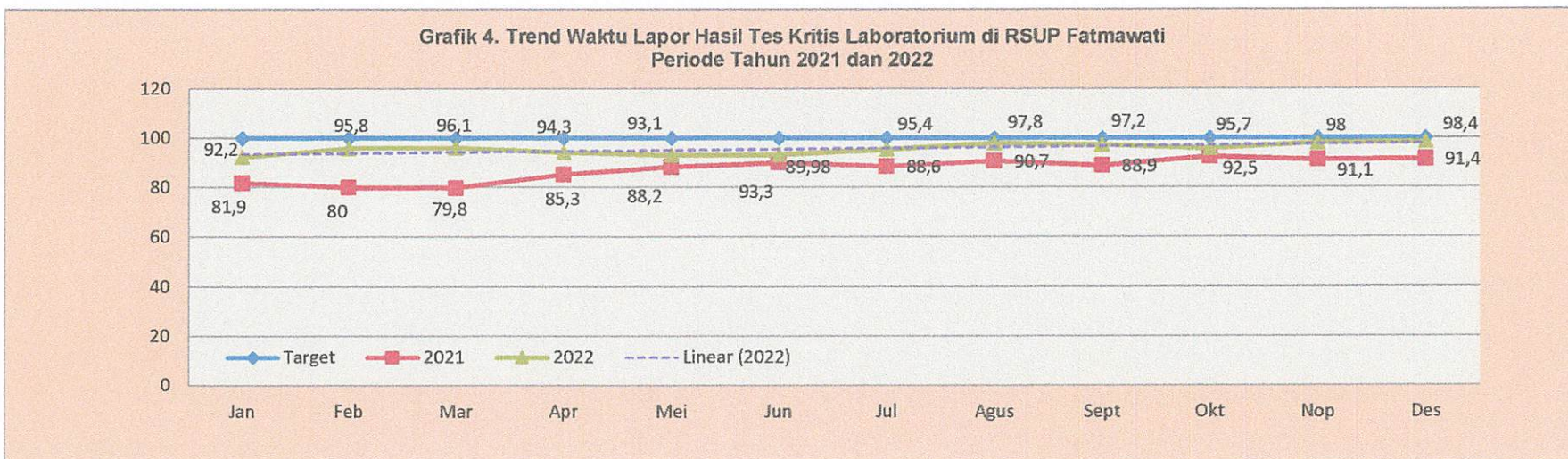
Judul Indikator : Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi
 Formula Jumlah Seksio sesarea emergensi yang dilakukan tepat waktu dibagi Jumlah seluruh operasi yang direncanakan Seksio sesarea emergensi pada periode yang sama dikali 100%
 Hasil Capaian :



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, Menyusun sistem informasi : Cekar Code F2 (pagyng sistem : Ext 3000)	

Judul Indikator : Waktu Laporan 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	Des	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
2		Supporting dari sistem IT juga belum terlaksana, masih mengandalkan sistem manual dengan berkomunikasi dengan satket terkait melalui WA		

