

**LAPORAN CAPAIAN KINERJA  
DIREKTORAT PELAYANAN PENUNJANG, SARANA MEDIK  
DAN KERJASAMA**



**RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN  
JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KM. 11  
TAMALANREA MAKASSAR  
2022**

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI .....	i
BAB I PENDAHULUAN.....	3
11. Latar Belakang .....	3
1.2 Tujuan .....	4
BAB II ORGANISASI DAN MANAJEMEN DIREKTORAT PELAYANAN PENUNJANG, SARANA MEDIK.....	5
BAB III GAMBARAN CAPAIAN KINERJA DIREKTORAT PELAYANAN PENUNJANG, SARANA MEDIK.....	15
BAB IV LAPORAN CAPAIAN KINERJA DIREKTORAT PELAYANAN PENUNJANG, SARANA MEDIK.....	17
BAB V BEST PRACTICE DAN LESSON LEARNING .....	70

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan dengan memberdayakan berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Menurut undang-undang no. 44 tahun 2009 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawatdarurat. Rumah sakit mempunyai beberapa fungsi, yaitu menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, administrasi umum, dan keuangan.

Fungsi rumah sakit selain yang diatas juga merupakan pusat pelayanan rujukan medik spesialis dan sub spesialis dengan fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitasi pasien). Maka sesuai dengan fungsi utamanya tersebut perlu pengaturan sedemikian rupa sehingga rumah sakit mampu memanfaatkan sumber daya yang dimiliki dengan berdaya guna dan berhasil guna.

Pelayanan penunjang medis di rumah sakit merupakan salah satu pelayanan yang menunjang dalam proses pelayanan medik. Pelayanan penunjang medik adalah pelayanan kepada pasien untuk membantu penegakan diagnose dan terapi. Pelayanan penunjang medis di rumah sakit terdiri pelayanan radiodiagnostik, pelayanan farmasi, pelayanan laboratorium klinik, pelayanan gizi dll.

Pelayanan penunjang medis yang ada di RS. Universitas Hasanuddin terdiri dari pelayanan radiodiagnostik, laboratorium patologi klinik, laboratorium patologi Anatomi, farmasi, gizi, laboratorium mikrobiologi, instalasi CSSD/Laundry, Instalasi pemeliharaan sarana RS . Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit pasal 52 ayat 1 menjelaskan bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan mengenai semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit.

Oleh karena perlu dilakukan evaluasi dan monitoring ke setiap pelayanan penunjang medis yang ada di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin secara terus-menerus dan sistematis dengan harapan adanya perbaikan kinerja kegiatan rumah sakit di masa yang datang.

## **1.2 TUJUAN**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

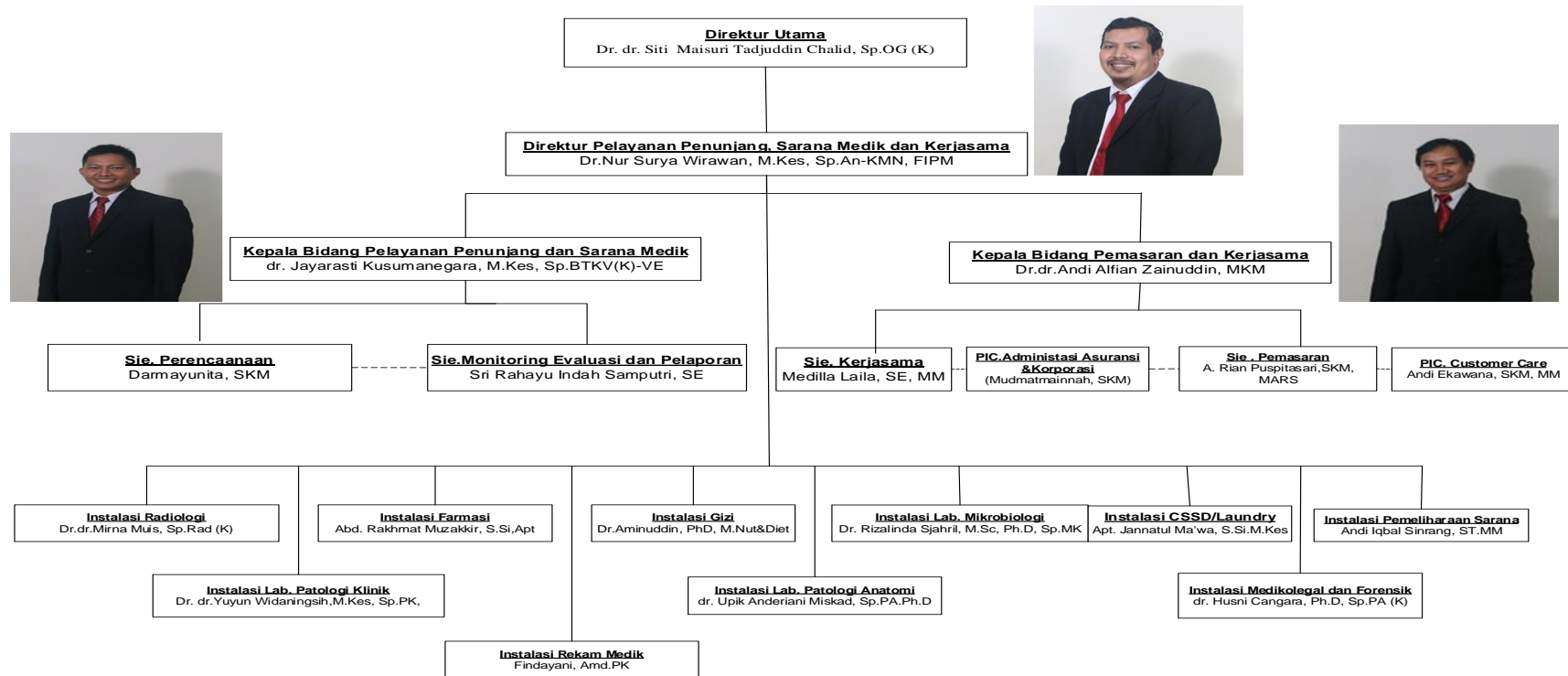
1. Untuk menciptakan lingkungan organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk memonitoring kegiatan yang dilakukan.
2. Untuk mengidentifikasi hambatan dan masalah.
3. Untuk menilai efisiensi organisasi.
4. Untuk mengevaluasi kinerja dan menilai mutu pelayanan Rumah Sakit khususnya direktorat pelayanan penunjang, sarana medis dan kerjasama
5. Untuk menilai pencapaian Standar Pelayanan Minimal setiap direktorat pelayanan penunjang medis, sarana medis dan kerjasama.

**BAB II**  
**ORGANISASI DAN MANAJEMEN DIREKTORAT PELAYANAN PENUNJANG,**  
**SARANA MEDIK DAN KERJASAMA**  
**RS. UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**TAHUN 2022**

**2.1 STRUKTUR ORGANISASI**



Gambar 1. Struktur Organisasi Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik, dan Kerjasama Rumah Sakit Unhas Tahun 2022

## 2.2 . URAIAN TUGAS (JOB DESCRIPTION)

### 1. Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama

Nama Jabatan	Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.
Wewenang	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengambil keputusan dan kebijakan operasional dalam penyelenggaraan pelayanan penunjang, sarana medik dan kerjasama.</li><li>2. Melaksanakan bimbingan pengawasan, dan evaluasi kinerja terhadap pelaksanaan tugas-tugas dalam lingkup Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li><li>3. Memberikan masukan atau saran serta pertimbangan kepada direktur utama berkenaan dengan tugas pokok dan fungsi direktur pelayanan penunjang, sarana medik dan kerjasama.</li><li>4. Mengatur dan mendistribusikan tugas kepada bawahan agar pelaksanaan tugas sesuai yang diharapkan.</li><li>5. Memberikan teguran, peringatan, dan penghargaan kepada kepala bidang, kepala instalasi dalam rangka perbaikan Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama</li><li>6. Bertanggungjawab langsung kepada Direktur Utama.</li></ol>
Tugas Pokok	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memimpin penyelenggaraan penyusunan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi kegiatan Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li><li>2. Berkoordinasi dengan direksi lainnya dalam mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama;</li></ol>

Uraian Tugas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memimpin kepala bidang dan kepala instalasi dalam lingkup Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li> <li>2. Mengevaluasi dan memeriksa rencana kegiatan tahunan (RKAT) Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li> <li>3. Mengevaluasi dan memeriksa rencana program kerja Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li> <li>4. Mengevaluasi dan memeriksa laporan kinerja triwulan dan tahunan Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li> <li>5. Mengevaluasi dan memeriksa laporan <i>key performance indicators</i> triwulan dan tahunan Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li> <li>6. Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan kegiatan dan program kerja Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama.</li> <li>7. Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan pembangunan dan Pemeliharaan gedung di Rumah Sakit</li> <li>8. Mengawasi dan mengevaluasi kelengkapan peralatan baik alat medik maupun non medik di Rumah Sakit.</li> <li>9. Menilai prestasi kinerja kepala bidang dan kepala instalasi Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama di Rumah Sakit.</li> <li>10. Melaksanakan tugas lain yang diberikan kepada Direktur Utama</li> </ol>
Kualifikasi Jabatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan dokter spesialis dan atau dokter dengan pendidikan strata dua minimal (S2) di bidang kesehatan.</li> </ol>

	2. Pengalaman kerja dibidang kesehatan selama 1 tahun
Pendidikan dan pelatihan	1. Pelatihan <i>managerial</i> 2. Pelatihan <i>leadership</i>

## 2. Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik

Nama Jabatan	Kepala Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik
Wewenang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan usulan kepada atasan dalam rangka perbaikan dan pengembangan mutu pelayanan penunjang dan sarana medik</li> <li>2. Melaksanakan bimbingan pengawasan, dan evaluasi kinerja terhadap pelaksanaan tugas-tugas staf bidang pelayanan penunjang dan sarana medik.</li> <li>3. Memberikan teguran, peringatan dan penghargaan kepada staf bidang pelayanan penunjang dalam pelaksanaan tugas-tugas yang diberikan oleh atasan.</li> </ol>
Tugas Pokok	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu Direktur Pelayanan Penunjang, Sarana Medik Dan Kerjasama dalam mengkoordinir dan mengawasi penyelenggaraan penyusunan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan penunjang dan sarana medik.</li> <li>2. Berkoordinasi dengan kepala bidang lainnya dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan penunjang dan sarana medik.</li> </ol>
Uraian Tugas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memfasilitasi penyelenggaraan penyusunan perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi dalam pelayanan penunjang dan sarana medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi</li> </ol>



	<p>Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memantau terhadap pelaksanaan kegiatan Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>3. <i>Mereview</i> rencana kerja anggaran tahunan (RKAT) Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>4. <i>Mereview</i> rencana program kerja Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>5. <i>Mereview</i> laporan kinerja triwulan dan tahunan Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>6. <i>Mereview</i> laporan <i>key performance indicators</i> triwulan dan tahunan Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> </ol>
--	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Memantau dan mengontrol penggunaan sarana/peralatan kesehatan dirumah sakit.</li> <li>8. Menerima pelimpahan alih tugas dan wewenang sementara apabila direktur pelayanan penunjang, sarana medik tidak ada ditempat.</li> <li>9. Memimpin staf bidang pelayanan penunjang dan sarana medik.</li> <li>10. Mengevaluasi kinerja staf bidang penunjang dan sarana medik.</li> <li>11. Melaksanakan tugas lain yang diberikan kepada atasan.</li> </ol>
Kualifikasi Jabatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan dokter spesialis atau dokter dengan strata dua (S2) dibidang kesehatan.</li> <li>2. Pengalaman kerja dibidang kesehatan selama 1 tahun.</li> </ol>
Pendidikan dan Pelatihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pelatihan <i>managerial</i></li> <li>1. Pelatihan <i>leadership</i></li> </ol>

### 3. Sub Perencanaan dan Pelaksanaan Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik

Nama Jabatan	Staf Sub Perencanaan dan Pelaksanaan Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik
Tugas Pokok	Menyusun perencanaan dan pelaksanaan Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik
Uraian Tugas	<p><b>a. Tugas Utama</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyusun dan mengajukan rencana kegiatan anggaran tahunan (RKAT) bidang penunjang dan sarana medik.</li> <li>2. Menyusun dan mengajukan rencana program kerja bidang penunjang dan sarana medik.</li> <li>3. Menyusun rencana kebutuhan SDM dan pendidikan serta pelatihan bidang penunjang dan sarana medik.</li> <li>4. Menyusun dan mengajukan perencanaan ATK ke Bagian Logistik Rumah Sakit.</li> </ol>

<p><b>b. Tugas Tambahan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengkoordinir, merekap dan menganalisis rencana kegiatan tahunan dan program kerja bidang pelayanan penunjang dan sarana medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>6. Mengkoordinir, merekap dan menganalisis rencana kebutuhan pendidikan dan pelatihan bidang pelayanan penunjang dan sarana medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>7. Memfasilitasi proses administrasi yang dibutuhkan dalam rangka pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan penunjang dan sarana medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>8. Menginventarisasi dan melaporkan permasalahan terkait pelayanan penunjang dan sarana medik yang meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance kepada atasan.</li> <li>9. Menyiapkan notulensi dan daftar hadir setiap pertemuan/ rapat koordinasi ;</li> <li>10. Menghadiri rapat rutin dan rapat koordinasi.</li> <li>11. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.</li> </ol>
---------------------------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitoring lingkungan rumah sakit sebagai <i>safety officer</i>.</li> <li>2. Tim Akreditasi JCI rumah sakit</li> <li>3. Tim Analisis tarif rumah sakit</li> <li>4. Membantu tim pengadaan barang alat kesehatan</li> <li>5. Mengontrol dan merekap pembelian pengadaan barang alat kesehatan.</li> </ol>
Kualifikasi Jabatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan Minimal Sarjana (S1) dibidang kesehatan</li> <li>2. Pengalaman kerja dibidang kesehatan selama 1 tahun</li> </ol>
Pendidikan dan Pelatihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan dan pelatihan penyusunan perencanaan.</li> <li>2. Magang dan atau pelatihan manajemen di bidang pelayanan penunjang.</li> </ol>

