



LAPORAN SPM 2021

**RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

SAMBUTAN DIREKTUR UTAMA

Alhamdulillahirobbil'alamiin, puji dan syukur ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS Unhas Tahun 2021 ini dapat terselesaikan.

Laporan SPM tahun 2021 ini merupakan realisasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal yang diuraikan berdasarkan kegiatan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan penunjang non medik, administrasi dan manajemen, pelayanan keamanan, pengolahan limbah dan pencegahan dan pengendalian infeksi. Secara umum, laporan ini merupakan gambaran tentang capaian visi organisasi sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Pencapaian yang dihitung ini disusun berdasarkan Standar Pelayanan Minimal KEPMENKES Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 dan Pedoman Standar Pelayanan Minimal KEPMENKES 2012.

Selanjutnya, dalam penyusunan laporan ini disadari bahwa laporan Standar Pelayanan Minimal ini masih memiliki banyak kekurangan. Karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun dalam penyempurnaan laporan ini akan kami terima dengan senang hati.

Lewat kesempatan ini kami juga ingin menghaturkan terima kasih kepada segala pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan laporan Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini. Akhir kata semoga laporan ini dapat memberikan manfaat dan menjadi salah satu referensi demi capaian Standar Pelayanan Minimal selanjutnya yang lebih baik lagi.

Direktur Utama

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp. OG(K)

DAFTAR ISI

Sambutan Direktur Utama	i
Daftar Isi	ii
BAB I Pendahuluan	1
BAB II Gambaran Umum Rumah Sakit	7
BAB III Laporan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal RS Unhas Tahun 2021	9
III.1 Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan	9
III.2 Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medis dan Kerjasama	17
III.3 Direktorat Administrasi Umum, SDM dan Keuangan	28
III.4 Satuan Penjaminan Mutu	29
BAB IV Kesimpulan dan Saran	31
IV.1 Kesimpulan	31
IV.2 Saran	31

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (RS Unhas) diresmikan pada tanggal 15 Februari 2012 di Makassar oleh Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, Prof. Dr. M. Nuh dan berlokasi di Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10 Kampus Tamalanrea Makassar. Rumah sakit ini terletak berdampingan dengan RS Umum Propinsi Wahidin Sudirohusodo (RSWS) bertujuan untuk efisiensi penggunaan sarana dan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia (SDM) sehingga keduanya dapat mengembangkan konsep saling melengkapi dalam integrasi program pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.

Rumah Sakit Unhas mengembangkan pelayanan unggulan sesuai dengan *Memorandum Of Understanding (MoU)* RSWS yaitu *Eye Centre, Trauma Centre, Cancer Centre, Fertility Endocrine Centre* dan *Neurointervention Centre*. Dalam menjalankan operasionalnya, RS Unhas banyak bekerja sama dengan RSWS dalam hal penggunaan layanan yang belum dimiliki oleh RS Unhas seperti layanan laboratorium serta tempat magang beberapa tenaga profesional.

Berdasarkan Undang–Undang (UU) Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 33 ayat 1 setiap rumah sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel sehingga diperlukan audit kinerja serta pencatatan dan pelaporan operasional rumah sakit. Hal ini sejalan dengan UU Nomor 44 Pasal 52 ayat 1 bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS) serta pada Pasal 39 (ayat 1) dalam penyelenggaraan rumah sakit harus dilakukan audit, (ayat 2) audit yang dimaksud dapat berupa audit kinerja dan audit medis, (ayat 3) audit medis sebagaimana dimaksud pada ayat 2 dapat dilakukan secara internal dan eksternal, (ayat 4) audit kinerja eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat 3 dapat dilakukan oleh tenaga pengawas, (ayat 5) pelaksanaan audit medis berpedoman pada ketentuan yang ditetapkan oleh Menteri.

Dalam pelaksanaan operasionalnya, tujuan rumah sakit adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada pasien. Oleh karena itu RS Unhas harus melaksanakan kegiatan tersebut dalam bentuk monitoring dan evaluasi (*money*). Monitoring

adalah proses pengumpulan dan analisis informasi (berdasarkan indikator yang ditetapkan) secara sistematis dan berkelanjutan tentang kegiatan sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan kegiatan selanjutnya. Monev kemudian dikembangkan dalam sejumlah program rencana strategi (renstra). Pencapaian renstra merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengukur keberhasilan dari pencapaian suatu tujuan organisasi yang digunakan untuk perbaikan kinerja dan peningkatan akuntabilitas kinerja.

1.2 Visi, Misi, Motto

Visi

Menjadi pelopor terpercaya dalam mengintegrasikan Pendidikan, Penelitian dan Pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional.

Misi

1. Menciptakan tenaga yang profesional dan unggul dalam *interprofessional collaboration*.
2. Menciptakan lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.
3. Mempelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu yang berkesinambungan.
4. Memberikan pemeliharaan kesehatan secara *inteprofessional collaboration* dengan pendidikan dan penelitian yang mengedepankan aspek humanis.
5. Menyelenggarakan tata kelola berdasarkan prinsip *good governance*.

1.3 Tujuan dan Sasaran Strategis

Tujuan Strategis

- a. Tersedianya SDM dalam bidang pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang profesional dan unggul yang memiliki komitmen
- b. Terciptanya lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pengintegrasian pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan
- c. Terselenggaranya inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu pelayanan berkesinambungan
- d. Terselenggaranya pemeliharaan kesehatan secara *interprofessional collaboration* dengan pendidikan dan penelitian yang mengedepankan aspek humanis

- e. Terselenggaranya tata kelola berdasarkan prinsip *good governance*

Sasaran Strategis

Sasaran strategis 1

- 1.1. Tersedianya SDM dalam bidang pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang profesional dan unggul yang memiliki komitmen yang tinggi
- 1.2. Terlaksananya *Inteprofessional Education* dalam proses pembelajaran yang menerapkan *continous quality improvement*
- 1.3. Terlaksananya *interprofessional collaboration* dalam proses pelayanan

Sasaran Strategis 2:

- 2.1. Meningkatnya kecukupan dan mutu sarana dan prasarana yang mendukung pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan yang terintegrasi
- 2.2. Tersedianya sumber dana untuk proses pendidikan, pelatihan dan penelitian dari berbagai sumber
- 2.3. Terselenggaranya pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang terintegrasi
- 2.4. Terinternalisasinya budaya organisasi yang mendukung lingkungan akademik yang optimal
- 2.5. Mendukung terwujudnya *Academic Health Centre* sebagai wujud integrasi fungsional : proses pendidikan, penelitian, pemeliharaan kesehatan dan manajemen antara RS Unhas, RSWS dan UNHAS
- 2.6. Meningkatnya jejaring dan kolaborasi rumah sakit dengan *Academic, Business, Community and Government* (ABCG)

Sasaran Strategis 3 :

- 3.1. Terselenggaranya pelayanan unggulan rumah sakit
- 3.2. Terselenggaranya pelayanan inovasi dibidang pemeliharaan kesehatan
- 3.3. Pengembangan sistem digitalisasi dalam bidang pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan
- 3.4. Terimplementasinya *Continuous Quality Improvement* berbasis *patient safety* dalam proses pendidikan, penelitian dan pemeliharaan Kesehatan

Sasaran Strategis 4 :

- 4.1. Terinternalisasinya aspek humanis dalam penyelenggaraan *interprofessional collaboration* pada upaya pemeliharaan kesehatan
- 4.2. Terimplementasinya *interprofessional collaboration* dalam pemeliharaan Kesehatan

Sasaran Strategis 5 :

- 5.1. Meningkatnya penerapan prinsip *good governance* dan *clinical governance* dalam pengelolaan rumah sakit
- 5.2. Terimplementasinya SIM RS yang mendukung *decision supporting system* (DSS)
- 5.3. Meningkatnya efektivitas dan efisiensi pengelolaan rumah sakit
- 5.4. Berperan aktif pada pengembangan RSPTN di Indonesia

1.4 Kebijakan Dasar

Kebijakan dasar RS Unhas terdiri dari :

- a. Mendorong pengembangan diklat center RS Unhas
- b. Optimalisasi peran rumah sakit pendidikan
- c. Mendorong pengembangan layanan inovasi medis dan non medis
- d. Mewujudkan pelayanan yang terintegrasi antara pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan
- e. Menerapkan peningkatan mutu yang berkelanjutan dan penerapan budaya keselamatan pasien secara konsisten
- f. Mengembangkan jejaring dan kemitraan strategis dengan perguruan tinggi dalam dan luar negeri, industri/swasta, dan masyarakat
- g. Meningkatkan efisiensi pengelolaan RS

1.5 Nilai Dasar

Nilai dasar Hasanuddin University Hospital adalah “*Long Life Learning, Innovation, Togetherness, Trustfullness, Compassionate*”.

1. **Long Life Learning** : RS melakukan proses pembelajaran yang terus menerus dan berkesinambungan
2. **Inovation** : RS menciptakan system/kreativitas baru dalam meningkatkan kualitas pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan
3. **Togetherness**: RS ini milik bersama yang harus dikembangkan bersama melalui kerjasama dan kebersamaan (kerjasama dan kebersamaan)
4. **Trustfullness**: Pelayanan yang diberikan menjunjung tinggi kepercayaan, kejujuran, konsistensi, dan keterbukaan.
5. **Compassionate**: Dalam memberikan pelayanan atas dasar tulus melayani dengan penuh kasih sayang dan perhatian.

1.6 Organisasi dan Manajemen

RS Unhas dalam pengelolaannya, saat ini dipimpin oleh seorang Direktur Utama yang bertanggung jawab pada Dewan Pengawas. Selanjutnya, Direktur Utama dibantu oleh 4 orang Direktur yang mengurus Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, Direktorat Sarana Penunjang dan Kerjasama, Direktorat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian serta Direktorat Keuangan, SDM dan Administrasi Umum. Masing-masing direktorat dibantu dua sampai tiga kepala bidang.

1.7 Sumber Daya Manusia

Jenis Tenaga	ASN	NPT	NPTT	Dokter Spesialis Non ASN	Jumlah
Dokter Spesialis	135			78	213
Dokter Umum	4	2	7		13
Dokter Gigi	1				1
Perawat	30	3	178		211
Bidan	5		12		17
Apoteker	3	2	10		15

Jenis Tenaga	ASN	NPT	NPTT	Dokter Spesialis Non ASN	Jumlah
Tenaga Teknik Kefarmasian (TTK)	2	1	21		24
Laboran Mikro	1		1		2
Laboran PA			1		1
Laboran PK	1	1	15		17
Radiografer Radiologi	6		6		12
Radiografer Radioterapi	1		4		5
Refraksionis Optisien	2				2
Dietisien	4		5		9
Fisikawan Medis Radioterapi	1		1		2
Fisioterapi	2	1	2		5
Koder Rekam Medis			3		3
Koder Casemix			3		3
Perekam Medis Rekam Medis			10		10
Teknisi Elektromedis	1		3		4
Manajemen	34	14	51		99
Lainnya	8	4	142		154
Jumlah	241	28	475	78	822

Sumber : Bidang SDM dan Administrasi Umum, 2021

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

1. Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
2. Alamat / Telpon / Fax. : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar,
Sulawesi Selatan 90245
 - Telepon : (0411) 591331
 - Fax : (0411) 591332
 - Email : info@rs.unhas.ac.id
 - Website : www.rs.unhas.ac.id
3. Status Kepemilikan : Universitas Hasanuddin
4. Nama Direktur Utama : Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp. OG(K)
5. Kelas Rumah Sakit & SK Menkes RI : RS Kelas B (HK.02.03/2180/2014)
6. No. & tanggal ijin operasional RS : No: 6/J.09/PTSP/2018 berlaku hingga 24 Agustus 2023
7. Luas Bangunan :
 - Gedung A : 14.813 m²
 - Gedung EF : 28.000 m²
 - Gedung BCD : 32.000 m²
8. Kapasitas Tempat Tidur :
 - 213 TT
 - Rencana BCD: 400 TT
9. Layanan Unggulan di RS Unhas :
 1. Eye Centre
 2. Trauma Centre
 3. Cancer Centre
 4. Fertility Endocrine Reproductive Centre dan
 5. Neurointervention Centre
10. Jenis Pelayanan di RS Unhas :
 1. Rawat Jalan
 - a. Bedah Urologi
 - b. Bedah Digestif
 - c. Bedah Anak
 - d. Bedah Saraf
 - n. Saraf dan EEG
 - o. Kesehatan Jiwa dan Stres
 - p. Gizi Klinik
 - q. Fisioterapi