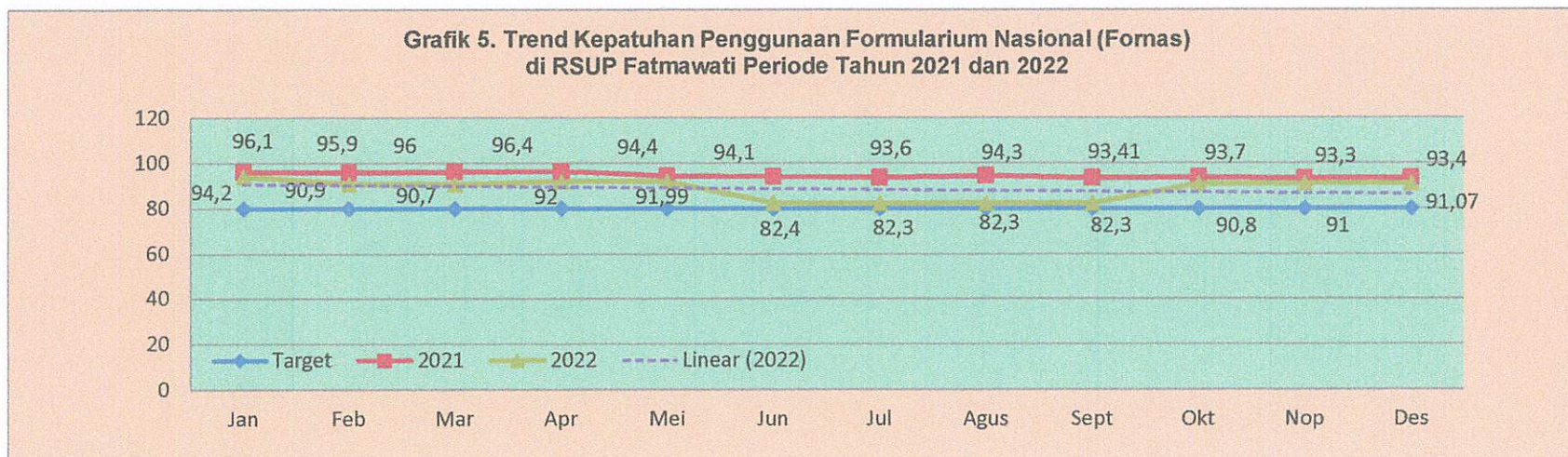


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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	Des	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

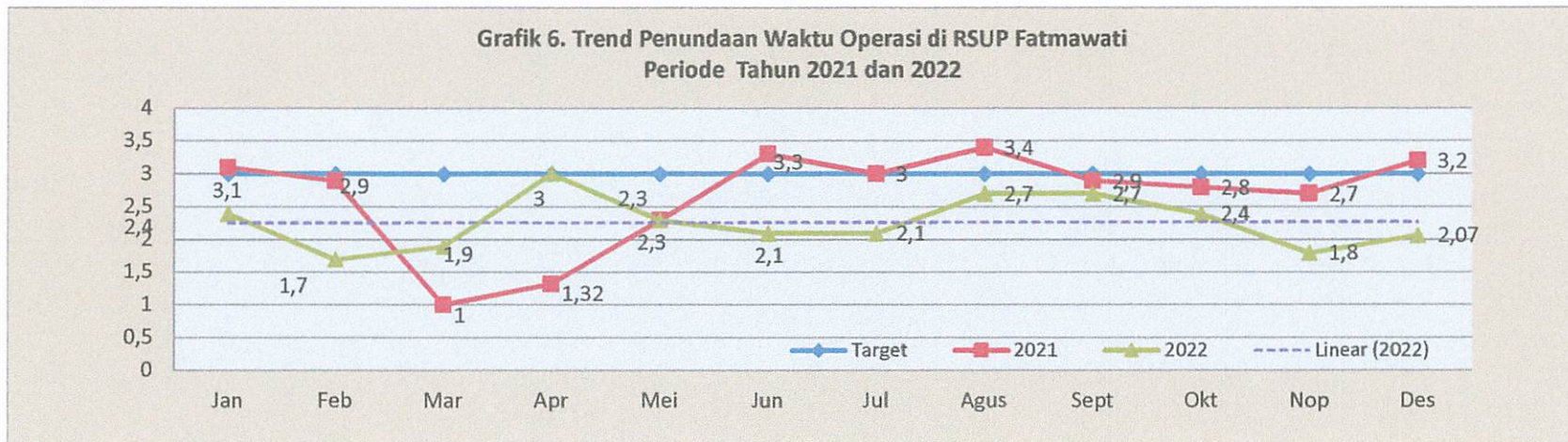


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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	Apr	Hasil pemeriksaan PCR lama shg melewati batas jadwal 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,

