



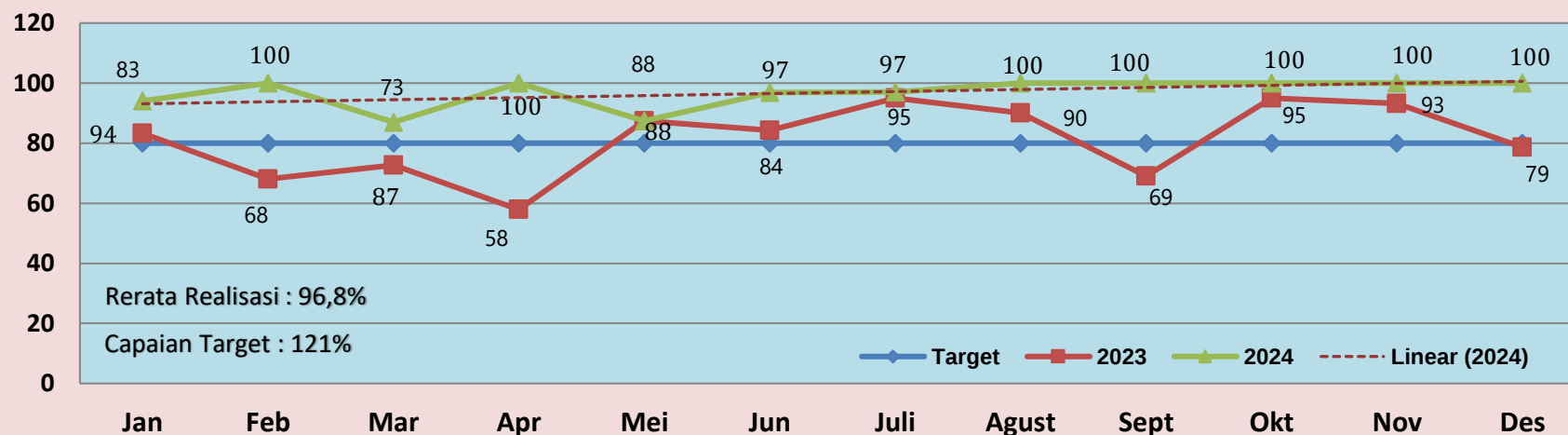
PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Pasien Stroke Iskemik dengan LOS kurang dari 7 hari

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS kurang dari 7 hari}}{\text{seluruh pasien stroke iskemik}} \times 100\%$

Hasil Capaian

**Grafik 1. Trend Pasien Stroke Iskemik dengan LOS kurang dari 7 hari di RSUP Fatmawati
Periode Januari - Desember Tahun 2023 dan 2024**



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Belum dilakukan revisi untuk PPK Stroke Ischemic	Melakukan kajian hari rawat pasien Stroke Ischemic sebagai databased revisi PPK Sosialisasi ke seluruh staf KSM	KSM Neurologi

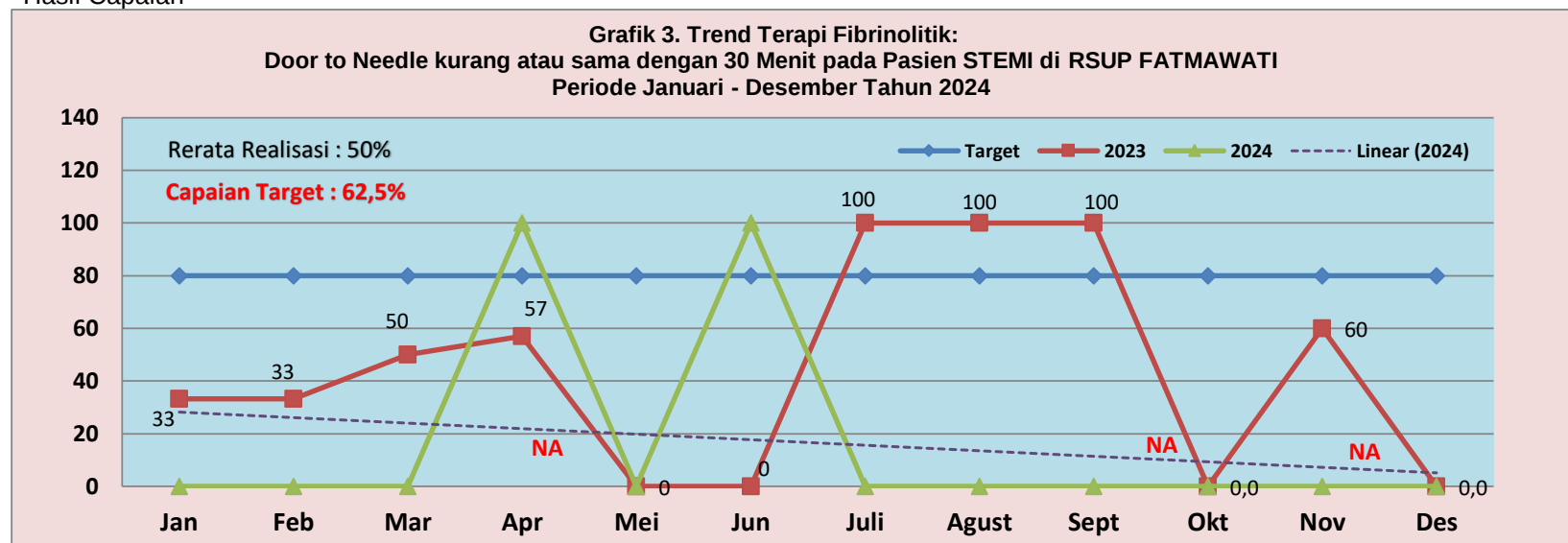


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Terapi Fibrinolitik: Door to Needle kurang atau sama dengan 30 Menit pada Pasien STEMI

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien STEMI dengan Door to Needle sesuai}}{\text{Total pasien STEMI yang mendapatkan terapi Fibrinolitik}} \times 100\%$

Hasil Capaian



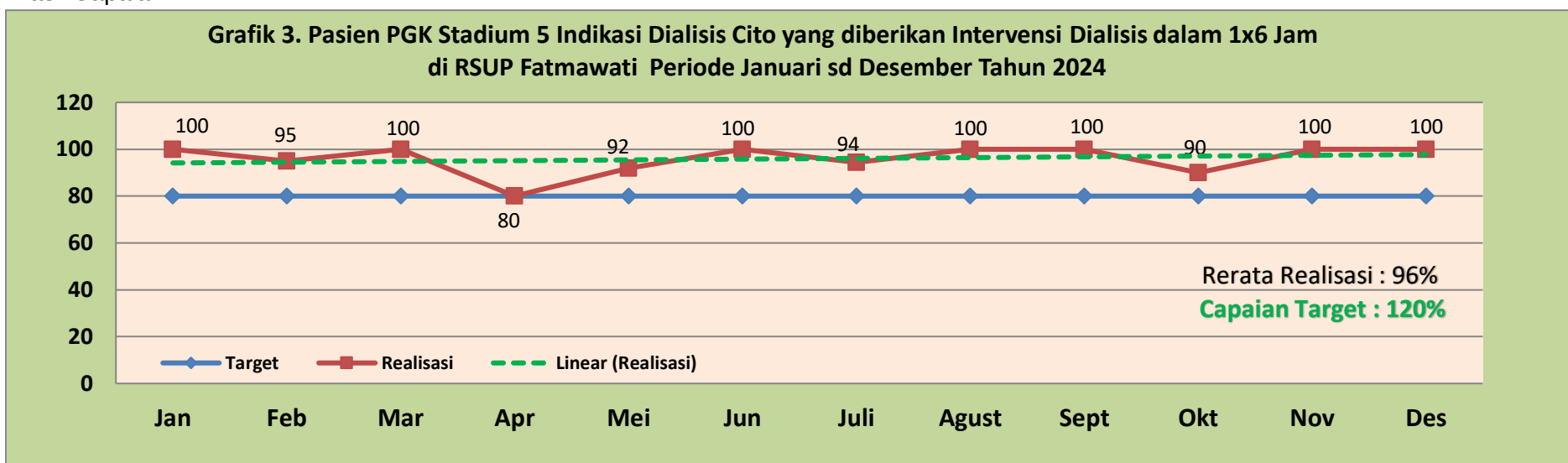
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Komunikasi efektif antar PPA belum optimal menyebabkan delay treatment	Melakukan reedukasi untuk optimalisasi komunikasi efektif	Ka. IGD
2		Sistem konsultasi masih belum efektif	Merancang sistem emergency call untuk percepatan konsul pro terapi Fibrinolitik	Ka. IGD
3		Masalah administrasi untuk pasien non BPJS, yang tidak mampu membayar tunai, sehingga memerlukan keputusan keluarga	Melakukan rapat koordinasi dengan Direktur Medik dan Direktur Keuangan	Ka. IGD

Judul Indikator : Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis Cito yang diberikan Intervensi Dialisis dalam 1x6 Jam