### 3. Sub Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik

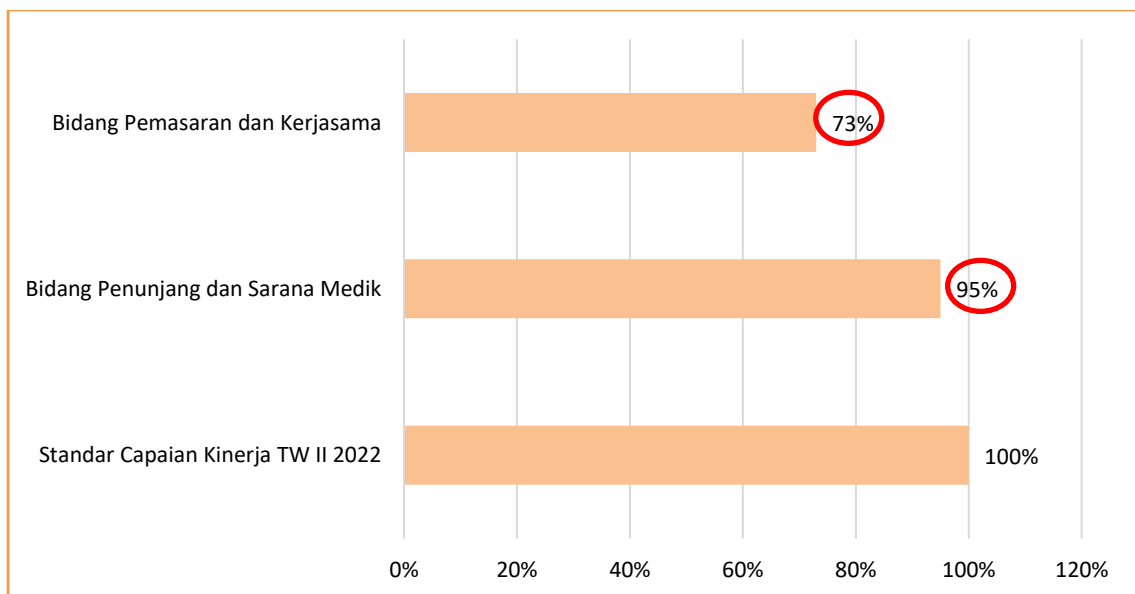
Nama Jabatan	Staf Sub Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik.
Tugas Pokok	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan bidang pelayanan penunjang dan sarana medik.</li> <li>2. Menyusun dan membuat laporan kegiatan operasonal dan laporan <i>key performance indicators</i> (SPM) bidang pelayanan penunjang.</li> </ol>
Uraian Tugas  <b>a. Tugas Utama</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitoring dan melaporkan pelaksanaan tugas-tugas bidang pelayanan penunjang dan sarana medik kepada atasan yang meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi</li> </ol>

	<p>Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menyusun dan membuat laporan pencapaian <i>key laporan key performance indicators</i> (SPM) bidang penunjang dan sarana medik.</li> <li>3. Menyusun <i>standard operational procedure</i> (SOP) bidang penunjang dan sarana medik.</li> <li>4. Mengkoordinir, merekap dan menganalisis serta mengarsipkan laporan kegiatan operasional bidang pelayanan penunjang dan sarana medik yang meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>5. Mengkoordinir, merekap, dan menganalisis serta mengarsipkan laporan pencapaian <i>key performance indicators</i> (SPM) bidang pelayanan penunjang dan sarana medik yang meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</li> <li>6. Merekap dan melaporkan <i>complaint</i> yang terkait bidang pelayanan penunjang dan sarana medik ke atasan meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance</li> <li>7. Mengkoordinir dan merekap <i>standard operational procedure</i> (SOP) bidang pelayanan penunjang dan sarana medik yang meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi</li> </ol>
--	--

<p><b>b. Tugas Tambahan</b></p>	<p>CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</p> <p>8. Mengkoordinir, merekap, dan menganalisis pedoman penyelenggaraan pelayanan setiap unit di bidang pelayanan penunjang dan sarana medik meliputi Instalasi Radiodiagnostik , Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD/Laundry, Instalasi Pemeliharaan Sarana RS, Instalasi Pemulasaran Jenazah dan Ambulance.</p> <p>9. Menyusun dan mengarsipkan surat masuk dan surat keluar</p> <p>10. Menyiapkan notulensi dan daftar hadir setiap pertemuan/ rapat koordinasi ;</p> <p>11. Mengatur jadwal dan menghadiri rapat rutin/rapat koordinasi.</p> <p>12. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.</p> <p>1. Memonitoring lingkungan Rumah Sakit sebagai <i>safety officer</i></p> <p>2. Membantu tim pengadaan barang alat kesehatan.</p> <p>3. Sebagai tim Analisis tarif rumah sakit</p>
<p>Kualifikasi Jabatan</p>	<p>1. Pendidikan Minimal Sarjana (S1) dibidang kesehatan</p> <p>2. Pengalaman kerja dibidang kesehatan selama 1 tahun</p>
<p>Pendidikan dan Pelatihan</p>	<p>1. Pelatihan Penyusunan Laporan Evaluasi Kinerja Rumah Sakit.</p> <p>2. Pendidikan dan Pelatihan Percepatan Standar Pelayanan Minimal.</p>

**BAB III**  
**GAMBARAN CAPAIAN KINERJA**  
**DIREKRORAT PELAYANAN PENUNJANG, SARANA MEDIK DAN**  
**KERJASAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**TAHUN 2022**

**Grafik .1**  
**Rerata Capaian Kinerja Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana**  
**Medik dan Kerjasama Tahun 2022**



Grafik diatas menunjukkan secara umum gambaran capaian kinerja Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama pada Tahun 2022. Capaian kinerja Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama sebesar 95%. Pada periode triwulan ini banyak program kerja dibidang pemasaran dan kerjasama tidak tercapai, dikarenakan penganggran yang seharusnya pada triwulan ini dilaksanakan namun dipindahkan pada triwulan berikutnya.

Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pada Unit Instalasi Pelayanan Penunjang Tahun 2022 mengalami peningkatan. Rerata capaian pada triwulan I mencapai 89% dengan gambaran umum capaian per unit 78% sampai 97%. Adapun rerata capaian pada triwulan

II yaitu 92% meningkat sebanyak 3% . dengan gambaran umum capaian per unit 86% sampai dengan 98%.

Hal ini menunjukkan bahwa evaluasi berkala pada unit Instalasi Penunjang berjalan dengan cukup baik ditunjukkan dengan adanya upaya perbaikan yang dilakukan. Adapun kendala yang dialami hingga belum tercapainya target 100% umumnya berasal dari proses pemenuhan SDM serta sarana prasarana yang membutuhkan koordinasi dengan lintas direktorat Rumah Sakit Unhas serta ketersediaan anggaran yang belum bisa meng-cover kebutuhan .

Sehingga upaya perbaikan semaksimal mungkin dilakukan pada sektor alur proses pelayanan yang ditingkatkan kualitasnya . Hal ini sejalan dengan evaluasi berkala pada indikator mutu rumah sakit yang juga berfokus pada upaya peningkatan kualitas mutu pelayanan dan keselamatan pasien . Namun, dengan segala keterbatasan SDM, sarana serta anggaran, Rumah Sakit Unhas dalam hal ini instalasi pelayanan penunjang pada Direktorat Pelayanan Penunjang Sarana Medis dan Kerjasama tetap berupaya agar pemenuhan standar pelayanan terhadap pasien dapat tetap berjalan bersinergi dengan indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien.



**BAB IV**  
**LAPORAN KINERJA BIDANG**  
**DIREKRORAT PELAYANAN PENUNJANG, SARANA MEDIK DAN**  
**KERJASAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**TAHUN 2022**

**3.1 Capaian Kinerja Bidang Pelayanan Penunjang Medis Dan Sarana Medik Tahun 2022**

Berikut dibawah ini pencapaian kinerja berdasarkan renstra bidang pelayanan penunjang dan saran medik Rumah Sakit Unhas Tahun 2022 ;

**Tabel 1**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Periode Tahun 2022**

**Sasaran Strategis : Tersedianya SDM dalam bidang pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang yang profesional, berakhlak mulia dan unggul yang memiliki komitmen yang tinggi**

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target 2022		Realisasi Jan-Des2022	
				Qty	%	Qty	%
1	Pengembangan jumlah dan kompetensi SDM dalam Bidang Pendidikan dan Pelatihan	1	Pelatihan Manajemen Rekam Medis	1	100%	-	-
		2	Pelatihan Pelaporan dan Statistik RS	1	100%	1	100%
		3	Pelatihan Pengolahan Berkas Rekam Medis	2	100%	-	-
		4	Pelatihan Filling dan Retrieving	1	100%	-	-
		5	Pelatihan Cross Matching	1	100%	-	-
		6	Pelatihan & Ujian kompetensi Flebotomi	5	100%	5	100%
		7	Pelatihan Manajemen Lab	5	100%	-	-

		8	Pelatihan Mikroskop	10	100%	-	-
		9	Pelatihan Hematologi	4	100%	-	-
		10	Pelatihan Manajemen Lab	2	100%	-	-
		11	Pelatihan Mutu Analisis (QC)	2	100%	-	-
		12	Pelatihan pembacaan Preparat Malaria	10	100%	-	-
		13	Pelatihan CSSD Dasar	1	100%	1	100%
		14	Pelatihan CSSD Lanjutan	2	100%	-	-
		15	Pelatihan Manajemen Laundry Dasar	1	100%	-	-
		16	Short Course CSSD/Laundry	3	100%	-	-
		17	Pelatihan Specimen Handling	1	100%	-	-
		18	Pelatihan Cytologi Tutorial FNB & Body Cavity Fluids	2	100%	-	-
		19	Pelatihan MRI Protocol Speciality (Advance)	2	100%	-	-
		20	Pelatihan Penyelenggaraan PPR Medik 2 (Wajib)	1	100%	1	100%
		21	Pelatihan Penyelenggaraan PPR Medik 1 (Wajib)	1	100%	1	100%
		22	Pelatihan Manajemen Radiodiagnostik	1	100%	-	-
		23	Pelatihan Jabfung Nutrisionis Ahli	1	100%	-	-
		24	Pelatihan Asuhan Gizi (NCP Basic)	1	100%	1	100%

		25	Pelatihan Asuhan Gizi (NCP Advance)	1	100%	-	-
		26	Pelatihan Food Services	1	100%	-	-
		27	Pelatihan Mutu Pelayanan Gizi	1	100%	-	-
		28	<i>In House Training</i> Farmasi Klinik (3 Hari)	12	100%	-	-
		29	Pelatihan/Magang PIO (Pelayanan Informasi Obat) (5 Hari)	1	100%	-	-
		30	Pelatihan/ Magang Safe handling of Cytotoxic	1	100%	-	-
		31	<i>Workshop/ Bimtek</i> Manajemen Perbekalan Farmasi	2	100%	-	-
		32	Pelatihan/Magang <i>Aseptic Dispensing</i> dan Nutrisi Parenteral (2 Hari)	1	100%	-	-
		33	Pelatihan/ Magang Farmasi Klinik (5 hari)	2	100%	-	-
		34	Pelatihan dan Sertifikasi K3 Genset	2	100%	-	-
		35	Pelatihan K3 Teknisi Lift	2	100%	-	-
		36	Pelatihan dan Sertifikasi Boiler	2	100%	-	-
		37	Manajemen, Maintenance & troubleshooting alat medis	2	100%	-	-
		38	WORKSHOP PCR dan Sequencing	1	100%	1	100%
		39	WORKSHOP Penyusunan Antibiotogram	2	100%	1	100%

		40	WORKSHOP Pemantapan Mutu Laboratorium	1	100%	1	100%
		41	Pelatihan Manajemen Laboratorium	2	100%	-	-
		42	Workshop Sehari Pra Analitik Pemeriksaan Analitik	2	100%	-	-
		43	WORKSHOP BIOMATERIAL LAB MIKROBIOLOGI	2	100%	-	-
		44	Magang Pemulasaran Jenazah	2	100%	-	-
		45	Seminar dan Workshop Forensik dan Pemulasaran Jenazah	2	100%	-	-
		46	Short Course/ Pelatihan/Training Manajemen Pelayanan Penunjang Rumah Sakit	2	100%	-	-
		47	Biaya Perjalanan Dinas Petugas Radioterapi ke BATAN	1	100%	1	100%
2	Pengembangan jumlah dan kompetensi SDM dalam bidang pemeliharaan kesehatan	1	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Farmasi Klinik	1	100%	1	100%
		2	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Apoteker	1	100%	1	100%

		3	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Tenaga Teknik Kefarmasian	1	100%	1	100%
		4	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Laboran PK	1	100%	1	100%
		5	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Laboran PA	1	100%	1	100%
		6	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM CSSD/Laundry	1	100%	1	100%
		7	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Radiografer	1	100%	1	100%
		8	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Perekam Medis	1	100%	1	100%
		9	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Administrasi	1	100%	1	100%
		10	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM IPSRS	1	100%	1	100%
		11	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Gizi	1	100%	1	100%
		12	Mengusulkan Penambahan Jumlah SDM Pemulasaran Jenazah	1	100%	1	100%

*Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022*

Berdasarkan tabel 1 diatas menunjukkan pencapaian program kerja mengenai pengembangan jumlah dan kompetensi SDM dalam Bidang Pendidikan dan Pelatihan. Pada Tahun 2022 yang terlaksanakan pelatihan sebanyak 10 pelatihan, yaitu Pelatihan Pelaporan dan Statistik RS, Pelatihan & Ujian kompetensi Flebotomi, pelatihan CSSD Dasar, Pelatihan Penyelenggaraan PPR Medik 1 (Wajib), Pelatihan

Penyelenggaraan PPR Medik 2 (Wajib), Pelatihan Asuhan Gizi (NCP Basic), WORKSHOP PCR dan Sequencing, WORKSHOP Penyusunan Antibiotogram, WORKSHOP Pemantapan Mutu Laboratorium dan Biaya Perjalanan Dinas Petugas Radioterapi ke BATAN. Capaian program kerja untuk pelatihan hanya sebesar 21.2%

Pencapaian program kerja mengenai Pengembangan jumlah dan kompetensi SDM dalam bidang pemeliharaan kesehatan. Pada tahun 2022 semua usulan satuan dokumen surat sebanyak 12 terlaksana 100%.

Sesuai dengan perencanaan tahun 2022, untuk program peningkatan kompetensi yang tidak terealisasi di tahun 2022 akan selanjutnya diajukan diperencanaantahun 2023. Sebanyak 37 rencana pelatihan dan pendidikan yang tidak terealisasi pada tahun 2022 untuk semua instalasi/unit pelayanan penunjang.