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| e. Bedah Onkologi | r. Kardiologi |
| f. Bedah Thoraks | s. Anak |
| g. Bedah Mulut | t. Nyeri dan Paliatif |
| h. Bedah Plastik | u. Pojok Laktasi |
| i. Orthopedi dan Traumatologi | v. THT |
| j. Mata | w. Kulit dan Kelamin |
| k. Obgin | x. Poli kosmetik |
| l. Penyakit Dalam | y. Poli Geriatri |
| m. Poli Sore | z. Poli Pulmonologi |
2. Pelayanan Covid 19
 3. Rawat Inap dan Bersalin
 4. Rawat Darurat
 5. Bedah Sentral
 6. Rehabilitasi Medik
 7. Perawatan Khusus (Kemoterapi dan Hemodialisa)
 8. Perawatan Intensive (ICU/HCU dan NICU)
 9. Rekam Medik
 10. Laboratorium Patologi Klinik
 11. Laboratorium Patologi Anatomi
 12. Laboratorium Mikrobiologi
 13. Radiologi
 14. Radioterapi
 15. Farmasi
 16. Gizi
 17. CSSD dan Laundry
 18. Pemulasaran Jenazah
 19. IPSRS

BAB III

LAPORAN PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RS UNHAS

TAHUN 2021

3.1 DIREKTORAT PELAYANAN MEDIK DAN KEPERAWATAN

3.1.1 Instalasi Gawat Darurat

Tabel 3.1.1. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Rawat Darurat (IRD) RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN		Keismpulan
JENIS	URAIAN		Capaian	Keterangan	
Input	Kemampuan menangani life saving	100%	100%		Memenuhi Standar
	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100%	100%	tambahan relawan dokter dan perawat	Memenuhi Standar
	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	100%	1 Tim terdiri atas : Dokter 1 Orang, Perawat 1 Orang, Evakutor 1 Orang dan Sopir Ambulance 1 Orang	Memenuhi Standar
Proses	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	100%		Memenuhi Standar
	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	100%		Memenuhi Standar
	Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100%	100%	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka.	Memenuhi Standar
Output	Kematian pasien di IGD (≤ 8 Jam)	≤ 2 perseribu	100%		Memenuhi Standar
Outcome	Kepuasan pasien	≥ 70 %	100%	Survei kepuasan pasien dilakukan oleh Costumer Care	Memenuhi Standar
RATA-RATA			100%		Memenuhi Standar

Sumber : Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.1.1 di atas, dapat dilihat bahwa seluruh standar pelayanan minimal instalasi gawat darurat telah memenuhi standar (100%).

3. 1.2 Instalasi Rawat Jalan

Tabel 3.1.2. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Rawat Jalan (IRJ) RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN	Kesimpulan
JENIS	URAIAN			
Input	1. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak	Tersedia	Memenuhi Standar
		b. Klinik Penyakit dalam	Tersedia	Memenuhi Standar
		c. Klinik Kebidanan	Tersedia	Memenuhi Standar
		d. Klinik Bedah	Tersedia	Memenuhi Standar
	2. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	40,5% b. Dokter Residen 100%	Belum Memenuhi Standar
Proses	3. Jam buka Pelayanan Rawat Jalan	07.30 s/d 16.00 Setiap hari kerja.	07.30 - 16.00	Memenuhi Standar
		Jumat : 07.30 - 16.30	35,57 menit	
	4. Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	35,38 menit	Memenuhi Standar
	5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	100% (telah tersedianya pelayanan/poli TB DOTS dan obat program anti tuberculosis di rumah sakit)	Memenuhi Standar
	6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan stategis DOTS	100%	Pelayanan tersedia (di poli interna) tapi tenaga terlatih belum tersedia (perawat)	Memenuhi Standar
	7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	Pelayanan tersedia (di poli interna) tapi tenaga terlatih belum tersedia (perawat)	Belum Memenuhi Standar
Output	8. Peresepan obat sesuai formularium RS non provider BPJS	80%	95,83%	Memenuhi Standar
	9. Peresepan obat sesuai formularium nasional bagi RS provider BPJS	80%	100%	Memenuhi Standar
	10. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	99,2%	Memenuhi Standar
Outcome	11. Kepuasan Pasien	≥ 90 %	98%	Memenuhi Standar
RATA-RATA			95%	

Sumber :Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.1.2 di atas, dapat dilihat bahwa 10 dari 11 standar pelayanan minimal instalasi rawat jalan telah memenuhi standar. Layanan yang belum memenuhi standar yaitu belum tersedianya pelayanan VCT (HIV).

3.1.3 Instalasi Rawat Inap dan Bersalin

Tabel 3.1.3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Rawat Inap dan Bersalin RS Unhas Tahun 2021

Indikator		Standar	Pencapaian	Kesimpulan
Jenis	Uraian			
Input	1. Ketersediaan Pelayanan	Sesuai Jenis & Kelas RS	Tersedia sesuai standar pelayanan	Memenuhi Standar
	2. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	Sesuai Pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	Tersedia Dokter Spesialis dan Perawat dengan klasifikasi pendidikan S2 Manajemen Keperawatan : 2 Orang, S1 Keperawatan (Ners) : 21 Orang dan D3 Kep: 3 Orang	Memenuhi Standar
	3. Tempat Tidur dengan Pengaman	100%	100% tempat tidur dilengkapi dengan pengaman	Memenuhi Standar
	4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	100% kamar mandi dengan pegangan tangan	Memenuhi Standar
Proses	5. Dokter Penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100% pasien ditangani oleh DPJP	Memenuhi Standar
	6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	35.48%	
	7. Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤ 1,5%	0%	Memenuhi Standar
	8. kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 9%	0%	Memenuhi Standar
	9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	2 kejadian pasien jatuh selama bulan Oktober - Desember 2021 yang telah dilaporkan dengan diagnosa pasien Demensia dan pasien SLE (99,83%)	Memenuhi Standar
Indikator		Standar	Pencapaian	Kesimpulan
Jenis	Uraian			
	10. pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	Memenuhi Standar

	11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	100%	Memenuhi Standar
Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	≤ 5 %	0%	Memenuhi Standar
	13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,25/1000 (0,025)	6 pasien meninggal dari total 1274 pasien dirawat selama bulan Oktober - Desember 2021 (0,004)	Memenuhi Standar
Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90%	100%	Memenuhi Standar
RATA-RATA			96%	

Sumber :Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

3.1.4 Instalasi Bedah Sentral

Tabel 3.1.4. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Kamar Bedah RS Unhas Tahun 2021

Indikator		Standar	Pencapaian	Kesimpulan
Jenis	Uraian			
Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dgn kelas RS	Tersedia	Memenuhi Standar
	2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dgn kelas RS	Tersedia	Memenuhi Standar
	3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dgn kelas RS	Tersedia	Memenuhi Standar
Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 Hari	0.00	Memenuhi Standar
	5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	Memenuhi Standar
	6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	Memenuhi Standar
	7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	Memenuhi Standar
Indikator		Standar	Pencapaian	Kesimpulan Jenis
Jenis	Uraian			
	8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	Memenuhi Standar
	9. Komplikasi anestesi karena over dosis,	≤ 6%	0%	Memenuhi Standar

	reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube			
Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1 \%$	0%	Memenuhi Standar
RATA-RATA			100%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.1.4 di atas, dapat dilihat bahwa semua 11 indikator standar pelayanan minimal Instalasi Bedah Sentral telah memenuhi standar (100%).

3. 1.5 Instalasi Perawatan Intensive

Tabel 3.1.5. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Intensive Care Unit (ICU) dan Neonatal Intensive Care Unit (NICU) RS Unhas Tahun 2021

Indikator		Standar	Pencapaian	Kesimpulan
Jenis	Uraian			
Input	1. Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU	100%	Memenuhi Standar
	2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	100%	Memenuhi Standar
	3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	86%	Memenuhi Standar
Proses	4. Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	81%	Belum Memenuhi Standar
	5. Kejadian infeksi nosokomial	$< 21 \%$	0%	Memenuhi Standar
output	6. Pasien yang kembali perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3 \%$	0%	Memenuhi Standar
Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 70 \%$	80%	Memenuhi Standar
Rata-rata			96%	

Indikator		Standar	Pencapaian	Kesimpulan
Jenis	Uraian			
Input	1. Pemberi pelayanan	a. Dokter Sp.Anak dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	100%	Memenuhi Standar
		b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir NICU/ setara (D4)	0%	Belum Memenuhi Standar
	2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang NICU	Sesuai kelas RS dan standar NICU 1. Ruang 6x8 m [79%]	78%	Belum Memenuhi Standar

		2. Kapasitas 4-6 bed (1-2 isolasi) [100%] 3. Ruang Isolasi [0%] 4. Inkubator, Infant warmer, box [100%] 5. Sumber O2 (Headbox, canula nasal, CPAP) [66%] 6. Fototerapi [100%] 7. Ruang menyusui [100%]		
	3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar NICU : 1. Masing-masing bed dengan 1 neonatal monitor 2. Ventilator 0	50%	Belum Memenuhi Standar
Proses	4. Kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	100%	Memenuhi Standar
	5. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	100%	Memenuhi Standar
Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama >72 jam	≤ 3 %	100%	Memenuhi Standar
Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 70%	100%	Memenuhi Standar
Rata-rata			79%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.1.5 di atas, terdapat 7 indikator standar pelayanan minimal instalasi Instalasi Perawatan Intensive (Intensive Care Unit) , 6 indikator pelayanan memenuhi standar yaitu : pemberi pelayanan, ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU, kejadian infeksi nosocomial, pasien yang kembali perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dan kepuasan pelanggan dan ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator. Sedangkan ada 1 indikator yang tidak memenuhi standar yaitu kepatuhan terhadap hand hygiene.

3.1.6 Instalasi Perawatan Khusus

Tabel 3.1.6. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Perawatan Khusus RS Unhas Tahun 2021

UNIT KEMOTERAPI				
Indikator		Standar	Capaian	Kesimpulan
Jenis	Uraian			

Input	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Kemoterapi	1	100%	Memenuhi Standar
	Pemberi pelayanan di Rawat Inap Kemoterapi	Dr.Spesialis	26	Memenuhi Standar
		Perawat minimal pendidikan S1	Kepala Ruang : 1	
			Perawat PP S1 : 1	
			Perawat PA : 8	
			Admin : 1	
	Tempat tidur dengan pengaman	1	100%	Memenuhi Standar
	Kamar mandi dengan pengaman	1	100%	Memenuhi Standar
Proses	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	1	100%	Memenuhi Standar
	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	48%	Belum Memenuhi Standar
	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$	0%	Memenuhi Standar
	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial	$\leq 9\%$	0%	Memenuhi Standar
	Tidak adanya kejadian pasien jatuh	1	0%	Memenuhi Standar
	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	1	100%	Memenuhi Standar
	Pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	1	100%	Memenuhi Standar
Output	Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	$\leq 5\%$	0%	Memenuhi Standar
	Kematian pasien > 48 jam	(Internasional: $\leq 24/1000$; Indonesia: $\leq 25/1000$)	100%	Memenuhi Standar
Outcome	Kepuasan pelanggan rawat inap	$\geq 90\%$	100%	Memenuhi Standar
Rata-rata			96%	

UNIT HEMODIALISA				
Indikator		Standar	Rata-Rata	Keterangan
Jenis	Uraian			
Input	Ketersediaan Pelayanan	Sesuai PMK 812 Tahun 2010 Tentang Pelayanan Dialisis	100%	Memenuhi Standar
	Dokter Pemberi Pelayanan Di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100%	Memenuhi Standar
Proses	Jam Buka Pelayanan dengan Ketentuan Tersedia dengan tenaga Terlatih	Senin-Sabtu Pkl 07.30-21.00	100%	Memenuhi Standar
	Waktu pemberian pelayanan hemodialisis	4 - 5 Jam	97.67%	Memenuhi Standar
Output	Peresepan Obat Sesuai Formularium	100%	100%	Memenuhi Standar
	Kematian Pasien saat proses hemodialysis	$\leq 1\%$	100%	Memenuhi Standar
Outcome	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$	100%	Memenuhi Standar
Rata-rata			99.67%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.1.6 di atas, dapat dilihat bahwa Instalasi Perawatan Khusus berhasil mencapai 99.67% dalam pemenuhan standar pelayanan minimal. Untuk Unit Kemoterapi, indikator yang tidak terpanuhi adalah jam visite dokter spesialis. Sedangkan pada Unit Hemodialisa, indikator yang tidak tercapai yaitu waktu pemberian pelayanan hemodialisis.

3.1.7 Instalasi Rehabilitasi Medik

Tabel 3.1.7 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Rehabilitasi Medik RS Unhas Tahun 2021

Indikator		Standar	Rata-rata	Keterangan
Jenis	Uraian			
Input	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik	Sesuai persyaratan kelas kelas rumah sakit	30%	Belum memenuhi standar
	Fasilitas dan Peralatan Rehabilitasi Medik	Sesuai persyaratan kelas kelas rumah sakit	30%	Belum memenuhi standar
Proses	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	Memenuhi standar
Output	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	$\leq 50\%$	28%	Memenuhi standar
Outcome	Kepuasan pelanggan	$> 80\%$		Belum dilakukan survei kepuasan sendiri (masih mengikuti pelayanan rawat jalan secara umum)
Rata-rata			47.1%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.1.8 di atas, dapat dilihat bahwa dari 5 standar pelayanan minimal instalasi rehabilitasi medik, hanya 2 indikator yang telah memenuhi standar. Sedangkan yang belum memenuhi standar yaitu pemberi pelayanan rehabilitasi medik, fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik dan indikator kepuasan pelanggan.

3.2 DIREKORAT PELAYANAN PENUNJANG SARANA MEDIS DAN KERJASAMA

3.2.1. Instalasi Radiologi

Tabel 3.2.1. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Radiologi RS Unhas Tahun 2020

INDIKATOR		STANDAR	RATA_RATA	KETERANGAN
JENIS	URAIAN			
Input	Pemberi pelayanan Radiologi	Dokter Spesialis Radiologi dan Radiografer	100%	Memenuhi standar
	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Radiografi	Sesuai standar Depkes tahun 2008 bahwa RS. Tipe / kelas B harus memenuhi 17 item dibawah ini: 1. MSCT-Scan 2. Fluoroscopy 3. 3. USG 4. Analog X-ray 5. Fixed Unit dan atau Digital Mobile x-ray 6. Mammography 7. Digital Panoramic / Cephalometri, 8. Dental X-ray 9. C-arm 10. Computed Radiography (CR) 11. Peralatan protektif radiasi 12. Perlengkapan ukur Radiasi 13. Quality Assurance dan Quality Control 14. Picture Archiving Communication System (PACS) 15. Emergency kit 16. Viewing box 17. Generator 18. MRI	56%	
Proses	Waktu tunggu(respon time) hasil pelayanan foto thorax	<3 jam	82%	
	Kerusakan Foto	< 2%	100%	Memenuhi standar
	Tidak terjadinya kesalahan penyerahan hasil radiologi	100%	100%	Memenuhi standar
Output	Pelaksana Ekspertisi Dokter Spesialis Radiologi	100%	100%	Memenuhi standar
RATA RATA			90%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2020

Berdasarkan tabel 3.2.1 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 7 standar pelayanan minimal radiologi sebesar 90%. Adapun yang tidak memenuhi standar yaitu

Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Radiografi dan waktu tunggu(respon time) hasil pelayanan foto thorax.

3.2.2 Instalasi Radioterapi

Tabel 3.2.2 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Radioterapi RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KETERANGAN
JENIS	URAIAN			
INSTALASI RADIOTERAPI				
Input	1. Pemberi pelayanan Radioterapi	Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1427/MENKES/SK/XII/2006 tentang Standar pelayanan radioterapi Dirumah Sakit	85%	masih kekurangan tenaga RTT 2 orang
	2. Fasilitas dan peralatan Radioterapi	Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1427/MENKES/SK/XII/2006 tentang Standar pelayanan radioterapi Dirumah Sakit	85%	peralatan dosimetri seperti blue phantom dan alat kalibrasi keluaran dosis ct belum tersedia
Proses	3. Waktu pelaksanaan CT Simulator	≤ 15 Menit	75%	CT sim down
	4. Waktu pelaksanaan perencanaan treatment	≤ 7 Hari	75%	CT sim down
	5. Waktu pelaksanaan Radiasi Eksterna (LINAC)	≤ 10 Menit	75%	CT sim down
	6. Verifikasi Lapangan Radiasi (EPID)	Pergeseran ≤ 3 mm	75%	CT sim down
Output	7. Hasil Planning Radiasi	Dokter Spes.Onkologi Radiasi & Fisikawan Medik	75%	CT sim down
	8. Treatment Radiasi Eksterna (LINAC)	900 Pasien/Bulan	16%	CT sim down
Outcom e	9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	65%	CT sim down
RATA-RATA			70%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.2 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 9 standar pelayanan minimal radioterapi sebesar 70%. Pada bagian indikator proses, semua poin uraian hanya berada di angka 75%. Hal ini disebabkan alat CT SIM yang tidak dapat berfungsi.

3.2.3 Instalasi Farmasi

Tabel 3.2.3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Farmasi RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input		Sesuai kelas Manajemen	100%	Memenuhi standar

Pemberi pelayanan farmasi (Rasio Lembar R/ per Apoteker)		rumah sakit	Rawat Jalan	Apotek Rawat Jalan	67%	
				Depo Kemoterapi	58%	
`INDIKATOR		STANDAR			RATA- RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN					
			Rwt Inap	Apotik Ged.A (Eye Center) dan Depo OK Mata	74%	
				Apotek Rawat Inap	78%	
				Depo OK/HD/ICU	37%	
	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit			50%	
	Ketersediaan formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 thn			100%	Memenuhi standar
	Proses	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit			100%
Waktu tunggu pelayanan obat racikan		≤ 60 menit			100%	Memenuhi standar
Output	Tidak adanya kejadian salah pemberian obat	100%			100%	Memenuhi standar
Outcom e	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %			100%	Memenuhi standar
RATA-RATA					80%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.3 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian standar pelayanan minimal instalasi farmasi rata-rata pencapaian 86%. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi hanya mencapai 50% karena fasilitas ruang dispensing steril belum terstandar.

3.2.4 Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

Tabel 3.2.4. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Laboratorium Patologi Klinik RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS	85%	Memenuhi standar
	2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS	85%	Memenuhi standar
Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	≤ 120 menit	100%	Memenuhi standar
	4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	Memenuhi standar

	5. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	100%	Memenuhi standar
Output	6. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spes. Pat. klinik	100%	Memenuhi standar
	7. Tidak adanya kesalahan	100%	100%	Memenuhi standar
INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
	pemberian hasil pemeriksaan laboratorium			
	8. Kesesuaian hasil pemerikaan. baku mutu eksternal	100%	19%	sudah dilakukan PME namun hasil belum ada
Outcome	9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%	Memenuhi standar
RATA-RATA			87%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.4 diatas dapat dilihat bahwa hanya 1 dari 9 indikator yang memenuhi standar dengan pencapaian 87%. Adapun yang tidak memenuhi standar yaitu kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal.

3.2.5 Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi

Tabel 3.2.5. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Laboratorium Patologi Anatomi RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KETERANGAN
JENIS	URAIAN			
Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi Anatomi	Sesuai kelas RS (100%)	100%	Memenuhi standar
	2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS (100%)	81%	Belum Memenuhi Standar
Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan lab. Pat. Anatomi	≤ 6 hari	92%	Belum Memenuhi Standar
	4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	Memenuhi standar
Output	5. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spes. Pat. Anatomi (100%)	100%	Memenuhi standar
	6. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	Memenuhi standar
	7. Kesesuaian hasil pemeriks. baku mutu eksternal	100%	100%	Memenuhi standar
Outcome	8. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	92%	Memenuhi standar
RATA-RATA			96%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.5 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian standar pelayanan minimal instalasi patologi anatomi sebesar 96%. Adapun yang tidak memenuhi standar yaitu kelengkapan fasilitas dan peralatan dan waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi anatomi.

3.2.6 Instalasi Laboratorium Mikrobiologi

Tabel 3.2.6. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Laboratorium Mikrobiologi RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium Mikrobiologi klinik	Sesuai kelas RS	100%	Memenuhi standar
	2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS	79%	Belum Memenuhi Standar
Proses	3. Waktu tunggu Mikrobiologi klinik	Kultur Aerob ≤ 7 hari, PCR ≤ 5 hari	100%	Memenuhi standar
	4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	Memenuhi standar
	5. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	30%	Belum Memenuhi Standar
	6. Kemampuan Mikroskopis TB Paru	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	100%	Memenuhi standar
Output	7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spes. Mikrobiologi. klinik	100%	Memenuhi standar
	8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	Memenuhi standar
	9. Kesesuaian hasil pemeriks. baku mutu eksternal	100%	75%	Belum Memenuhi Standar
Outcome	10. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	50%	Belum Memenuhi Standar
RATA-RATA			83%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.6 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 10 standar pelayanan minimal laboratorium mikrobiologi sebesar 83%. Dari 10 standar pelayanan terdapat 3 standar pelayanan yang tidak memenuhi standar diantaranya fasilitas dan peralatan (79%), kemampuan memeriksa HIV-AIDS (33%), kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal (75%) dan survei kepuasan pelanggan.

3.2.7 Instalasi Gizi

Tabel 3.2.7 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gizi RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA CAPAIAN	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan (100%)	72%	Belum memenuhi standar
	2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi	Tersedia (100%)	51%	Belum memenuhi standar
	3. Ketepatan waktu pemberian makanan pd pasien	$\geq 90\%$	100%	Memenuhi standar
	4. Tidak adanya kejadian kesalahan	100%	100%	Memenuhi standar
INDIKATOR		STANDAR		KESIMPULAN

JENIS	URAIAN		RATA-RATA CAPAIAN	
	pemberian diet			
Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	$\leq 20\%$	100%	Memenuhi standar (nilai 14%)
	Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien covid-19	$\leq 20\%$	100%	Memenuhi standar (nilai 0%)
Outcome	6. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	100%	Memenuhi standar
RATA-RATA			90%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2020

Berdasarkan tabel 3.2.7 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 6 standar pelayanan minimal instalasi gizi sebesar 90%. Diantara 6 standar pelayanan terdapat 2 standar pelayanan yang belum memenuhi standar yaitu pemberi pelayanan gizi (72%) dan ketersediaan fasilitas dan peralatan makanan pada pasien (51%).

3.2.8 Instalasi CSSD

Tabel 3.2.8 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi CSSD RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	Rata-Rata Capaian 2020	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input	Kelengkapan Jumlah Sarana Dan Peralatan Berdasarkan Kelas B Rumah Sakit	100%	44%	Belum memenuhi standar
	Persentase Staf yang Mengetahui Tentang Resiko Infeksi	100%	100%	Memenuhi standar
	Kelengkapan Jumlah SDM Berdasarkan Kelas B Rumah Sakit	$\geq 85\%$	81%	Belum memenuhi standar
	Presentasi staf yang memiliki sertifikat pelatihan CSSD dasar	100%	100%	Memenuhi standar
	Tersedianya penanggung jawab CSSD	100%	100%	Memenuhi standar
Proses	Terpenuhinya alat dan bahan steril sesuai permintaan unit pengguna	100%	100%	Memenuhi standar
	Kelengkapan isi set instrument	100%	97%	Belum memenuhi standar
	Persentase kegiatan dekontaminasi tidak terlaksana sesuai SOP	0%	98%	Belum memenuhi standar
Outcome	Kepuasan Internal	100%	32%	Belum memenuhi standar
RATA-RATA			84%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.8. di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 6 standar pelayanan minimal instalasi CSSD sebesar 84%. Adapun yang tidak memenuhi standar yaitu Kelengkapan jumlah sarana dan peralatan berdasarkan kelas B rumah sakit, Kelengkapan jumlah SDM berdasarkan kelas B Rumah Sakit, Presentasi staf yang memiliki sertifikat pelatihan dasar CSSD dasar, serta Kepuasan internal yang belum pernah dilakukan.

3.2.9 Instalasi Laundry

Tabel 3.2.9. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Laundry RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input	Ketersediaan Layanan Laundry	100%	100%	Memenuhi standar
	Adanya Penanggung Jawab Laundry	ada SK	0%	Belum memenuhi standar
	Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia 100%	79%	Belum memenuhi standar
Proses	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelyanan	100%	78%	Belum memenuhi standar
Output	Ketersediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	78%	Belum memenuhi standar
	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	Memenuhi standar
RATA-RATA			73%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan table 3.2.9 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 8 standar pelayanan minimal instalasi Laundry sebesar 73%. Persyaratan SDM serta fasilitas dan peralatan belum memenuhi standar.

3.2.10 Instalasi Rekam Medik

Tabel 32.10 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Rekam Medik RS Unhas Tahun 2021

Indikator		Standar	RATA-RATA	Kesimpulan
Jenis	Uraian			
Input	Pemberi pelayanan rekam medik	Sesuai persyaratan	100%	Memenuhi standar
Proses	Waktu penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	100%	Memenuhi standar
	Waktu penyediaan berkas rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	100%	Memenuhi standar
Output	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	71%	
	Kelengkapan <i>informed consent</i>	100%	100%	Memenuhi standar
RATA-RATA			93%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan, 2021

Berdasarkan tabel 3.1.7 di atas, dapat dilihat bahwa 4 dari 6 standar pelayanan minimal instalasi rekam medik telah memenuhi standar (97%). Masalah yang dihadapi dalam mencapai standar pelayanan adalah Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dan kelengkapan *informed consent* yang belum memenuhi standar.

3.2.11 Unit Bank Darah

Tabel 3.2.11 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Bank Darah RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input	1. Tenaga penyedia pelayanan BDRS	Sesuai standar BDRS (100%)	80%	Belum memenuhi standar
	2. Ketersediaan fasilitas dan alat BDRS	Tidak Sesuai standar BDRS	80%	Belum memenuhi standar
Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0.01	73%	Belum memenuhi standar
Output	4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100%	91%	Belum memenuhi standar
Outcome	5. Kepuasan pelanggan	80%	85%	Memenuhi standar
RATA-RATA			81%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.11 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 5 standar pelayanan minimal instalasi bank darah mencapai 81%. Tenaga penyedia pelayanan BDRS belum memenuhi standar dikarenakan berdasarkan UU Kemenkes No.83 Tahun 2014 BAB II bagian ke-4, tentang pengorganisasian BDRS ditulis 6 orang tenaga yaitu 4 org analis, 1 org DPJP dan 1 org admin. Sedangkan kenyataannya di RS Unhas, Jumlah staf di BDRS UH sebanyak 5 orang, terdiri dari : 4 org analis dan 1 org DPJP. Selain itu, kebutuhan fasilitas bank darah tidak memadai karena kulkas yang tersedia di sangat kecil sehingga penyimpanan kantong darah terbatas.

3.2.12 Instalasi Pemeliharaan Sarana

Tabel 3.2.11. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Pemeliharaan Sarana Tahun 2021

KPI		STANDAR	Rata-Rata	KESIMPULAN
Adanya Penanggung Jawab IPSRS	Ada	100%	100%	100%
Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	100%	100%	100%
	Alat Non Medik	$\geq 80\%$	100%	100%

Waktu Tanggap Kerusakan Alat $\leq$ 15 menit	Alat Medik		98%	98%
Ketepatan waktu pemeliharaan alat berdasarkan schedule maintenance	Alat Non Medik	100%	87%	87%
	Alat Medik		100%	
Ketepatan waktu kalibrasi alat		93%	93%	100%
RATA-RATA			96.75%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.11 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 5 standar pelayanan minimal instalasi IPSRS adalah 96.75%. Standar Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan mencapai 87% karena tenaga IPSRS (Teknisi) belum bisa mengcover semua pemeliharaan alat berdasarkan jadwal pemeliharaan karena keterbatasan sumber daya.

3.2.13 Instalasi Pemulasaran Jenazah

Tabel 3.2.12 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Pemulasaran Jenazah RS Unhas Tahun 2021

INDIKATOR		STANDAR	RATA-RATA	KESIMPULAN
JENIS	URAIAN			
Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam	100%	Memenuhi Standar
	2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit	18%	Belum Memenuhi Standar
	3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	100%	Memenuhi Standar
Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	$\leq$ 15 menit setelah di kamar jenazah	100%	Memenuhi Standar
	5. Perawatan jenazah sesuai standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	Memenuhi Standar
	6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	Memenuhi Standar
Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq$ 80 %	0%	Belum Memenuhi Standar
RATA-RATA			74%	

Sumber : Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medik dan Kerjasama, 2021

Berdasarkan tabel 3.2.12 di atas, dapat dilihat bahwa rata-rata pencapaian 7 standar pelayanan minimal instalasi pemulasaran jenazah sebesar 74%. Standar ketersediaan fasilitas dan peralatan hanya mencapai 18% berdasarkan PMK No.56 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan RS bahwa standar peralatan pelayanan pemulasaran jenazah sebanyak 11 item alat yang tersedia di RS Unhas Sebanyak 2 item alat. Selain itu, data kepuasan pelanggan masih berada di customer care.

