

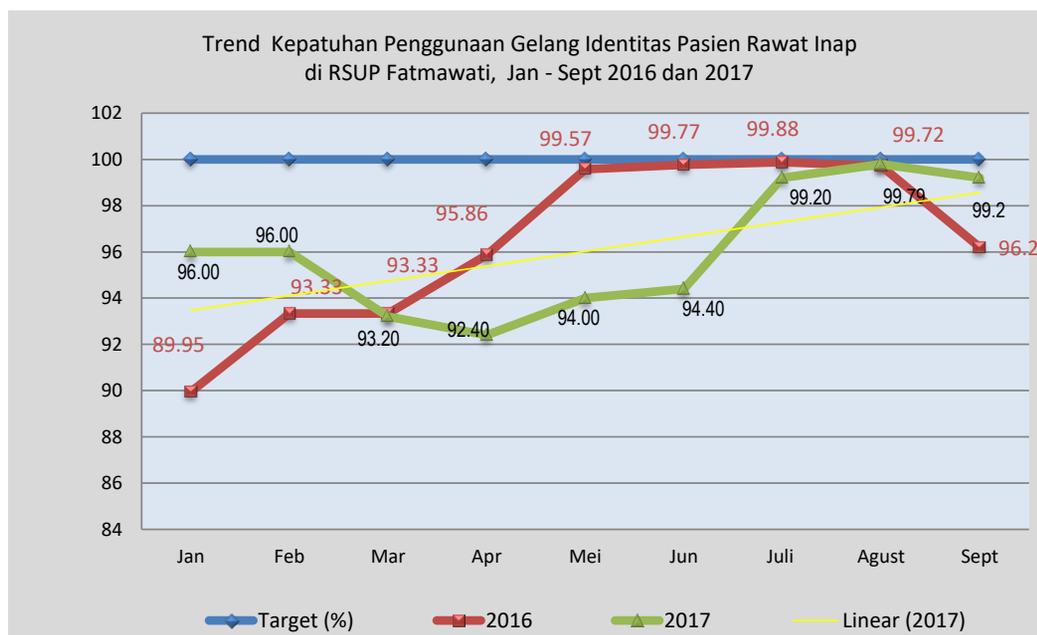


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Kepatuhan Penggunaan Gelang Identitas Pasien Rawat Inap

Formula : Jumlah pasien yang menggunakan gelang dengan identitas yang sesuai ketentuan dibagi jumlah pasien rawat inap pada periode yang sama dikali 100%

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Label identitas dimana kualitas tinta bermasalah sehingga sering terhapus	Mengkaji kembali proses pengadaan tinta yang tidak mudah terhapus untuk printer label gelang ID	Ka. Bagian Umum
2	Kepatuhan SDM dalam melakukan SPO juga belum optimal	Re edukasi dan juga meningkatkan kepatuhan SDM	Para Ka. Satker Pelayanan

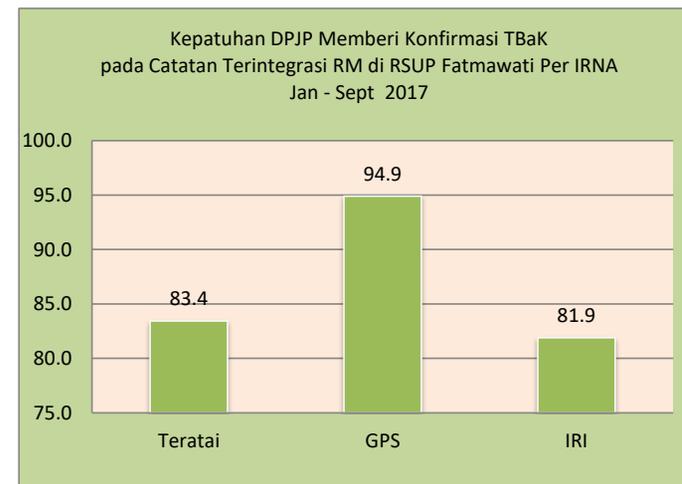
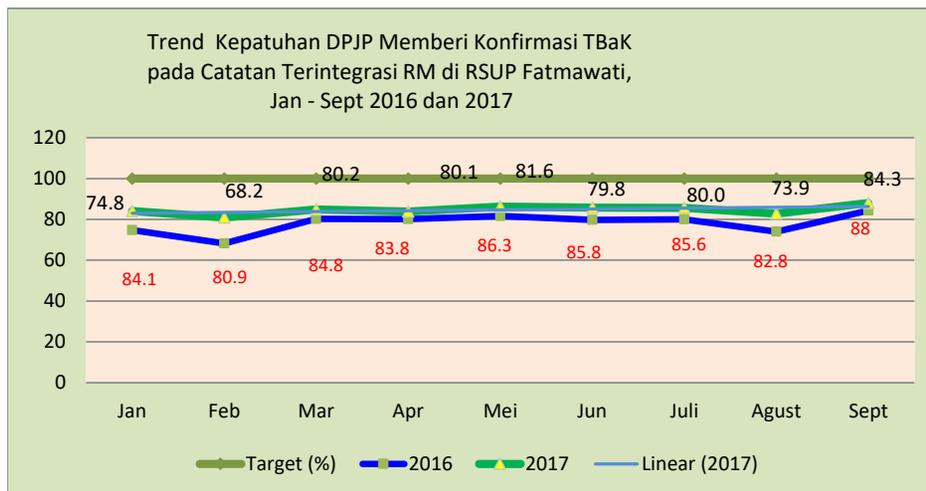


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Kepatuhan DPJP memberikan Konfirmasi TBaK pada Catatan Terintegrasi Rekam Medis

Formula : Jumlah instruksi dokter secara lisan melalui telepon yang diberi stempel TBaK dan sudah diparaf oleh dokter yang memberi instruksi pada Formulir Catatan Terintegrasi Rekam Medis dibagi Jumlah seluruh instruksi dokter secara lisan melalui telepon yang didokumentasikan dalam Formulir Catatan Terintegrasi Rekam Medis pasien dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Budaya keselamatan pasien DPJP belum tercipta	Re edukasi tentang Keselamatan Pasien kepada seluruh pegawai	Ka. KMMR
2	Sistem penugasan DPJP belum seragam antara KSM, menyulitkan perawat dalam melakukan komunikasi efektif	Menetapkan sistem jaga dan penetapan DPJP yang seragam di seluruh KSM	Ka. BYM
3	Sistem evaluasi terhadap kepatuhan Konfirmasi TBaK oleh DPJP belum optimal	Menetapkan sistem jaga dan penetapan DPJP yang seragam di seluruh KSM	Ka. BYM