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialysis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x6 jam}}{\text{Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO}} \times 100\%$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	Sudah baik, namun harus tetap ditingkatkan dan dipertahankan sebagai upaya menjaga mutu dan keselamatan pasien	-	-

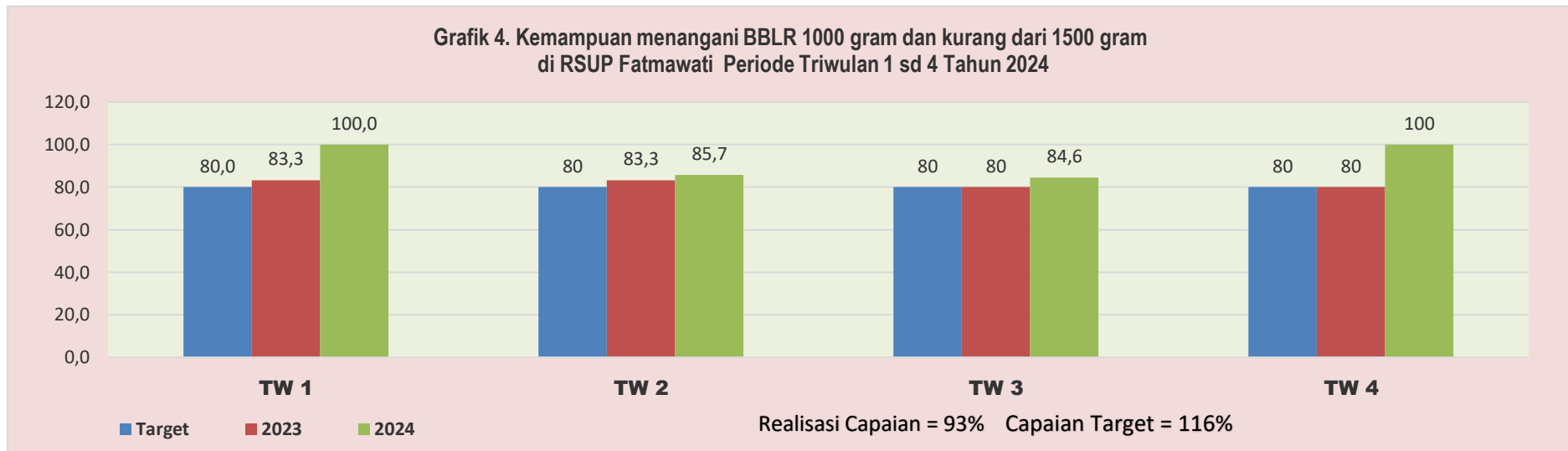


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Kemampuan menangani BBLR 1000 gram dan kurang dari 1500 gram

Formula : $\frac{\text{Jumlah BBLSR yang berhasil pulang hidup}}{\text{Jumlah seluruh BBLSR pada periode perhitungan}} \times 100\%$

Hasil Capaian



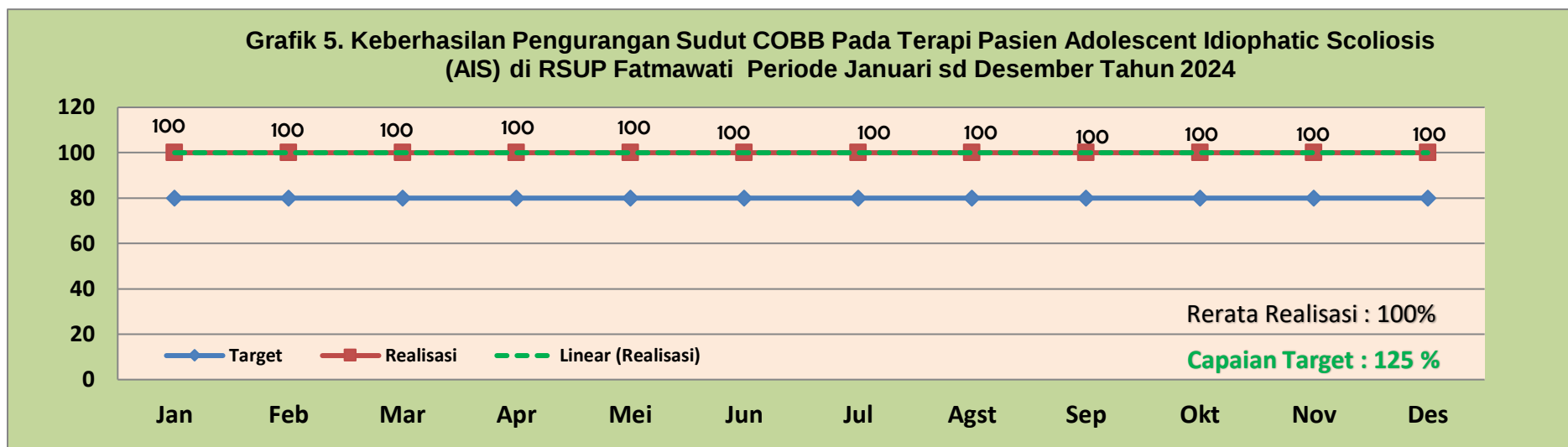
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 4	Terdapatnya kasus kelainan bayi bawaan lahir	Melaksanakan tatalaksana klinis sesuai PPK CP	KSM Kebidanan

Judul Indikator : Keberhasilan Pengurangan Sudut COBB Pada Terapi Pasien Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS)

Formula : Jumlah keberhasilan perawatan pasien Skoliosis dibagi jumlah seluruh pasien
Skoliosis yang mendapat perawatan pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian

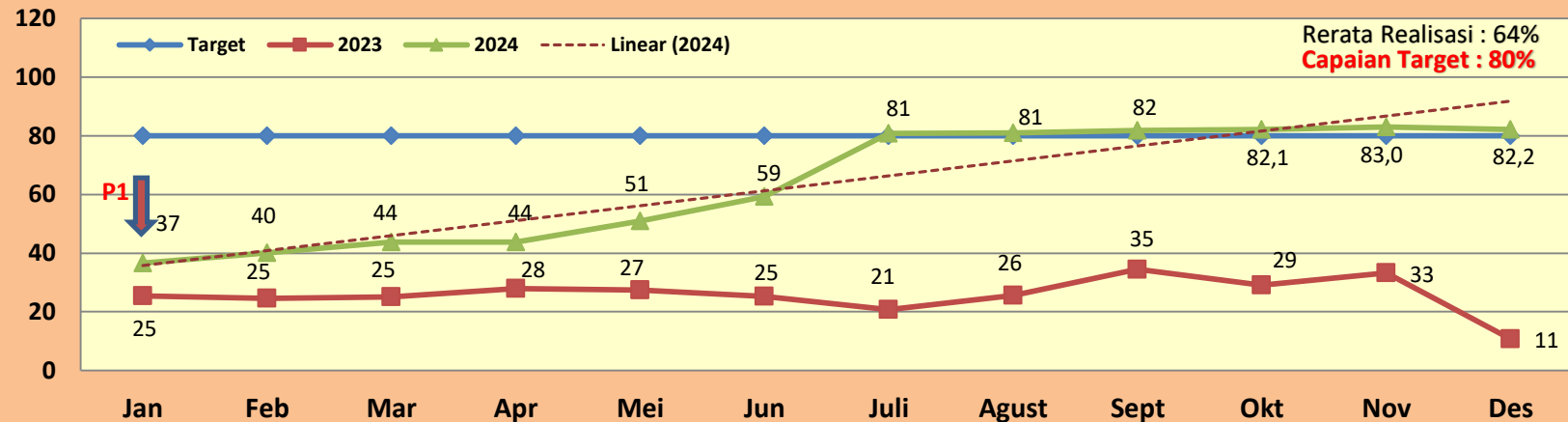


Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	Sudah baik, namun harus tetap ditingkatkan dan dipertahankan sebagai upaya menjaga mutu dan keselamatan pasien	-	-

Judul Indikator : Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
Formula : $\frac{\text{Jumlah Pasien dengan waktu pelayanan yang sesuai standar}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan sesuai periode waktu penilaian}} \times 100\%$

Grafik 6. Trend Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang di RSUP Fatmawati Periode Januari Th 2023-2024