**Tabel 2**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

**Sasaran Strategis: Terlaksananya Interprofessional Education dalam proses pembelajaran yang menerapkan continuous quality improvement**

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target 2022		Realisasi Jan-Des2022	
				Qty	%	Qty	%
3	Implementasi sistem penjaminan mutu dalam	1	Melakukan verifikasi kesesuaian antara pengantar permintaan pemeriksaan dan spesimen	12	100%	12	100%

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target 2022		Realisasi Jan-Des2022	
				Qty	%	Qty	%
	Inteprofessional Education	2	Melakukan Identifikasi Pasien, Kesesuaian Nama, Rekam Medis dan Tanggal Lahir sebelum melakukan teknik sampling/Teknik Radiografi	12	100%	12	100%
		3	Melakukan Identifikasi kesesuaian standar pemeriksaan	12	100%	12	100%
		4	Melakukan verifikasi hasil pasien setelah ekspertise hasil	12	100%	12	100%
		5	Melakukan pencatatan dan pelaporan pemeriksaan di lembar terintegrasi (CPPT)	12	100%	12	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022

Berdasarkan tabel 2 diatas menunjukkan pencapaian program kerja mengenai implementasi sistem penjaminan mutu dalam Inteprofessional Education pada tahun 2022. Pada program kerja ini, kegiatan yang dilakukan dalam hal Melakukan verifikasi kesesuaian antara pengantar permintaan pemeriksaan dan specimen, Melakukan Identifikasi Pasien, Kesesuaian Nama, Rekam Medis dan Tanggal Lahir sebelum melakukan teknik sampling/Teknik Radiografi, Melakukan

Identifikasi kesesuaian standar pemeriksaan, Melakukan verifikasi hasil pasien setelah ekspertise hasil, Melakukan pencatatan dan pelaporan pemeriksaan di lembar terintegrasi (CPPT). Capaian Program kerja 100%

**Tabel 3**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

**Sasaran Strategis : Meningkatnya kecukupan dan mutu sarana dan prasarana yang mendukung pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan yang terintegrasi**

No	Progra m Kerja	No	Kegiatan	Target tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
3	Penye diaan sarana dan prasa na pemeli haraa n keseh atan	1	Mengusulkan perencanaan pengadaan alkes Inventaris dari Instalasi/Unit berdasarkan standar RS Kelas B Melalui Anggaran Non APBN	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		1	Mengusulkan perencanaan pengadaan alkes non inventaris dari Instalasi/Unit berdasarkan standar RS Kelas B Melalui Anggaran Non APBN	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		2	Mengusulkan perencanaan pengadaan peralatan kesehatan dari Instalasi/Unit/KSM berdasarkan standar RS Kelas B dan Alat Unggulan Melalui <i>Project</i>	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%



No	Progra m Kerja	No	Kegiatan	Target tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
			<i>Implementasi Unit Loan KFW</i> sesuai kajian HTA				
		2	Mengusulkan perencanaan pengadaan peralatan kesehatan dari Instalasi/Unit/KSM berdasarkan standar RS Kelas B dan Alat Unggulan Melalui <i>Project Eurogrant</i> sesuai kajian HTA	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		3	Mengusulkan perencanaan pengadaan inventaris non medis unit/instalasi pelayanan penunjang	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		4	Mengusulkan perencanaan pengadaan penggantian alat masak instalasi gizi	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		5	Mengusulkan perencanaan pengadaan penggantian alat instrument	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		5	Mengusulkan perencanaan pengadaan penggantian linen	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		6	Mengusulkan perbaikan dan renovasi ruangan unit/instalasi	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		7	Mengusulkan biaya perbaikan dan pemeliharaan alat medik	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%

No	Progra m Kerja	No	Kegiatan	Target tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
		8	Mengusulkan biaya perbaikan dan pemeliharaan alat non medik	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		9	Mengusulkan biaya perbaikan dan pemeliharaan kendaraan dinas	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		10	Mengusulkan biaya perbaikan dan pengadaan sistem utility	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%
		11	Mengusulkan kontrak maintenance alat medis dan non medis	1 Dokumen TOR	100%	1 Dokumen TOR	100%

*Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022*

Berdasarkan tabel 3 diatas menunjukkan pencapaian program kerja Penyediaan sarana dan prasarana pemeliharaan kesehatan yang terdiri beberapa kegiatan yaitu 11 kegiatan diantaranya pengusulan melalui Dokumen Tor. Capaian Program 100%

**Tabel 4**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

**Sasaran Stratesis: Terinternalisasinya budaya organisasi yang mendukung lingkungan akademik yang optimal**

N	Program Kerja	No	Kegiatan	Target Tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
4	Penyusunan kebijakan, SOP, pedoman yang mendukung lingkungan akademik yang optimal	1	Menyusun dan memutakhirkan regulasi berupa kebijakan, Pedoman, SOP pelayanan Penunjang	10	100 %	10 Dokumen SOP	100 %
	Sosialisasi kebijakan, SOP, pedoman yang mendukung lingkungan akademik yang optimal	2	Mensosialisasikan regulasi berupa kebijakan, pedoman, SOP pelayanan penunjang	10	100 %	10 Kegiatan	100 %
	Menyiapkan sarana dan prasarana untuk mendukung lingkungan akademik yang optimal	1	Mengusulkan pengadaan alat manikien untuk kebutuhan praktek klinik peserta didik	10	100 %	10 Dokumen TOR	100 %

*Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022*

Berdasarkan tabel 4 diatas menunjukkan pencapaian program kerja mengenai Penyusunan kebijakan, SOP, pedoman yang mendukung lingkungan akademik yang optimal, Sosialisasi kebijakan, SOP, pedoman yang mendukung lingkungan akademik yang optimal, Menyiapkan sarana dan prasarana untuk mendukung lingkungan akademik yang optimal sudah terlaksana. Sebanyak dokumen SOP

instalasi pemeliharaan sarana dilakukan revisi dan telah disosialisasikan.

**Tabel 5**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

**Sasaran Stratesis: Terselenggaranya pelayanan inovasi dibidang pemeliharaan kesehatan**

N	Program Kerja	No	Kegiatan	Target Tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
5	Pengembangan layanan inovasi non medis dalam rangka meningkatkan revenue Rumah Sakit	1	Mengusulkan layanan workshop kreatif IPSRS	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		2	Mengusulkan layanan drive thru pemeriksaan penunjang	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		3	Mengusulkan layanan penyediaan medium blood agar	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		4	Mengusulkan layanan gizi untuk keluarga pasien, pengunjung dan klien RS	1	100%	1 Dokumen TOR	100%

Berdasarkan table 5 diatas untuk program kerja pengembangan layanan inovasi non medis dalam rangka meningkatkan revenue Rumah Sakit sudah terlaksana. Terselenggaranya pelayanan inovasi di bidang pemeliharaan kesehatan yang optimal.

**Tabel 6**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

**Sasaran Stratesis: Terimplementasinya Continuous Quality Improvement berbasis patient safety dalam proses pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan**

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target Tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
6	Monev proses pendidikan, penelitian, pemeliharaan kesehatan yang berorientasi perbaikan mutu berkelanjutan yang terukur (indikator dan pemeriksaan lain seperti kultur, baku mutu )	1	Mengikuti kegiatan pemantapan mutu eksternal (PME) laboratorium di Badan Eksternal Mutu Laboratorium	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		2	Melakukan pemeriksaan kontrol internal setiap hari sebelum running pemeriksaan dilakukan	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		3	Melakukan kajian dan evaluasi bukti kontrol mutu hasil laboratorium luar	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		4	Melakukan kalibrasi dan uji kesesuaian alat kesehatan dan alat radiologi/radioterapi	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		5	Mengusulkan perpanjangan izin pemanfaatan peralatan radiologi dan radioterapi (Pemenuhan sertifiikasi izin pemanfataan radiasi pengion	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		6	Mengusulkan kegiatan kultur sterilisasi alat instrumnet dan linen	1	100%	1 Dokumen TOR	100%

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target Tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
		7	Mengusulkan analisis pelayanan TLD petugas radiologi dan radioterapi	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		8	Mengusulkan Penambahan TLD sebanyak 6 Buah Untuk Radiografer baru	6	100%	6 Dokumen TOR	100%
		9	Menerima kunjungan Peserta Inspeksi Keselamatan Fasilitas Radiasi dari BAPETEN	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		10	Mengidentifikasi dan melakukan pengendalian terhadap usulan permintaan kebutuhan BHP operasional rutin unit /instalasi penunjang	12	100%	12 Kegiatan	100%
		11	Melaksanakan Program <i>Hospital Tour</i> ke Instalasi pelayanan penunjang	6	100%	6 Kegiatan	100%
		12	Melaksanakan program <i>Quick Respon Time</i> pelayanan penunjang	6	100%	0 Kegiatan	0%
		13	Melaksanakan Program <i>Monday Report</i> seluruh unit/Instalasi Pelayanan penunjang	12	100%	12 Kegiatan	100%
	Implementasi manajemen risiko	1	Mengusulkan pengadaan alat pelindung diri (APD)	1	100%	1 Kegiatan	100%
		2	Mengusulkan kegiatan <i>Medical Check Up berkala</i> petugas pelayanan penunjang	1	100%	1 Kegiatan	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022

Berdasarkan tabel 6 diatas menunjukkan pencapaian program kerja mengenai monev proses pendidikan, penelitian, pemeliharaan kesehatan yang berorientasi perbaikan mutu berkelanjutan yang terukur (indikator dan pemeriksaan lain seperti kultur, baku mutu ) yaitu pada tahun 2022 program kerja ini ada 13 Kegiatan yang terlaksana dengan mencapai sebesar 100% dan 1 kegiatan yang tidak terlaksanakan dengan capaian 0%.

Sedangkan program kerja Implementasi manajemen risiko diantaranya Mengusulkan pengadaan alat pelindung diri (APD) dan Mengusulkan kegiatan Medical check up berkala petugas pelayanan penunjang mencapai 100%.

**Tabel 7**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

**Sasaran Stratesis: Meningkatnya penerapan prinsip good governance dan clinical governance dalam pengelolaan rumah sakit**

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target Tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
7	Pengembangan tata kelola logistik	1	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan farmasi, obat, BHP logistik untuk Pelayanan RS Instalasi Farmasi	1	100 %	1	100%
		2	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pelayanan RS Instalasi Lab Patologi Klinik	1	100 %	1	100%
		3	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk	1	100 %	1	100%

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target Tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
			Pelayanan RS Instalasi Lab Patologi Anatomi				
		4	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pelayanan RS Instalasi Lab Mikrobiologi	1	100 %	1	100%
		5	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pelayanan RS Instalasi Lab CSSD/Laundry	1	100 %	1	100%
		6	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pelayanan RS Instalasi Lab Radiologi	1	100 %	1	100%
		7	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pelayanan RS unit Bank Darah	1	100 %	1	100%
		8	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik Bahan makanan pasien	1	100 %	1	100%
		9	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pendidikan Peserta Didik	1	100 %	1	100%
		10	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pelayanan RS Instalasi Forensik & Medikolegal	1	100 %	1	100%
		11	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan BHP logistik untuk Pelayanan RS Instalasi Lab Radioterapi	1	100 %	1	100%



No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target Tahun 2022		Realisasi Jan-Des 2022	
				Qty	%	Qty	%
		12	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan Sparepart Pelayanan RS Instalasi Pemeliharaan Sarana RS	1	100 %	1	100%
		13	Mengusulkan pemenuhan pengadaan perbekalan bahan bakar Instalasi Pemeliharaan Sarana RS	1	100 %	1	100%
		14	Mengusulkan pemenuhan pengadaan ART unit/instalasi pelayanan penunjang	1	100 %	1	100%
		15	Mengusulkan pemenuhan pengadaan ATK unit/instalasi pelayanan penunjang	1	100 %	1	100%

*Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022*

Berdasarkan tabel 7 diatas menunjukkan pencapaian program kerja mengenai Pengembangan tata kelola logistic terlaksana semua. Demikian, Meningkatnya penerapan prinsip good governance dan clinical governance dalam pengelolaan rumah sakit dalam Pengembangan tata kelola logistik sebanyak 15 rincian kegiatan yang mendukung program tersebut dan semua kegiatan mencapai 100% terlaksana.

**Tabel 8**  
**Pencapaian Kinerja Berdasarkan Renstra**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

**Sasaran Strategis : Terimplementasinya SIM RS yang SIM RS yang mendukung decision supporting system (DSS)**

**Sasaran Strategis : Meningkatnya efektivitas dan efisiensi pengelolaan rumah sakit**

No	Program Kerja	No	Kegiatan	Target TW II 2022		Realisasi Jan-Des2022	
				Qty	%	Qty	%
9	Pembentukan pusat data dan informasi	1	Mengusulkan pembayaran biaya domain website swab rs unhas	1	100%	1 Dokumen Tor	100%
		2	Melakukan kegiatan pengelolaan rekam medik	1	100%	1 Kegiatan	100%
10	Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi Good Governance dan Clinical Governance	1	Melakukan kegiatan stok opname perbulan dan periodik	1	100%	1 Kegiatan	100%
11	Pelaksanaan Corporate Social Responsible (CSR)	1	mengusulkan Program layanan free Pemanfaatan Utilisasi Alkes	1	100%	0	0%
12	Pengembangan tata kelola aset medis	1	Mengusulkan sistem informasi Pemuktahiran data Alkes Elektromedik dan Instrument	1	100%	1 Dokumen TOR	100%
		2	Melakukan perhitungan utilisasi alat canggih	1	100%	1 Kegiatan	100%

13	Penerapan Health Technology Assesment (HTA) di Rumah Sakit secara efektif dan Efisien	1	Short Course Brainstorming studi kasus <i>Health Technology Assesment (HTA)</i>	5 Orng	100%	-	-
		2	Implementasi dan Evaluasi HTA	2	100%	2 Kegiatan	100%

Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022

Berdasarkan tabel 8 diatas menunjukkan pencapaian program kerja mengenai Pembentukan pusat data dan informasi, Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi Good Governance dan Clinical Governance, Pengembangan tata kelola aset medis, Penerapan Health Technology Assesment (HTA) di Rumah Sakit secara efektif dan Efisien sudah mencapai 100%, namun Pelaksanaan Corporate Social Responsible (CSR) dan Penerapan Health Technology Assesment (HTA) di Rumah Sakit secara efektif dan Efisien dalam kegiatan Short Course Brainstorming studi kasus *Health Technology Assesment (HTA)* tidak terlaksana

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan pencapaian program kerja mengenai Pengembangan jumlah dan kompetensi SDM dalam bidang pemeliharaan kesehatan yaitu 2 item pelatihan tidak diajukan di triwulan II tahun 2022 sehingga tidak terlaksana, sedangkam program kerja pengembangan layanan inovasi non medis dalam rangka meningkatkan revenue Rumah Sakit juga tidak diajukan dalam rencana pelatihan triwulan II tahun 2022 yang selanjutnya akan diajukan kembali di triwulan berikutnya. Kegiatan Podcast layanan RS Unhas,

Diseminasi hasil audit pemasaran RS Unhas juga tidak terlaksana pada triwulan II tahun 2022 dikarenakan pihak pemasaran tidak mengusulkan ke bidang perencanaan.

