

DAFTAR PUSTAKA

- Divianto (2012) ‘Peranan Audit Operasional Terhadap Efektivitas Pelayanan Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit (Studi Kasus pada Rumah Sakit Bunda Palembang)’, *Jurnal Ekonomi dan Informasi Akuntansi (Jenius)*, 2(2), pp. 201–228.
- Eeckloo, K. *et al.* (2004) ‘From Corporate Governance To Hospital Governance . Authority , Transparency and Accountability of Belgian Non-Profit Hospitals ’ Board and Management’, 68, pp. 1–15. doi: 10.1016/j.healthpol.2003.07.009.
- Fajaruddin, A. (2014) ‘Implementasi GCG dalam Perspektif Islam (Studi Kasus di RS. ’Aisyiyah Bojonegoro)’, *Jurnal Hukum dan Ekonomi Islam*, 8(1).
- Fitriyani, D., Tiswiyanti, W. and Prasetyo, E. (2015) ‘Praktik Good Corporate Governance Dan Dampaknya Terhadap Kinerja Berdasarkan Balanced Scorecard Pada Perusahaan Daerah Air’, *UNISSULA*, 2(1), pp. 91–103.
- Ginting, D. *et al.* (2019) ‘Gaya Kepemimpinan dan Komitmen Paramedis dalam Implementasi Akreditasi Rumah Sakit Versi SNARS’, *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(3), p. 504. doi: 10.33087/jiubj.v19i3.642.
- Hasan, M. I. (2002) *Pokok-Pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*. Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia.
- Hendroyogi, S. R. and Harsono, M. (2016) ‘Keterkaitan Antara Persepsi Pentingnya Akreditasi Rumah Sakit Dengan Partisipasi, Komitmen, Kepuasan Kerja, Dan Kinerja Karyawan’, *Jurnal Ekonomi Manajemen Sumber Daya*, 18(2), pp. 122–137. doi: 10.23917/dayasaing.v18i2.4509.
- Herlina, A. (2016) ‘Sistem Informasi Monitoring Pengembangan Software Pada Tahap Development Berbasis Web’, *Jurnal Informatika*, (1), pp. 41–50.
- KARS (2017) ‘Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1’.
- KARS (2018) ‘Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Tahun 2018’, *Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*.
- Kelvianto, I. and Mustamu, R. H. (2018) ‘Implementasi Prinsip-Prinsip Good Corporate Governance Untuk Keberlanjutan Usaha pada Perusahaan yang Bergerak di Bidang Manufaktur Pengolahan Kayu’, *AGORA*, 6(2), pp. 1–7.
- Kusbaryanto (2010) ‘Peningkatan Mutu Rumah Sakit dengan Akreditasi’, *Mutiara Medika*, 10(1), pp. 86–80.
- Leon Candra, D. (2018) ‘Analisis Sistem Manajemen Dalam Pemeliharaan Sarana

- dan Prasarana di Rumah Sakit Umum Daerah Teluk Kuantan Tahun 2016’.
- Manasikana, A. (2015) ‘Analisis Penerapan Good Corporate Governance (GCG) dalam Meningkatkan Kinerja (Studi Kasus pada RSI Aisyiyah Pandaan)’.
- Martha, E. and Kresno, S. (2016) ‘Teknik Pengambilan Sampel dengan Menggunakan Purposive Sampling’.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2008) ‘Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit’.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2009) ‘Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit’. Available at: www.bpkp.go.id.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2010) ‘Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit’.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2017) ‘Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit’.
- Nur, Y. (2017) ‘Analisis Pengaruh Implementasi Good Corporate Governance (GCG) Pada Remunerasi Terhadap Kinerja Karyawan RS Uns Surakarta’.
- Pambudi, Y. D. W., Sutriningsih, A. and Yasin, D. D. F. (2018) ‘Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Penerapan 6 SKP (Sasaran Keselamatan Pasien) pada Akreditasi JCI (Joint Commission International) di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Malang’, *Nursing News*, 3(1), pp. 729–747.
- Partakusuma, L. G. (2014) ‘Evaluasi Tata Kelola Rumah Sakit Badan Layanan Umum pada 4 Rumah Sakit Vertikal Kelas A di Jawa dan Bali’.
- Purnamasari, D. (2018) ‘Gambaran Kesiapan Akreditasi Program Khusus (4 Pelayanan) Versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) di RSIA Abdhi Famili Kabupaten Banyuwangi’.
- Ringroad, J. and Daya, B. (2017) ‘Analisis Implementasi Patient Safety Terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit’, *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*, 7642, pp. 91–99.
- Rizqiani, A. *et al.* (2020) ‘Implementation of Good Hospital Corporate Governance (GCG) in Makassar, Indonesia’, *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 12(7), pp. 555–564.
- Rusydi, A. R. *et al.* (2020) ‘The implementation of good corporate governance

- (GCG) at public hospital in Indonesia: A literature review', *Enfermeria Clinica*, 30(August), pp. 145–148. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.10.057.
- Saftarini, P. R., Yuniarta, G. A. and Sinarwati, N. K. (2015) 'Pengaruh Efektivitas Pengendalian Internal, Asimetri Informasi dan Implementasi Good Governance terhadap Kecenderungan Kecurangan (Fraud) Akuntansi (Studi Empiris pada SKPD di Kabupaten Bangli)', *e-Journal SI Ak Universitas Pendidikan Ganesh Jurusan Akuntansi SI*, 3(1).
- Sholikah, T. and Praptiestrini (2020) 'Analisis Pengaruh Audit Operasional, Pengendalian Internal, Good Clinical Governance dan Etika Bisnis Lembaga Rumah Sakit terhadap Efektivitas Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan di RSUD Ja'far Medika', *Surakarta Accounting Review (SAREV)*, 2(2), pp. 17–31.
- Sitohang, E. (2014) 'Prinsip Hukum dalam Tata Kelola Rumah Sakit', *Yuridika*, 29(1), pp. 83–99.
- Sutopo (2006) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Surakarta: UNS.
- Vivi Wahyuni, I. M. (2015) 'Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Menggunakan Metode Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)', *Rekayasa dan Manajemen Sistem Informasi*, 1(1), pp. 55–61.
- Yohanes, D. (2018) 'Nursing News Volume 3, Nomor 1, 2018', *Nursing News*, 3(1), pp. 729–747.
- Yousefinezhadi, T. *et al.* (2020) 'An Evaluation of the National Hospital Accreditation Program from the View of Hospital Managers in Iran', *Journal of Healthcare Quality Research*, 35(1), pp. 12–18.
- Yudha, P. (2017) 'Monitoring Pelaksanaan Pelayanan Administrasi Terpadu Kecamatan (Paten) di Kecamatan Samarinda Seberang Kota Samarinda', *e-Journal Ilmu Pemerintahan*, 6(1), pp. 1–14.

LAMPIRAN

Lampiran 1

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan nama saya Apsela Bunda Gladys. Saya adalah mahasiswa S1 angkatan 2016 bagian Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya bermaksud melakukan penelitian tentang “Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit Berdasarkan Standar Akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao”. Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya berharap Bapak/Ibu, Saudara/Saudari bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian ini dimana saya akan melakukan wawancara mendalam terkait dengan penelitian ini. Semua informasi yang Saudara/Saudari berikan terjamin kerahasiannya, dengan cara hanya mencantumkan inisial nama dari Saudara/Saudari dari hasil penelitian saya. Setelah Saudara/Saudari membaca maksud dan kegiatan penelitian diatas, saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, setuju untuk ikut serta dalam penelitian.

Nama :

Tanda Tangan :

Terimakasih atas kesediaan Saudara/Saudari untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Lampiran 2**GAMBARAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT BERDASARKAN STANDAR
AKREDITASI SNARS EDISI 1 DI RS ELIM RANTEPAO TAHUN 2021****PEDOMAN WAWANCARA****IDENTITAS INFORMAN**

Nama Informan :

Usia :

Jenis Kelamin :

Jabatan :

Masa Kerja/Angkatan :