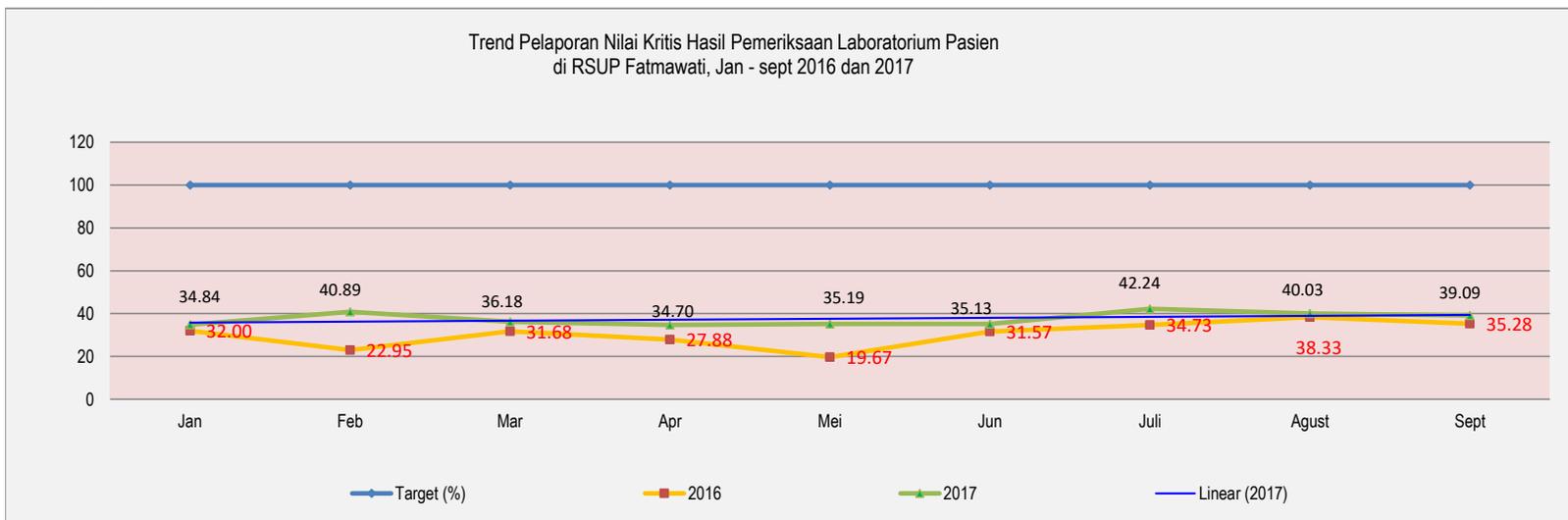


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Pelaporan Nilai Kritis Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien

Formula : Jumlah Hasil Pemeriksaan Laboratorium Nilai Kritis yang dilaporkan dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit dibagi Jumlah seluruh hasil pemeriksaan laboratorium yang masuk kriteria Nilai Kritis dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Kepatuhan DPJP membuat permintaan pemeriksaan dalam formulir permintaan pemeriksaan laboratorium kurang lengkap diisi, tidak mencantumkan nama DPJP dan tidak ada nomor kontak yang bisa dihubungi	Pemberian stempel DPJP yang lengkap dengan no telpon yang bisa dihubungi Perawat atau petugas pendamping melakukan skrining kelengkapan isi formulir yang akan diberikan ke Laboratorium	Ka. Ins. Patologi Ka. IGD, Ka. IRNA
2	Media Sistem Komunikasi efektif untuk pelaporan kritis belum tersedia	Pemenuhan fasilitas atau media komunikasi oleh rumah sakit yang memudahkan terjadinya komunikasi efektif antar Petugas dan DPJP khususnya dalam pelaporan nilai kritis, seperti pengadaan leaflet	Ka. IPKH

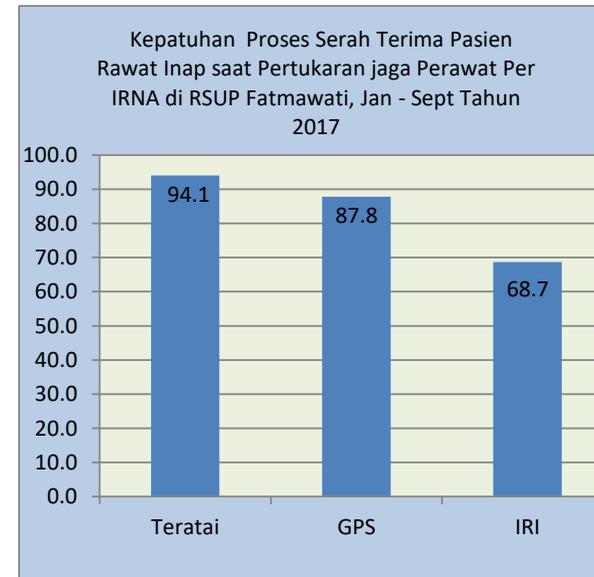
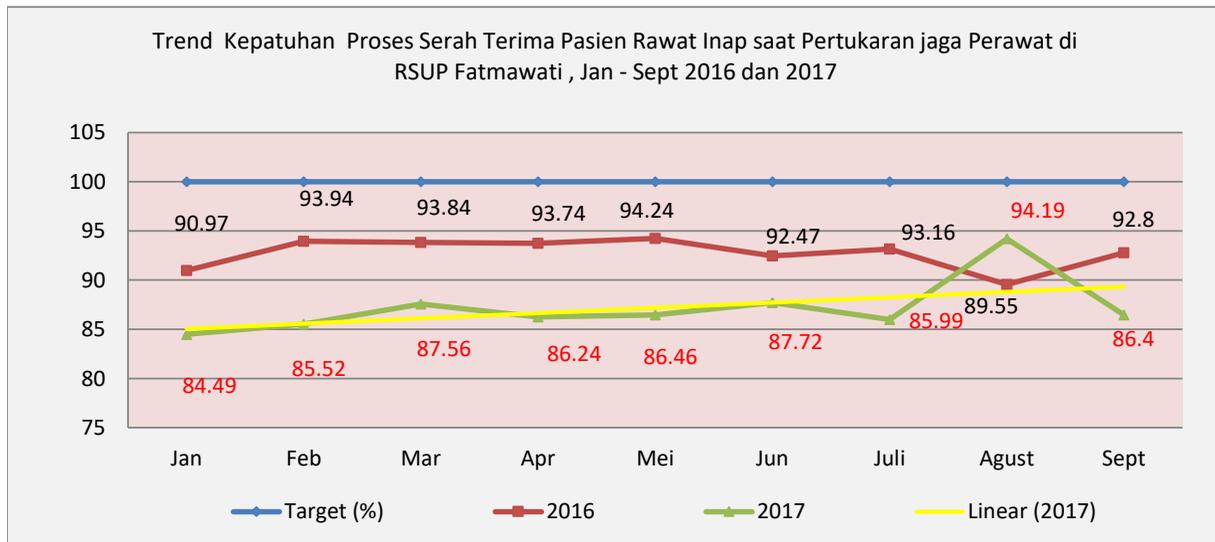


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Kepatuhan Proses Serah Terima Pasien Rawat Inap saat pertukaran jaga Perawat