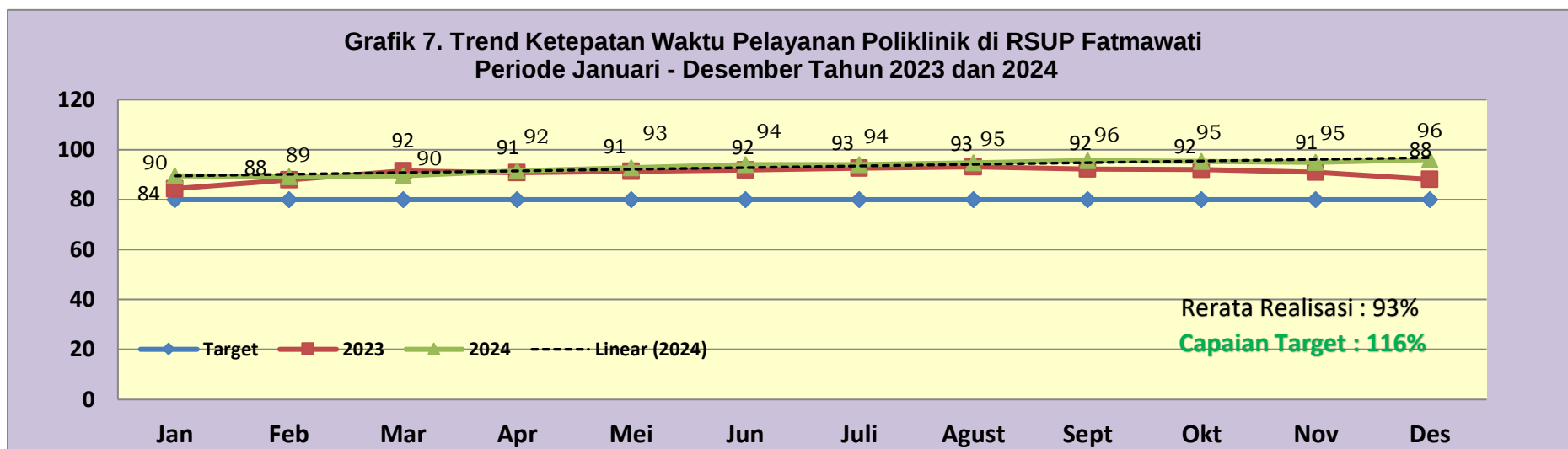
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Kepatuhan untuk pelayanan tepat waktu belum optimal	Merealisasikan pemantauan kedisiplinan kerja setiap Staf menggunakan teknologi informasi	Ka. IRJ Ka. ISIMRS
2		Sistem reservasi pasien belum berjalan dan jadwal penugasan DPJP setiap Poliklinik belum konsisten dan sesuai jam pelayanan yang berlaku	Menyempurnakan aplikasi Reservasi Pasien Rawat Jalan, menegaskan kepatuhan penugasan dan jadwal DPJP	Ka. KSM
3		SIMRS terintegrasi dari pelayanan dokter sampai ke pemberian obat ke pasien oleh petugas farmasi masih dalam pengembangan	Mengembangkan aplikasi SIMRS di pelayanan Farmasi	Ka. ISIMRS

Judul Indikator : Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

Formula : $\frac{\text{Jumlah Pelayanan yang tepat}}{\text{Jumlah seluruh tenaga medis yang memberi pelayanan pada periode penilaian}} \times 100\%$

Hasil Capaian



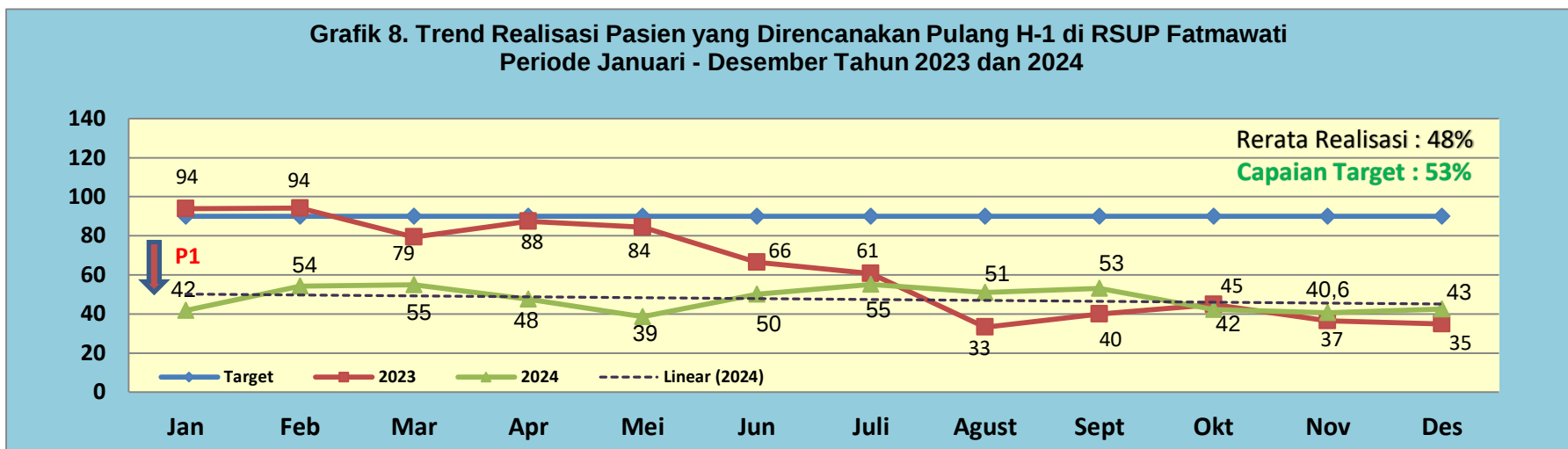
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 3	Sudah baik, namun harus tetap ditingkatkan dan dipertahankan sebagai upaya menjaga mutu dan keselamatan pasien	Melakukan penyempurnaan kepatuhan praktek dokter sesuai jadwal dengan sistem berbasis IT	Ka. IRJ, Ka. ISIMRS

Judul Indikator : Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1

Formula : $\frac{\text{Jumlah Realisasi Pasien Rencana Pulang H-1}}{\text{Jumlah Pasien Rencana Pulang H-1}} \times 100\%$

Hasil Capaian



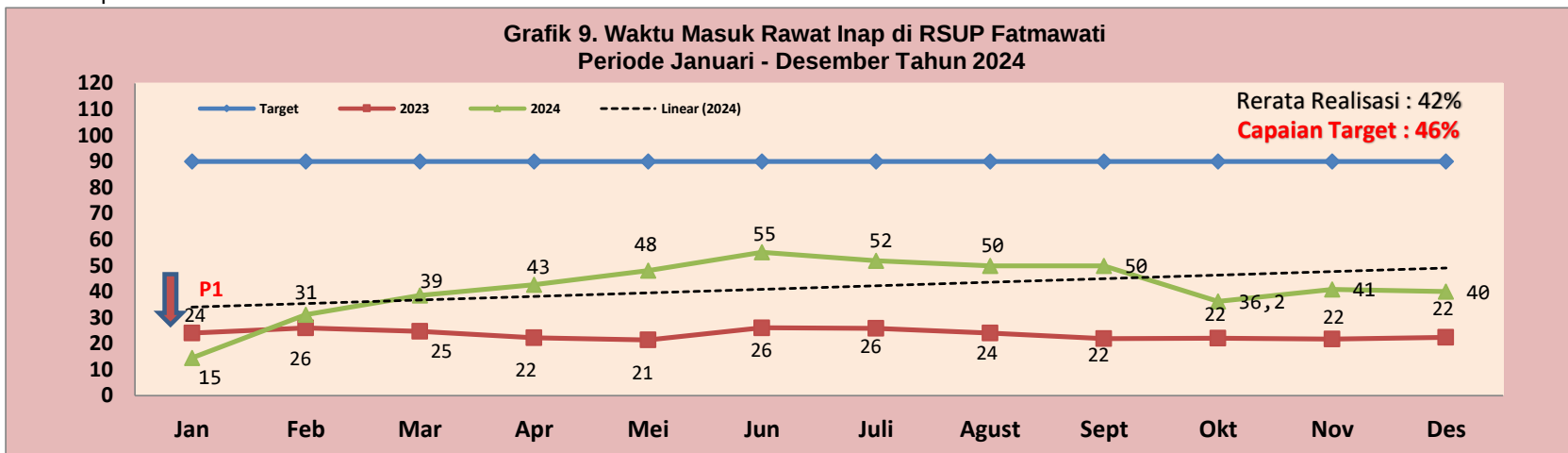
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Kepatuhan untuk merencanakan pasien pulang H - 1 belum optimal	Meningkatkan monev kepatuhan terhadap disiplin kerja dari PPA	Ka. IRNA
2		Edukasi kepada pasien dan keluarga untuk keluar ruang tepat waktu masih belum optimal	Melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga secara berkala	Ka. IRNA

Judul Indikator : Waktu Masuk Rawat Inap

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien yang masuk rawat Inap sesuai waktu}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang masuk rawat inap pada periode penilaian}} \times 100\%$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Belum ada sistem pelayanan Admision terintegrasi	Membangun sistem pelayanan admission yang terintegrasi dan safety, termasuk didalamnya kajian kebutuhan sumber daya, baik SDM nya dan sarana prasarannya	TK Pelayanan Medis
2		Petugas Transporter terbatas, sehingga pengantaran pasien dilakukan dengan mengumpulkan beberapa pasien sekalian sehingga waktu antara sudah terdaftar sampai ke ruang rawat menjadi lebih lama	Melakukan koordinasi dengan TK OSDM untuk penambahan SDM transporter di IRJ selama pelayanan admission belum terealisasi	TK OSDM
3		Aplikasi Tempat Tidur Online (TTO) masih banyak kendala sehingga Petugas harus melakukan konfirmasi terus menerus untuk kepastian tempat tidur pasien yang akan diantar	Menyempurnakan sistem TTO sehingga tidak perlu lagi melakukan proses konfirmasi yang memerlukan waktu lama	Ka. ISIMRS

