



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR : 102/UN4.24.0/2023
TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN MUTU

PELAYANAN PENUNJANG MEDIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka menjalankan fungsi manajemen serta mendukung pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan pelayanan yang efektif dan efisien pada Rumah Sakit Universitas Hasanuddin maka perlu mengatur Kebijakan pedoman kerja unit Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik Rumah Sakit Universitas Hasanuddin pelayanan asuhan kepada pasien rumah sakit merupakan hal pokok dalam pelayanan rumah sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1 (satu) diatas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur Utama tentang pedoman kerja unit bidang pelayanan penunjang dan sarana medik;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
6. Peraturan Rektor Universitas Hasanuddin Nomor : 24/UN.1/2022 tentang Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit Unhas

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN MUTU PELAYANAN PENUNJANG MEDIK RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
2. Direktorat Pelayanan Penunjang, Sarana Medik dan Kerjasama adalah Direktorat yang bertugas dalam menyelenggarakan fungsi pelayanan penunjang baik penunjang medik maupun non medik, serta pemeliharaan sarana medik, pemasaran dan kerjasama.
3. Bidang Pelayanan Penunjang dan Sarana Medik adalah bidang yang bertugas mengkoordinir seluruh kegiatan instalasi pelayanan penunjang.
4. Pelayanan Penunjang Medik adalah pelayanan kepada pasien untuk membantu penegakan diagnosis dan terapi.
5. Pelayanan Penunjang Non Medik adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien dirumah sakit yang secara tidak langsung berkaitan dengan pelayanan medik.
6. Perencanaan adalah suatu proses dan upaya menyusun berbagai yang bersifat pokok, yang dipandang paling penting dan yang akan dilaksanakan menurut urutannya guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
7. Program Kerja adalah rancangan dasar suatu pekerjaan, panduan pelaksanaan, tenggang waktu, pembagian tugas tanggung jawab, fasilitas dan semua perihal penting mencakup semua unsur untuk keberhasilan suatu program.
8. Rencana Kerja dan Anggaran adalah dokumen perencanaan dan penganggaran yang berisi program dan kegiatan suatu unit kerja/ instalasi yang merupakan penjabaran dari rencana kerja unit kerja dan rencana strategis unit kerja/instalasi yang bersangkutan dalam satu tahun anggaran serta anggaran yang diperlukan untuk melaksanakannya.
9. Monitoring adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan dari objektif program yang berfokus pada proses dan keluaran pelayanan dari sebuah unit kerja/instalasi.
10. Evaluasi adalah proses untuk menentukan penilaian kinerja dari unit kerja/instalasi yang bertujuan untuk mengetahui efisiensi dan efektivitas kegiatan.
11. Pencatatan adalah kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktifitas dalam bentuk tulisan. Pencatatan dilakukan di atas kertas, disket, pita nam, pita film. Bentuk catatan dapat berupa tulisan, grafik, gambar dan suara.
12. Pelaporan adalah catatan yang memberikan informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya disampaikan ke pihak yang berwenang atau berkaitan dengan kegiatan tertentu.
13. Rapat adalah pertemuan antara sejumlah orang atau kelompok untuk membicarakan sesuatu masalah

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman mutu pelayanan penunjang medik ini dimaksudkan guna memberikan pedoman dalam perencanaan, penilaian, monitoring dan evaluasi mutu pelayanan penunjang medik di Rumah Sakit Unhas yang berorientasi kepada keselamatan dan keamanan pasien sehingga didapatkan pelayanan penunjang medik yang baku, berkualitas dan komprehensif.

BAB III

PENYELENGGARAAN

Pasal 3

- (1) Penyelenggaraan mutu pelayanan penunjang medik dapat dilaksanakan di semua unit penunjang medik Rumah Sakit Unhas.
- (2) Unit penunjang medik Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah seluruh unit pelayanan yang memberikan pelayanan penunjang medik berdasarkan peraturan yang ditetapkan di Rumah Sakit Unhas.