Untuk kegiatan untuk menyusun dan mereview naskah perjanjian/ dokumen kerjasama/ memorandum of understanding (MoU) dengan pihak internal dan eksternal sudah terlaksana dengan pencapaian > 100%. Evaluasi kerjasama ini terlaksana atas dukungan semua stokeholder yang terlibat dalam kegiatan kerjasama Rumah Sakit Unhas. Dan pelaksanaan monitoring kerjasama dan evaluasi kerjasama juga terlaksana sesuai target.

### **3.2 Capaian Indikator Kinerja Utama Bidang Pelayanan Penunjang Medis Dan Sarana Medik Tahun 2022**

**Tabel 9**  
**Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU)**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

No	Sasaran Strategis	Perspektif	IKU RS	DO	Target 2022	Capaian TW II Tahun 2022	Ket
1	2.1 Meningkatnya kecukupan dan mutu sarana dan prasarana yang mendukung pendidikan, penelitian, dan pemeliharaan kesehatan	Pertumbuhan dan Pembelajaran	Persentase sarana penunjang pendidikan, pelatihan dan penelitian sesuai standar	Numerator : Jenis dan Jumlah sarana, prasarana, dan peralatan untuk peserta didik yang tersedia Denominator : Jenis dan jumlah sarana, prasarana dan peralatan	80%	100%	Mengacu Pada PP NO.93 Tahun 2015 Tentang Rumah Sakit Pendidikan Standar 4 Sarana Penunjang Pendidikan

No	Sasaran Strategis	Perspektif	IKU RS	DO	Target 2022	Capaian TW II Tahun 2022	Ket
	yang terintegrasi			untuk peserta didik yang sesuai standar			
		Pertumbuhan dan Pembelajaran	Persentase Jumlah Sarana Dan Peralatan Berdasarkan Kelas B Rumah Sakit	Numerutor : Jenis dan Jumlah sarana, prasarana, dan peralatan berdasarkan kelas B rumah sakit Denominator : Jenis dan jumlah sarana, prasarana dan peralatan berdasarkan kelas B rumah sakit sesuai standar	80%	Sarana : 97,96 Peralatan : 77,25%  Rata-Rata = 87%	Mengacu pada Permenkes No.3 Tahun 2020 Dan Sesuai ASPAK
		Proses Bisnis Internal	Persentase utilisasi alat kesehatan high technology	Denominator : Jumlah jam peralatan high technology dipakai perhari dibandingkan dengan jumlah pasien	70%	53%	Kapasitas Pasien dalam Perhari

No	Sasaran Strategis	Perspektif	IKU RS	DO	Target 2022	Capaian TW II Tahun 2022	Ket
				perhari Numerutor : jumlah jam maximum peralatan high technology tersebut dipakai perhari			

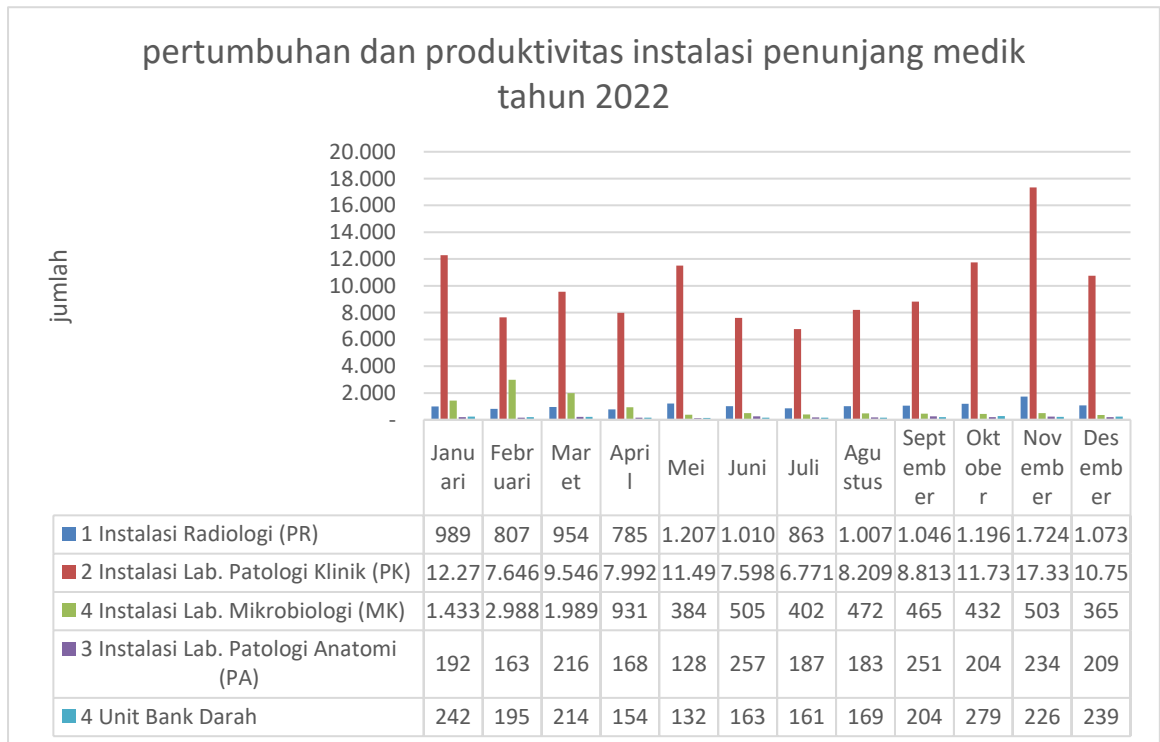
Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022

Berdasarkan tabel 9 diatas menunjukkan pencapaian IKU Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik Tahun 2022. Indikator persentase utilisasi alat kesehatan *high technology* sebesar 53% tidak memenuhi standar. Beberapa alat *high technology* di Rumah Sakit Unhas yang utilisasinya tidak optimal. Adapun salah satu cara untk meningkatkan utilisasi alat adalah dengan berkoordinasi dengan bidang pemasaran dan kerjasama untuk memasarkan alat *high technology* serta dengan melakukan CSR dengan komunitas-komunitas masyarakat.

### **3.3 Pertumbuhan dan Produktivitas Instalasi Pelayanan Penunjang Tahun 2022**

**Grafik .2**  
**Pertumbuhan dan Produktivitas Instalasi Pelayanan Penunjang**  
**Rumah Sakit Unhas Tahun 2022**

Sumber : Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik, 2022



Grafik diatas menunjukkan pertumbuhan dan produktivitas instalasi pelayanan penunjang tahun 2022. Diketahui pemeriksaan penunjang pada triwulan tahun 2022 mengalami fluktuasi. Jumlah pemeriksaan Lab patologi klinik mengalami penurunan dikarenakan kasus positif telah melandai. Pemeriksaan Lab.PA mengalami peningkatan yang cukup signifikan dibulan November dikarenakan meningkatnya jumlah operasi pada bulan tersebut.

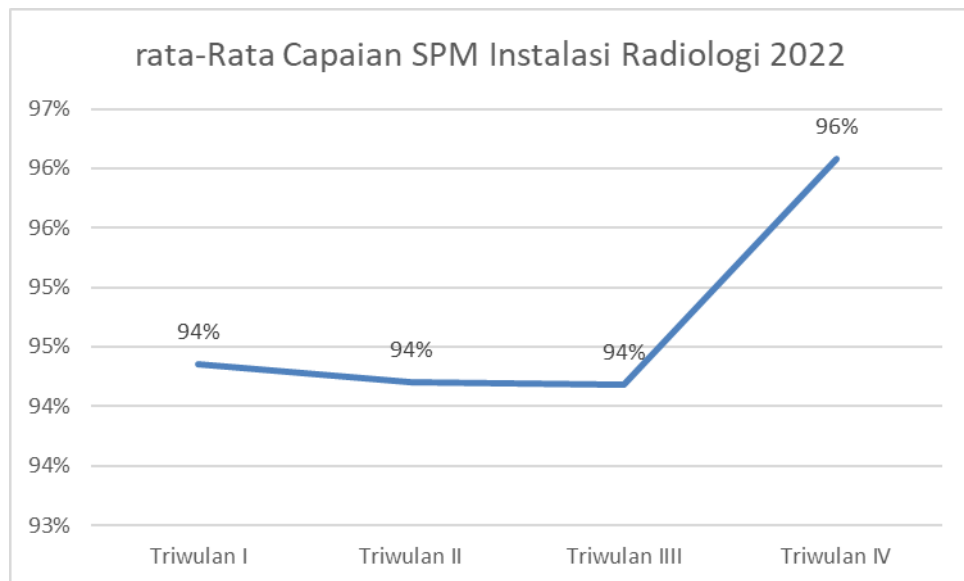
**Tabel 11**  
**Pertumbuhan dan Produktivitas Instalasi Pelayanan**  
**Penunjang Tahun 2022**  
**Rumah Sakit Unhas**

No	Uraian	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember
1	Instalasi Radiologi (PR)	989	807	954	785	1.207	1.010	863	1.007	1.046	1.196	1.724	1.073
2	Instalasi Lab. Patologi Klinik (PK)	12.279	7.646	9.546	7.992	11.498	7.598	6.771	8.209	8.813	11.738	17.333	10.750
4	Instalasi Lab. Mikrobiologi (MK)	1.433	2.988	1.989	931	384	505	402	472	465	432	503	365
3	Instalasi Lab. Patologi Anatomi (PA)	192	163	216	168	128	257	187	183	251	204	234	209
4	Unit Bank Darah	242	195	214	154	132	163	161	169	204	279	226	239



### 3.4 Capaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Pelayanan Penunjang Tahun 2022

#### 3.4.1 Instalasi Radiologi Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM Instalasi Radiologi Rumah Sakit Unhas mengacu pada standar pelayanan minimal (SPM), Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Dibawah ini pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Lab. Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas sebagai berikut ;

**Tabel 11**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Radiodiagnostik**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

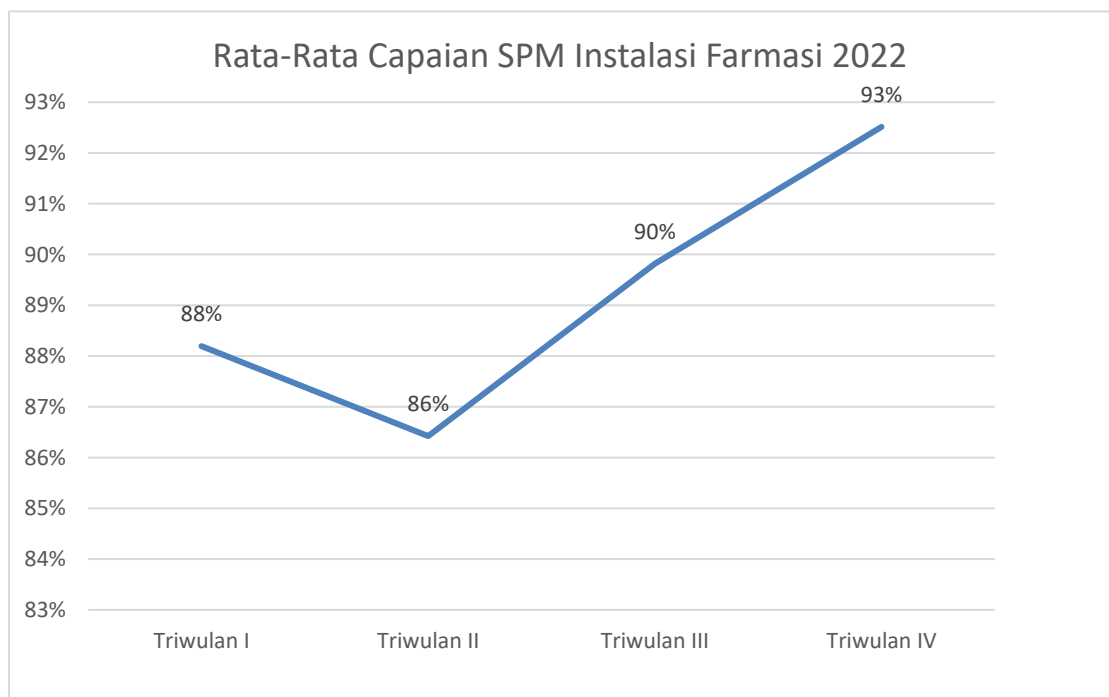
No	Jenis	Uraian indicator	Standar	Triwulan 1			Rata-rata capaian tw 1	Triwulan 2			Rata-rata capaian tw 2	Triwulan 3			Rata-rata capaian tw 3	Triwulan 4			Rata-rata tw 4	Rata-rata tahun 2022
				Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		Okt	Nov	Des		
1	Input	Pemberi pelayanan Radiologi Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Radiografi	Dokter Spesialis Radiologi dan Radiografer	100 %	100 %	100 %	100%	10 0%	10 0%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100%		100 %	100%	100%	100%
			Sesuai standar Depkes tahun 2008 bahwa RS. Tipe / kelas B harus memenuhi 17 item dibawah ini 1. MSCT-Scan 2. Fluoroscopy 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	69%	69%	69%	69%	69 %	69 %	69%	69%	69%	69%	69%	69%	80%	80%	80%	80%	72%

			14. Picture Archiving Communication System (PACS) 15 Emergency kit 16.Viewing box 17.Generator 18. mri																		
2	<b>Pros</b>	Waktu tunggu(re spon time) hasil pelayanan foto thorax	<3 jam	95%	96%	100 %	97%	96 %	96 %	97%	96%	92%	98%	98%	96%	99%	99%	99%	96%	96%	
		Kerusaka n Foto	< 2%	100 %	100 %	100 %	100%	10 0%	10 0%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%
		Tidak terjadinya kesalahan penyeraha n hasil radiologi	100%	100 %	100 %	100%	10 0%	10 0%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%
3	<b>Outp ut</b>	Pelaksana Ekspertisi Dokter Spesialis Radiologi	100%	100 %	100 %	100%	10 0%	10 0%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	

Sumber : Instalasi Radiologi RS. UNHAS, 2022

Berdasarkan tabel 11 di atas menunjukkan pencapaian Standar Pelayanan Minimals (SPM) Instalasi Radiodiagnostik Rumah Sakit Unhas Tahun 2022. rerata Capaian Standar Mutu Pelayanan (SPM) Instalasi Radiologi pada Triwulan IV Tahun 2022 yaitu 96% berbeda dengan Triwulan III sebesar 96%. Hal ini mengalami peningkatan berdasarkan standar Departemen Kesehatan Tahun 2008 bahwa Rumah Sakit Tipe B harus memiliki 17 item alat diagnostik. adapun yang dimiliki Rumah Sakit Unhas yaitu (MSCT Scan (rusak); Fluoroscopy;USG;Fixed Unit dan atau Digital Mobile X-Ray;C-arm;Computed Radiography (CR);Peralatan Proteksi Radiasi;Perlengkapan Ukur Radiasi;Quality Assurance dan Quality Control; Picture Archiving Communication System(PACS);Emergency Kit;Viewing Box;Generator;MRI) sehingga capaian kelengkapan alat radiologi yaitu 69%.

### 3.4.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas mengacu pada standar pelayanan minimal (SPM), standar keselamatan pasien berdasarkan dan Standar Akreditasi dari KARS serta Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Dibawah ini pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Lab. Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas sebagai berikut ;

**Tabel 12**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Farmasi**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

No	Indikator		Standar	Capaian Triwulan 1			Rata-Rata Capaian TW1	Capaian Triwulan 2			Rata-Rata Capaian TW2	Capaian Triwulan 3			Rata-Rata Capaian TW3	Capaian Triwulan 4			Rata-Rata Capaian TW4			
	Jenis	Uraian		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		Okt	Nov	Des				
1	Input	1.	Pemberi pelayanan farmasi (Rasio Lembar R/ per Apoteker)	Sesuai kelas rumah sakit	Manajemen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%			
					Rawat Jalan	Apotek Rawat Jalan	86,23%	81,84%	83,17%	84%	148,60%	88,43%	106,08%	114%	91,38%	97,95%	110,00%	100%	113%	115,23%	115,27%	115%
						Depo Kemoterapi	59,80%	44,84%	52,15%	52%	53,10%	56,78%	58,95%	56%	61,43%	63,64%	77,36%	67%	64,57%	68,27%	76,64%	70%
						Apotik Ged.A (Eye Center) dan Depo OK Mata	95,42%	65,68%	82,82%	81%	78,01%	74%	101,62%	85%	95,90%	94,73%	101,18%	97%	96,95%	102,00%	119,55%	106%
					Rwt Inap	Apotek Rawat Inap	170,26%	142,88%	89,65%	134%	63,57%	69,88%	89,60%	74%	70,23%	84,95%	108,43%	88%	98,80%	91,89%	91,17%	94%
						Depo OK/HD/ICU	64,56%	47,14%	58,77%	57%	51,00%	49,52%	72,06%	58%	71,18%	69,89%	86,11%	76%	67,15%	56,50%	65,06%	63%

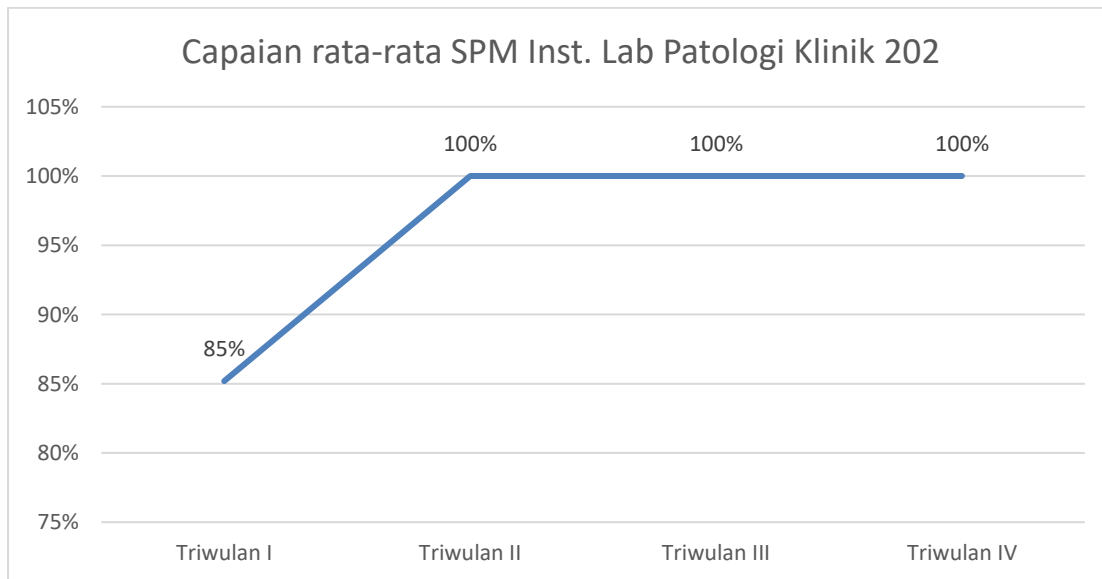
No	Indikator			Standar	Capaian Triwulan 1			Rata-Rata Capaian TW1	Capaian Triwulan 2			Rata-Rata Capaian TW2	Capaian Triwulan 3			Rata-Rata Capaian TW3	Capaian Triwulan 4			Rata-Rata Capaian TW4
	Jenis		Uraian		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		Okt	Nov	Des	
		2.	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	
		3.	Ketersediaan formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 thn	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Proses	4.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	99,89%	99,93%	100%	100%	100%	99,82%	100%	100%	100%	99,46%	100%	99,54%	100%	99,92%	100%	
		5.	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,77%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%
3	Output	6.	Tidak adanya kejadian salah pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
4	Outcome	7.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %					100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Sumber : Instalasi Farmasi RS. UNHAS, 2022

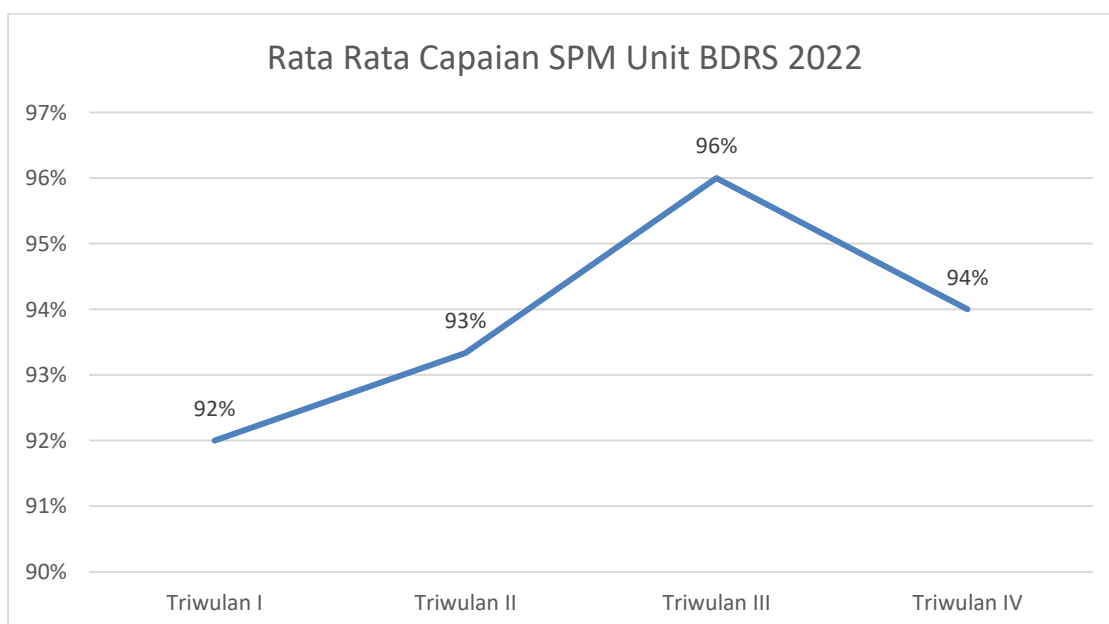
Tabel 12 menunjukkan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Farmasi Rumah Sakit Unhas Tahun 2022. Pada Instalasi Farmasi terdapat beberapa indikator yang belum memenuhi standar pelayanan minimal baik pada Triwulan II sebanyak 86% dan Triwulan III sebanyak 90% serta Triwulan IV sebanyak 93%. Untuk indikator ketersediaan fasilitas capaian rata-rata meningkat 13% menjadi 63% yaitu disebabkan oleh Lemari CDSC sudah tersedia, kemudian untuk waktu tunggu pelayanan obat jadi  $\leq$  30 menit Oktober : dari 2192 resep terdapat 1 resep yang tidak memenuhi standar waktu tunggu resep obat jadi (kurang dari 30 menit). November : dari 2264 resep terdapat 9 resep yang tidak memenuhi standar waktu tunggu resep obat jadi (kurang dari 30 menit). Desember : dari 2397 resep 2 resep yang tidak memenuhi standar waktu tunggu resep obat jadi (kurang dari 30 menit)



### 3.4.3 Instalasi Laboratorium Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas mengacu pada standar pelayanan minimal (SPM), standar keselamatan pasien berdasarkan dan Standar Akreditasi dari KARS serta Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Dibawah ini pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Lab. Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas sebagai berikut ;



Dalam mengukur indikator SPM Instalasi Laboratorium Bank Darah Rumah Sakit Unhas mengacu pada standar pelayanan minimal (SPM), standar keselamatan pasien berdasarkan dan Standar Akreditasi dari KARS serta Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Dibawah ini pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Lab. Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas sebagai berikut ;

**Tabel 13**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal**  
**Instalasi Lab. Patologi Klinik Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

No	INDIKATOR		STANDAR	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian Triwulan 2			Rata-Rata Capaian TW2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW4	Capaian 2022
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		OKT	NOV	DES		
1	Input	1. Pembeber pelayanan laboratorium patologi klinik	Sesuai kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan lab. Pat. klinik	≤ 120 menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Kemampuan memeriksa HIV – AIDS	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Output	6. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spes. Pat. klinik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		8. Kesesuaian hasil pemeriks. baku mutu eksternal	100%	0%	100%	100%	67%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92%

No	INDIKATOR		STANDAR	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian Triwulan 2			Rata-Rata Capaian TW2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW4	Capaian 2022
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		OKT	NOV	DES		
4	Outcome	9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	tidak ada pengisian kuesioner			0	0	0	0	0								0	0%
TOTAL				85%				100%				100%				100%				88%

Sumber : Instalasi Lab. Patologi Klinik RS. UNHAS, 2022

Tabel 13 menunjukkan pencapaian Standar Pelayanan Minimals (SPM) Instalasi Lab. Patologi Klinik Rumah Sakit Unhas Tahun 2022. Untuk Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada indikator Instalasi Laboratorium Patologi Klinik tercapai 100% kecuali untuk pengisian kepuasan pelanggan yang tidak terukur. Hal ini disebabkan oleh pengisian survey kepuasan yang tidak diisi oleh pasien atau keluarga untuk layanan laboratorium. Sehingga untuk indikator ini tidak dapat diukur pada Triwulan III Tahun 2022. Rerata capaian keseluruhan tahun 2022 sebesar 88%.

**Tabel 14**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Unit Bank Darah**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

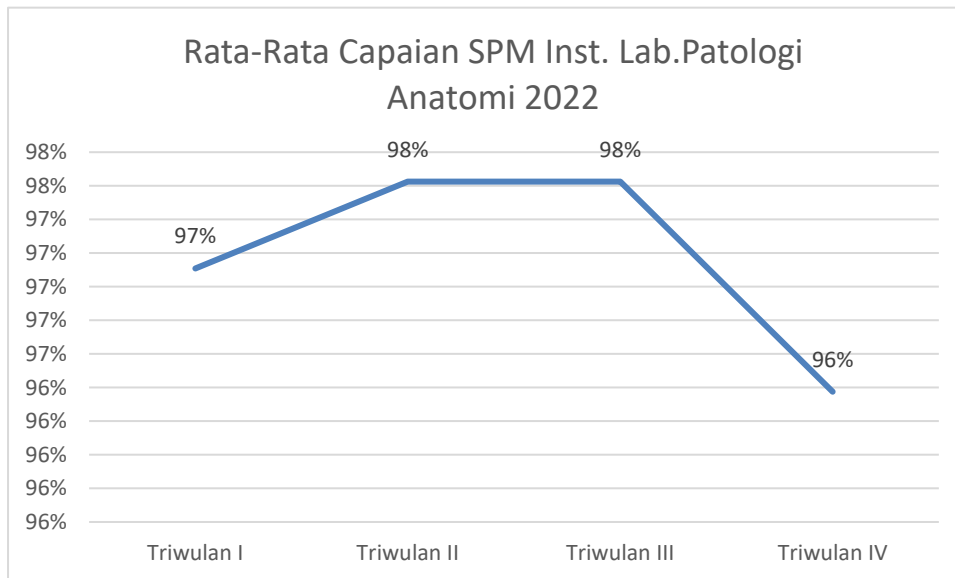
NO.	INDIKATOR		STANDAR	CAPAIAN TW 1			Rata-rata capaian TW 1	Capaian TW 2			RATA-RATA CAPAIAN TW 2	Capaian TW 3			Rata-rata capaian TW3	Capaian TW 4			Rata-rata capaian TW4	Rata-rata capaian TW2022
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		JULI	AGT	SEP		OKT	NOV	DES		
1	Input	Tenaga penyedia pelayanan BDRS	Sesuai standar BDRS (100%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketersediaan fasilitas dan alat BDRS	Tidak Sesuai standar BDRS	80%	80%	80%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Proses	Kejadian reaksi transfusi	≤0.01	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%
3	Output	Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	80%	80%	100%	87%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97%
4	Outcome	Kepuasan pelanggan	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
TOTAL				92%			93%			96%			94%							

Sumber : Unit Bank Darah, 2022

Tabel 15 menunjukkan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Unit Bank Darah Tahun 2022. Rerata capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Unit Bank Darah Rumah Sakit Unhas periode Triwulan II Tahun 2022 sebesar 93%. Untuk indikator pemenuhan kebutuhan darah pada Triwulan III Umumnya Stok aman untuk STATUS diambil. Sedangkan untuk persiapan jika stok tidak cukup, di rujuk ke PMI kande atau UPTD dinkes pada Bulan Juli terdapat 5 rujukan permintaan darah, Agustus sebanyak 5 pasien serta September sebanyak 2 pasien.

Pencapaian rerata Standar pelayanan bank darah pada triwulan I 92%, triwulan II sebanyak 93% dan triwulan III sebanyak 96%. Hal ini menunjukkan dari triwulan pertama hingga ketiga mengalami peningkatan dalam upaya pelayanan bank darah yang maksimal.

### 3.4.4 Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas mengacu pada standar pelayanan minimal (SPM), standar keselamatan pasien berdasarkan dan Standar Akreditasi dari KARS serta Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Dibawah ini pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Lab. Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas sebagai berikut ;

**Tabel 15**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2022**

NO	INDIKATOR		STANDAR	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian TW 2			Rata-Rata Capaian TW 2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian 2022
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sept		OKT	NOV	DES		
1	Input	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi Anatomi	Sesuai kelas RS (100%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas RS (100%)	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%	81%
2	Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan lab. Pat. Anatomi	≤ 6 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	98%
		4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Output	5. Ekspektasi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Spes. Pat. Anatomi (100%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



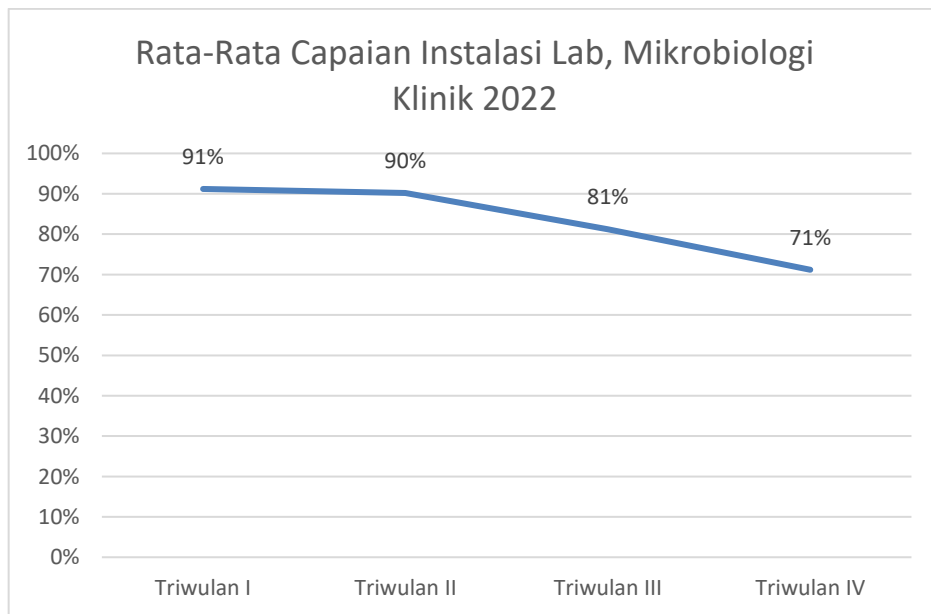
NO	INDIKATOR		STANDAR	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian TW 2			Rata-Rata Capaian TW 2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian 2022	
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sept		OKT	NOV	DES			
				9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	100%		100%	100%	100%		100%	100%	100%		100%	100%	100%			100%
4	<b>Outcome</b>	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	92%	95%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
TOTAL				97%				98%				98%				96%					

*Sumber Data: Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi, 2022*

Tabel 15 menunjukkan pencapaian standar pelayanan minimal Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas Tahun 2022. Untuk Capaian Standar pelayanan minimal pada Instalasi laboratorium Patologi Anatomi terdapat 1 (satu) item indikator yang belum mencapai standar yaitu pada indikator fasilitas dan peralatan dimana mencapai 81% dari standar 100% sesuai kelas B Rumah Sakit. Hal ini disebabkan karena dari 42 jenis peralatan standar yang harus dimiliki Rumah Sakit Kelas B, ada 8 jenis peralatan yang belum dimiliki oleh laboratorium Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas.

Pencapaian rerata Standar pelayanan laboratorium patologi anatomi pada triwulan I 97%, triwulan II sebanyak 98% dan triwulan III sebanyak 98%. Hal ini menunjukkan dari triwulan pertama hingga ketiga mengalami peningkatan dalam upaya pelayanan laboratorium patologi anatomi yang maksimal

### 3.4.5 Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Rumah Sakit Unhas mengacu pada standar pelayanan minimal (SPM), standar keselamatan pasien berdasarkan dan Standar Akreditasi dari KARS serta Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Dibawah ini pencapaian Standar Pelayanan Minimals (SPM) Instalasi Lab. Patologi Anatomi Rumah Sakit Unhas sebagai berikut ;

**Tabel 16**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)**  
**Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

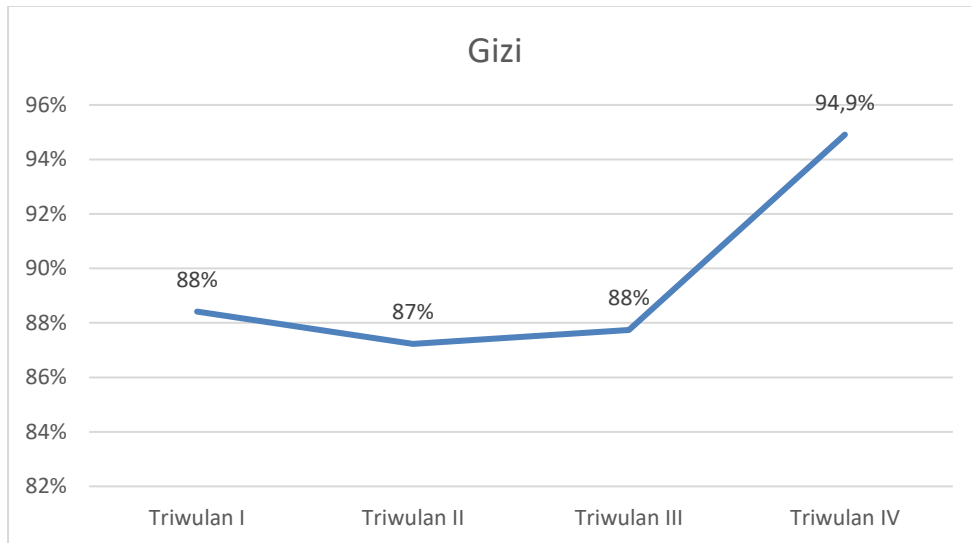
NO	INDIKATOR		STANDAR	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian TW 2			Rata-Rata Capaian TW 2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian TW 2022			
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		Okt	Nov	Des					
1	Input	1. Pembe-ri pelayanan laboratoriu-m Mikrobiolog-i klinik	Sesuai kelas RS	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
		2. Fasilit-as dan peralatan	Sesuai kelas RS	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	79%	
2	Proses	3. Waktu tunggu Mikrobiolog-i klinik	Kultur Aerob ≤ 7 hari, PCR ≤ 5 hari	100 %	100 %	100 %	100%	99,9 1%	99,52 %	99,59 %	100%	100%	100 %	99,7 4%	99,91%	100%	99,78 %	99,72 %	100%	100%	100%		
		4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	100 %	100 %	100, 00%	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		5. Kema-mpuan memeriksa HIV – AIDS	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%
		6. Kema-mpuan Mikroskopis TB Paru	Tersedia tenaga, peralatan, dan reagen	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Output	7. Eksper-tisi hasil pemeriksaa-n laboratoriu-m	Dokter Spes. Mikrobiolog-i klinik	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

NO	INDIKATOR		STANDAR	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian TW 2			Rata-Rata Capaian TW 2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian TW 2022
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		Okt	Nov	Des		
		8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		9. Kesesuaian hasil pemeriks. baku mutu eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	67%	0%	97%
4	Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Tidak ada yg mengisi survey															0%	100%
TOTAL				91%			90%			81%			71%			91%				

Sumber Data: Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik, 2022

Tabel 5 Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Rumah Sakit Univeristas Hasanuddin tahun 2022. Pencapaian SPM Instalasi Laboratorium Laboratorium Mikrobiologi selama periode Triwulan Tahun 2022 sebesar 90%. Hanya ada satu indikator yang tidak memenuhi standar. Indikator waktu tunggu pelayanan mikrobiologi klinik tidak memenuhi standar dikarenakan pada bulan Agustus Dari 8180 jumlah pemeriksaan sampel, ada dua pemeriksaan yang respon time nya melebihi batas ( kultur jamur ), September : Dari 3877 jumlah spesimen yang masuk di Lab.Mikrobiologi, ada 1 spesimen yang telat rilis (kultur aerob).

### 3.4.6 Instalasi Gizi Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator mutu pelayanan Instalasi Gizi Rumah Sakit Unhas mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM), standar akreditasi JCI, Pedoman Gizi Rumah Sakit dan Pedoman Peralatan, Saran dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B. Dibawah ini tabel pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Gizi Rumah Sakit Unhas periode Triwulan II tahun 2022 sebagai berikut ;

**Tabel 17**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Gizi Rumah Sakit Unhas**  
**Tahun 2022**

No	Indikator		Standar	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian TW 2			Rata-Rata Capaian TW 2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian 2022	
	Jenis	Uraian		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sept		OKT	NOV	DES			
1	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan (100%)	75%	75%	75%	75%	67%	75%	75%	72%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	74%
		2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi	Tersedia (100%)	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	50,6%	50,6%	50,6%	51%
		3. Ketepatan waktu pemberian makanan pd pasien	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,67%	99,89%	100%
		4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	100%	100,0%	100%	100%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99,67%	100%
2	Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	100%
		Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien kanker	≤ 20%	100%	95%	85%	93%	90%	90%	85%	88%	90%	90%	85%	88%	85%					90%
3	Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL				88%			87%			88%			94,9			<b>90%</b>					

Sumber Data : Instalasi Gizi RS. Unhas, 2022

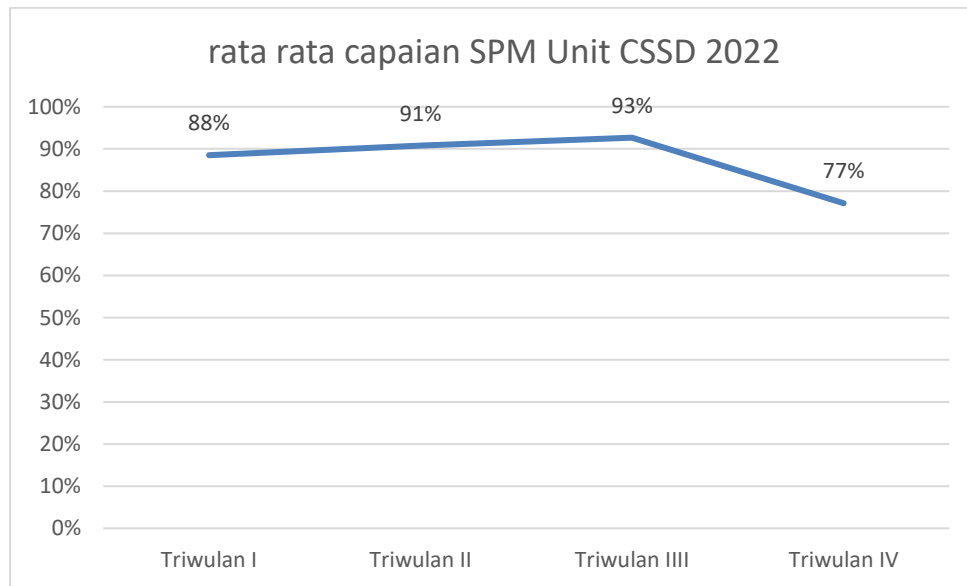
Tabel 7 menunjukkan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gizi Rumah Sakit Unhas tahun 2022. Pencapaian SPM Instalasi Laboratorium Mikrobiologi selama periode Triwulan III Tahun sebesar 89%. Pada Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Gizi terdapat beberapa yang belum mencapai standar diantaranya yaitu , Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi; sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien; sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien kanker; Untuk indikator Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Gizi yaitu dari 1285 item standar peralatan dan fasilitas peralatan pelayanan saat ini baru terdapat 650 item yang terpenuhi ,

pada indikator makanan yang tidak termakan oleh pasien dimana untuk pengumpulan datanya itu diambil dari hasil recall 24 jam yang dilakukan sama dietisien ruangan yang dicatat di buku register dietisien ruangan. Dengan yang jadi kriteria sampelnya pasien dewasa (usia >18 tahun) yang dietnya makanan biasa. Pada triwulan III Rerata capaian sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien pada bulan Juli sebesar 15.81% dan pada bulan Agustus sebesar 17.58% kemudian pada bulan September sebesar 16.26% Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien kanker pada Triwulan III yaitu Juli 32.27%, Agustus 32,36% dan September 35,22% sedangkan standarnya yaitu  $\leq 20\%$  sehingga tidak memenuhi standar capaian yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena efek samping dari obat kemoterapi yang membuat kebanyakan pasien merasa mual sehingga nafsu makan pasien menurun.

Indikator selanjutnya yaitu sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien kanker, Pengambilan sampel sisa makanan untuk pasien layanan kanker baru dilakukan pada bulan April sehingga pada bulan Januari, Februari, dan Maret belum ada rerata capaian sisa makanan pasien layanan kanker. Kemudian pada bulan April rerata capaian sisa makanan pasien layanan kanker sebanyak 29.34% dan pada bulan Mei rerata sisa makanan pasien layanan kanker adalah sebanyak 27.34%, kemudian pada bulan Juni rerata capain sis makanan pasien kanker adalah sebanyak 31.69%. Hal ini disebabkan karena efek samping dari obat kemoterapi yang membuat kebanyakan pasien merasa mual sehingga nafsu makan pasien menurun.

### 3.4.7 Instalasi CSSD/Laundry Rumah Sakit Unhas

#### 3.4.7.1 Instalasi CSSD Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM pelayanan Instalasi CSSD Rumah Sakit Unhas mengacu pada Standar Pelayanan Minimal (SPM), standar akreditasi JCI, Pedoman CSSD Rumah Sakit dan Pedoman Peralatan, Saran dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B. Dibawah ini tabel pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi CSSD Rumah Sakit Unhas periode Triwulan II tahun 2022 sebagai berikut ;



**Tabel 18**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi CSSD Rumah Sakit Unhas**  
**Tahun 2022**

NO	INDIKATOR		STAN DAR	TW1			Rata- Rata Capai an TW 1	TW 3			Rata- Rata Capai an TW 2	TW 3			Rata- Rata Capai an TW 3	TW 4			Rata- Rata Capai an TW 4	Rata- Rata Capai an 2022		
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		OKT	NOV	DES		OKT	NOV	DES				
1	Input	Kelengkapan Jumlah Sarana Dan Peralatan Berdasarkan Kelas B Rumah Sakit	100%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	44%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	72%	
		Persentase Staf yang Mengetahui Tentang Resiko Infeksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kelengkapan Jumlah SDM Berdasarkan Kelas B Rumah Sakit	≥ 85%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
		Presentasi staf yang memiliki sertifikat pelatihan CSSD dasar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Tersedianya penanggung jawab CSSD	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Proses	Terpenuhinya alat dan bahan steril sesuai permintaan unit pengguna	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Kelengkapan isi set instrument	100%	99,00%	99,00%	99,70%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	99%	99%	97%	92%	88%	92%	100%	

NO	INDIKATOR		STANDAR	TW1			Rata-Rata Capaian TW 1	TW 3			Rata-Rata Capaian TW 2	TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	TW 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian 2022
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		OKT	NOV	DES		OKT	NOV	DES		
		Persentase kegiatan dekontaminasi tidak terlaksana sesuai SOP	0%	0%	20%	20%	20%	80%	20%	40%	20%	100%	80%	60%	40%	60%	40%	20%	20%	27%
3	Outcome	Kepuasan Internal	100%	100%	98%	98%	98%	98%	98,15%	98,15%	98%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%
TOTAL				88%				91%				93%				77%				94%

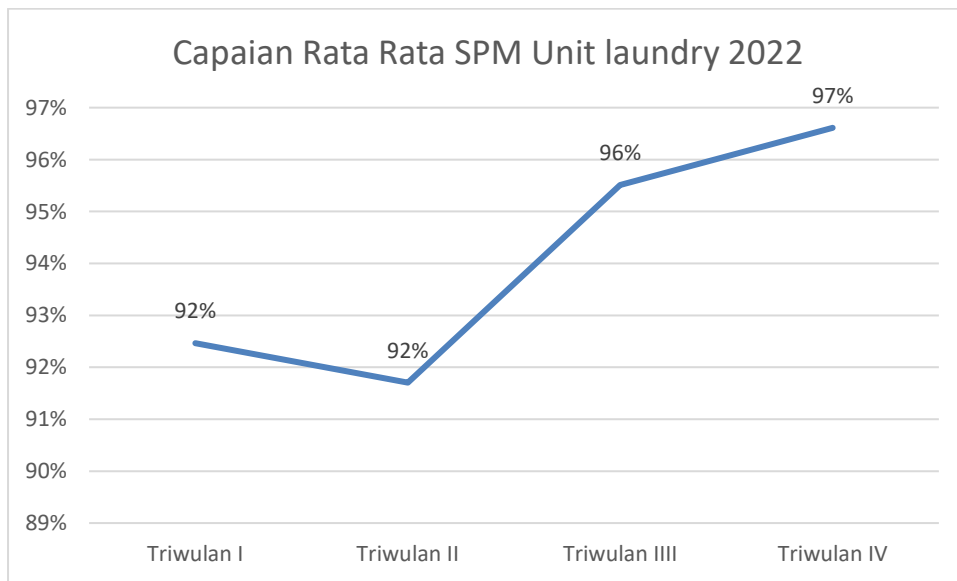
Sumber data : Instalasi CSSD, 2022

Tabel 18 menunjukkan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi CSSD Rumah Sakit. Universitas Hasanuddin periode Triwulan tahun 2022. Rata-rata pencapaian Instalasi Laundry triwulan II tahun 2022 hanya mencapai 91%.

Pada Triwulan III Tahun 2022 terdapat penurunan persentasi kegiatan dekontaminasi yang terlaksana sesuai SOP disebabkan oleh adanya perubahan alur layanan CSSD yang berakibat pada perubahan prosedur layanan sterilisasi sehingga staf membutuhkan waktu untuk menyesuaikan prosedur yang baru.

Pada Triwulan IV terjadi penurunan angka ketersediaan instrumen hal ini disebabkan oleh sejumlah isi set instrumen sudah tidak laik pakai seperti gunting yang tidak tajam, klem yang tidak menjepit dll sehingga harus dikeluarkan dari set meski tidak ada spare instrumen untuk mengganti. Dan diperkirakan jumlah ini akan semakin bertambah mengingat usia instrumen yang sudah cukup lama.

### 3.4.7.2 Instalasi Laundry Rumah Sakit Unhas



Instalasi Laundry Rumah Sakit Unhas mengukur indikator SPM pelayanan laundry mengacu standar pelayanan minimal di Rumah Sakit, standar akreditasi di Rumah Sakit .Dan dibawah ini pencapaian Standar Pelayanan Minimals (SPM) Instalasi Laundry Rumah Sakit Unhas periode Triwulan II Tahun 2022 sebagai berikut

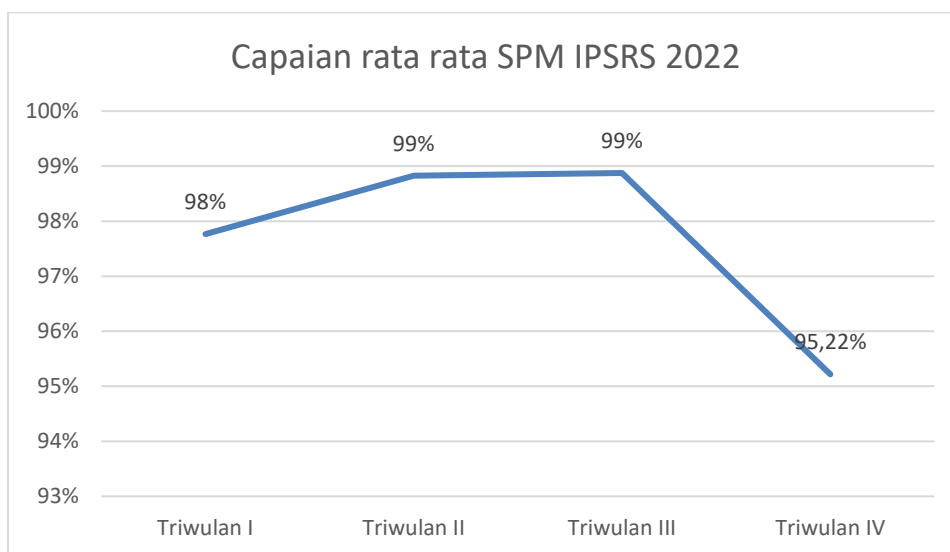
**Tabel 19**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Laundry Rumah Sakit Unhas Tahun 2022**

NO	INDIKATOR		Standar	TRIWULAN 1			Rata-Rata Capaian TW 1	TRIWULAN 2			Rata-Rata Capaian TW 2	TRIWULAN 3			Rata-Rata Capaian TW 3	TRIWULAN 4			Rata-Rata Capaian TW IV	Rata-Rata Capaian 2022	
	JENIS	URAIAN		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		JULI	AGT	SEP		OKT	NOV	DES			
1	Input	Ketersediaan Layanan Laundry	ada SK	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		Adanya Penanggung Jawab Laundry	Tersedia 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	100%	83%	89%	89%	87%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%
2	Proses	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	91,44%	91%	91%	91%	87%	87%	87%	87%	90,44%	91,30%	91,16%	91%	91,30%	91,30%	91,30%	97%	90%	
3	Output	Ketersediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	91,44%	91%	91%	91%	87%	87%	87%	87%	90,44%	100,00%	91,16%	94%	91,30%	91,30%	91,30%	97%	91%	
		Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	92%	87%	100%	98,86%	98,86%	99%	100%	100%	90%	97%	92%	
		Kepuasan internal	ada SK													99%	98,86%	98,86%	99%		
TOTAL				92%				92%				96%				97%				94%	

Sumber Data : Instalasi Laundry RS. Unhas, 2022

Tabel 19 menunjukkan Pencapaian Standar Pelayanan Minimals Instalasi Laundry Rumah Sakit Unhas Tahun 2022. Pencapaian SPM Instalasi Laundry Rumah Sakit Unhas periode Triwulan II tahun 2022 sebesar 93%..Untuk Ketersediaan linen steril menurun dari Triwulan III sebelumnya , disebabkan ketersediaan linen belum memenuhi standar yang disepakati dengan unit pengguna dan tidak adanya realisasi pengadaan linen TW IV

### 3.4.8 Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM pelayanan Instalasi Pemeliharaan Sarana RS. Unhas mengacu standar pelayanan minimal Rumah Sakit, standar akreditasi JCI (KARS) dan pedoman sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Berikut ini pencapaian Standar Pelayanan Minimals (SPM) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Unhas selama periode Triwulan II tahun 2022 yaitu

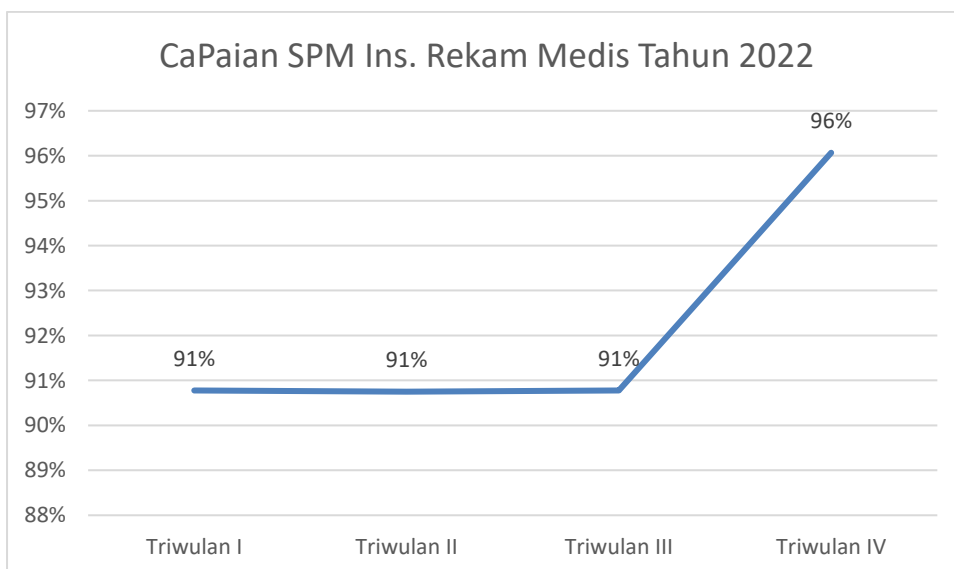
**Tabel 20**  
**Pencapaian (SPM) Instalasi Pemeliharaan Sarana**  
**Rumah Sakit Unhas Tahun 2022**

NO	Indikator	Spesifikasi /standar	Triwulan 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Triwulan 2			Rata-Rata Capaian TW 2	Triwulan 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Triwulan 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian 2022
			Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		okt	nov	Des		
1	Adanya Penanggung Jawab IPSRS	Ada/100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia/100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat ≤ 15 menit	Alat Non Medik/ >80%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	97,00%	99,00%	97,00%	98%	99%
		Alat Medik/ >80%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%	92,00%	98,00%	97%
4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat berdasarkan schedule maintenance	Alat Non Medik/100%	76,85%	91,27%	91,62%	87%	92,42%	93,09%	93,38%	93%	92,95%	93,14%	93,67%	93,25%	91,99%	93,80%	94,78%	94%	92%
		Alat Medik/100%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	100%	100,00%	100,00%	100%	100%	100%	100,00%	100%	95,00%	90,00%	96,00%	94%	98%
5	Ketepatan waktu kalibrasi alat	Dihitung pada Triwulan IV																85%	93%
TOTAL			98%				99%				99%				95,22%				97,37%

Sumber Data : Instalasi Pemeliharaan Sarana RS. Unhas, 2022

Tabel 20 Menunjukkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Unhas periode tahun 2022. rerata Capaian SPM Instalasi IPSRS yaitu 97,37% hal ini disebabkan oleh masih terdapatnya ketidaktepatan waktu pemeliharaan dan maintenance alat non medik yang belum mencapai 100%. Terjadi Fluktuasi perubahan ketepatan waktu maintenance alat pada TW 4 disebabkan karena ada nya beberapa faktor : adanya anggota IPSRS yang resign, beberapa mengambil cuti di waktu yang hampir bersamaan, perubahan struktur RS. Ketiga hal tersebut tidak dibarengi dengan penggantian SDM sehingga efektifitas dalam ketepatan waktu maintenance alat berubah

### 3.4.9 Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit Unhas



Dalam mengukur indikator SPM pelayanan Instalasi Pemeliharaan Sarana RS. Unhas mengacu standar pelayanan minimal Rumah Sakit, standar akreditasi JCI (KARS) dan pedoman sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Berikut ini pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Unhas selama periode Triwulan II tahun 2022 yaitu

**Tabel 21**  
**Pencapaian (SPM) Instalasi Rekam Medik**  
**Rumah Sakit Unhas Tahun 2022**

No	INDIKATOR	STANDAR	Capaian TW 1			Rata-Rata Capaian TW 1	Capaian TW 2			Rata-Rata Capaian TW 2	Capaian TW 3			Rata-Rata Capaian TW 3	Capaian TW 4			Rata-Rata Capaian TW 4	Rata-Rata Capaian tahun 2022
			Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		OKT	NOV	DES		
1	Pemberi Pelayanan Rekam Medik	Sesuai Persyaratan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Waktu penyediaan berkas rekam medis rawat jalan	≤ 10 menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Waktu penyediaan Berkas Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	55%	50%	57%	54%	57%	66%	66%	63%	63%	64%	70%	66%	86%	83%	77%	82%	66%
5	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	99%	88%	100%	96%	100%	96%	99%	98%	97%	100%	100%	99%	98%	98%	99%	98%	98%
6	Kepuasan pelanggan	80%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	80%	80%	80%	80%	96,80%	96,20%	95,20%	96%	92%
TOTAL			91%			91%			91%			96%			93%				

*Sumber Data : Instalasi Rekam Medik RS. Unhas, 2022*



Tabel 21 Menunjukkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit Unhas tahun 2022. Pencapaian SPM Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit Unhas Tahun 2022 sebesar 93%. Pada kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah discharge rawat inap pada triwulan 2 mengalami sedikit peningkatan yaitu mencapai 63% dibanding triwulan 1 yang hanya 54%. Beberapa alasan pengisian rekam medis tidak lengkap 24 jam setelah discharge yaitu

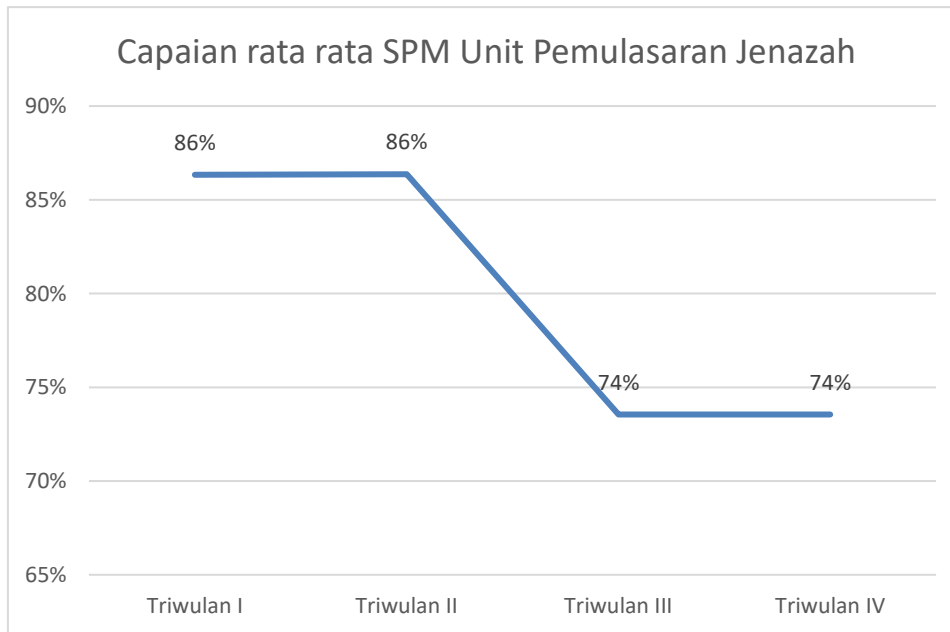
- a. Banyaknya jumlah formulir yang harus diisi oleh PPA
- b. DPJP yang tidak visite setiap hari sehingga kolom autentikasi (TTD) belum terisi 24 jam setelah pasien pulang.
- c. Petugas Farmasi dan gizi yang belum mengisi formulir rekonsiliasi obat dan skrining gizi 24 jam setelah pasien pulang

Pada TW III Pencapaian atas kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dan Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas mengalami peningkatan. Hal ini didukung oleh peningkatan koordinasi kepada admin ruangan perawatan serta kamar bedah.