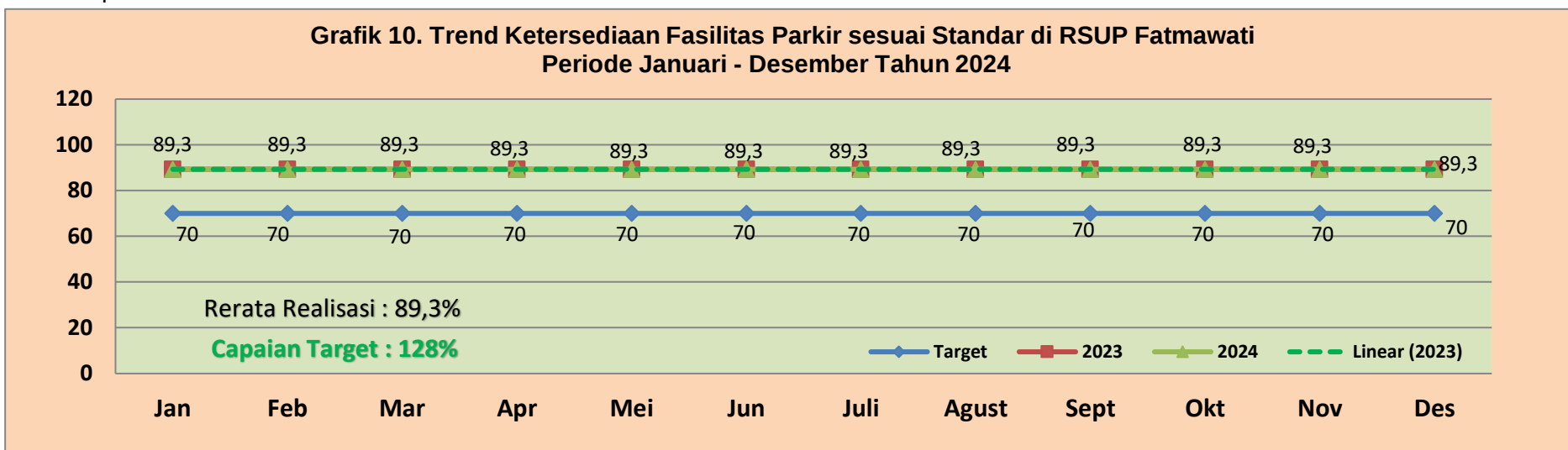


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar

Formula : $\frac{\text{Jumlah Satuan Ruang Parkir yang tersedia sesuai standar}}{\text{Jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar}} \times 100\%$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	-	Sudah baik, namun harus tetap ditingkatkan dan dipertahankan sebagai upaya menjaga mutu, khususnya meningkatkan kepuasan pelanggan RS	Berkoordinasi dengan vendor terkait pemenuhan sarpras yang bermutu	MTK Umum dan RT

Judul Indikator : Keluhan Obat Kosong

Formula : Jumlah obat kosong dibagi Jumlah obat Formularium dan Formularium RS pada waktu penilaian dikali 100%

Hasil Capaian



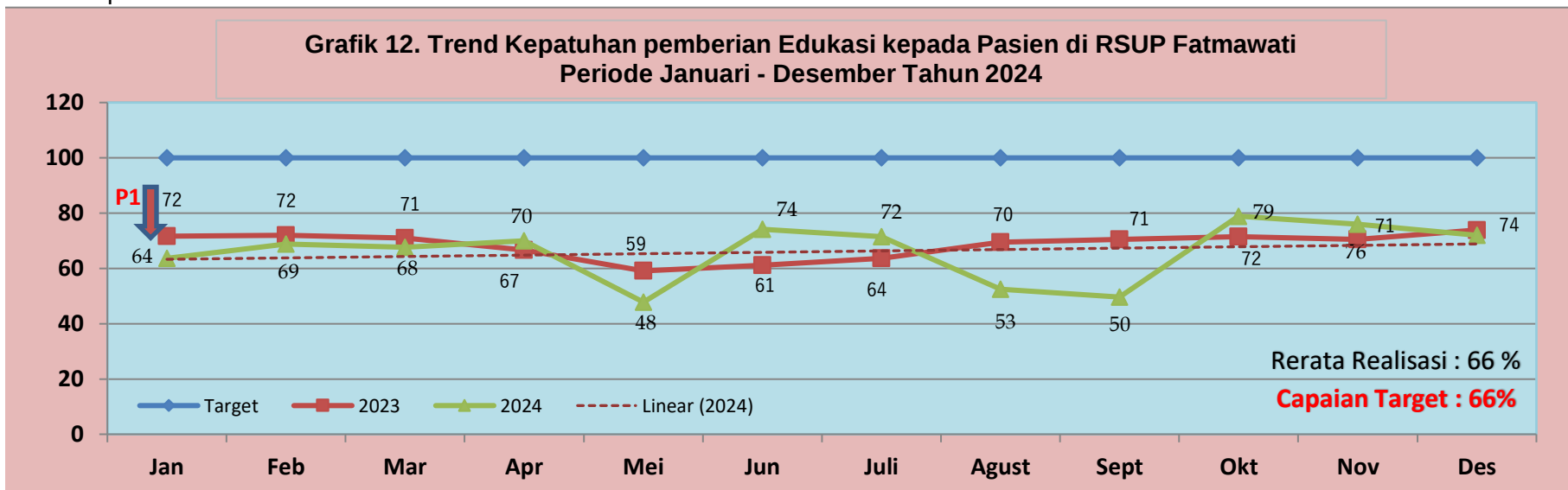
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 4	Perencanaan dan Pengadaan obat yang diperlukan belum terlaksana sesuai kebutuhan	Melakukan perbaikan manajemen logistik perbekalan farmasi	Ka. Ins. Farmasi
2		Sistem informasi logistik masih belum sempurna sehingga terkendala dalam melakukan pemantauan ketersediaan obat yang diperlukan	Penyempurnaan sistem informasi berbasis IT untuk manajemen logistik Farmasi	Ka. ISIMRS
3		Distributor tidak bisa mengirim obat (gentamicin inj, midazolam inj, paracetamol inj)	Melakukan pembelian putus, koordinasi dengan ULP dan Keuangan	Ka. Ins. Farmasi

Judul Indikator : Kepatuhan pemberian edukasi kepada pasien

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

Hasil Capaian



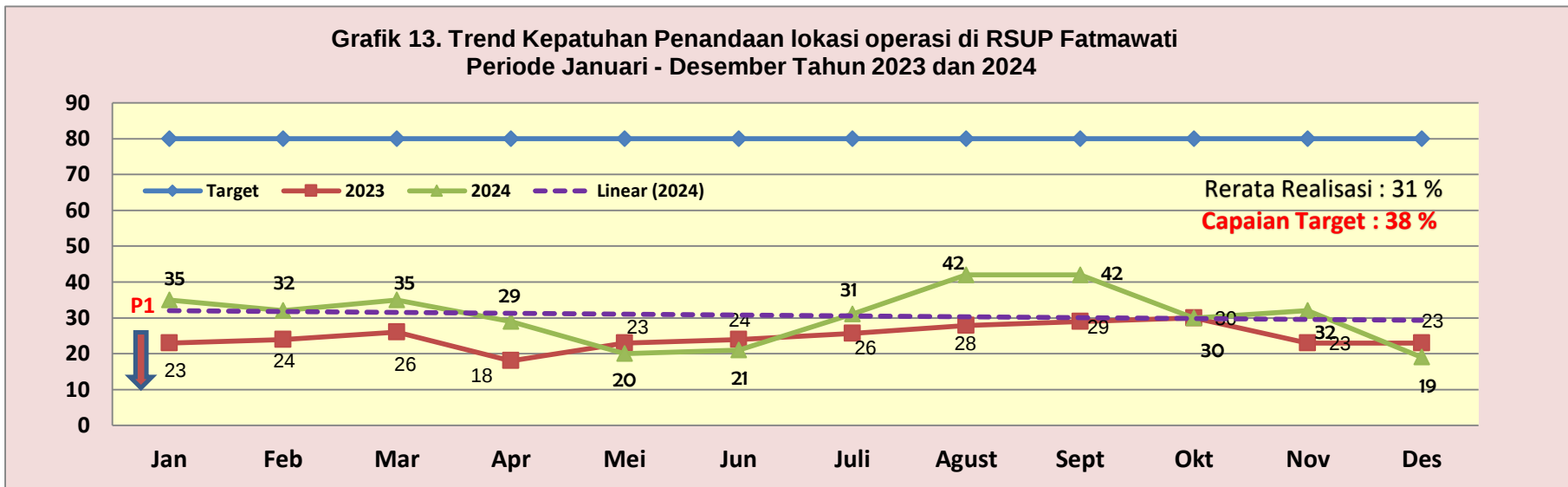
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Belum semua PPA melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga, khususnya Farmasi Klinis dan Petugas Gizi	Meningkatkan pemantauan kepatuhan PPA dalam pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga	Ka. IRNA

Judul Indikator : Kepatuhan Penandaan lokasi operasi

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien yang diberikan penandaan lokasi operasi (Marksite)}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan bedah atau invasif pada periode yang sama}} \times 100\%$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Kepatuhan DPJP melakukan penandaan sisi operasi di ruang rawat inap pada H-1 kurang optimal	Melakukan koordinasi dengan TK OSDM dan penyempurnaan sistem penilaian kualitas kinerja DPJP	Ka. IRNA MTK. OSDM
2		Pasien masuk rawat inap malam hari, sehingga DPJP tidak sempat melakukan visite H-1 operasi	Reviu SPO pasien masuk rawat inap	MTK. Pelayanan Medik



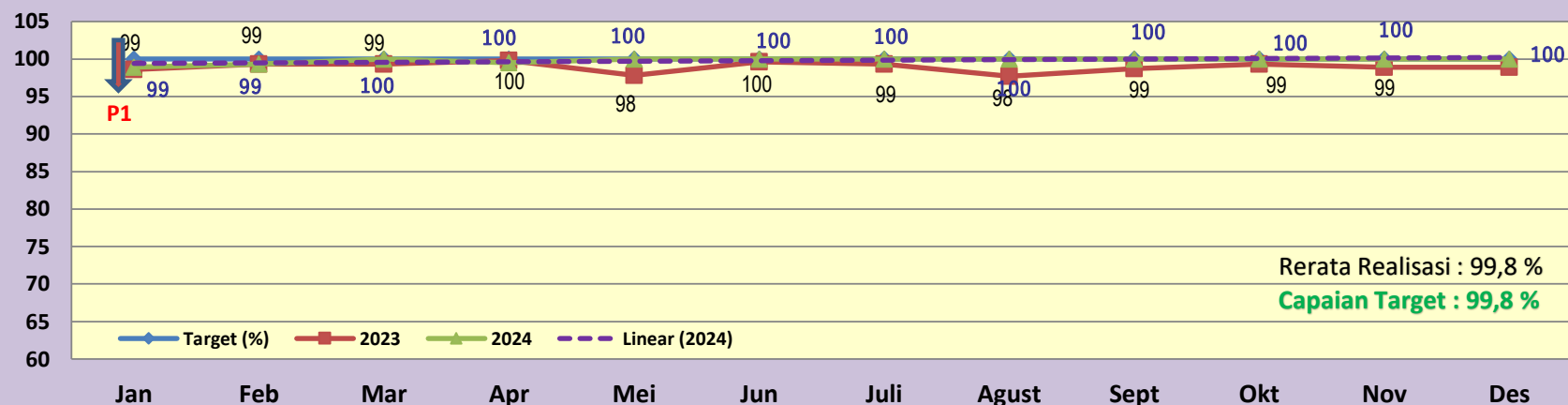
PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Kepatuhan Identifikasi Pasien

Formula : $\frac{\text{Jumlah identifikasi pasien yang dilakukan sesuai SPO}}{\text{Jumlah seluruh peluang untuk melakukan identifikasi pasien}} \times 100\%$

Hasil Capaian

**Grafik 1. Trend Kepatuhan Identifikasi Pasien di RSUP Fatmawati
Periode Januari - Desember Tahun 2023 dan 2024**



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Proses Identifikasi dengan nilai capai 99,6% sebenarnya sudah baik, yang masih terkendala adalah kurangnya label identitas pasien pada tempat makan yang terkadang belum semua tercetak, dan komunikasi antar petugas gizi dan pasien masih belum konsisten dilakukan	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

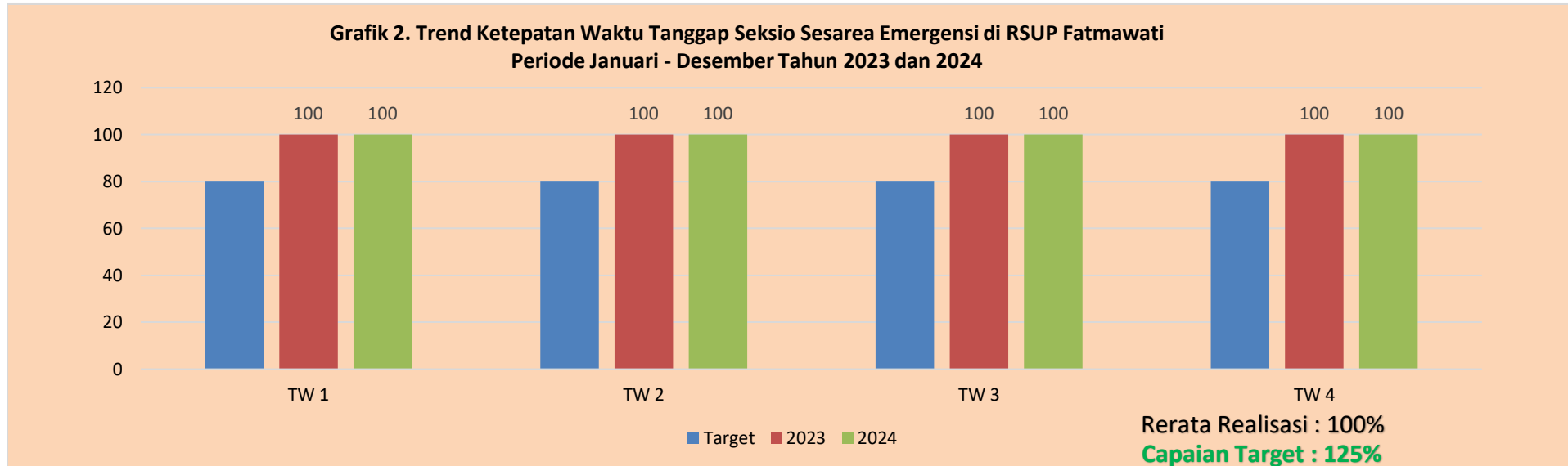
Judul Indikator

: Ketepatan 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



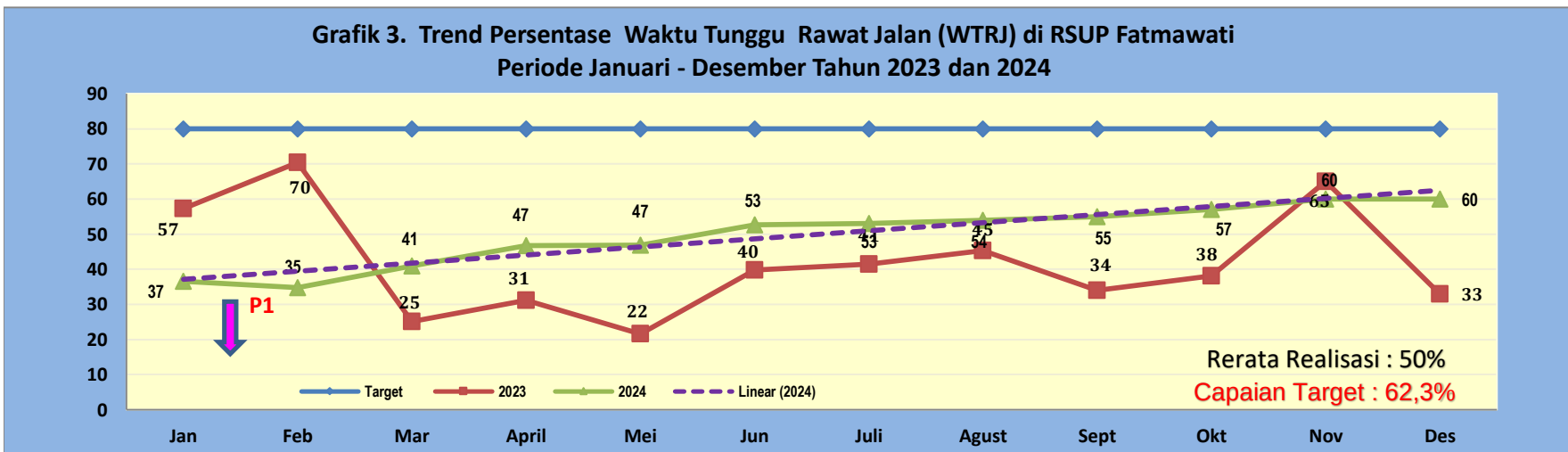
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 3	Ketepatan Waktu Tanggap Seksio Sesarea Emergensi pada semester 1 th 2024 sudah dilakukan sesuai prosedur dengan rerata capaian 100%, pada bulan Februari 2024 terdapat nilai NA dikarenakan tidak ada kasus SC Emergency sesuai kriteria.	-	-

Judul Indikator : Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat jalan yang kurang dari 60 menit}}{\text{jumlah seluruh pasien yang diobesrvasi}} \times 100\%$