BAB IV

RUANG LINGKUP

Pasal 4

Ruang lingkup mutu pelayanan keperawatan & kebidanan Rumah Sakit Unhas meliputi :

- (1) Instalasi Laboratorium Patologi Klinik & Bank Darah Rumah Sakit
- (2) Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi
- (3) Instalasi Laboratorium Mikrobiologi
- (4) Instalasi Radiologi
- (5) Instalasi Forensik & Medikolegal

BAB V

ORGANISASI

Pasal 5

- (1) Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik bertanggung jawab terhadap mutu pelayanan dan penunjang medik.
- (2) Manager pelayanan penunjang medik berada dibawah tanggung jawab direktur pelayanan dan penunjang medik.
- (3) Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik Rumah Sakit Unhas berada dibawah tanggung jawab Manajer Pelayanan Penunjang Medik melakukan koordinasi untuk melakukan validasi data indikator terhadap pencapaian mutu yang berada dibawah tanggung jawab masing-masing instalasi.
- (4) Mutu Pelayanan Penunjang Medik tingkat unit berada dibawah tanggung jawab Kepala instalasi.
- (5) Kepala instalasi mempertanggung jawabkan Mutu Pelayanan Medik dan melakukan Analisa terhadap pencapaian mutu.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

- (1) Direktur Utama, Direktur Pelayanan Medik dan Pelayanan Penunjang Medik, Komite Medik, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Komite PPI, dan Komite Mutu & Keselamatan Pasien melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewajibannya masing-masing.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk :
 - a. Melindungi pasien dalam penyelenggaraan mutu pelayanan penunjang medik di Rumah Sakit Unhas;
 - b. Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan penunjang medik sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi penunjang medik; dan
 - c. Memberikan kepastian hukum bagi klien, tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan lainnya.
- (3) Pengawasan penyelenggaraan mutu pelayanan penunjang medik dapat dilakukan secara eksternal maupun internal.
- (4) Pengawasan internal mutu pelayanan penunjang medik terdiri dari:

- a. Pengawasan Kode Etik Profesi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Kesehatan Lainnya
 - b. Pengawasan teknis mutu pelayanan Penunjang Medik
- (5) Pengawasan Kode Etik Profesi Dokter dan Tenaga Kesehatan Lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf a adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan penunjang medik yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis dan survey etik yang dilaksanakan oleh profesi dokter dan tenaga kesehatan lainnya melalui Komite Medik dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- (6) Pengawasan teknis pelayanan penunjang medik sebagaimana dimaksud pada ayat (4) huruf b adalah pengukuran kinerja berkala yang meliputi kinerja pelayanan penunjang medik bidang pelayanan penunjang medik.
- (7) Setiap Dokter atau Tenaga Kesehatan Lainnya yang melakukan pelanggaran kode etik profesi dapat dikenai sanksi administratif berupa:
- a. teguran lisan;
 - b. peringatan tertulis;
 - c. denda administratif;
 - d. pencabutan kewenangan klinis; dan/atau
 - e. pencabutan izin sebagai perawat.

BAB VII

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 7

- (1) Mutu pelayanan penunjang medik dicatat pada form monitoring mutu pelayanan penunjang medik
- (2) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan setiap bulan, triwulan dan pertahun

BAB VIII

PENUTUP

Pasal 8

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.
Agar Setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Rektor dengan penempatannya.

Ditetapkan di Makassar
pada tanggal 10 Januari 2023
DIREKTUR UTAMA,



ANDI MUHAMMAD ICHSAN
NIP. 197002122008011013

Lampiran
PERATURAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NO
TANGGAL
TENTANG PEDOMAN PENYELENGGRAAN
MUTU PELAYANAN PENUNJANG MEDIK

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 gawat darurat. Rumah sakit mempunyai 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.

Pelayanan penunjang medik 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 medik di rumah sakit terdiri pelayanan radiodiagnostik, pelayanan laboratorium klinik, dan pelayanan forensik dan medikolegal.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta tuntutan dan harapan masyarakat yang semakin tinggi terhadap kualitas pelayanan, maka pelayanan penunjang medik harus senantiasa dinamis dan selalu memperbaiki diri dari waktu ke waktu, untuk memberikan kualitas pelayanan bagi masyarakat pengguna jasa.

Bidang Pelayanan Penunjang Medik sebagai organisasi struktural di bawah dirookterat Pelayanan Medik dan Pelayanan Penunjang Medik di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, berusaha menyediakan dan meningkatkan sistem yang kondusif bagi terlaksananya pelayanan keperawatan yang berkualitas. Hal tersebut membutuhkan pengelolaan yang profesional, dengan dukungan data dan pengetahuan yang terkini.

Untuk mendukung operasional kerja bidang pelayanan penunjang medik menyusun Pedoman Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Penunjang Medik sebagai acuan yang jelas baik secara konsep maupun teknis pelaksanaan program-program mutu pelayanan penunjang medik, sehingga diharapkan dapat mewujudkan pelayanan yang berkesinambungan, maka Bidang Pelayanan Penunjang medik Rumah Sakit Universitas Hasanuddin perlu menyusun dan membuat pedoman kerja sebagai acuan untuk menjalankan kegiatan-kegiatan pelayanan yang terarah, berkesinambungan, efektif dan efisien.

B. Tujuan Pedoman

Pedoman penyelenggaraan mutu pelayanan penunjang medik di Rumah Sakit Unhas disusun dengan tujuan sebagai berikut :

1. Tujuan Umum
Sebagai panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan monitoring mutu pelayanan penunjang medik di Rumah Sakit Unhas.
2. Tujuan Khusus
 - a. Sebagai panduan/acuan bagi bidang penunjang medik dalam menyelenggarakan mutu pelayanan penunjang medik yang komprehensif dan profesional berdasarkan standar dan etik profesi dengan mengutamakan keselamatan pasien.
 - b. Agar seluruh unit pelayanan penunjang medik di Rumah Sakit Unhas menyelenggarakan pelayanan penunjang medik yang berkualitas dan berkesinambungan sesuai dengan standar profesi dan etik.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

Mutu pelayanan penunjang medik di seluruh Rumah Sakit Unhas yang terdiri dari :

1. Mutu Pelayanan penunjang medik di Instalasi Radiologi sesuai SOP dengan mengutamakan keselamatan pasien.
2. Mutu Pelayanan penunjang medik di Instalasi Laboratorium Patologi Klinik & Bank Darah Rumah Sakit sesuai SOP dengan mengutamakan keselamatan pasien.
3. Mutu Pelayanan penunjang medik di Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi sesuai SOP dengan mengutamakan keselamatan pasien.
4. Mutu Pelayanan penunjang medik di Instalasi Mikrobiologi sesuai SOP dengan mengutamakan keselamatan pasien.
5. Mutu Pelayanan penunjang medik di Instalasi Forensik & Medikolegal sesuai SOP dengan mengutamakan keselamatan pasien.

D. Definisi

1. Mutu pelayanan penunjang medik adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan oleh bidang pelayanan penunjang medik dalam pemenuhan kebutuhan pasien dalam mempertahankan kualitas pelayanan.
2. Evaluasi kinerja unit adalah proses kontrol terhadap kinerja unit yang dievaluasi berdasarkan standar tertentu, untuk menghasilkan mutu layanan yang profesional dengan kinerja yang berkualitas tinggi.
3. Supervisi Bidang pelayanan penunjang medik adalah proses formal dan profesional yang dilakukan oleh supervisor atau atasan untuk mendukung, membimbing, mengarahkan, mengevaluasi, serta mengembangkan pengetahuan dan kompetensi SDM untuk menyelesaikan tugas dengan penuh tanggung jawab untuk mencapai tujuan rumah sakit dan keselamatan pasien.
4. Kepuasan pasien adalah hasil penilaian dalam bentuk respon emosional (perasaan senang dan puas) pada pasien karena terpenuhinya harapan atau keinginan dalam menggunakan dan menerima pelayanan penunjang medik
5. DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) : adalah seorang dokter, sesuai dengan kewenangan klinisnya terkait penyakit pasien, memberikan asuhan medis lengkap (paket) kepada satu pasien dengan satu patologi / penyakit, dari awal sampai dengan akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap
6. Radiografer merupakan tenaga kesehatan yang memberi kontribusi bidang Radiologi dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan. Radiografer lebih banyak didayagunakan dalam upaya pelayanan kesehatan, utamanya pelayanan kesehatan yang menggunakan peralatan/sumber yang mengeluarkan radiasi pengion dan non pengion.
7. Laboran adalah orang yang bertugas membantu aktivitas mahasiswa atau dosen di laboratorium dalam melakukan suatu kegiatan pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat
8. Pelayanan Radiologi adalah pelayanan penunjang medik yang menggunakan semua modalitas yang menggunakan sumber radiasi pengion dan non pengion untuk diagnosis dan atau terapi dengan panduan imejing.
9. Pelayanan Laboratorium Patologi klinik adalah merupakan sarana pemeriksaan penunjang medik yang memeriksa darah dan cairan tubuh lainnya. Memiliki alat yang canggih dengan standard kalibrasi yang tepat serta para analis tersertifikasi dan disupervisi oleh dokter spesialis patologi klinik.
10. Pelayanan Patologi Anatomi merupakan pelayanan penunjang diagnostik dan laboratorium terhadap jaringan dan atau cairan tubuh. Pelayanan ini berperan sebagai baku emas dalam penegakkan diagnosis yang berbasis perubahan morfologi sel dan jaringan sampai pemeriksaan imunologik dan molekuler..
11. Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi Klinik, layanan yang memberikan pelayanan yang berupa pemeriksaan kepuasan langsung. Identifikasi mikroba penyebab infeksi dengan pemeriksaan kultur, tes kepekaan antibiotic dengan menggunakan peralatan canggih VITEK

12. Mutu dan etik merupakan bagian dari Bidang Pelayan Penunjang Medik yang menjamin mutu serta pelaksanaan kode etik selama memberikan pelayanan pasien.
13. Sarana dan prasarana pelayanan penunjang merupakan bagian dari Bidang pelayanan penunjang medik yang menyediakan peralatan untuk menunjang mutu pelayanan penunjang medik
14. Keselamatan pasien (patient safety) merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman
15. Keselamatan kerja merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat kerja/aktifitas karyawan lebih aman.

BAB II

TATA LAKSANA/PENYELENGGARAAN

A. Penilaian Mutu Pelayanan Penunjang Medik

Pengukuran mutu pelayanan penunjang medik dilakukan oleh Bidang Mutu Pelayanan Penunjang Medik setiap bulan di seluruh unit pelayanan Penunjang Medik yang terdiri atas:

1. Instalasi Radiologi
2. Instalasi Laboratorium Patologi Klinik dan Bank Darah Rumah Sakit
3. Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi
4. Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik
5. Instalasi Forensik dan Medikolegal

Penilaian mutu pelayanan penunjang medik dilakukan menggunakan form penilaian mutu pelayanan penunjang medik

B. Evaluasi Kinerja Unit Pelayanan Penunjang Medik

Evaluasi kinerja unit pelayanan penunjang dilakukan berdasarkan standar capaian kinerja unit pelayanan penunjang medik. Evaluasi kinerja unit pelayanan penunjang medik menggunakan form evaluasi penilaian kinerja. Penilaian kinerja staf unit pelayanan penunjang medik dilakukan setiap bulan yang didapat dari data *logbook* staf dan catatan kedisiplinan serta performa yang dilakukan setiap bulan sekali yang dinilai oleh atasannya langsung. Hasil penilaian kinerja staf keperawatan disampaikan kepada Kepala Instalasi, Kepala Bidang Pelayanan penunjang medik, Direktur Pelayanan Medik dan Pelayanan penunjang medik umum untuk kemudian dilaporkan kepada Direktur. Hal hal yang tercantum dalam form penilaian Kinerja Klinis adalah sebagai berikut :

1. Penilaian pelayanan penunjang medik dari penilaian kuantitas (Jumlah pasien yang dilayani dan Penilaian Kualitas (*System based practice & Practice based learning, Profesionalisme, Interpersonal & communication skill*))
2. Penilaian Perilaku dilakukan berdasarkan obeservasi langsung oleh kepala instalasi masing-masing dengan lingkup penilaian keberadaan, inisiatif, kehandalan, ketaatan terhadap peraturan disiplin kehadiran, kepatuhan jadwal dinas, kontribusi pembelajaran, kerjasama, sikap perilaku, penilaian perilaku etik profesi

C. Supervisi Pelayanan Penunjang Medik

1. Supervisi Pelayanan Penunjang Medik yang dilakukan di Rumah Sakit Unhas berdasarkan isi yang dilakukan adalah :

- a. Supervisi manajerial/administratif bertujuan untuk membantu staf memenuhi persyaratan organisasi, khususnya kinerja staf dalam pencapaian tujuan, harapan dan standar yang telah ditetapkan oleh organisasi
- b. Supervisi klinik difokuskan untuk meningkatkan keefektifan dan mutu penunjang medik

2. Supervisi Pelayanan Penunjang Medik yang dilakukan di Rumah Sakit Unhas berdasarkan waktu dilaksanakannya adalah :

- a. Supervisi regular (terjadwal)
Direncanakan secara sistematis sehingga telah dijadualkan
- b. Supervisi insidental (tidak terjadwal)
Dilaksanakan sewaktu-waktu apabila:

- Insidens kesalahan identifikasi pasien
- Insidens kesalahan penyerahan hasil laboratorium
- Insidens kesalahan penyerahan hasil rontgen.
- Insidens kesalahan foto

3. Supervisi dilakukan oleh Manajer Pelayanan Penunjang Medik, Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik, Kepala Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik, Kepala Instalasi, dan Kepala Ruangan
Pelaksanaan supervise dijelaskan secara detail dalam panduan supervisi pelayanan penunjang medik

D. Kepuasan pasien

Pengukuran kepuasan pasien dilakukan dengan untuk menilai kualitas pelayanan penunjang medik. Pengukuran kepuasan pasien dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada pasien yang mendapatkan layanan pada unit-unit pelayanan penunjang medik.

BAB III MONEV ATAU PENGAWASAN

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk mengamati dan/atau mencermati secara terus menerus atau berkala tentang status perkembangan program untuk menilai apakah program mutu pelayanan penunjang medik berjalan sesuai rencana, serta mengidentifikasi permasalahan yang timbul dan merumuskan tindak lanjut yang dibutuhkan. Monitoring dan evaluasi dilakukan tiap bulan oleh Kepala Seksi Mutu Pelayanan Penunjang Medik bersama dengan Manajer Bidang Pelayanan Penunjang dan Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik. Monitoring dan evaluasi yang dilakukan terhadap penyelenggaraan mutu pelayanan dan keperawatan sebagai berikut:

- A. Penilaian Mutu Pelayanan Penunjang Medik
- B. Evaluasi Kinerja Pelayanan Penunjang Medik
- C. Supervisi Pelayanan Penunjang Medik
- D. Penilaian Kepuasan pasien

BAB IV PELAPORAN

Pelaporan yang dilakukan bertujuan untuk memberikan laporan pertanggungjawaban program penyelenggaraan mutu pelayanan penunjang medik dan capaian mutu pelayanan penunjang medik setiap bulan, triwulan dan pertahun pada Manajer Pelayanan Penunjang medik dan Direktur Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.

Pelaporan terdiri atas perencanaan program mutu pelayanan penunjang medik, pelaksanaan kegiatan dan capaian terhadap mutu pelayanan penunjang medik.

Laporan terdiri atas:

- A. Pendahuluan
 - 1. Umum
 - 2. Maksud dan Tujuan
 - 3. Ruang Lingkup
 - 4. Dasar
- B. Kegiatan yang dilaksanakan
- C. Hasil yang dicapai
- D. Simpulan dan saran
- E. Penutup

Pelaporan yang diberikan adalah laporan tentang :

- 1. Penilaian Mutu Pelayanan Penunjang Medik
- 2. Evaluasi Kinerja Pelayanan Penunjang Medik
- 3. Supervisi Supervisi Pelayanan Penunjang Medik
- 4. Kepuasan pasien

BAB V PENUTUP

Pedoman Penyelenggaraan Mutu Pelayanan Penunjang Medik di Rumah Sakit Unhas ini diharapkan dapat menjadi panduan dalam menyelenggarakan mutu pelayanan penunjang medik Rumah Sakit Unhas. Pedoman ini selanjutnya perlu dijabarkan dalam prosedur tetap guna kelancaran pelaksanaannya. Apabila dikemudian hari diperlukan adanya perubahan pada pedoman ini, maka akan dilakukan penyempurnaan pada penyusunan pedoman pelayanan berikutnya.



Ditetapkan di Makassar,
pada tanggal 10 Januari 2023
DIREKTUR UTAMA,

ANDI MUHAMMAD ICHSAN
NIP 197002122008011013