Formula : $\frac{\text{Jumlah Serah Terima Pasien yang dilakukan Perawat setiap pertukaran shift}}{\text{Jumlah seluruh kesempatan Serah Terima Pasien pada pertukaran jaga Perawat pada periode yang sama}} \times 100 \%$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Keterbatasan jumlah SDM dan banyaknya kegiatan di ruang rawat menyebabkan waktu untuk melakukan proses <i>hand over</i> menjadi terbatas	Melakukan pemetaan kembali terhadap posisi SDM di masing masing satuan kerja khususnya Perawat	Ka. BYK
2	Belum tersedianya media komunikasi yang efektif khususnya untuk proses <i>Hand Over</i> pasien sehingga kesempatan untuk tidak melakukan menjadi lebih besar	Memenuhi fasilitas atau media komunikasi yang efektif juga efisien agar keterbatasan waktu maupun SDM tidak menjadi kendala dalam proses <i>Hand Over</i> pasien dalam bentuk alat perekam portable	Ka. IPKH

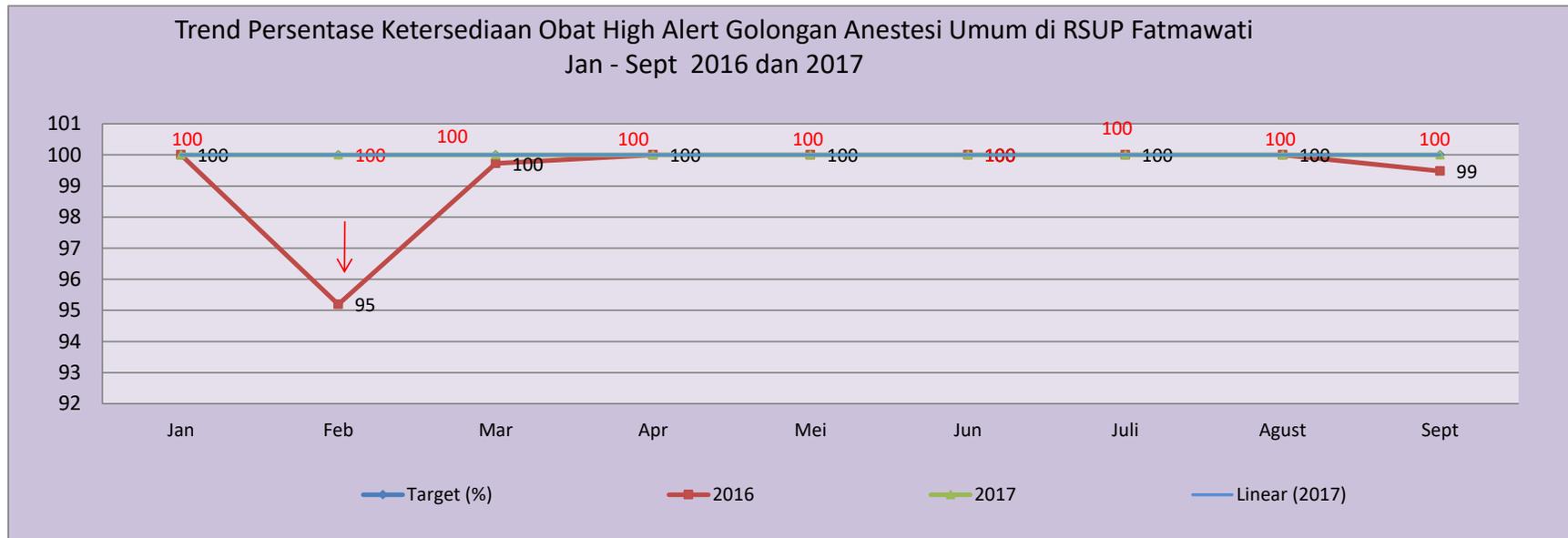


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Persentase Ketersediaan Obat High Alert Golongan Anestesi Umum

Formula : $\frac{\text{Jumlah realisasi ketersediaan Obat Anestesi Umum sesuai perencanaan rutin}}{\text{Jumlah seluruh obat anestesi umum yang direncanakan pada periode yang sama}} \times 100$

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	kurang optimalnya perencanaan yang dibuat oleh user, atau keterbatasan pengadaan karena distributor yang tidak dapat memenuhi tepat waktu akibat kosong obat atau proses <i>lock</i>	menyusun rencana kebutuhan obat anestesi dengan baik dan PPK, ULP serta Pejabat Pengadaan Medik selaku unit yang berwenang melakukan proses pengadaan membuat system pengadaan dengan baik	Ka. Ins. Farmasi

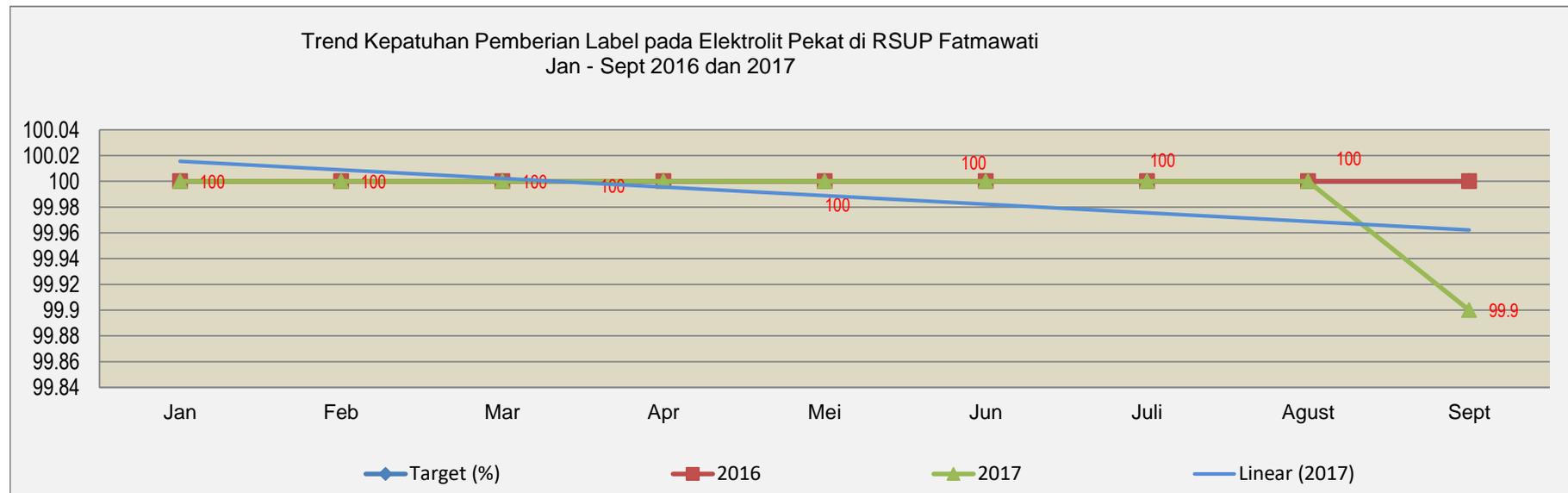


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Kepatuhan Pemberian Label pada Elektrolit Pekat