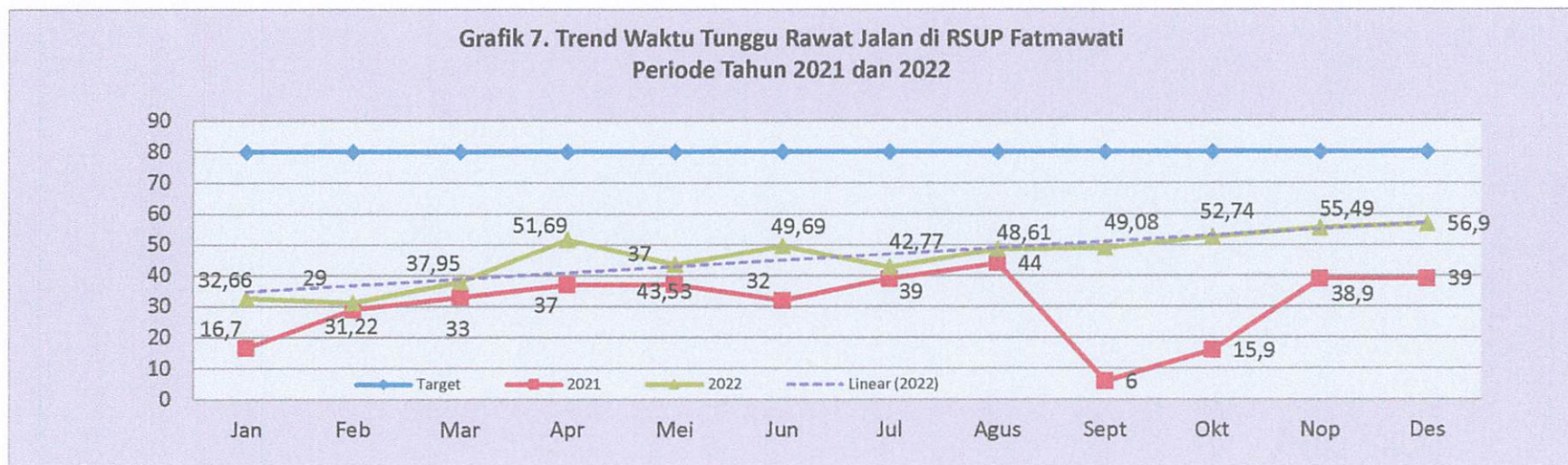


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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

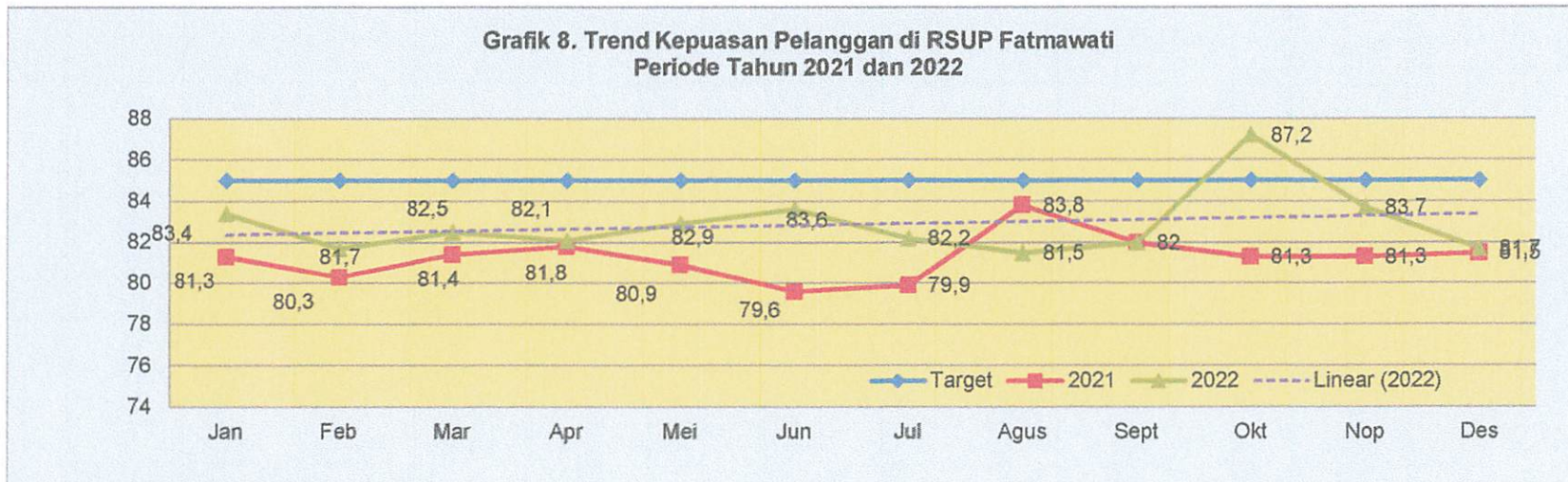


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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