Tanggal Wawancara : __/__/____ (tgl/bln/thn)

| Variabel | Topik Wawancara |
|-----------------|--|
| 1. Regulasi | a. Apakah ada regulasi tentang pengaturan kewenangan antara pemilik, representasi pemilik yang tercantum dalam <i>corporate bylaws</i> / peraturan internal RS/ dokumen lain serupa? b. Apakah ada penetapan struktur organisasi RS? c. Apakah ada regulasi tentang penetapan/pengangkatan Direktur RS yang ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik? d. Apakah ada regulasi tentang kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang (UTW) direktur yang diuraikan dalam struktur organisasi dan tata kelola RS? e. Bagaimana bentuk kualifikasi direktur RS? f. Apakah RS membuat atau menyusun rencana strategi? g. Apakah ada dokumen terkait dengan daftar peraturan perundangan yang digunakan RS? h. Apakah ada data terkait dengan perizinan RS? |

| | |
|---------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> i. Apakah rapat yang dilakukan selalu dihadiri oleh direktur RS? j. Apakah ada regulasi atau pedoman yang mengatur penggunaan APD dan cara mencuci tangan yang baik dan benar? k. Apakah ada persyaratan jabatan dan kualifikasi untuk setiap kepala bidang yang ada di RS? l. Apakah RS memiliki pedoman terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien? m. Apakah direktur RS menyediakan teknologi informasi untuk RS seperti SIMRS? n. Apakah ada regulasi terkait dengan kontrak klinis dan kontrak manajemen? Jika ada, dimana regulasi tersebut diuraikan? o. Untuk penetapan struktur organisasi di RS apakah dalam struktur tersebut ditetapkan sampai ke unit pelayanan yang ada di RS? p. Apakah terdapat regulasi tentang kode etik RS? |
| 2. Fasilitas | <ul style="list-style-type: none"> a. Peraturan yang digunakan RS terkait dengan fasilitas yang digunakan? b. Apakah direktur RS menyediakan teknologi informasi untuk RS seperti SIMRS? c. Apakah ada unit yang tidak menggunakan SIMRS? |
| 3. Proses | <ul style="list-style-type: none"> a. Apa saja bentuk keseragaman proses yang ada di RS? b. Apakah rekrutmen termasuk dalam proses keseragaman tersebut? c. Bentuk lain dari proses keseragaman yang di RS apakah mencakup kode etik RS? |
| 4. Evaluasi | <ul style="list-style-type: none"> a. Apakah RS melakukan evaluasi? b. Kapan pelaksanaan evaluasi dilakukan? c. Siapa saja yang terlibat dalam proses evaluasi? |
| 5. Monitoring | <ul style="list-style-type: none"> a. Apakah RS melakukan monitoring? b. Kapan pelaksanaan monitoring dilakukan? c. Siapa saja yang ikut terlibat dalam proses monitoring? |

Lampiran 3

TABEL OBSERVASI TATA KELOLA RUMAH SAKIT

| No | Elemen Penilaian | Telusur | Hasil Dokumen | |
|----|---|---|---------------|-------|
| | | | Ya | Tidak |
| | Standar TKRS 2 | | | |
| 1. | Direktur/Direksi RS patuh terhadap peraturan perundang-undangan. | Kesesuaian sarana, prasarana dan fasilitas terhadap standar bangunan dan fasilitas RS. | | |
| | Standar TKRS 4 | | | |
| 2. | Direktur rumah sakit telah menyediakan teknologi informasi (IT) untuk sistem manajemen data indikator mutu dan sumber daya yang cukup untuk pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap harinya. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lihat hardware dan software SIMRS 2. Lihat pencatatan formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk mutu keselamatan pasien terintegrasi dengan angka surveilans PPI dalam bentuk paper maupun elektronik 3. Lihat secretariat dengan kelengkapannya (alat komunikasi, computer, ATK, dll) | | |
| | Standar TKRS 6 | | | |
| 3. | Ada bukti apabila kontrak dinegosiasikan ulang atau dihentikan, rumah sakit tetap menjaga kontinuitas dari pelayanan pasien. | Lihat unit pelayanan dan unit kerja yang mempunyai pelayanan yang dikontrakkan, apakah masih berjalan atau sudah berhenti. | | |
| | Standar TKRS 10 | | | |
| 4. | Kepala unit pelayanan telah menggunakan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan. | Lihat format usulan perencanaan dari unit pelayanan. | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| | Pelayanan yang disediakan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. | Lihat pelaksanaan pemberian pelayanan di unit terutama rawat jalan, rawat inap, IGD, farmasi, radiologi, laboratorium. | | |
| | Standar TKRS 13 | | | |
| 5. | Direktur rumah sakit mengidentifikasi, mendokumentasikan dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima. | PPA dalam melaksanakan asuhan/pelayanan. | | |
| | Direktur rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (seperti bahan pustaka dan laporan) yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit bagi semua individu yang bekerja dalam rumah sakit. | Perpustakaan rumah sakit. | | |
| | Direktur rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit. | Lihat sumber daya yang disediakan. | | |

Lampiran 4

LEMBAR KELENGKAPAN DOKUMEN TATA KELOLA RUMAH SAKIT

| No | Elemen Penilaian | Telusur | Hasil Dokumen | |
|----|---|--|---------------|-------|
| | | | Ya | Tidak |
| 1. | Pemilik menetapkan regulasi yang dapat berbentuk <i>corporate by-laws</i> , peraturan internal atau dokumen lainnya yang serupa. | Regulasi tentang pengaturan kewenangan antara pemilik, representasi pemilik yang tercantum dalam <i>corporate by-laws</i> / peraturan internal RS/ dokumen lain serupa. | | |
| | Ada penetapan struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan RS dan sesuai peraturan perundang-undangan. Nama jabatan didalam struktur organisasi tersebut harus secara jelas disebutkan. | Struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik. | | |
| | Ada penetapan struktur organisasi RS sesuai peraturan perundang-undangan. | Struktur organisasi RS yang ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik. | | |
| | Ada penetapan direktur RS sesuai peraturan perundang-undangan. | Regulasi tentang penetapan/pengangkatan direktur RS yang ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik. | | |
| 2. | Ada regulasi tentang kualifikasi direktur RS dan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang. | Regulasi tentang kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang (UTW) direktur yang diuraikan dalam struktur organisasi dan tata kelola RS (SOTK RS). | | |
| | Kualifikasi direktur RS sudah sesuai dengan persyaratan dan peraturan perundang-undangan. | Bukti kualifikasi direktur sesuai persyaratan jabatan, dalam file kepegawaian, meliputi: 1. Ijazah dokter atau dokter gigi dan 2. S2 perumahsakit dan 3. Sertifikat pelatihan-pelatihan | | |
| | Direktur/direksi RS patuh terhadap | 1. Bukti kumpulan dan daftar peraturan serta perundangan | | |