Formula Jumlah Elektrolit pekat atau konsetrat yang terpasang label sesuai standar dibagi Jumlah seluruh elektrolit pekat (konsetrat) yang ada di ruang rawat pada periode yang sama

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	kepatuhan petugas dalam memberi label high alert yang akan dipakai pasien	Reedukasi pada petugas farmasi agar menempel label high alert pada seluruh elektrolit pekat yang akan digunakan pasien	Ka. Ins. Farmasi
2	ketersediaan label high alert untuk elektrolit pekat tidak selalu siap	Membuat perencanaan kebutuhan maupun pengadaan label high alert dengan baik.	Ka. Bag. Umum

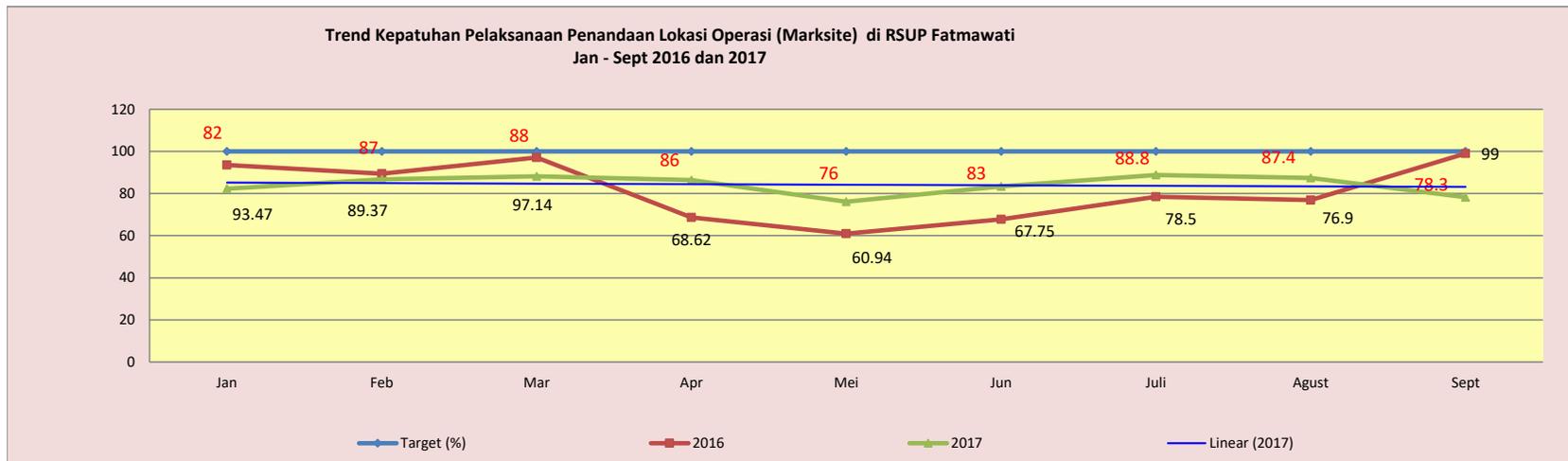


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Kepatuhan Pelaksanaan Penandaan Lokasi Operasi (Marsite)

Formula : Jumlah pasien yang dilakukan tindakan bedah atau invasif yang diberikan penandaan oleh operator (mark site) sebelum fase induksi pembiusan dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan tindakan bedah atau invasif pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



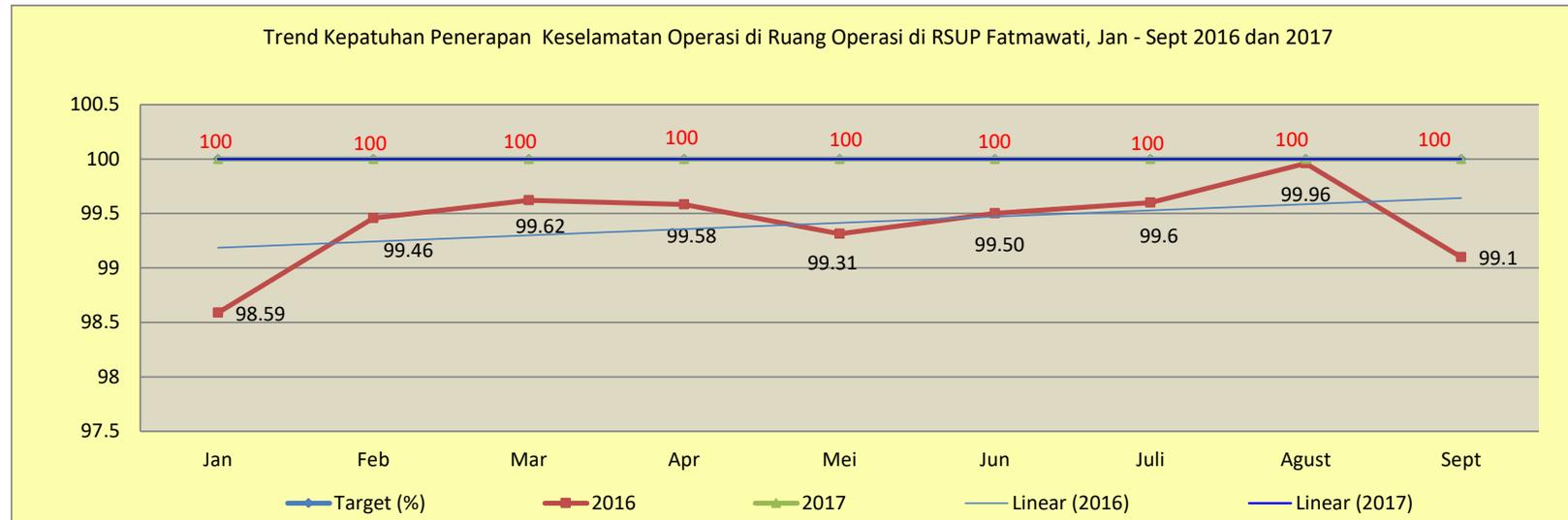
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Kepatuhan DPJP Operator belum optimal	Meningkatkan kerjasama antara Perawat pemberi Asuhan dengan DPJP Operator	Ka. IBS
2	Petugas penerima pasien di IBS tidak teliti memeriksa ulang <i>mark site</i> saat melakukan verifikasi pre operasi	Meningkatkan pemantauan oleh masing masing Kepala Satuan Kerja	Ka. IBS
3	Pemantauan terhadap persiapan pasien yang akan dilakukan operasi masih belum optimal	Mengoptimalkan tindak lanjut hasil evaluasi terhadap kepatuhan DPJP melakukan penandaan lokasi operasi sesuai prosedur	Ka. BYM