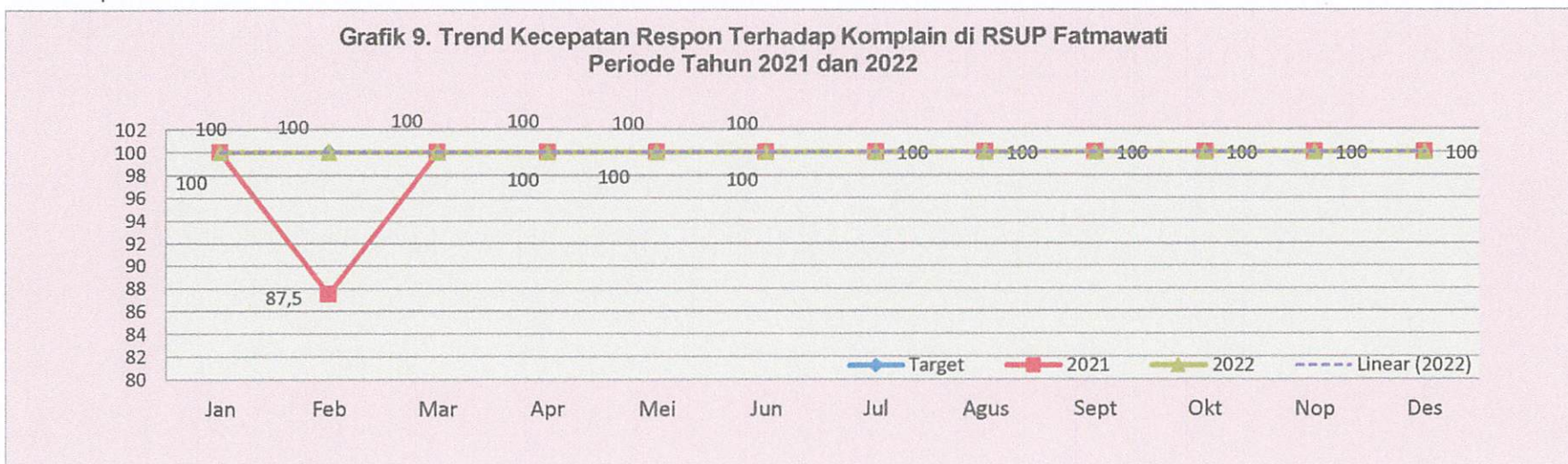


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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	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 - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

Judul Indikator

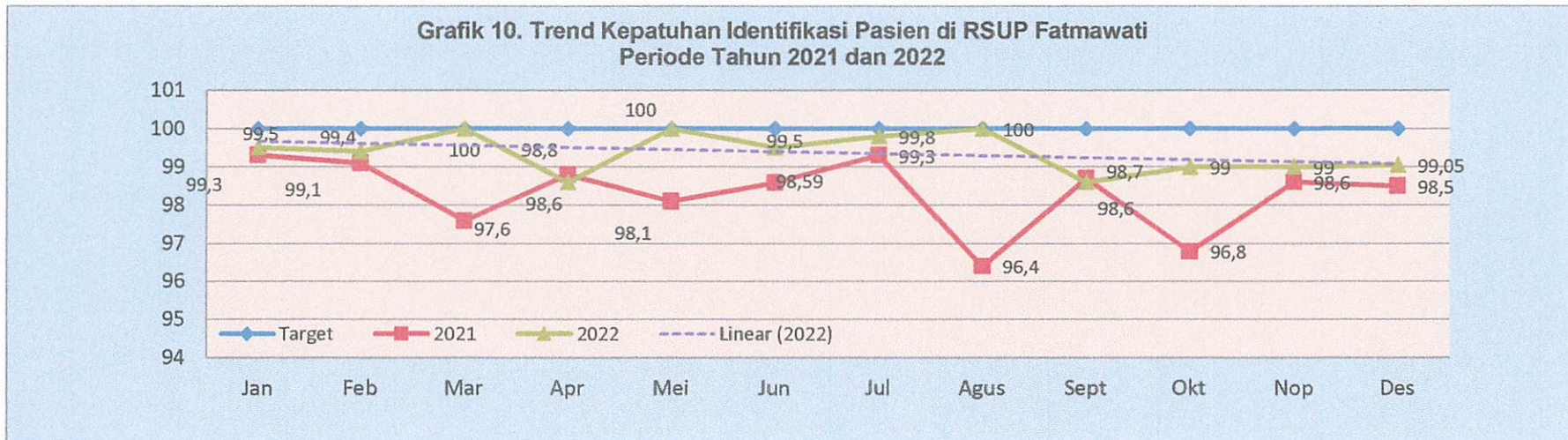
: **Kepatuhan Identifikasi Pasien**

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 3	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

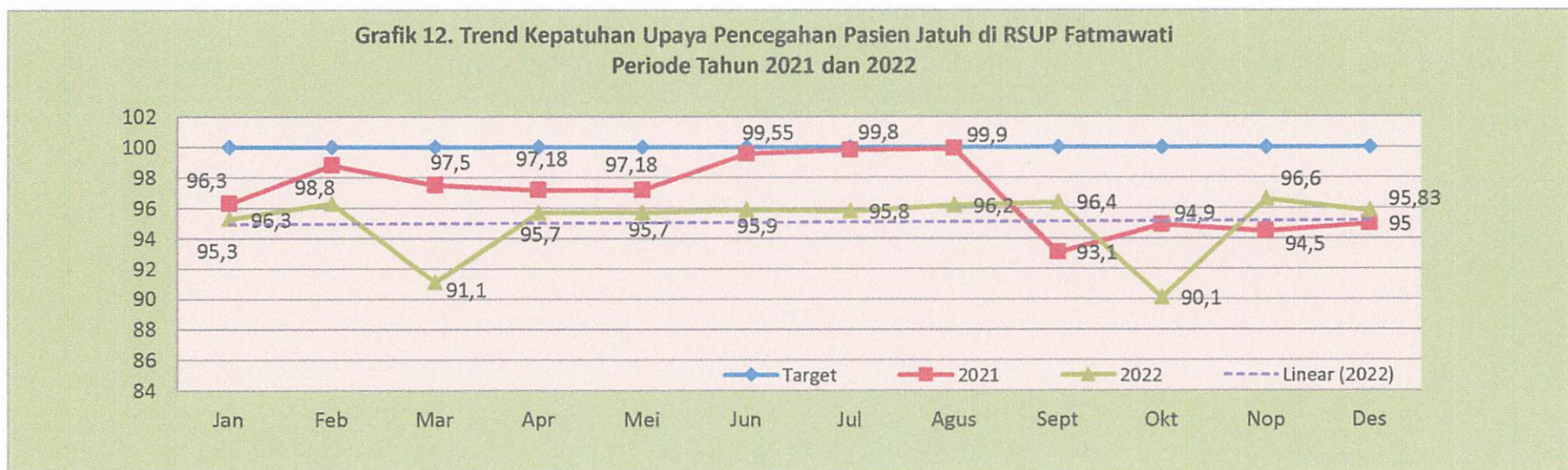


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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

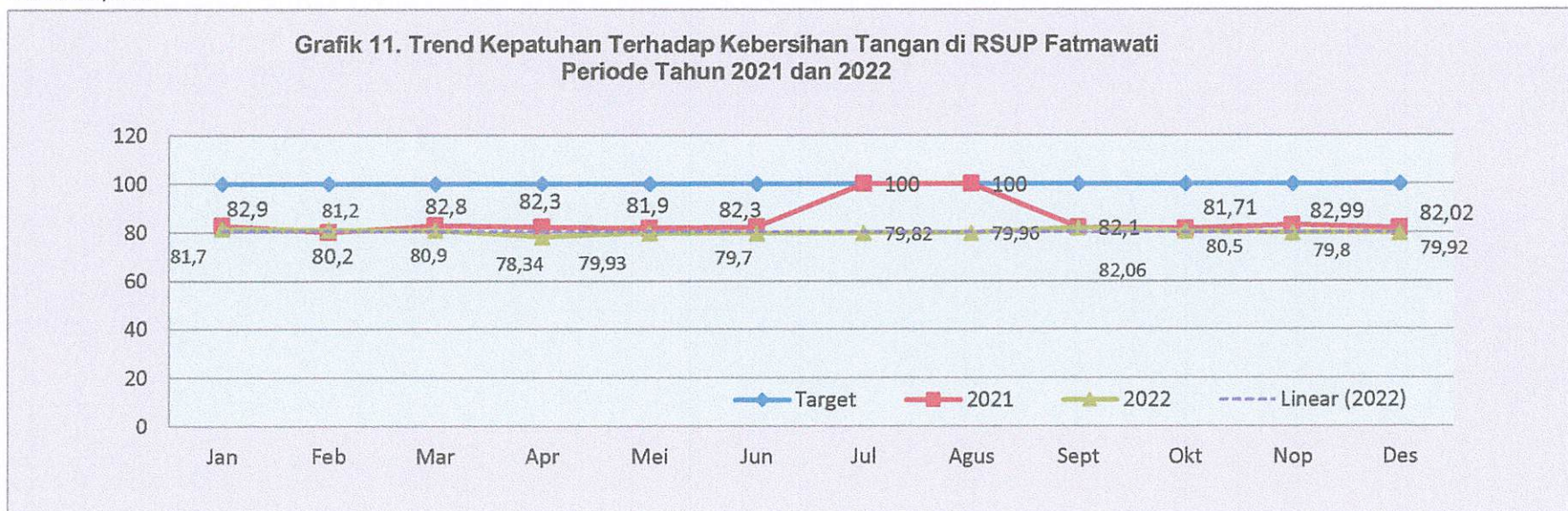


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022

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

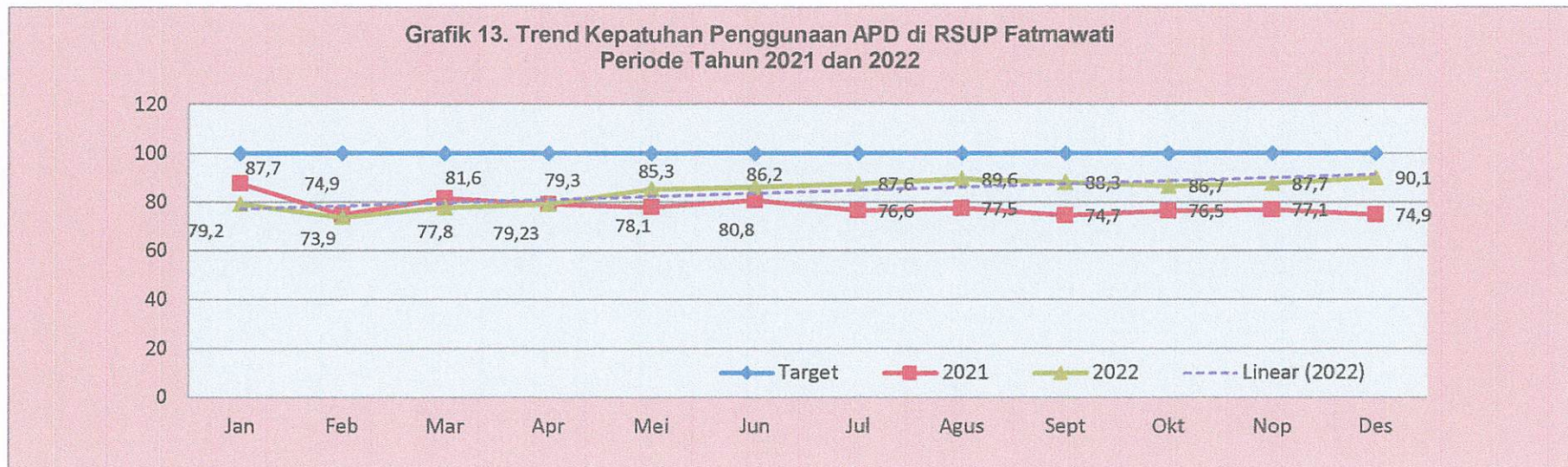


**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
PERIODE JANUARI - DESEMBER TAHUN 2021 DAN 2022**

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	Des	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