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| | peraturan perundang-undangan. | yang dipergunakan RS 2. Bukti kumpulan data perizinan RS yang masih berlaku Kesesuaian sarana, prasarana dan fasilitas terhadap standar bangunan dan fasilitas RS. | | |
| | Direktur rumah sakit telah mengatur operasional rumah sakit setiap hari, termasuk semua tanggung jawab yang dijelaskan dalam uraian tugas. | 1. Bukti kumpulan notulen rapat di RS yang pimpinan rapatnya oleh direktur RS 2. Bukti kumpulan surat disposisi 3. Bukti-bukti kegiatan direktur RS lainnya | | |
| | Direktur/direksi rumah sakit telah menyusun dan mengusulkan rencana strategis dan anggaran biaya kepada pemilik atau representasi pemilik sesuai regulasi. | 1. Bukti tentang Renstra dan anggaran RS 2. Bukti notulen rapat penyusunan Renstra dan anggaran. 3. Bukti pengusulan Renstra dan anggaran (surat ke pemilik/representasi pemilik) | | |
| | Direktur/direksi rumah sakit telah memastikan kepatuhan staf rumah sakit terhadap regulasi rumah sakit yang sudah ditetapkan. | 1. Bukti pengawasan (dapat berupa ceklis-ceklis) 2. Hasil pengawasan pelaksanaan regulasi, seperti penggunaan APD, cuci tangan, larangan merokok, pelaksanaan SOP, dll | | |
| | Direktur/direksi rumah sakit menindaklanjuti semua hasil laporan pemeriksaan internal dari pemerintah atau badan eksternal lainnya yang mempunyai kewenangan melakukan pemeriksaan rumah sakit. | 1. Bukti rekapitulasi hasil pemeriksaan dari pemerintah atau badan eksternal lainnya 2. Bukti hasil pemeriksaan tersebut telah ditindaklanjuti (dapat berbentuk laporan, foto-foto, pengeluaran anggaran, dll) | | |
| 3. | Rumah sakit telah menetapkan persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang dari kepala bidang/divisi rumah sakit secara tertulis. | Regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang (UTW), setiap kepala bidang/divisi di rumah sakit. | | |
| | Kualifikasi kepala bidang/ divisi sudah | Bukti kualifikasi kepala bidang/divisi sesuai persyaratan, | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| | sesuai dengan persyaratan jabatan serta tugas pokoknya. | dalam file kepegawaian, meliputi: 1. Keputusan pengangkatan 2. Ijazah 3. Sertifikasi | | |
| | Ada bukti koordinasi antar kepala bidang/divisi dalam menjalankan misi rumah sakit. | Bukti rapat antar para kepala bidang/divisi sesuai regulasi RS. | | |
| | Ada bukti peran serta secara kolaboratif para kepala bidang/divisi dalam menyusun berbagai regulasi yang diperlukan untuk menjalankan misi. | Bukti rapat tentang penyusunan berbagai regulasi RS yang dilaksanakan secara kolaboratif oleh para kepala bidang/divisi, meliputi undangan, absensi, materi, notulen (UMAN). | | |
| | Ada bukti pelaksanaan pengawasan oleh para kepala bidang/divisi untuk menjamin kepatuhan staf terhadap pelaksanaan regulasi rumah sakit sesuai misi rumah sakit. | 1. Bukti hasil pengisian lembar ceklis 2. Bukti hasil pengawasan tingkat kepatuhan staf dalam menjalankan regulasi | | |
| 4. | Direktur rumah sakit menetapkan regulasi berupa pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta penetapan indikatornya. | 1. Pedoman PMKP 2. Program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik/representasi pemilik 3. Regulasi tentang penetapan indikator mutu dan keselamatan pasien | | |
| | Ada bukti direktur rumah sakit dan para kepala bidang/divisi telah berpartisipasi dalam merencanakan, mengembangkan, melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. | 1. Bukti rapat tentang perencanaan, pengembangan dan pelaksanaan program PMKP yang dihadiri direktur, komite PMKP dan seluruh kepala bidang 2. Bukti pelaksanaan program PMKP | | |
| | Ada bukti keterlibatan direktur RS dan para kepala bidang/divisi dalam | 1. Bukti rapat tentang pemilihan indikator mutu kunci tingkat RS dan rencana tindak lanjut untuk perbaikan, | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| | memilih indikator mutu ditingkatkan RS, merencanakan perbaikan dan mempertahankan perbaikan mutu dan keselamatan pasien, serta menyediakan staf terlatih untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. | <p>yang dihadiri atau dipimpin direktur dengan para kepala bidang/ketua PMKP dan para kepala unit</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bukti pelaksanaan rencana tindak lanjut 3. Bukti sertifikat pelatihan PMKP untuk komite PMKP dan PIC pengumpulan data 4. Bukti sertifikat pelatihan untuk staf pelaksana analisis/validasi | | |
| | Direktur rumah sakit telah menyediakan teknologi informasi (IT) untuk system manajemen data indikator mutu dan sumber daya yang cukup untuk pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap harinya. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti tentang SIMRS yang berbasis IT 2. Bukti daftar peralatan SIMRS 3. Bukti formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk mutu keselamatan pasien terintegrasi dengan angka surveilans PPI dalam bentuk paper maupun elektronik | | |
| 5. | Rumah sakit mempunyai program peningkatan mutu prioritas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Program peningkatan mutu prioritas 2. Program peningkatan mutu riset klinis dan pendidikan profesi kesehatan (untuk RS pendidikan) | | |
| | Ada bukti peran direktur rumah sakit dan para kepala bidang/divisi dalam proses penyusunan program peningkatan mutu prioritas, monitoring pelaksanaan dan rencana perbaikan mutu. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti rapat yang dipimpin direktur RS dan dihadiri para kepala bidang/divisi yang membahas tentang: <ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan program prioritas, termasuk kajian dasar pemilihan prioritas • Monitoring pelaksanaan program prioritas/monitoring capaian-capaian indikator prioritas • Rencana perbaikan mutu 2. Bukti tentang penetapan indikator-indikator prioritas yang meliputi area klinik, area manajemen 3. Bukti hasil pengumpulan dan analisis data dari setiap indikator yang ditetapkan 4. Bukti rencana perbaikan | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| | Ada bukti riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan sebagai salah satu program peningkatan mutu prioritas di rumah sakit pendidikan. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti tentang indikator mutu untuk riset klinik 2. Bukti tentang indikator mutu program pendidikan profesi kesehatan 3. Bukti hasil pengumpulan dan analisis data | | |
| | Ada pengukuran pelaksanaan sasaran keselamatan pasien tercantum pada program peningkatan mutu prioritas. | Bukti hasil pengumpulan dan analisis data 6 indikator SKP. | | |
| | Ada bukti kajian dampak perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan dan juga pada tingkatan departemen/unit layanan terhadap efisiensi dan sumber daya yang digunakan. | Bukti tentang laporan analisis data PMKP serta dampak perbaikan terhadap peningkatan mutu dan efisiensi biaya yang telah dicapai di tingkat RS maupun ditingkat departemen. | | |
| 6. | Rumah sakit mempunyai regulasi tentang kontrak atau perjanjian lainnya. | <p>Regulasi tentang kontrak klinis dan kontrak manajemen. Catatan: Kontrak klinis adalah perjanjian kerjasama antara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RS dengan individu staf klinis berupa pakta integritas staf klinis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi RS 2. RS dengan badan hukum berupa kerjasama jenis pelayanan klinis yang disediakan RS kontrak manajemen adalah perjanjian kerjasama antara RS dengan badan hukum dalam penyediaan alat kesehatan (KSO alat) dan pelayanan non klinis sesuai maksud dan tujuan | | |
| | Rumah sakit mempunyai regulasi tentang perjanjian kerja staf medis yang antara lain meliputi kredensial, rekredensial dan penilaian kerja. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Regulasi tentang perjanjian kerjasama RS dengan staf medis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi RS 2. Regulasi kredensial/rekredensial dan evaluasi kinerja profesi staf medis (<i>Medical Staf By Laws</i>) | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Rumah sakit mempunyai dokumen kontrak untuk semua kontrak yang sudah dilaksanakan. | Bukti kumpulan MOU/PKS/KSO atau bentuk lainnya untuk semua pelayanan/kegiatan yang diselenggarakan berdasarkan kontrak. | | |
| Setiap dokter yang memberikan pelayanan di rumah sakit sudah menandatangani perjanjian sesuai dengan regulasi rumah sakit. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti perjanjian kerja untuk staf medis pegawai RS 2. Bukti kontrak kerjasama untuk staf medis tamu | | |
| Ada bukti Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dan Kepala unit pelayanan telah berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak pelayanan klinis termasuk kontrak peralatan medis dan telah dilaksanakan. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti daftar kontrak pelayanan klinis di RS 2. Bukti dokumen kontrak klinis 3. Bukti tentang rapat dan kegiatan yang melibatkan kepala bidang/divisi klinis dan kepala unit pelayanan terkait: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemilihan vendor b. Penetapan indikator-indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan melalui kontrak klinis c. Hasil capaian-capaian indikator mutu yang ada di nomor 2) | | |
| Ada bukti Kepala bidang/divisi manajemen dan Kepala unit kerja berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak manajemen. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti daftar kontrak manajemen di RS 2. Bukti dokumen kontrak manajemen 3. Bukti rapat dan kegiatan yang melibatkan kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit kerja terkait: <ol style="list-style-type: none"> a. Pemilihan vendor b. Penetapan indikator-indikator mutu c. Pelayanan/kegiatan yang diselenggarakan melalui kontrak manajemen d. Hasil capaian-capaian indikator mutu yang ada di nomor 2) | | |
| Ada bukti apabila kontrak dinegosiasikan ulang atau dihentikan | 1. Bukti di dokumen kontrak ada klausul pemutusan sepihak yang diajukan minimal 3 (tiga) bulan | | |

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| | maka rumah sakit tetap menjaga kontinuitas dari pelayanan pasien. | sebelumnya 2. Bukti daftar vendor calon pengganti 3. Bukti proses kegiatan negosiasi ulang, penghentian ulang, penghentian kontrak dan pemilihan vendor baru (catatan: bila ada kejadian) | | |
| 7. | Rumah sakit mempunyai regulasi pemilihan teknologi medik dan obat serta regulasi penggunaan teknologi medik dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (<i>trial</i>) serta memiliki tim penapisan teknologi bidang kesehatan. | 1. Regulasi tentang pemilihan teknologi medik dan obat 2. Regulasi tentang pemilihan teknologi medic dan obat yang masih dalam uji coba (<i>trial</i>) | | |
| | Tim penapisan teknologi bidang kesehatan telah menggunakan data dan informasi dalam pemilihan teknologi medik serta obat sesuai dengan regulasi rumah sakit yang ada. | 1. Bukti tentang penetapan tim penapisan teknologi bidang kesehatan 2. Bukti tentang pemilihan teknologi medis dan obat yang telah menggunakan data dan informasi. | | |
| | Tim penapisan teknologi bidang kesehatan telah menggunakan rekomendasi dari staf klinis dan atau pemerintah dan organisasi profesi nasional atau internasional dalam pemilihan teknologi medik dan obat di rumah sakit. | Bukti rekomendasi/referensi dari staf klinis dan atau pemerintah atau organisasi nasional dan international telah digunakan untuk pemilihan teknologi medis dan obat. | | |
| | Direktur rumah sakit telah melaksanakan regulasi terkait dengan penggunaan teknologi medik dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (<i>trial</i>). | Bukti pelaksanaan uji coba (<i>trial</i>) sudah sesuai regulasi. | | |
| | Kepala bidang/divisi telah melakukan | 1. Bukti hasil capaian indikator mutu dari pelayanan yang | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| | evaluasi mutu dan keselamatan pasien terhadap hasil dari pengadaan dan penggunaan teknologi medic serta obat menggunakan indikator mutu dan laporan insiden keselamatan pasien. | berasal dari pengadaan dan penggunaan teknologi medik dan obat 2. Bukti laporan insiden keselamatan pasien | | |
| 8. | Ada penetapan struktur organisasi rumah sakit sampai dengan unit pelayanan. | 1. Struktur organisasi rumah sakit 2. Struktur organisasi masing-masing unit dan tata hubungan dengan unit lainnya | | |
| | Ada penetapan struktur organisasi komite medis dan komite keperawatan serta tata hubungan kerja dengan para pimpinan di rumah sakit. | 1. Struktur organisasi komite medis dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja dengan para pimpinan 2. Struktur organisasi komite keperawatan dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja | | |
| | Struktur organisasi dapat mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit dan komunikasi antarprofesi. | 1. Regulasi tentang penetapan organisasi yang bertanggung jawab terhadap upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk budaya keselamatan di rumah sakit 2. Regulasi tentang penetapan organisasi yang bertanggung jawab terhadap peningkatan etika dan hukum yang mengkoordinasikan etika dan disiplin profesi yang ada di RS | | |
| | Struktur organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinik dan penyusunan regulasi pelayanan. | Regulasi tentang penetapan kepala bidang /divisi yang bertanggung jawab pada proses perencanaan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan klinis. | | |
| | Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi. | Regulasi tentang penetapan komite etik atau komite etik dan hukum RS yang mengkoordinasikan sub komite etik dan disiplin profesi medis dan keperawatan dibawah komite masing-masing. | | |
| | Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan | Komite/tim PMKP atau organisasi lainnya yang dilengkapi dengan uraian tugas yang antara lain mempunyai tugas | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| | klinis. | melakukan pengawasan mutu pelayanan klinis dan dilengkapi dengan tata hubungan kerja. | | |
| 9. | Ada regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk setiap kepala unit pelayanan serta termasuk bila ada koordinator pelayanan yang tertuang di dalam pedoman pengorganisasian unit pelayanan tersebut. | Pedoman pengorganisasian di masing-masing unit/departemen pelayanan. | | |
| | Setiap kepala unit pelayanan dan koordinator pelayanan (bila ada) telah sesuai dengan persyaratan jabatan yang ditetapkan. | Bukti kualifikasi sesuai persyaratan jabatan pada file kepegawaian setiap kepala unit/kepala departemen pelayanan dan koordinator pelayanan/ kepala departemen. | | |
| | Setiap kepala unit pelayanan telah melakukan identifikasi dan mengusulkan kebutuhan ruangan, teknologi medis, peralatan, ketenagakerjaan sesuai dengan standar kepada direktur rumah sakit, dan telah mempunyai proses yang dapat diterapkan untuk menanggapi kekurangan (catatan: bila di unit pelayanan ada koordinator pelayanan maka usulan kepada direktur rumah sakit diajukan melalui koordinator pelayanan). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti setiap kepala unit pelayanan telah mempunyai pedoman pelayanan 2. Bukti setiap unit pelayanan telah mempunyai program kerja/usulan-usulan untuk memenuhi standar fisik bangunan dan ketenagaan | | |
| | Setiap kepala unit pelayanan telah menyusun pola ketenagaan yang dipergunakan untuk rekrutmen yang | 1. Bukti setiap unit pelayanan telah mempunyai pola ketenagaan (tercantum di dalam pedoman pengorganisasian) | | |