**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017**

Judul Indikator :Kepatuhan Penerapan Keselamatan Operasi di Ruang Operasi IBS
 Formula : Jumlah pasien pembedahan di di ruang operasi yg telah diisi lengkap cecklist keselamatan pasiennya sesuai tahapan Sign In, Time Out dan Sign Out dibagi Jumlah seluruh pasien yang dilakukan pembedahan di ruang operasi pada periode yang sama dikali 100 %
 Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Risiko ketidak patuhan Tim Bedah dalam melakukan kegiatan yang sesuai SPO Penerapan Keselamatan Operasi	Reedukasi tentang pentingnya melakukan penerapan keselamatan operasi	Ka. IBS
2	Menurunnya pemantauan di lapangan oleh Kepala Satuan Kerja	Tetap melakukan pemantauan dengan cara observasi secara langsung dilapangan	Para Ka. Satker

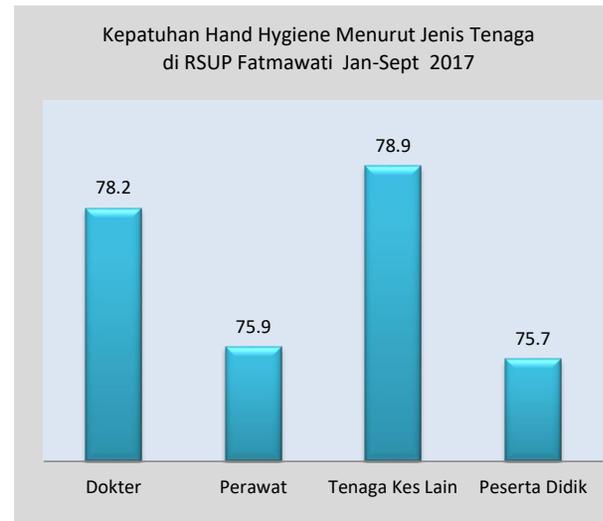
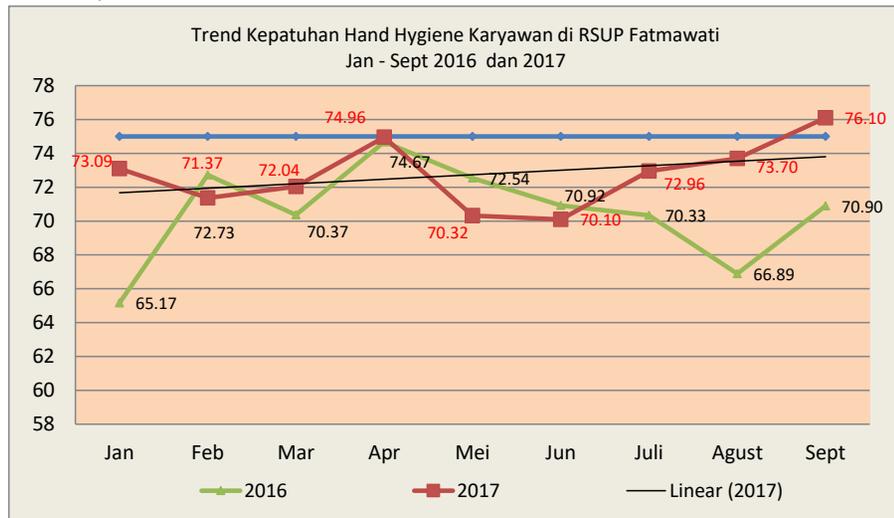


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator :Kepatuhan Hand Hygiene Karyawan

Formula : Jumlah kepatuhan petugas dalam melakukan hand hygiene sesuai dengan 5 Momen dibagi Jumlah kesempatan petugas melakukan hand hygiene sesuai 5 momen dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Kepatuhan Petugas belum optimal meskipun telah menjadi indikator kinerja individu / IKI	Reedukasi tentang Pengendalian Infeksi untuk seluruh Petugas oleh KPPI	Ka. KPPI
		Agar pasien diberi kesempatan untuk mengingatkan dokter / petugas atau "speak up" setiap kali sebelum melayani pasien	Ka. KPPI
2	ketersediaan <i>hand rub</i> belum optimal karena proses produksi yang belum mencukupi kebutuhan	Melakukan reuiu sistem pengadaan dan distribusi handrub	Ka. Ins. Farmasi
3	Tidak dilakukan penilaian HH peserta didik oleh institusi pendidikan	Disusunnya penilaian mahasiswa tentang HH oleh institusi pendidikan	Ka. KPPI

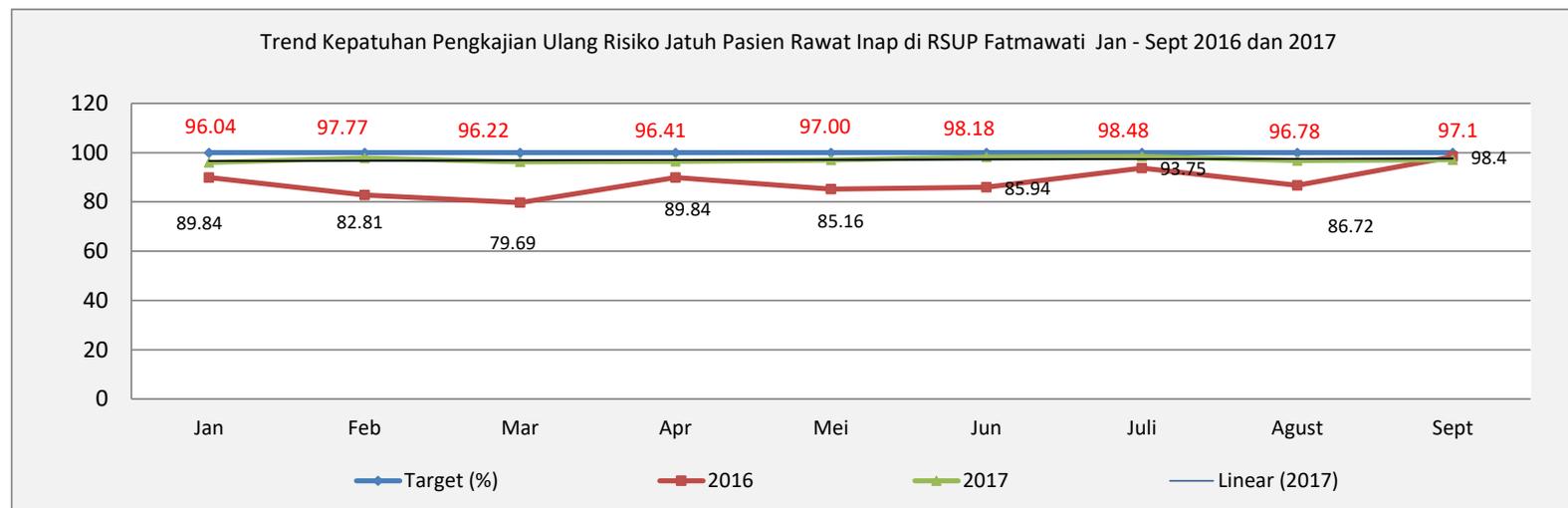


**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017**

Judul Indikator :Kepatuhan pengkajian ulang risiko jatuh pasien rawat inap

Formula Jumlah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap pasien dengan risiko jatuh rendah dan tinggi sesuai standar prosedur yang berlaku dibagi Jumlah seluruh pasien dengan risiko jatuh rendah dan tinggi yang harus dilakukan kajian ulang pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Kepatuhan petugas belum optimal karena terbatasnya jumlah SDM	Melakukan pemetaan kembali tentang kebutuhan tenaga oleh Bag SDM dan juga Bidang Keperawatan	Ka. Bag. SDM
2	Sistem supervisi dan pemantauan belum berjalan optimal di setiap ruang rawat Inap	Melakukan reviu sistem Supervisi dan pemantauan terhadap kinerja Perawat khususnya dalam melakukan pengkajian ulang asuhan keperawatan oleh BYK dan Komite Keperawatan	Ka. BYK