Hasil Capaian



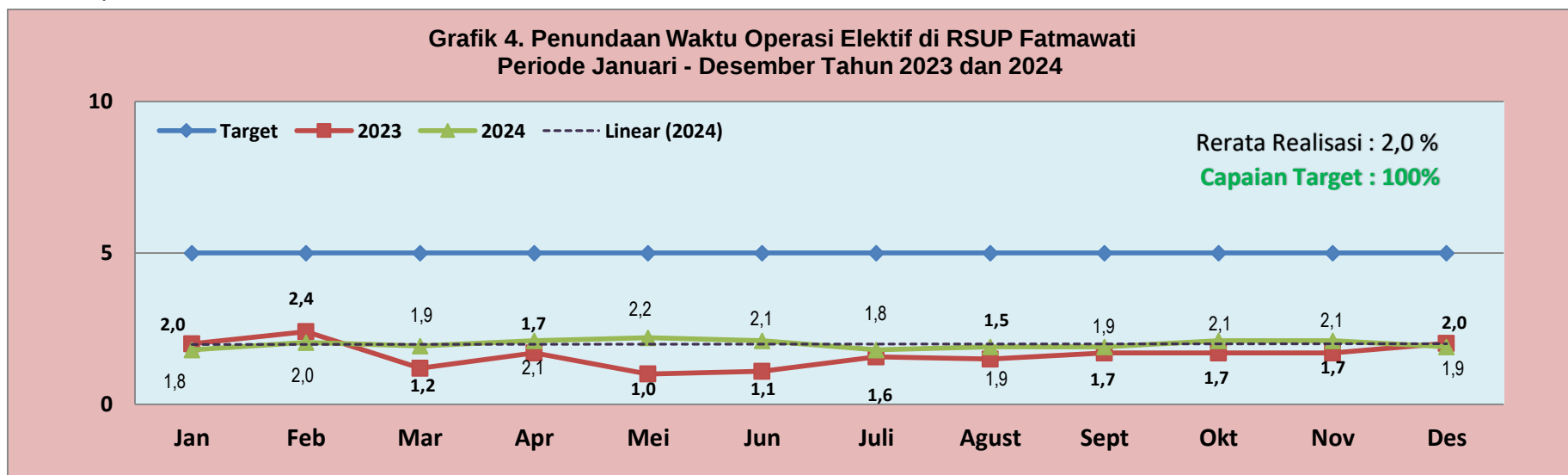
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
P1	P1	Kepatuhan untuk pelayanan tepat waktu belum optimal	Merealisasikan pemantauan kedisiplinan kerja setiap Staf menggunakan teknologi informasi	Ka. IRJ Ka. ISIRS
P2		Sistem reservasi pasien belum optimal dan jadwal penugasan DPJP setiap Poliklinik belum konsisten dan sesuai jam pelayanan yang berlaku	Menyempurnakan aplikasi Reservasi Pasien Rawat Jalan, menegaskan kepatuhan penugasan dan jadwal DPJP	Ka. KSM

Judul Indikator : Penundaan Waktu Operasi Elektif

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	TW 4	Penundaan operasi 2% sudah termasuk baik, namun harus terus ditingkatkan upaya penurunnya khususnya dalam ketepatan melakukan skrining pre operasi sehingga penjadwalan operasi bisa lebih efektif	Meningkatkan pemantauan skrining pre operasi dan ketepatan penjadwalan operasi	Ka. IBS



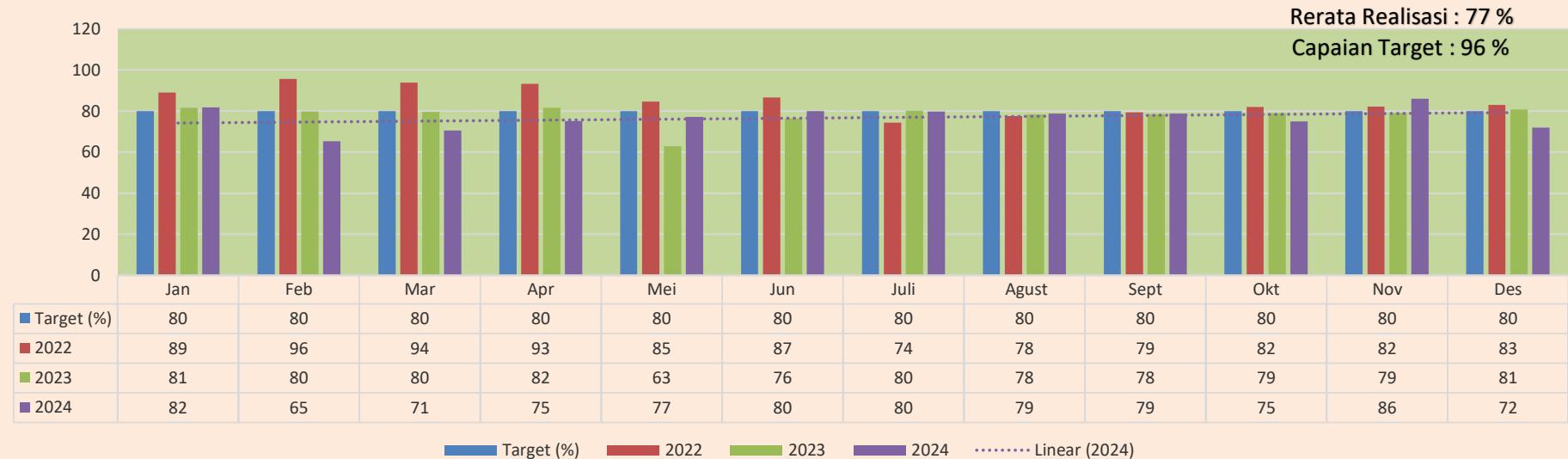
PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

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

Hasil Capaian

Grafik 5. Trend Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis di RSUP Fatmawati
Periode Januari - Desember Tahun 2022 sd 2024



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Untuk beberapa KSM visite masih dilakukan oleh Residen tanpa verifikasi DPJP	Menerapkan teknologi informasi dalam proses pencatatan dan pengumpulan data agar lebih akurat dan tidak menambah beban kerja dan juga konflik dari petugas terkait	Ka. ISIMRS
2		Pengaturan atau penugasan DPJP masih belum konsisten sehingga menjadi kendala dalam proses pengumpulan data yang akurat		



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium

Formula : $\frac{\text{Jumlah nilai kritis pemeriksaan laboratorium yang dilaporkan kurang dari 30 menit}}{\text{Jumlah nilai kritis pemeriksaan laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$

Hasil Capaian

**Grafik 6. Trend Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium di RSUP Fatmawati
Periode Januari - Desember Tahun 2023 dan 2024**



Analisa Target Tidak Tercapai :

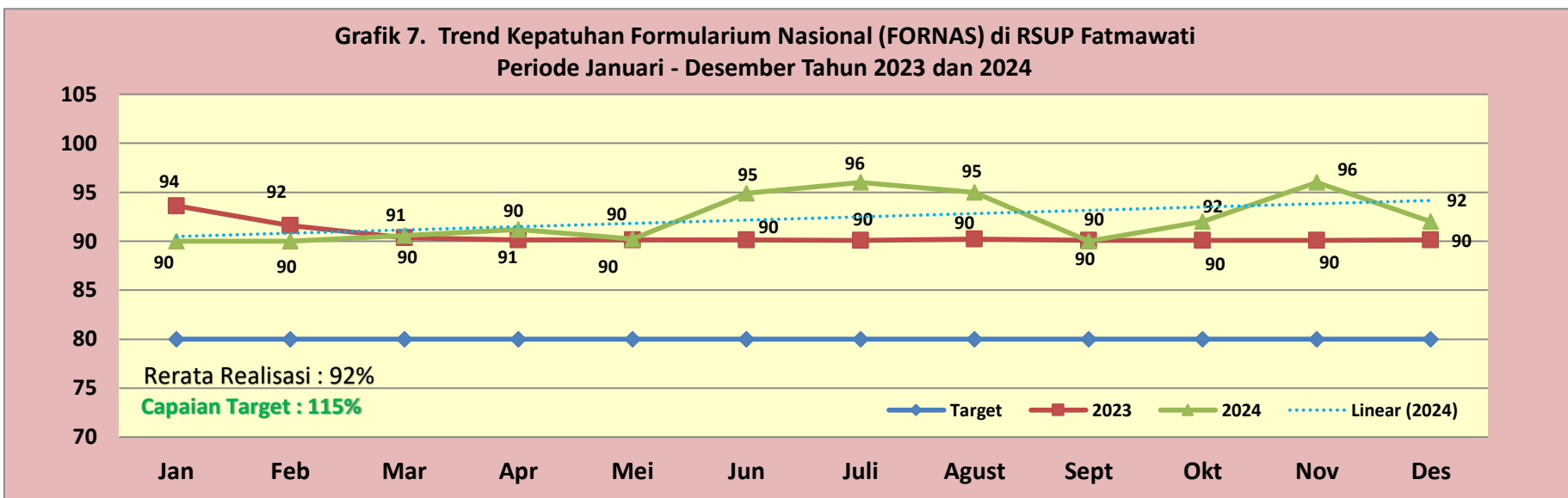
No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1		Capaian nilai untuk pelaporan nilai kritis hasil laboratorium sudah baik, tetap dipertahankan	Perlu ditingkatkan dengan melakukan pencatatan secara sistem IT agar lebih akurat dan tepat waktu	Ka. ISIRS

PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)

Formula : $\text{Jumlah resep (R)} / \text{Jumlah total resep (R)} \times 100\%$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	Penggunaan obat fornasi sudah mencapai target, namun demikian tetap harus dipertahankan kepatuhannya.	Reviu berkala penyusunan obat fornasi agar selalu update, untuk obat yang tidak masuk fornasi namun dibutuhkan dalam tatalaksana medis sesuai PPK maka dimasukkan dalam formularium.	Tim Farmasi

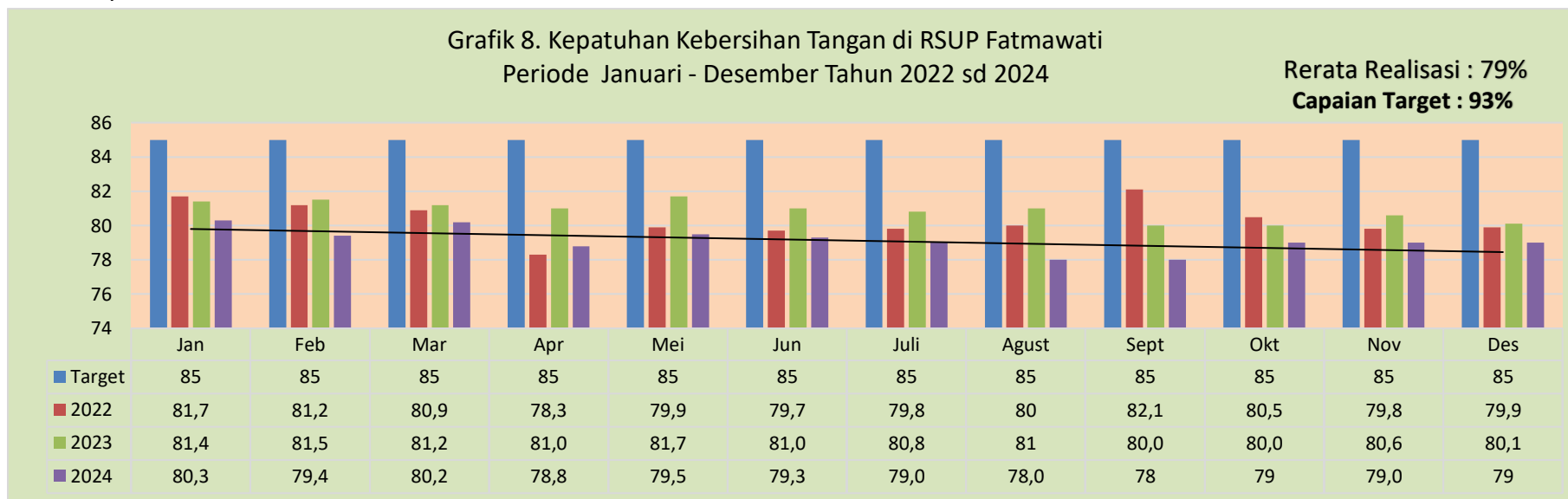


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Kepatuhan Kebersihan Tangan

Formula : $\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$

Hasil Capaian



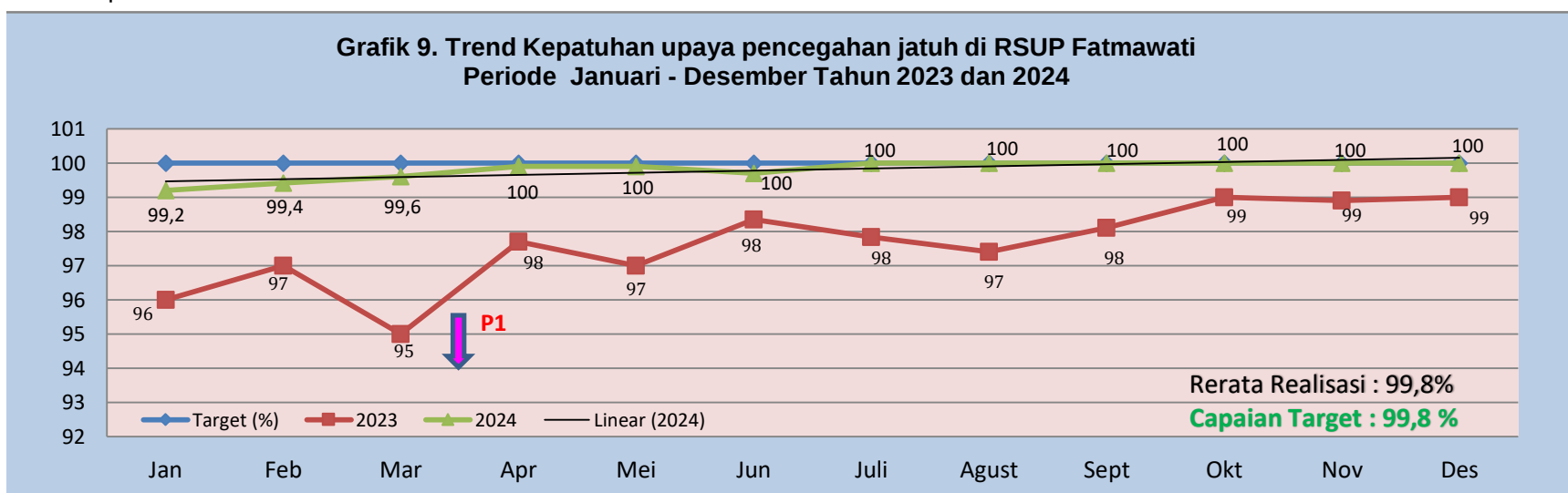
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	P1	Kepatuhan PPA melakukan kebersihan tangan belum konsisten	Melakukan reedukasi dan pemantauan terus menerus	Ka. KPPI

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	P1	Nilai capaian upaya pencegahan pasien jatuh sudah baik, namun tetap harus dipertahankan dan juga ditingkatkan	Proses identifikasi dan mitigasinya serta implementasi mitigasi harus dilakukan secara konsisten dan reedukasi secara berkala	Ka. Satker

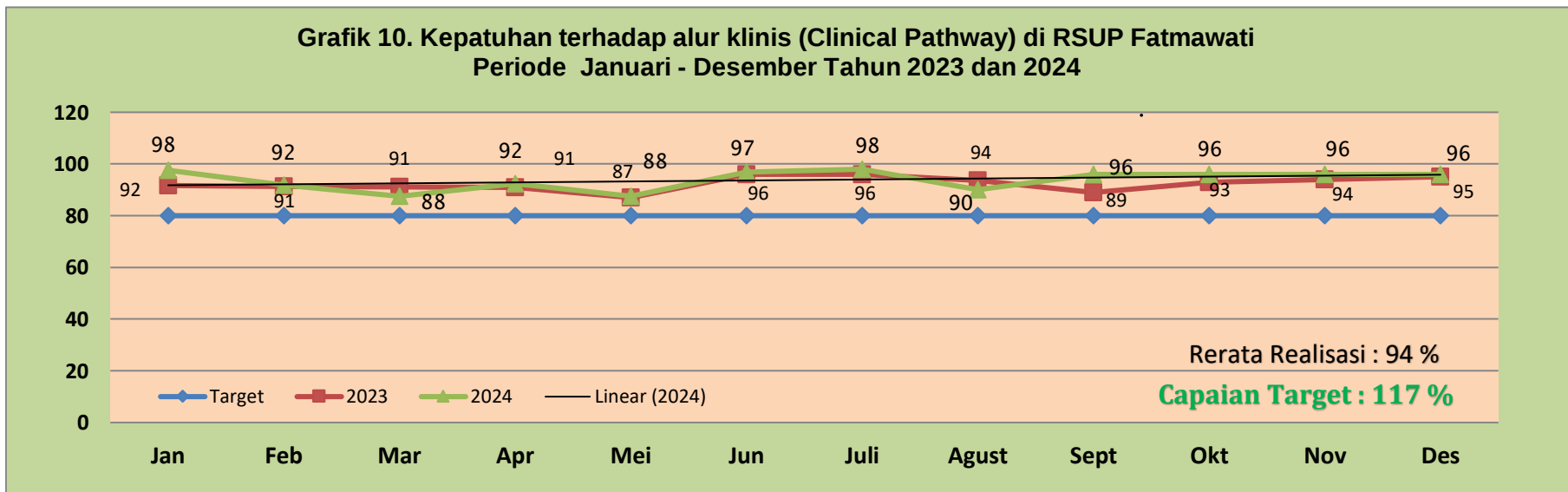


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

Judul Indikator : Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)

Formula : $\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}} \times 100 \%$

Hasil Capaian



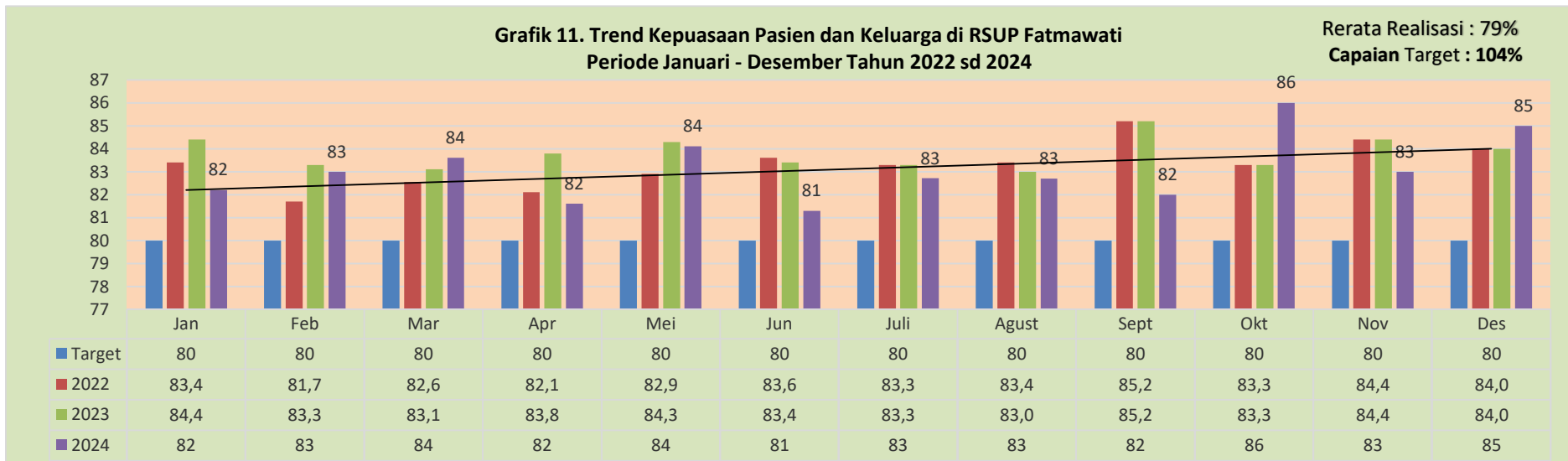
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	-	Nilai capaian sudah baik, untuk tetap dipertahankan dan ditingkatkan	Upaya perbaikan terus dilakukan dengan melakukan update PPK CP oleh semua KSM	Ka. Komite Medik

Judul Indikator : Kepuasan Pasien dan Keluarga

Formula : Jumlah nilai persepsi per unsur pelayanan yang diukur dibagi Seluruh unsur yang dinilai yang terisi dikali 100%

Hasil Capaian



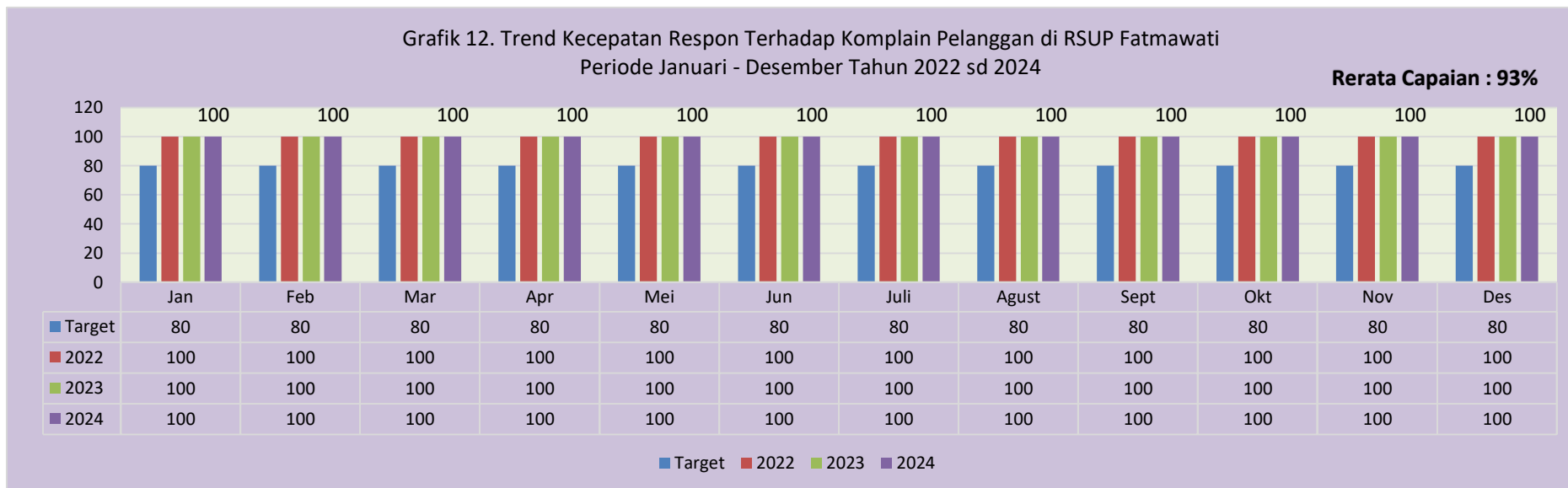
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	-	Nilai kepuasan pelanggan sudah lebih baik, namun masih ada kendala dalam hal ketepatan waktu pelayanan khususnya di pelayanan rawat jalan	Melakukan koordinasi dengan DPJP untuk jadwal penugasan yang konsisten dan tepat waktu	Ka. IRJ

Judul Indikator : Kecepatan Respon Terhadap Komplain Pelayanan

Formula : Jumlah Komplain yang sudah ditindak lanjuti sesuai standar dari seluruh kategori dibagi jumlah komplain dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	-	Nilai capaian kecepatan respon terhadap komplain pelayanan sudah baik, namun harus tetap dipertahankan dan dikembangkan sistem yang lebih baik.	Perbaikan sistem penanganan komplain agar lebih holistik dan terpadu sehingga bisa merespon komplain dengan lebih baik dan cepat. Pelatihan secara berkala untuk meningkatkan kemampuan petugas dalam mengatasi komplain. Meningkatkan sarana dan prasarana dalam pelayanan pengaduan atau komplain (Ruang khusus, Media elektronik) yang dapat di akses oleh pelanggan dengan mudah dan terjamin kerahasiaanya.	MTK HukMas



PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI PERIODE TAHUN 2023 DAN 2024

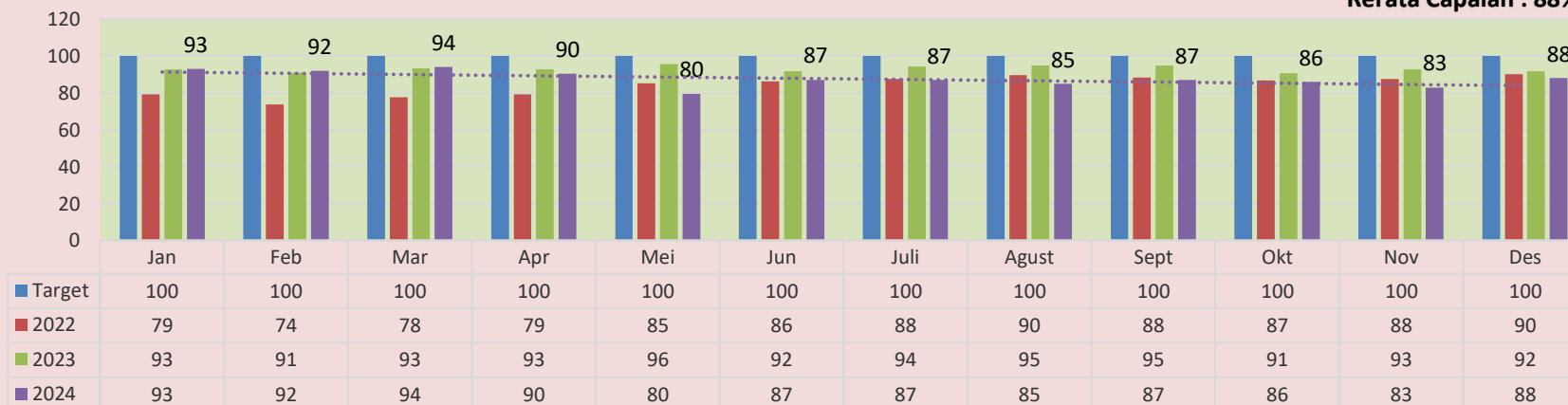
Judul Indikator : Kepatuhan Penggunaan APD

Formula : $\frac{\text{Jumlah penggunaan APD yang patuh}}{\text{Jumlah petugas yang diamati}} \times 100 \%$ dikali

Hasil Capaian

**Grafik 13. Trend Kepatuhan Penggunaan APD di RSUP Fatmawati
Periode Januari - Desember Tahun 2022 sd 2024**

Rerata Capaian : 88%



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Bulan	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
-	-	Nilai capaian kepatuhan terhadap penggunaan APD sudah semakin baik, namun harus tetap dipertahankan dan ditingkatkan kembali	Re edukasi secara terus menerus terkait penggunaan APD yang tepat dan benar sesuai indikasi	Ka. KPPI