| | | | | |
|-----|--|---|--|--|
| | akan ditugaskan di unit pelayanan tersebut sesuai dengan peraturan perundang-undangan. | 2. Bukti rekrutmen tenaga di unit pelayanan telah sesuai dengan kebutuhan tenaga yang ada di pola ketenagaan | | |
| | Setiap kepala unit pelayanan telah menyelenggarakan orientasi bagi semua staf baru mengenai tugas dan tanggung jawab serta wewenang mereka di unit pelayanan tempat mereka bekerja. | Bukti pelaksanaan orientasi staf baru di unit pelayanan meliputi TOR, daftar hadir, evaluasi peserta dan laporan pelaksanaan orientasi. | | |
| | Dalam orientasi itu diberikan materi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta pencegahan dan pengendalian infeksi. | Bukti materi PMKP dan PPI dalam TOR. | | |
| 10. | Setiap unit pelayanan telah mempunyai pedoman pelayanan yang menguraikan pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan pelayanan yang direncanakan dan mengatur pengetahuan serta keterampilan staf klinis yang melakukan asesmen pasien dan kebutuhan pasien. | 1. Pedoman pelayanan disetiap unit pelayanan 2. Program tentang rencana pengembangan pelayanan disetiap unit pelayanan | | |
| | Rumah sakit mempunyai regulasi untuk unit pelayanan yang mengatur format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan. | Regulasi tentang perencanaan termasuk pengaturan format usulan yang seragam. | | |
| | Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur sistem pengaduan pelayanan di unit pelayanan. | Regulasi tentang sistem pengaduan pelayanan di unit pelayanan. | | |
| | Kepala unit pelayanan telah menggunakan format dan isi yang | Bukti usulan dengan format yang seragam antara lain tentang obat, perbekalan farmasi, peralatan kedokteran dan | | |

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| | seragam untuk dokumen perencanaan. | peralatan lain. | | |
| | Pengaduan pelayanan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. | Bukti proses pengaduan sudah sesuai dengan regulasi (bukti pengaduan tertulis/bukti daftar pengaduan/logbook pengaduan/laporan kejadian dan lain-lain). | | |
| | Pengetahuan dan ketrampilan staf klinis di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. | Bukti kompetensi staf klinis sesuai regulasi pada file pegawai. | | |
| | Pelayanan yang disediakan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. | Bukti tentang pelayanan yang disediakan rumah sakit antara lain berupa brosur/leaflet. | | |
| | Ada koordinasi dan integrasi pelayanan di unit pelayanan dan antar unit pelayanan. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti rapat tentang pelaksanaan koordinasi di masing-masing unit pelayanan yang dipimpin oleh kepala unit pelayanan masing-masing. 2. Bukti rapat tentang pelaksanaan koordinasi antar unit pelayanan yang dipimpin oleh kepala bidang pelayanan medik/keperawatan 3. Bukti pelaksanaan transfer/pemindahan pasien antar unit yang sudah terkoordinasi/ serah terima transfer pasien 4. Bukti pelaksanaan pergantian shift petugas/staf klinis yang sudah terkoordinasi dan terintegrasi 5. Bukti pelaksanaan komunikasi efektif (TBaK) antar PPA/staf klinis | | |
| 11. | Rumah sakit mempunyai regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit. | Regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit. | | |
| | Kepala unit mengusulkan indikator mutu untuk setiap unit pelayanan. | Bukti usulan tentang indikator mutu dari masing-masing unit pelayanan. | | |
| | Kepala unit telah melakukan pengumpulan data dan membuat laporan terintegrasi secara berkala. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pelaksanaan pengumpulan data dari setiap unit 2. Bukti laporan berkala terintegrasi tentang capaian indikator mutu, insiden keselamatan pasien dan sentinel | | |

| | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 12. | Direktur rumah sakit menetapkan regulasi tentang tata kelola etik rumah sakit yang mengacu pada kode etik rumah sakit nasional, membentuk komite etik yang mengelola etika rumah sakit, dan mengkoordinasikan subkomite etik profesi dan menetapkan kode etik pegawai rumah sakit. | Regulasi tentang tata kelola etik terdiri dari : 1. Pedoman manajemen etik RS 2. Penetapan komite etik RS yang dilengkapi dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja dengan sub komite etik profesi 3. Penetapan kode etik profesi dan kode etik pegawai | | |
| | Direktur rumah sakit memastikan asuhan pasien tidak melanggar norma norma bisnis, norma keuangan, etik, dan hukum. | Bukti proses monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan asuhan pasien yang tidak melanggar norma bisnis, norma keuangan, etik dan hukum, contoh: 1. RS memastikan tidak ada tagihan yang tidak sesuai dengan asuhan yang diberikan 2. Tidak ada uang muka untuk pasien gawat darurat 3. Iklan RS yang menyebutkan RS terbaik atau termurah yang mengarah kepada persaingan tidak sehat 4. Pasien diminta membeli obat terlebih dahulu sebelum dilayani | | |
| | Direktur rumah sakit memastikan praktek nondiskriminatif dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya. | 1. Bukti hubungan kerja tidak diskriminatif menyangkut suku, agama, ras dan gender 2. Bukti asuhan pasien tidak diskriminatif menyangkut suku, agama, ras dan gender | | |
| | Direktur rumah sakit memastikan kepatuhan staf terhadap etika pegawai rumah sakit. | 1. Bukti monitoring kepatuhan staf terhadap etika pegawai 2. Bukti penanganan pelanggaran etik mulai teguran lisan sampai tertulis terhadap pelanggaran etik pegawai | | |
| 13. | Direktur rumah sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas. | <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS tentang “<i>open disclosure</i>” • Kepala unit pelayanan • Kepala bidang/divisi | | |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | Direktur rumah sakit mengidentifikasi, mendokumentasikan, dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pelaksanaan identifikasi 2. Bukti pelaksanaan pendokumentasian 3. Bukti pelaksanaan upaya perbaikan | | |
| | Direktur rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (seperti bahan pustaka dan laporan) yang terkait dengan budaya keselamatan rumah sakit bagi semua individu yang bekerja dalam rumah sakit. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti pelaksanaan pelatihan 2. Bukti bahan pustaka/referensi dan laporan terkait dengan budaya keselamatan | | |
| | Direktur rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam rumah sakit. | <p>RS menyediakan sumber daya yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bukti staf telah terlatih dalam budaya keselamatan 2. Bukti tentang sumber daya yang mendukung dan mendorong budaya keselamatan 3. Bukti tersedia anggaran dalam RKA/RBA untuk mendukung budaya keselamatan | | |