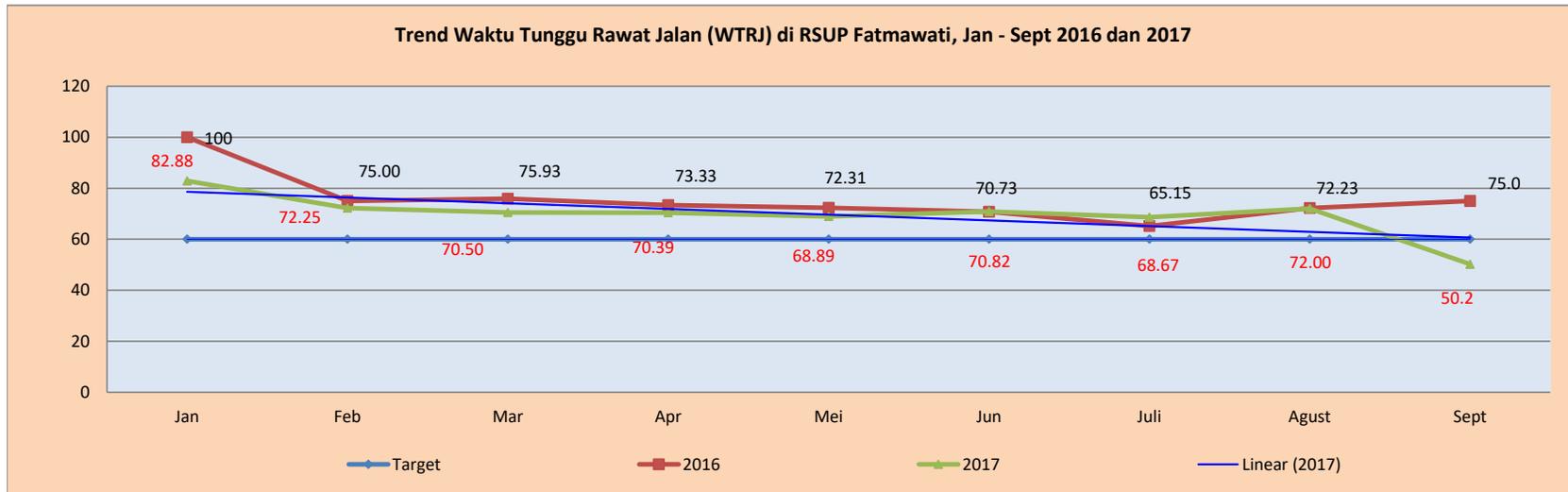


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Formula : Jumlah waktu mulai pasien yang sudah terdaftar tiba dan menyerahkan bukti pendaftaran di meja petugas poliklinik sampai dengan masuk keruang periksa untuk diperiksa oleh dokter dibagi Jumlah seluruh sampel pasien rawat jalan yang di observasi waktu tunggunya dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Sistem penjadwalan pemeriksaan pasien belum bisa diterapkan	Menerapkan sistem penjadwalan pemeriksaan pasien di semua poliklinik	Ka. IRJ
2	Sistem distribusi Rekam Medis yang belum optimal	Menerapkan <i>Elektronik Medical Record (e-MR)</i> di seluruh area rawat jalan	Ka. ISIRS
3	Kepatuhan dokter terhadap waktu mulai pelayanan di rawat jalan belum optimal	Meningkatkan pemantauan kepatuhan waktu pelayanan di rawat jalan	Ka. BYM

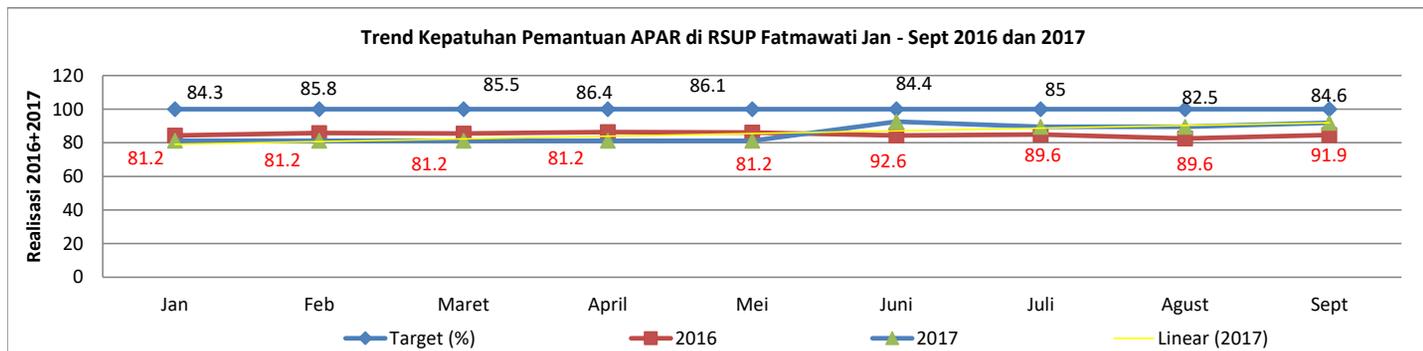


**PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017**

Judul Indikator : Kepatuhan pemantauan APAR

Formula : Jumlah APAR yang dilakukan pemantauan secara berkala dan didokumentasikan dalam kartu pemantauan dibagi Jumlah seluruh APAR yang harus dilakukan pemantauan pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Budaya keselamatan dari sebagian Petugas belum optimal	Menciptakan budaya keselamatan dari staf dengan melakukan re-dukasi tentang APAR	Ka. Satker
2	Sistem Pelaporan hasil pemantauan APAR belum sempurna	Melakukan reviu sistem pelaporan pemantauan pemeliharaan APAR	Ka. Komite K3