3.3 DIREKTORAT ADMINISTRASI UMUM, SDM DAN KEUANGAN

3.3.1 Administrasi dan Manajemen

Tabel 3.3.1. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Administrasi dan Manajemen Tahun 2021

No	Indikator		Standar	Pencapaian	
	Jenis	Uraian		Capaian	Keterangan
1	Input	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	100%	100%	Dalam dokumen SOTK RS
		Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	100%	Peraturan terkait pegawai dan pelayanan
		Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	100%	Peraturan mengenai jam kerja, mekanisma sakit, izin, cuti & pendelegasian tugas, pakaian dinas, penugasan staf, izin belajar dan pelatihan
		Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	100%	Dalam dokumen ruang dan pangkat pegawai
		Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	100%	Dalam Dokumen Renstra Tahun 2020-2024
		Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	100%	Tersedianya perencanaan pelatihan karyawan
2	Proses	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	Memenuhi standar
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	49%	Dari 37 orang yang harus naik pangkat baru 18 orang yang mengusulkan
		Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	Pembayaran gaji tenaga kontrak sebelum tgl 10 setiap bulan
		Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90%	100%	Tersedia perencanaan pelatihan
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	Memenuhi standar
		Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	100%	Tidak lebih dari 1 jam
3	Output	Cost recovery	≥ 60 %	97%	Penerimaan :125 M Pengeluaran : 118 M
4	Outcome	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	Tersedia
		Karyawan mendapat pelatihan min 20 jam/tahun	≥ 60 %	100%	Dari 561 orang jumlah karyawan 96 orang telah mendapat pelatihan < 20 jam/tahun dan 465 orang yang mendapat pelatihan ≥ 20 jam
		Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	Terbayar setelah rekapan capaian kinerja SDM selesai & klaim BPJS sudah terbayarkan
Rata-rata				95%	

Sumber : Direktorat Adm.Umum, SDM dan Keuangan RS Unhas, 2021

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa 11 dari 12 standar Pelayanan Minimal Administrasi dan Manajemen sudah memenuhi standar (95.75%). Adapun yang belum memenuhi standar yaitu Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat. Hal ini disebabkan karena 37 orang yang harus naik pangkat baru 18 orang yang mengusulkan.

3.3.2 Pelayanan Keamanan

Tabel 3.3.3 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Keamanan Tahun 2021

No	Indikator		Standar	Pencapaian	
	Jenis	Uraian		Capaian	Keterangan
1	Input	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	100%	Dari 36 orang security memiliki sertifikat pengamanan
		System pengamanan	Ada	100%	Memenuhi Standar
2	Proses	Petugas keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam	100%	Memenuhi Standar
		Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	100%	Dilakukan evaluasi ter priwulan
3	Output	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	100%	Setiap laporan kehilangan telah diproses dan untuk barang yang tertinggal masih diamankan oleh pihak sekuriti
4	Outcome	Kepuasan pasien	≥90%	-	Belum dilakukan pengukuran kepuasan
Rata-rata				83%	

Sumber : Direktorat Adm.Umum, SDM dan Keuangan RS Unhas, 2021

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa semua standar Pelayanan Keamanan sudah memenuhi standar (100%).

3.4 SATUAN PENJAMINAN MUTU

3.4.1 Pengolahan Limbah RS Unhas

Tabel 3.4.1. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pengolahan Limbah RS Unhas Tahun 2021

No	Indikator		Standar	Pencapaian	
	Jenis	Uraian		Capaian	Keterangan
1	Input	Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No. 1204 thn 2004)	100%	Tersedia
		Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit, padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	100%	Tersedia fasilitas untuk pengolahan limbah padat dan cair
2	Proses	Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan	100%	Tersedia
		Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	100%	Tersedia
3	Output	Baku mutu cair	BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l pH 6 – 9	BOD = 21 mg/l (memenuhi) COD = 44 mg/l (memenuhi) pH = 7 (memenuhi)	Memenuhi Standar
Rata-rata				100%	

Sumber : Satuan Penjaminan Mutu RS Unhas, 2021

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa dari 5 standar pengolahan limbah RS Unhas telah memenuhi standar dengan pencapaian 100%.

3.4.2 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Tabel 3.4.2. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RS Unhas Tahun 2021

No	Indikator		Standar	Pencapaian	
	Jenis	Uraian			Jenis
1	Input	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	75%	75%	Memenuhi standar
		Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)	60%	98.5%	Memenuhi standar
		Rencana program PPI	ada	100%	Memenuhi standar
2	Proses	Terlaksanakannya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	100%	100%	Memenuhi standar
		Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	92%	Belum Memenuhi standar

No	Indikator		Standar	Pencapaian	
	Jenis	Uraian			Jenis
3	Output	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ Health Care Associated Infections (HAIs) di rumah sakit	$\geq 75\%$ tersedia data surveilans (ILO, IADP, VAP, ISK, Phlebitis)	100%	Tersedia data surveilans (ILO, IADP, VAP, ISK, Phlebitis)
	Rata-rata			94%	

Sumber : Satuan Penjaminan Mutu Organisasi RS Unhas, 2021

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa dari 5 standar pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi telah memenuhi standar. Adapun yang tidak memenuhi standar yaitu Penggunaan APD saat melaksanakan tugas.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 KESIMPULAN

Selama tahun 2021 tingkat pencapaian kinerja RS Unhas berdasarkan SPM Kepmenkes No.129/Menkes/SK/II/2008 dan pedoman SPM Kemenkes tahun 2012 adalah 88%, dengan pencapaian spm tertinggi adalah Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Bedah Sentral dan Hemodialisa. Tingkat pencapaian SPM yang sangat rendah terjadi pada pelayanan Rehabilitasi Medik yang hanya mencapai mencapai 47%.

4.2 SARAN

1. Pencatatan dan pelaporan dari setiap bagian perlu diperhatikan dan dikoordinir secara seksama dan berkala agar laporan kegiatan rumah sakit dapat tepat waktu.
2. Pencapaian SPM Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan terendah terdapat pada pelayanan Rehabilitasi Medik yakni sebesar 47% dikarenakan ada 3 indikator pelayanan yang belum memenuhi standar yaitu pemberi pelayanan rehabilitasi medik serta fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik. Terdapat satu indikator yang belum terisi yakni kepuasan pelanggan, dikarenakan belum dilakukan survey di lapangan.
3. Pencapaian SPM direktorat pelayanan penunjang sarana dan kerjasama terendah terdapat pada pelayanan Radioterapi yakni sebesar 70%. Hal ini disebabkan oleh rusaknya alat CT Simulator.
4. Pencapaian SPM Satuan Penjaminan Mutu terendah terdapat pada Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, penggunaan APD masih mencapai 83% maka disarankan untuk meningkatkan pencapaian standar pelayanan khususnya penggunaan APD saat melaksanakan tugas.

Jl. Perintis Kemerdekaan KM.11
Tamalanrea, Makassar, Sulawesi Selatan
Telp : 0411-591331 / Fax : 0411-591332
Website : www.rs.unhas.ac.id
Email : info@rs.unhas.ac.id



RSUNHAS.OFFICIAL