Lampiran 5

Matriks Hasil Wawancara

| No | Pertanyaan | Informan | Jawaban | Reduksi | Kesimpulan |
|-----------------|---|------------|---|---|---|
| Regulasi | | | | | |
| 1. | Apakah ada regulasi tentang pengaturan kewenangan antara pemilik yang tercantum dalam <i>corporate bylaws</i> /peraturan internal RS/dokumen lain serupa? | Informan 1 | Ada, kalau untuk regulasinya ada di <i>hospital bylaws</i> . Nanti dokumennya lihat di Ibu Indah | Dari 3 informan semua mengatakan bahwa regulasinya ada di dalam peraturan internal rumah sakit (<i>Hospital Bylaws</i>) | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa mengenai regulasi terkait dengan pengaturan kewenangan di rumah sakit ada di dalam peraturan internal rumah sakit (<i>Hospital Bylaws</i>) |
| | | Informan 2 | Iya ada, ada didalam <i>hospital bylaws</i> termuat itu pengaturan kewenangannya pemilik yang dalam hal ini Yayasan Kesehatan Gereja Toraja. Coba tanyakan di yayasan nanti kalau mau lihat dokumennya | | |
| | | Informan 4 | Iya ada. Regulasinya tentang pengaturan kewenangan pemilik ada terdapat di dalam peraturan internal rumah sakit itu dijelaskan. Kalau dokumennya mungkin bisa minta lihat di yayasan dek | | |
| 2. | Apakah ada regulasi terkait dengan struktur organisasi rumah sakit? | Informan 1 | Ada, bisa dilihat langsung saja di ruang direktur struktur organisasi rumah sakit. Struktur organisasi pemilik terpisah dengan struktur organisasi rumah sakit, sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik dan peraturan perundang-undangan | Dari beberapa jawaban yang diperoleh dari informan yang menyatakan bahwa struktur organisasi rumah | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa struktur organisasi rumah sakit terpajang di ruangan direktur rumah sakit dan struktur organisasi |

| No | Pertanyaan | Informan | Jawaban | Reduksi | Kesimpulan |
|-----------------|--|------------|---|---|---|
| Regulasi | | | | | |
| | | Informan 2 | Iya ada dek. Nanti dilihat di ruangan direktur struktur organisasi. Kalau untuk struktur di unit-unitnya nanti bisa langsung ke unitnya saja lihat dan tanyakan sama kepala unitnya langsung | sakit terpajang di ruangan direktur rumah sakit dan struktur organisasi unit-unitnya terdapat di masing-masing unit | tersebut hanya sampai pada kepala unit/kepala ruangan. |
| | | Informan 4 | Iya ada, struktur organisasi di rumah sakit ini hanya sampai pada tingkat kepala bidang/ kepala seksi/ kepala unit. Kemudian di masing-masing unit selanjutnya menyusun struktur organisasinya. Untuk struktur organisasi itu sendiri lihat mi saja di ruangan direktur ada struktur organisasi yang baru dibuat. | | |
| 3. | Apakah ada regulasi terkait dengan struktur organisasi | Informan 1 | Iya ada, untuk kualifikasi dan UTW direktur ada di dalam peraturan internal rumah sakit. Pendidikan dan pengalaman direktur rumah sakit harus memenuhi persyaratan untuk melaksanakan tugas yang termuat dalam uraian tugas serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan. | Dari informasi yang diperoleh dari beberapa informan yang menyatakan bahwa regulasi untuk kualifikasi, | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa regulasi untuk kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang direktur rumah sakit ada dan terdapat di |

| | | | | | |
|----|--|------------|---|--|---|
| | | Informan 2 | Ada dek. UTW nya direktur ada di <i>hospital bylaws</i> . Semua diatur di dalam itu. Dari syarat-syarat untuk seorang direktur, tugas dan tanggung jawabnya juga ada diatur dalam <i>hospital bylaws</i> . Untuk lebih jelasnya nanti lihat saja <i>hospital bylaws</i> | uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang direktur rumah sakit ada. | dalam <i>hospital bylaws</i> /peraturan internal rumah sakit. |
| | | Informan 4 | Iya ada, regulasi mengenai kualifikasi dan UTW nya direktur ada di peraturan internal rumah sakit. Untuk kualifikasi, tanggung jawab dan wewenang direktur di rumah sakit ini sudah sesuai dan direktur rumah sakit menjalankan tugas tanggung jawabnya dengan baik | | |
| | | Informan 5 | Iya ada dek. Dalam <i>hospital bylaws</i> itu termuat, mulai dari kualifikasi uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang direktur rumah sakit | | |
| 4. | Bagaimana bentuk kualifikasi direktur rumah sakit? | Informan 6 | Direktur rumah sakit RS Elim Rantepao adalah dr. Adrian Benedict Wijaya M.Kes beliau merupakan dokter umum dan telah mengambil S2 Magister Kesehatan Masyarakat di FKM UNHAS | Dari informasi yang diperoleh maka didapatkan hasil bahwa direktur RS telah memenuhi kualifikasi sesuai dengan standar | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa direktur RS telah memenuhi syarat kualifikasi sebagai direktur |

| | | | | | |
|----|--|------------|--|---|--|
| 5. | Apakah rumah sakit membuat/menyusun rencana strategi? | Informan 1 | Iya ada. Renstra ini kan berisi perencanaan lima tahunan rumah sakit dibuat untuk menentukan tujuan, sasaran dan strategi rumah sakit untuk mencapai visi misi. Renstra RS Elim sekarang sudah berjalan dari tahun 2018 sampai 2023. Jadi setiap lima tahun itu akan diadakan revisi | Dari beberapa jawaban informan diperoleh hasil bahwa di RS Elim Rantepao membuat rencana strategi dan berlaku selama lima tahun | Dari hasil wawancara diperoleh bahwa RS Elim Rantepao mempunyai rencana strategi yang dibuat untuk lima tahun kedepan dan akan dilakukan revisi setelah mencapai lima tahun masa berlaku |
| | | Informan 2 | Iya sementara, renstra itu kita buat bukan hanya untuk keperluan akreditasi tapi dari situ kita lihat untuk satu tahun kedepan, yang paling lama lima tahun kedepan atau disesuaikan dengan jabatan direktur. Nah nanti itu dilihat ada berapa yang terealisasi pertahun | | |
| | | Informan 3 | Iya ada. Renstra itu kan dibuat 5 tahun sekali. Renstra kita sudah berjalan dari tahun 2018 sampai nanti tahun 2023. Nanti bisa lihat dokumennya dek sama sekertaris | | |
| | | Informan 5 | Ada dek. Renstra disini mulai berjalan kalau tidak salah dari tahun 2018. Nanti pastinya saya lihatkan saja dokumen renstranya rumah sakit | | |
| 6. | Apakah ada regulasi/pedoman yang mengatur penggunaan APD | Informan 1 | Iya pasti ada. Untuk pedoman yang mengatur penggunaan APD dan cara mencuci tangan yang baik ada SPO nya dan bisa tanyakan di bagian PPI | Dari beberapa jawaban yang diperoleh dari informan yang | Dari hasil wawancara yang diperoleh maka dapat disimpulkan bahwa terdapat |

| | | | | | |
|----|---|------------|---|--|--|
| | dan cara mencuci tangan yang baik dan benar? | | untuk melihat dokumennya | | |
| | | Informan 2 | Ada. Ada SPO nya itu dek. Tentunya dalam memberikan pelayanan kesehatan harus mengutamakan keselamatan pasien salah satunya dengan mencuci tangan. Penggunaan APD juga. Apalagi dalam masa pandemi ini. Dilakukan pengawasan ketat pastinya dalam penggunaan APD | menyatakan bahwa terdapat regulasi terkait dengan penggunaan APD dan cara mencuci tangan yang baik dan benar | regulasi mengenai penggunaan APD dan cara mencuci tang yang baik dan benar di RS Elim Rantepao |
| | | Informan 3 | Iya ada. Panduan <i>Hand Hygiene</i> ada. SPO untuk cuci tangan dan penggunaan APD tentunya ada. Karena pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai dengan SPO. Dan dalam menilai kepatuhan pemberi pelayanan kesehatan dalam penggunaan APD contohnya pasti ada pengawasannya | | |
| 7. | Apakah ada regulasi atau pedoman tentang kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang kepala bidang/divisi rumah sakit? | Informan 1 | Ada persyaratan jabatan. Tentunya untuk menjadi kepala bidang tidak serta merta dipilih harus sesuai dengan persyaratan jabatannya. Dalam pelaksanaannya kepala bidang dilibatkan dalam menjalankan misi RS dengan bekerjasama dengan direktur RS mengembangkan berbagai rencana dan program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan | Dari 3 informan semua mengatakan bahwa ada regulasi atau pedoman untuk kualifikasi, uraian tugas, tanggungjawab dan wewenang | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa regulasi atau pedoman terkait dengan kualifikasi, uraian tugas, tanggungjawab dan wewenang kepala bidang ada dan dokumen tersebut |