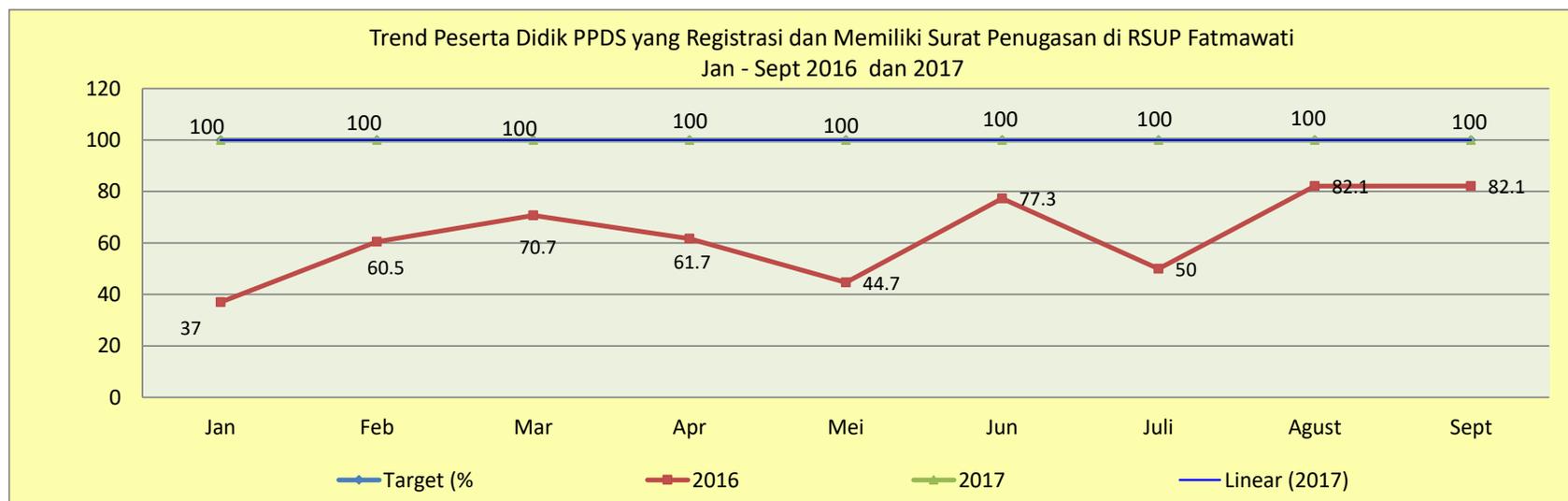


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Persentase Peserta Didik PPDS yang Registrasi dan Memiliki Surat Penugasan

Formula : Jumlah PPDS yang melaksanakan registrasi dan memiliki surat penugasan dibagi Jumlah seluruh PPDS yang melaksanakan praktik di RSUP Fatmawati pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Sistem pemantauan terhadap kegiatan Peserta Didik PPDS belum ada	Merancang sistem pemantauan terhadap aktivitas kegiatan Peserta Didik PPDS	Ka. Bag. Diklit
2	Kerjasama lintas fungsi dan sektoral belum berjalan dengan baik	Melakukan reviu kerjasama dengan Institusi Pendidikan terkait ketertiban penugasan Peserta Didik PPDS	Ka. Bag. Diklit
3	Supervisi Dosen Pembimbing lapangan belum optimal	Merancang sistem pemantauan kinerja DPJP sebagai Pembimbing Lapangan	Ka. Bag. Diklit

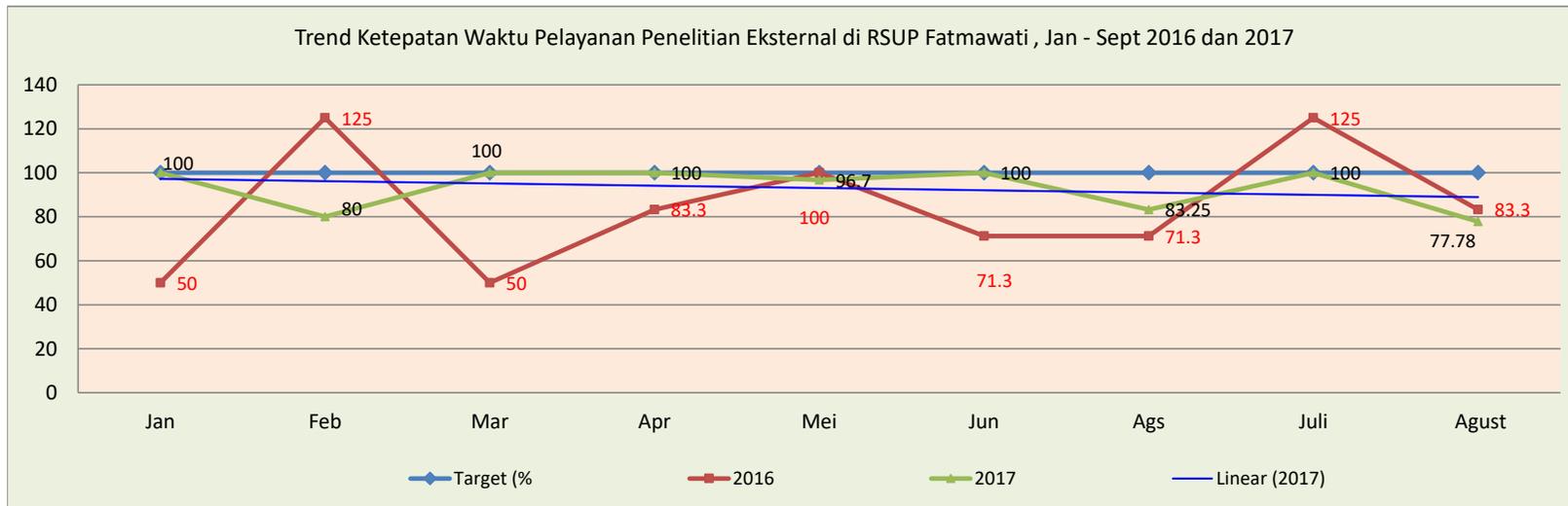


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan Penelitian Eksternal

Formula : $\frac{\text{Jumlah permohonan penelitian eksternal yang dilayani tepat waktu}}{\text{Jumlah seluruh permohonan penelitian yang diajukan pada periode yang sama}} \times 100 \%$

Hasil Capaian



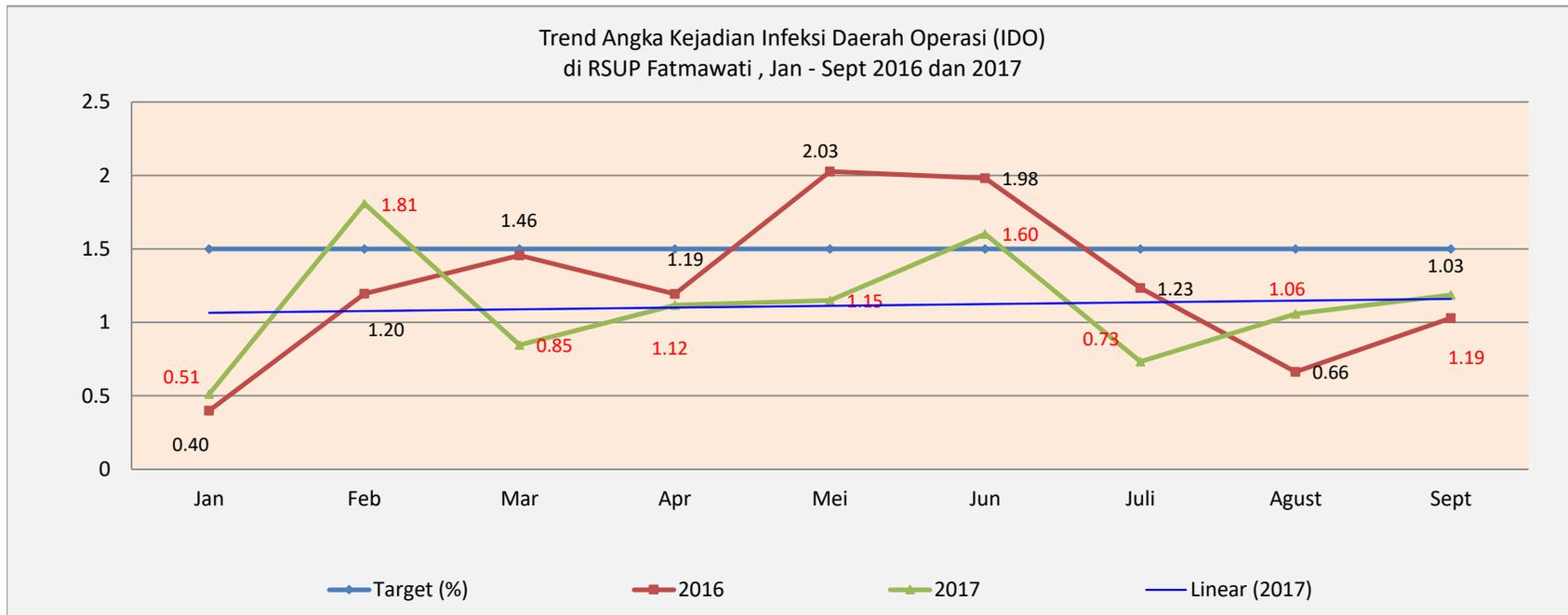
Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Sistem informasi dan koordinasi yang belum optimal	Reviu sistem informasi terkait proses jadwal penelitian	Ka. Bag Diklit
2	Keterbatasan waktu personil satuan kerja yang terkait dengan tempat penelitian	Meningkatkan koordinasi dengan Satker terkait	Ka. Bag Diklit

Judul Indikator : Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Formula : Jumlah kasus infeksi daerah operasi dibagi Jumlah seluruh tindakan operasi pada periode yang sama dikali 100 %

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai :

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Budaya keselamatan dari sebagian staf khususnya Pemberi Asuhan masih belum menjadi ruh dalam member layanannya	Menciptakan budaya keselamatan dengan melakukan reedukasi kepada setiap Pemberi Asuhan	Para Ka. Satker
2	Sterilitas lingkungan dan alat kesehatan yang dipakai belum dapat menjamin secara penuh	Meningkatkan pemantauan terhadap standar sterilisasi lingkungan dan alat kesehatan di ruang operasi dan ruang rawat yang terkait	Ka. KPPI

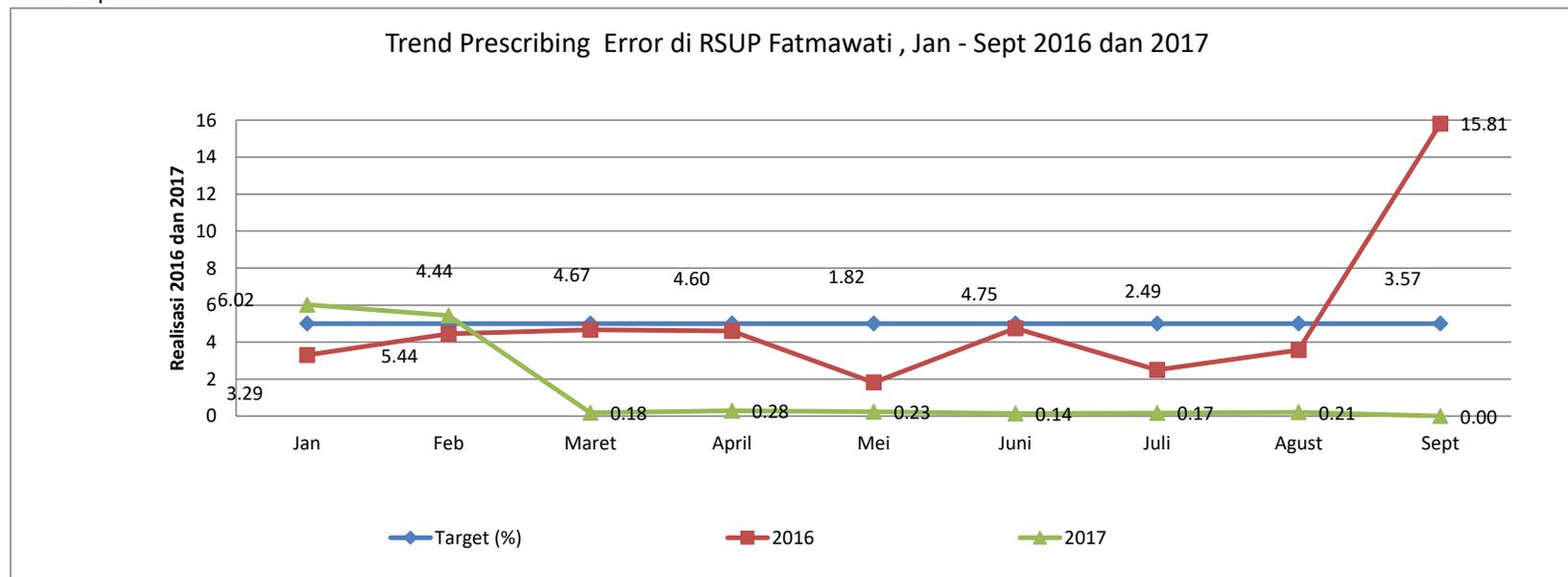


PERFORMANCE BOARD RSUP FATMAWATI
JANUARI S/D SEPTEMBER TAHUN 2016 DAN 2017

Judul Indikator : Prescribing error

Formula : Jumlah Resep yang salah dalam penulisannya atau tidak terbaca atau tidak lengkap dibagi Jumlah seluruh sampel resep Pasien Baru dalam periode yang sama dikali 100%

Hasil Capaian



Analisa Target Tidak Tercapai : Sudah tercapai

No	Penyebab	Tindak lanjut/ Koreksi	PIC
1	Keterbatasan waktu DPJP dalam penulisan resep setelah selesai visite Rawat Inap sehingga berdampak pada tulisan yang kurang lengkap dan sulit terbaca	Merancang sistem e Resep yang bisa dilakukan di seluruh area layanan	Ka. ISIRS

2	Penerapan e-resep masih terbatas hanya di Griya Husada saja, belum semua area pelayanan	Melakukan Re Edukasi tentang Prescribing Error untuk DPJP	Ka. Instalasi Farmasi
---	---	---	-----------------------