Pada TW IV Rata-rata angka kelengkapan pengisian catatan rekam medis pasien 24 jam setelah discharge rawat inap triwulan 4 pada tahun 2022 adalah 71%, hal ini juga cukup baik melihat adanya peningkatan capaian yang cukup signifikan dibandingkan pada triwulan sebelumnya, dimana pada triwulan 1 hanya mencapai 30% dan pada triwulan 2 dan 3 hanya mencapai 43%. Ada beberapa perbaikan yang dilakukan oleh ruang perawatan yang dimulai pada bulan oktober 2022 antara lain :

1. Meningkatkan monitoring yang langsung dilakukan oleh kepala ruangan dan kepala instalasi ruang perawatan.
2. Adanya penambahan dokter ruangan yang bertugas untuk membantu dalam melengkapi rekam medis dan menghubungi residen/ DPJP yang bertanggung jawab.

### 3.4.10 Instalasi Pemulasaran Jenazah



Dalam mengukur indikator SPM pelayanan Instalasi Pemulasaran Jenazah RS. Unhas mengacu standar pelayanan minimal Rumah Sakit, standar akreditasi JCI (KARS) dan pedoman sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit Kelas B Tahun 2010. Berikut ini pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Unhas selama periode Triwulan II tahun 2022 yaitu

**Tabel 22**  
**Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Pemulasaran Jenazah**  
**Rumah Sakit Unhas Tahun 2022**

No	Indikator		Standar	Capaian TW 1			Rata-rata Capaian Tw 1	Capaian TW2			Rata-rata Capaian Tw 2	Capaian TW3			Rata-rata Capaian Tw 3	Capaian TW4			Rata-rata Capaian Tw 4
	Jenis	Uraian		Jan	Feb	Mar		Apr	Mei	Jun		Jul	Agt	Sep		Okt	Nov	Des	
1	Input	1. Keterseediaan pelayanan pemulasaran jenazah	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	100%	24 Jam	24 Jam	24 Jam	100%	24 Jam	24 Jam	25 Jam	100%	25 Jam	25 Jam	25 Jam	100%
		2. Keterseediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%	18%
		3. Keterseediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	100%	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	100%	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	100%	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur	100%
2	Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90%	100%	100%	97%	100%	100%	100%	100%
		5. Perawatan jenazah sesuai	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		standar <i>universal precaution</i>																	
		6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Outco me	7. Kepuas an pelanggan	≥ 80 %	tidak ada pengisian kuesioner															

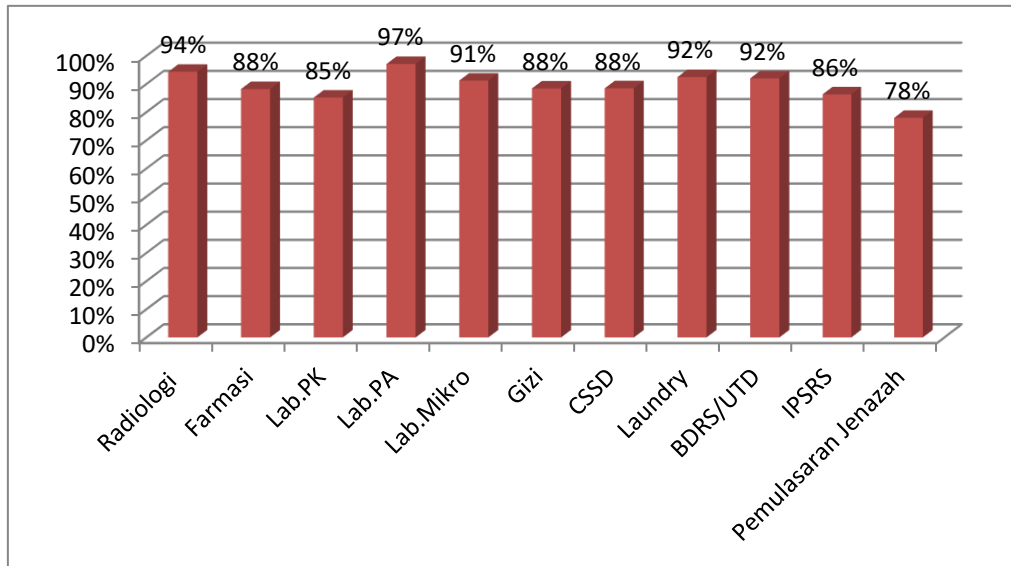
*Sumber Data : Instalasi Pemulasaran Jenazah RS. Unhas, 2022*

Berdasarkan Tabel 22 Menunjukkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Instalasi Pemulasaran Jenazah Rumah Sakit Unhas Tahun 2022. Untuk Indikator waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah pada Triwulan III Tahun 2022, terdapat penurunan capaian hanya 90%. Yaitu terjadi ketika ada nya jenazah yang meninggal pada pukul 12.00 WITA namun baru dijemput pada pukul 14.00 WITA. Hal ini disebabkan oleh tidak ada nya informasi yang diterima oleh petugas pemulasaran jenazah saat itu, dan terjadi saat jadwal shalat Jum'at. Serta Petugas Pemulasaran yang berada di luar area rumah sakit. Sehingga butuh waktu untuk melakukan penjemputan.

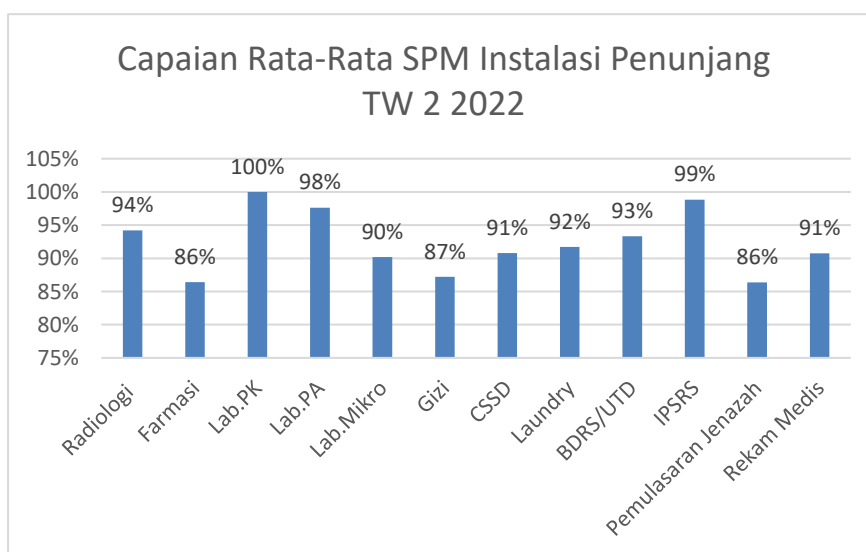
**Laporan Rekapitulasi instalasi bidang pelayanan penunjang medik RS Universitas Hasanuddin**

Grafik Pencapaian SPM Laporan Kinerja Pelayanan Penunjang Medik tahun 2022 Rumah Sakit Universitas Hasanuddin 2022

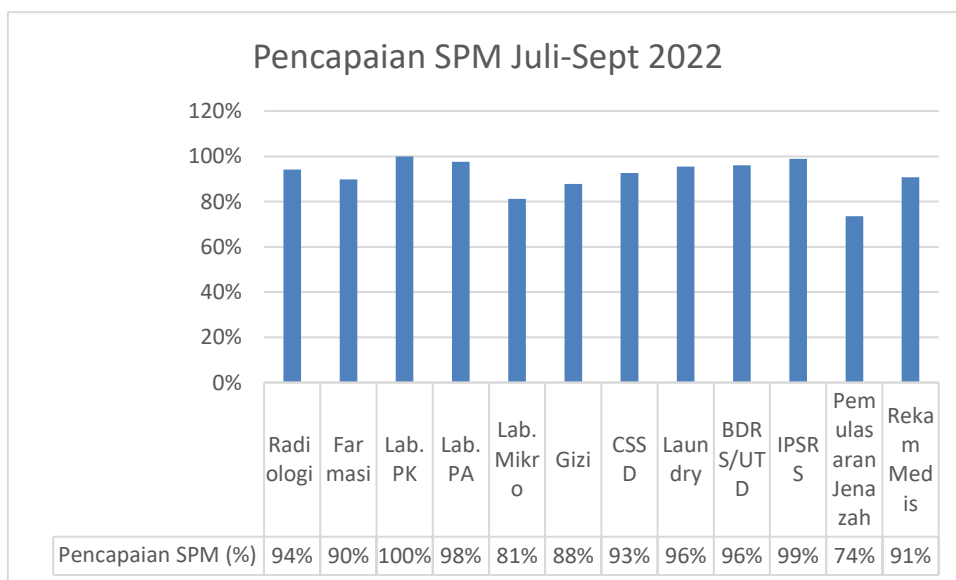
**Rekapitulasi Pencapaian SPM**  
**Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medis dan Kerjasama**  
**januari-maret 2022**



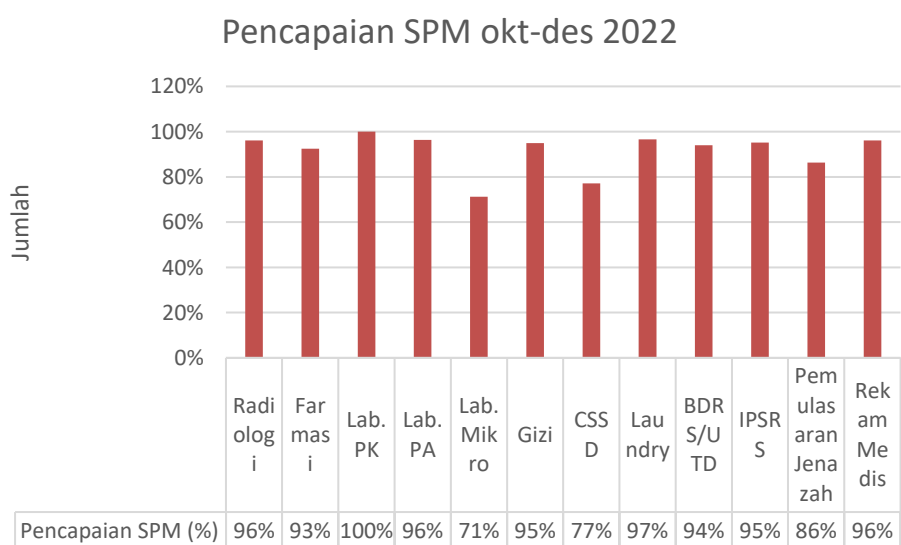
**Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medis dan Kerjasama**  
**APRIL - JUNI 2022**



**Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medis dan Kerjasama  
JULI-SEPTEMBER 2022**



**Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medis dan Kerjasama  
Oktober-Desember 2022**



**Tabel 23**  
**Pencapaian Standar Pelayanan SPM Bidang Penunjang Medik**  
**Rumah Sakit Universitas Hasanuddin**  
**Tahun 2022**

No	Nama Instalasi	Pencapaian SPM (%)				RATA-RATA CAPAIAN
		TW I	TW 2	TW 3	TW 4	
1	Radiologi	94%	94%	94%	96%	95%
2	Farmasi	88%	86%	90%	93%	89%
3	Lab.PK	85%	100%	100%	100%	96%
4	Lab.PA	97%	98%	98%	96%	97%
5	Lab.Mikro	91%	90%	81%	71%	83%
6	Gizi	88%	87%	88%	95%	90%
7	CSSD	88%	91%	93%	77%	87%
8	Laundry	92%	92%	96%	97%	94%
9	BDRS/UTD	92%	93%	96%	94%	94%
10	IPSRs	86%	99%	99%	95%	95%
11	Pemulasaran Jenazah	78%	86%	74%	86%	81%
12	Rekam Medis	91%	91%	91%	96%	92%
Total		89%	92%	91%	91%	

Berdasarkan table 22 di atas rerata pencapaian SPM tahun 2022 mengalami fluktuasi. Dimana capaian rerata persentase 96% dari seluruh rekapitulasi instalasi, namun pada pemulasaran jenazah mengalami fluktuasi yang cukup signifikan dimana pada TW III mengalami penurunan sedangkan pada TW IV mengalami perkembangan.

## BAB V

### BEST PRACTICE DAN LESSON LEARNING

#### 5.1 Best Practice dan Lesson Learning

1. Selain pelayanan yang lengkap Keramaramahan, Kemudahan Informasi , dan Kecepatan Pelayanan dapat menjadi salah satu daya tarik kepuasan bagi Pasien dan/ Mitra Kerjasama.
2. Perlunya kolaborasi seluruh staf pada unit layanan menjadi marketer agar dapat menarik pelanggan
3. Perlu perhatian bersama mengenai Efikasi alat kesehatan, meliputi pemeliharaan, efisiensi,juga utilisasi alat kesehatan khususnya alat high technology
4. Upaya mengoptimalkan pelayanan, dan meminimalkan risiko kerugian, baik Perizinan, Maintanance, dan SIP/STR SDM juga menjadi perhatian mitra kerja sama RS .

Direktur Pelayanan Medik

Dan Penunjang Medik



Dr. Abdul Aziz, Sp.U., Subsp. Onk.

NIP 197705172006041009