| | | | | | |
|----|--|------------|--|---|---|
| | | | misi rumah sakit | setiap kepala bidang/divisi | tersimpan rapi di bagian HRD |
| | | Informan 3 | Ada tentunya persyaratan jabatannya untuk kepala bidang. Jadi untuk menjadi kepala bidang itu harus sesuai dengan kualifikasinya. Salah satu kualifikasinya misalnya untuk kepala bidang pelayan medik, pendidikan harus dokter spesialis/ dokter gigi spesialis/ dokter umum/ dokter gigi atau S2 manajemen rumah sakit | | |
| | | Informan 4 | Iya ada. Pasti kita punya persyaratan jabatan untuk kepala bidang, Jadi tidak serta merta dipilih saja. Untuk dokumennya nanti saya coba carikan disini | | |
| 8. | Apakah ada persyaratan jabatan dan kualifikasi untuk setiap kepala bidang yang ada di rumah sakit? | Informan 6 | Iya sudah pasti tentunya harus sesuai dengan persyaratan jabatan dan tugas pokoknya kepala bidang. Ada beberapa persyaratan yang harus dipenuhi dan sudah ditentukan juga apa saja tugas pokoknya. Contohnya untuk kepala bidang keperawatan, salah satu persyaratan jabatannya adalah tentunya harus memenuhi syarat administrasi kepegawaian, harus memenuhi kriteria keahlian, integritas, kepemimpinan dan pengalaman di bidang pelayanan keperawatan dan lain sebagainya. Nah | Dari hasil wawancara dengan informan diperoleh jawaban bahwa terdapat persyaratan jabatan dan kualifikasi untuk kepala bidang | Dari hasil wawancara maka dapat disimpulkan bahwa untuk kualifikasi kepala bidang/divisi telah sesuai dengan persyaratan standar akreditasi SNARS Edisi 1 |

| | | | | | |
|-----|--|--|---|--|--|
| | | | semua syarat-syarat yang telah ditentukan itu harus dipenuhi jika ingin menjadi kepala bidang. | | |
| 9. | Apakah ada regulasi terkait dengan pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)? | Informan 1 | Iya ada. Pedomannya ada. Itu kan untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus memiliki suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien | Dari 3 informan mengatakan bahwa regulasi terkait dengan pedoman PMKP ada dan bisa langsung dilihat dokumennya | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa regulasi terkait dengan pedoman PMKP ada lengkap dengan dokumennya dan dokumen tersebut tersimpan dalam file pada bagian PMKP |
| | Informan 2 | Iya pasti ada pedomannya. Direktur RS bertanggungjawab dalam menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen rumah sakit terhadap mutu agar dapat terbentuk budaya mutu di rumah sakit. Untuk dokumennya bisa lihat di bagian PMKP | | | |
| | Informan 3 | Iya ada, pedoman PMKP itu kan sebagai sarana bagi manajemen dan semua staf rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan dan kepuasan pasien. Untuk dokumennya nanti saya lihatkan dek | | | |
| 10. | Apakah direktr RS menyediakan teknologi informasi untuk RS seperti SIMRS? | Informan 1 | Iya, setiap unit menggunakan SIMRS. SIMRS ini memudahkan rumah sakit dalam manajemen data, memperoleh informasi yang tepat dan akurat juga lebih terintegrasi seluruh alur proses | Dari beberapa informan mengatakan bahwa di rumah sakit telah | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa untuk sistem informasi yang digunakan di rumah |

| | | | | | |
|-----|---|------------|---|--|---|
| | | | pelayanan di rumah sakit | menggunakan SIMRS | sudah terhubung langsung dengan sistem yang menggunakan SIMRS |
| | | Informan 2 | Ya, SIMRS kan ada diatur dalam Permenkes bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS. Jadi kalau tidak salah setiap unit di RS sudah menggunakan SIMRS | | |
| | | Informan 3 | Iya ada, semua unit harus menggunakan. Tapi ini karena ada SIMRS baru lagi jadi ini sementara diajari unit-unitnya | | |
| | | Informan 7 | Iya. Di rumah sakit ini menggunakan sistem yang terhubung langsung dengan SIMRS. Seperti contohnya penggunaan sistem komputerisasi, jaringan internet dan website rumah sakit. Kita disini juga punya aplikasi SIMRS yang membantu staff dan karyawan rumah sakit dalam mengelola sistem rumah sakit | | |
| 11. | Apakah ada regulasi tentang kontrak/perjanjian lainnya terkait dengan kontrak klinis dan kontrak manajemen? | Informan 5 | Iya ada. Kita disini kepala bidang pelayan klinis dan kepala unit terkait bertanggungjawab dan berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis. Begitu pun juga kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit bertanggungjawab dan berpartisipasi atas kontrak manajemen. Mereka selain berpartisipasi dalam hal meninjau dan memilih kontrak klinis | Dari informasi yang diperoleh dari beberapa informan bahwa regulasi terkait kontrak klinis dan kontrak manajemen ada dan tersimpan dalam | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa regulasi terkait dengan kontrak klinis dan kontrak manajemen ditetapkan oleh yayasan dan dokumen-dokumen tersebut tersimpan di bagian YKGT |

| | | | | | |
|--|--|------------|--|----------------|--|
| | | | atau manajemen juga bertanggungjawab untuk memantau jalannya kontrak tersebut. Untuk perjanjian kontrak klinis dan manajemen itu bisa dilihat ada di perjanjian kontrak kerja, nanti saya lihatkan dokumennya dek | bentuk dokumen | |
| | | Informan 7 | Iya ada. Jadi untuk kontrak klinis, setelah tenaga kesehatan khususnya dokter telah dikredensialing selanjutnya ada surat penugasan klinis beserta daftar rincian kewenangan apa yang bisa mereka lakukan di RS Elim Rantepao. Jadi surat penugasan klinis inilah yang nanti kita ramu dalam bentuk kontrak klinis. Jadi kontrak klinis itu hubungan antara tenaga staf klinis dengan pihak yayasan dari segi administratif karena yayasan yang mengeluarkan semua SK, dalam SK itu nanti harus dibarengi dengan kontrak klinis. Sedangkan kontrak manajemen kita buat MOU terkait dengan pelayanan yang tidak ada di RS Elim Rantepao. Jadi misalnya bank darah, bank darah kan belum bisa kita adakan jadi kita buat dalam bentuk MOU, kerjasama untuk melaksanakan donor darah. Jadi stok | | |

| | | | | | |
|-----|---|------------|---|--|--|
| | | | darah itu akan kita simpan di Lakipadada UPD dengan perjanjian jika ada pasien di RS ini membutuhkan maka itu yang akan kita pakai | | |
| 12. | Apakah ada regulasi terkait dengan struktur organisasi rumah sakit? | Informan 1 | Ada penetapan struktur organisasi di rumah sakit namun hanya sampai pada kepala seksi atau kepala unit. Nanti di unitnya tergambar masing-masing lagi Strukturnya | Dari 3 informan mengatakan bahwa terdapat struktur organisasi rumah sakit namun hanya sampai pada kepala unit/bidang | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa strktur organisasi rumah sakit ada dan hanya sampai pada tingkat unit, selanjutnya di masing-masing unit membuat struktur organisasinya masing-masing |
| | | Informan 2 | Ada dek. Jadi struktur organisasi kita yang terbaru maupun yang sebelumnya hanya sampai pada tingkat kabid dan kepala seksi/kepala unit. Nanti di unit/ruangan mereka masing-masing lagi buat strukturnya. Jadi terbatas struktur organisasi RS artinya dimulai dari yayasan, direktur, manajer-manajernya lalu seksi/kepala unit | | |
| | | Informan 3 | Iya, inikan baru dibentuk lagi struktur organisasinya. Sudah ada struktur organisasi tapi belum sampai ke unit. Sudah disosialisasikan tapi belum sampai ke unit-unitnya | | |
| 13. | Apakah ada penetapan regulasi tentang tata kelola etik rumah sakit | Informan 1 | Iya tentunya ada. Dalam menyelenggarakan dan mengelola rumah sakit tentunya rumah sakit memiliki kode etik yang berisi nilai- | Dari beberapa jawaban yang diperoleh dari informan yang | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa regulasi terkait dengan tata kelola etik |

| | | | | | |
|------------------|---|------------|---|---|---|
| | yang mengacu pada kode etik rumah sakit? | | nilai dan norma perumahsakitian yang harus ditaati rumah sakit. Untuk dokumennya bisa tanyakan sama ibu Indah | menyatakan bahwa regulasi terkait tata kelola etik rumah sakit ada namun saat dilakukan telusur dokumen regulasi tersebut tidak ada | di rumah sakit tidak ada, yang ada hanya SPO etika rumah sakit |
| | | Informan 4 | Iya ada. Tapi untuk dokumennya nanti saya carikan yah dek. Untuk kode etik pegawai saya juga lupa mi dimana tersimpan. Nanti saya kasih <i>file</i> nya ada SPO untuk etika rumah sakit | | |
| Fasilitas | | | | | |
| 1. | Apakah fasilitas seperti sarana, prasarana dan pelayanan penunjang sudah memadai di RS Elim Rantepao? | Informan 1 | Iya tentunya, keseluruhan persyaratan untuk fasilitas di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan harus sesuai dengan standar yang berlaku dan itu ada kebijakannya di atur di dalam. Jadi rumah sakit harus mengikuti sesuai dengan kebijakan yang berlaku | Dari 4 informan mengatakan bahwa untuk sarana, prasarana dan pelayanan penunjang di rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang berlaku dan mengikuti pedoman teknis sarana prasarana rumah sakit tipe c | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa sarana, prasarana dan pelayanan penunjang sudah memadai dan sesuai dengan standar yang berlaku |
| | | Informan 2 | Iya sudah pasti ada kebijakannya untuk pengaturan fasilitas yang ada di rumah sakit, kalau tidak salah ada pedoman teknisnya itu. Nanti lebih jelasnya coba tanyakan sama Mary bagian K3 | | |
| | | Informan 3 | Iya, untuk fasilitas sarana dan prasarana rumah sakit ada pedomannya jadi dalam merencanakan itu rumah sakit mengikuti pedoman yang ada jadi | | |

| | | | | | |
|-----|---|-------------|---|--|--|
| | | | tidak serta merta saja | | |
| | | Informan 11 | Iya, ada pedoman teknis untuk fasilitas sarana dan prasarana di rumah sakit khususnya untuk rumah sakit tipe c. Nah pedoman itu mi yang dipakai rumah sakit dalam merencanakan pembangunan sarana prasarana rumah sakit. Pedoman itu sebagai arahan bagi pengelola rumah sakit untuk memperhatikan standar pelayanan kesehatan sehingga fasilitas yang dipergunakan rumah sakit dapat berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan pelayanan dan tidak menimbulkan dampak buruk terhadap penggunaanya | | |
| ‘2. | Apakah RS Elim Rantepao menggunakan fasilitas seperti sistem yang terhubung dengan SIMRS? | Informan 1 | Iya, setiap unit menggunakan SIMRS. SIMRS ini memudahkan rumah sakit dalam manajemen data, memperoleh informasi yang tepat dan akurat juga lebih terintegrasi seluruh alur proses pelayanan di rumah sakit | Dari 4 informan mengatakan bahwa rumah sakit telah menggunakan sistem yang langsung terhubung dengan SIMRS | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa fasilitas rumah sakit menggunakan sistem yang langsung terhubung dengan SIMRS |
| | | Informan 2 | Ya, SIMRS kan ada diatur dalam Permenkes bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS. Jadi kalau tidak salah setiap unit di RS sudah menggunakan SIMRS | | |
| | | Informan 3 | Iya ada, semua unit harus menggunakan. Tapi ini karena ada | | |

| | | | | | |
|---------------|--|------------|--|---|---|
| | | | SIMRS baru lagi jadi ini sementara diajari unit-unitnya | | |
| | | Informan 7 | Iya. Di rumah sakit ini menggunakan sistem yang terhubung langsung dengan SIMRS. Seperti contohnya penggunaan sistem komputerisasi, jaringan internet dan website rumah sakit. Kita disini juga punya aplikasi SIMRS yang membantu staff dan karyawan rumah sakit dalam mengelola sistem rumah sakit | | |
| Proses | | | | | |
| 1. | Apakah ada pedoman atau kebijakan yang seragam digunakan dalam proses <i>recruitment</i> ? | Informan 1 | Iya pastinya ada, untuk mendapatkan tenaga professional diperlukan seleksi penerimaan calon karyawan sesuai dengan pedoman kebijakan seleksi dan penerimaan calon karyawan. Dimulai dari seleksi administrasi, seleksi calon karyawan dan penerimaan | Dari beberapa informan diperoleh jawaban bahwa untuk proses <i>recruitment</i> di rumah sakit dilakukan secara seragam sesuai dengan pedoman yang ada | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa <i>recruitment</i> dilakukan secara seragam dengan menggunakan pedoman pelaksanaan <i>recruitment</i> yang ada |
| | | Informan 2 | Iya ada, namun keseragaman proses dalam <i>recruitment</i> disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Jadi permintaan dari unit masuk di bagian HRD sesuai dengan kebutuhan dari unit. Namun di bagian HRD dilihat lagi untuk disesuaikan dengan renstra apakah cukup dengan anggaran RS | | |

| | | | | | |
|----|--|------------|---|--|--|
| | | Informan 4 | Iya ada dek, ada dalam panduan penerimaan karyawan mengenai persyaratan dan langkah-langkah dalam pelaksanaan <i>recruitment</i> pegawai. Jadi semua calon karyawan dalam mengikuti seleksi seragam proses yang harus dia lewati mulai dari seleksi berkas selama 2 minggu, lalu dilanjutkan dengan tes kemampuan, tes psikotes, wawancara terus penerimaan, pokoknya semua seragam prosesnya | | |
| 2. | Apakah rumah sakit mempunyai kode etik yang digunakan dalam proses pelaksanaan kebijakan di rumah sakit? | Informan 1 | Iya tentunya ada. Dalam menyelenggarakan dan mengelola rumah sakit tentunya rumah sakit memiliki kode etik yang berisi nilai-nilai dan norma perumahsakititan yang harus ditaati rumah sakit. Untuk dokumennya bisa tanyakan sama ibu Indah | Dari beberapa jawaban yang diperoleh dari informan yang menyatakan bahwa regulasi terkait tata kelola etik rumah sakit ada namun saat dilakukan telusur dokumen, regulasi tersebut tidak ada | Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa regulasi terkait dengan tata kelola etik di rumah sakit tidak ada, yang ada hanya SPO etika rumah sakit |
| | | Informan 4 | Iya ada. Tapi untuk dokumennya nanti saya carikan yah dek. Untuk kode etik pegawai saya juga lupa mi dimana tersimpan. Nanti saya kasih <i>file</i> nya ada SPO untuk etika rumah sakit | | |

| No | Pertanyaan | Informan | Jawaban | Reduksi | Kesimpulan |
|-----------------|--|------------|--|--|---|
| Evaluasi | | | | | |
| 1. | Apakah rumah sakit melakukan evaluasi? Kapan pelaksanaan evaluasi dan siapa yang melakukan evaluasi? | Informan 1 | Iya, evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana terlaksananya suatu kebijakan yang ada di rumah sakit. Penilaian terhadap kegiatan rumah sakit merupakan hal yang sangat diperlukan dalam menjalankan rumah sakit sesuai dengan tugas dan fungsinya. Pelaksanaan evaluasi di RS Elim Rantepao dilakukan minimal sebulan sekali antara direktur dengan manajer-manajernya, kalau manajer dengan staff dibawahnya bisa lebih dari satu kali. Antara pemilik dengan direktur 3 bulan sekali yang rutin sedangkan yang non rutin bisa 2 minggu sekali | Dari 4 informan mengatakan evaluasi rutin dilakukan untuk mengetahui perkembangan sejauh mana telah terlaksananya suatu kebijakan di rumah sakit | Dari hasil wawancara diperoleh hasil bahwa pelaksanaan evaluasi di rumah sakit dilakukan sebagai bentuk tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana telah terlaksananya kebijakan-kebijakan rumah sakit. Pelaksanaan evaluasi dilakukan di masing-masing unit/bagian yang ada karena setiap unit mempunyai bagian khusus untuk melaksanakan evaluasi. |
| | | Informan 2 | Iya rumah sakit selalu melakukan evaluasi, mengenai apa saja yang dievaluasi pertama-tama dari unit tertampung lagi ke tingkat manajer, dari manajer ini baru mengadakan rapat. Jika tidak berhalangan tetap direktur pasti menghadiri rapat evaluasi tersebut. Evaluasi rutin diadakan perbulan, sedangkan untuk unit rutin diadakan perminggu. Yang terlibat dalam evaluasi jika di tingkat | | |

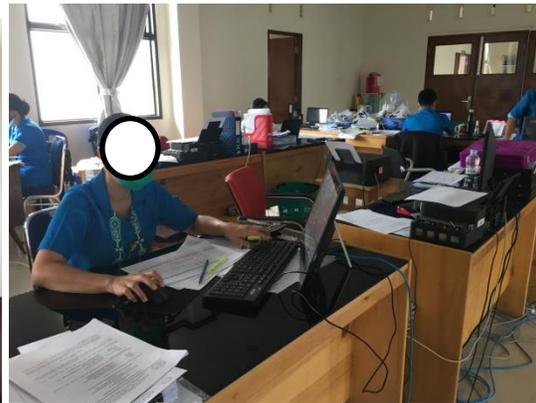
| No | Pertanyaan | Informan | Jawaban | Reduksi | Kesimpulan |
|-----------------|------------|------------|---|---------|------------|
| Evaluasi | | | | | |
| | | | unit, kepala unit dan pegawainya, kemudian berlanjut dari unit ke manajer dan direktur rumah sakit | | |
| | | Informan 3 | Evaluasi iya, setiap ada aturan yang diberlakukan akan dievaluasi. Rapat evaluasi diberlakukan setiap bulan. Yang terlibat dalam pelaksanaan evaluasi adalah unit terkait, misalnya di keperawatan, ada aturan yang diberlakukan yang dievaluasi yah unit terkait di bawah pengawasan direktur/pimpinan | | |
| | | Informan 4 | Iya, evaluasi di RS Elim Rantepao rutin diadakan untuk menilai sejauh mana kebijakan telah diterapkan atau tidak. Evaluasi rutin diadakan setiap bulan oleh direktur rumah sakit dengan manajer-manajernya. Adapun juga evaluasi di tingkat unit yang rutin diadakan setiap minggu. Dari evaluasi di unit nanti ini kemudian dilaporkan oleh kepala unit untuk kemudian dievaluasi lagi oleh manajer dan direktur | | |

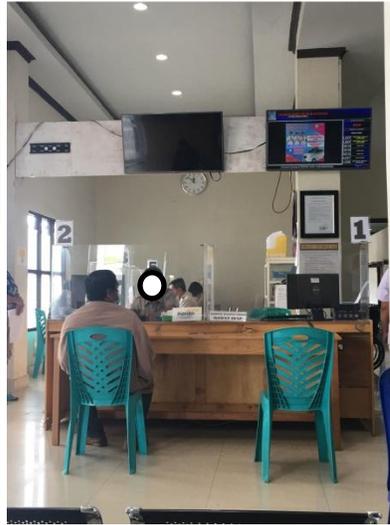
| No | Pertanyaan | Informan | Jawaban | Reduksi | Kesimpulan |
|-------------------|---|------------|--|---|--|
| Monitoring | | | | | |
| 1. | Apakah rumah sakit melakukan monitoring? Kapan pelaksanaan monitoring dan siapa yang melakukan monitoring tersebut? | Informan 1 | Iya, kita lakukan monitoring di rumah sakit ini untuk melihat pencapaian kegiatan sudah sejauh mana berjalan apakah ada yang kurang. Jadi kita memantau kegiatan program di masing-masing unit agar dapat terlaksana sesuai dengan yang sudah direncanakan. Monitoring yang rutin dilaksanakan yaitu sebulan sekali, kalau monitoring yang non rutin bisa seminggu sekali. Pihak yang terlibat yaitu direktur, manajer dan pihak yang bersangkutan | Dari 4 informan mengatakan monitoring rutin dilaksanakan untuk memantau kegiatan program di rumah sakit dan setiap unit ada yang bertanggungjawab dalam melaksanakan monitoring | Dari hasil wawancara diperoleh hasil bahwa monitoring di rumah sakit adalah bentuk pemantauan pelaksanaan kebijakan di lapangan, monitoring rutin dilaksanakan dan setiap unit ada yang bertanggungjawab dalam melaksanakan monitoring. Pelaksanaan monitoring berbeda-beda tergantung bagaimana setiap unit/bidang melaksanakannya karena ada yang melakukan monitoring setiap hari, setiap bulan dan ada juga yang melakukan monitoring setiap triwulan. |
| | | Informan 2 | Iya, untuk monitoring disini dilakukan oleh komite penyidik dek, kalau khusus rumah sakit monitoring yang lembaga (yayasan) karena pemilihan direktur itu dek oleh lembaga. Kalau di HRD rutin setiap hari dan yang terlibat itu kepala HRD/kepala unit, kalau di unit-unit saya juga kurang tahu | | |
| | | Informan 3 | Iya, kalau di PMKP ada monitoring data, saya monitoring data yang rutin itu 3 kali sebulan. Untuk setiap unit ada penanggung jawab yaitu ketua komite, dibawah ketua komite ada | | |

| No | Pertanyaan | Informan | Jawaban | Reduksi | Kesimpulan |
|-------------------|--|------------|--|--|--|
| Monitoring | | | | | |
| | | | ditunjuk penanggung jawab namanya PIC, dia bertugas memonitoring setiap hari di unit masing-masing. Jika ada yang bermasalah ketua komite yang turun langsung untuk memonitoring | | |
| | | Informan 4 | Iya, monitoring disini khususnya di unit-unit itu dikembalikan ke masing-masing unit. Ada yang memonitoring tiap hari, ada juga yang beberapa kali dalam seminggu. | | |
| 2. | Apakah dilakukan monitoring untuk tata kelola rumah sakit? | Informan 2 | Kalau monitoring bagian tata kelola rumah sakit dilaksanakan saat mendekati akreditasi saja. Setelah akreditasi yang dibagian TKRS kembali lagi ke unit masing-masing | Dari jawaban yang diperoleh dari beberapa informan terkait dengan pelaksanaan monitoring untuk tata kelola rumah sakit tidak berjalan dengan baik. | Dari hasil wawancara diperoleh hasil bahwa monitoring untuk tata kelola rumah sakit tidak berjalan baik. Monitoring dilaksanakan ketika rumah sakit akan melaksanakan akreditasi saja. |
| | | Informan 4 | Untuk tata kelola rumah sakit tidak rutin terlaksana monitoringnya karena pada saat akreditasi pi rumah sakit baru dibentuk TKRS. Setelah akreditasi bubar lagi | | |

Lampiran 6

DOKUMENTASI PENELITIAN





Lampiran 7

SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL


KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, 516-005, fax (0411) 586013
E-mail : fkm.unhas@gmail.com, website: https://fkm.unhas.ac.id/

SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL
Nomor : 3533/UN4.14/PK.03.00/2021

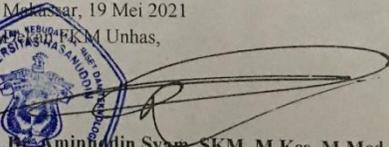
Dari : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
 Untuk : Mereka yang tersebut namanya pada surat penugasan ini dianggap cakap dalam bidangnya untuk bertugas dalam panitia Seminar Proposal mahasiswa FKM- UNHAS
 Isi : 1. Menilai Mahasiwa Seminar dengan susunan Tim Penilai:

| No | Nama Dosen | Jabatan/ Peminatan |
|----|-------------------------------------|--------------------|
| 1. | Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH | Pembimbing I |
| 2. | Rini Anggraeni, SKM, M.Kes | Pembimbing II |
| 3. | Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS | Penguji / I |
| 4. | Dian Saputra Marzuki, SKM, M.Kes | Penguji / II |

2. Mahasiswa FKM-UH yang akan menempuh Seminar Proposal:
 Nama : Apsela Bunda Gladys
 Nim : K11116343
 Departemen : Manajemen Rumah Sakit
 Judul : Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit Berdasarkan Standar Akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao

3. Waktu Pelaksanaan Seminar Proposal :
 Hari/ Tanggal : Senin, 24 Mei 2021
 Jam : 10.00 – 11. 30 WITA
 Tempat : Ruang K-224. Lt II FKM Unhas (*via zoom*)

4. Agar surat penugasan ini dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab
 5. Surat penugasan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan berubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penugasan ini.

Makassar, 19 Mei 2021
 Dekan FKM Unhas,

Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed
 NIDN 70617 199903 1 001



Tembusan :
 1. Wakil Dekan FKM Unhas Sebagai Laporan
 2. Bagian Akademik FKM-UNHAS
 3. Bagian Keuangan FKM-UNHAS
 4. Pengelola Seminar Departemen MRS FKM-UNHAS

Lampiran 8

SURAT PERSETUJUAN PENELITIAN DARI FAKULTAS



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET DAN TEKNOLOGI

UNIVERSITAS HASANUDDIN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658

E-mail : fkmu@unhas@gmail.com, website: [www.https://fkmu.unhas.ac.id](https://fkmu.unhas.ac.id)

Nomor : 4656 /UN4.14.8/PT.01.04/2021
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

23 Juni 2021

Yang Terhormat

**Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan
Cq. Bidang Penyelenggara Pelayanan Perizinan**
di- Makassar

Dengan hormat, Kami sampaikan bahwa mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin bermaksud untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi.

Sehubungan dengan itu, Kami mohon bantuan Bapak kiranya dapat memberikan izin untuk penelitian kepada :

Nama Mahasiswa : Apsela Bunda Gladys
Stambuk : K11116343
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Departemen : Manajemen Rumah Sakit
Judul Penelitian : **Gambaran Tata Kelola Rumah Sakit Berdasarkan Standar Akreditasi SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Elim Rantepao**
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Elim Rantepao
Pembimbing Skripsi : 1. Prof. Dr. dr. H.M.Alimin Maidin, MPH
2. Rini Anggraeni, SKM., M.Kes

Atas bantuan dan kerjasama yang baik, kami sampaikan banyak terima kasih.



Dr. Suniah, S.KM., M.Kes
NIP. 197405202002122001

Tembusan :

1. Dekan FKM Unhas sebagai laporan
2. Ketua Prodi Kesmas-S1 FKM Unhas
3. Para Pembimbing Skripsi

Lampiran 10**RIWAYAT HIDUP PENELITI**

Nama : Apsela Bunda Gladys
 NIM : K11116343
 TTL : Masamba, 07 April 1998
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Katolik
 Golongan Darah : A
 Alamat : Peumahan Villa Sudiang Sejahtera Blok B1 No. 10
 Nomor Telepon : 089519623554
 Email : gladysela7@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. SDN 56 Rantepao IV (2004-2010)
2. SMPN 2 Rantepao (2010-2013)
3. SMAN 1 Rantepao (2013-2016)
4. S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2016-2021)

Organisasi

1. Pengurus Hospital Management Student Community (HMSC) (2018-2019)
2. Pengurus Persekutuan Mahasiswa Kristen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2019-2020)
3. Keluarga Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin