

DAFTAR PUSTAKA

- Accenture Global Management Consulting, 2011, *Global Risk Management Diagnostic* (online). <http://www.accenture.com>, diakses 28 Juni 2012.
- Ali, A; Wright, N dan Rae, M, 2008, *Addressing Health Inequalities*, London: Royal College of General Practitioners.
- Ansoff, H. I, 1980, *Strategic Issue Management*, *Strategic Management Journal*, vol.1, 131-148.
- Australian/New Zealand Standard®, 2004, *AS/NZS 4360:2004*, www.gpv.org.au, diakses 1 Maret 2013.
- Barmawi, Agus, 2012, *Manajemen Operasional Saat Bencana*, Seminar Hospital Disaster Plan, Yogyakarta.
- Cagliano, Anna Corinna., Grimaldi, Sabrina and Rafele, Carlo. 2011. A Systemic Methodology for Risk Management in Healthcare Sector, *Journal of Safety Science*, vol.49, no.5, Elsevier Publishing.
- Calvin London and Kim Higgot, 1997, *An Employee Reward and Recognition Process*, *The TQM Magazine*, vol 9 (5), Emerald Publishing.
- David, U. 2000. *Medication Errors and Risk Management in Hospitals*, *Risk Management in Canadian Healthcare*, vo.2, no.5, 49-52.
- DonHee, Lee, 2012, *Implementation of Quality Programs in Healthcare Organizations*, *Journal of Service Business*, vol.6, no.3, 387-404, Springer Journal
- Ducker, M. et al, 2009, *Safety and Risk Management in Hospital*, The Health Foundation, Hal.70
- Duncan, RB & Weiss A, 1979, *Organizational Learning Implications for Organizational Design* in B Staw (Ed) *Research in Organizational Behavior*, vol.1, 75-124, Greenwich CT, JAI Press.

- Ellis, Judith, 2008, *Managing Performance*, Nursing Management, vol.15, no.1, pp 28 – 33.
- Endre, Ianosi, 2011, Considerations About Efficient Health Care Management Systems, Proceedings of the 3rd International Conference on E-Health and Bioengineering EHB 2011, Iasi, Romania
- Grasskopf, Shawna, et al. 2004, *Competitive Effects on Teaching Hospitals*, European Journal of Operational Research, vol.154 (2), Elsevier Publishing.
- Greenfield, D & Braithwaite, J, 2007, *A Review of Health Sector Accreditation Research Literature*, International Journal for Quality in Health Care, vol.20, no.3, pp 172-183.
- Griffiths, Frances et al. 2012, *The Future for Health Care Delivery*, Journal of Social Science & Medicine, vol.75, no.12, 2233-2241, Elsevier Publishing.
- Grote, Gudela, 2012, *Safety Management in Different High Risk Domains – All the Same ?*, Journal of Safety Science, vol.50, no.10, 1983-1992, Elsevier Publishing.
- Hedberg, B, 1981, *How Organizations Learn and Unlearn*, In P Nystrom & W Starbuck (Eds.) Handbook of Organizational Design, vo.1, 3-28, Oxford University Press.
- Hubbard, Douglas, 2009. *The Failure of Risk Management: Why It's Broken and How to Fix It*. John Wiley & Sons. p. 46.
- Hussain, M. Kamal, 2012, *Hospital Risk Management* (online). <http://www.authorstream.com> diakses 28 Agustus 2012.
- International Organization for Standardization, 2009, *Committee Draft of ISO 31000 Risk management*, (online). <http://www.iso.org>, diakses 9 September 2012.
- Jadi, Amr., Zedan, Hussein and Alghamdi, Turki. 2013, *Risk Management Based Early Warning System for Healthcare Industry*, Computer Medical Applications (ICCMA), 2013 International Conference on, Article number 6506181.

- Jarion, Phillipe. 2010, *Risk Management*, Annual Review of Financial Economics, vol.2, no.1 (online). <http://www.annualreviews.org> diakses 28 Januari 2013.
- King, W.R, 1982, *Using Strategic Issue Analysis*, Long Range Planning, 45-49.
- Komite Akreditasi Rumah Sakit, 2012, *Pedoman Akreditasi Rumah Sakit* (online), <http://www.kars.co.id> diakses tanggal 1 Juni 2013.
- Moleong, J.L, 2002, *Metodologi Penelitian Kualitatif* (terjemahan), 2002, PT Remaja Rosdakarya, Hal. 253.
- Meena Chavan, 2011, *Quality Management & Quality Care*, Asian Journal on Quality, vol. 12 (1), Emerald Publishing
- Normann R, 1985, *Developing Capabilities of Organizational Learning*. In J Penning & Associates (Eds), *Organizational Strategy and Change*, 217-248, San Francisco Jossey-Bass
- Ottensmeyer, E & Dutton, E. Jane, 1987, *Strategic Issue Management System: Forms, Functions and Contexts*, Academy of Management Review, vol.12, no.2, 355-365.
- Perrot, E. Bruce, 2011, *Strategic Issue Management as Change Catalyst*, *Strategy & Leadership Journal*, vo.39, no.5, 20-29, Emerald Group Publishing Limited.
- Potts F. Geoffrey, 2011, *Impact of Reward & Punishment Motivation on Behavior Monitoring as Indexed by the Error Related Negativity*, *International Journal of Psychophysiology*, vol.8, 324-331, Elsevier Publishing.
- Riduwan. 2005. *Belajar Mudah Penelitian Untuk Guru, Karyawan dan Peneliti Pemula*, Bandung : Alfabeta
- Scholter, P.R. 1995. *Do Reward & Recognition Systems Work ?*, *Quality Magazine*, December pp. 27-29.
- Spickett, Jeffery; Katscherian, Dianne; Goh, Yang Ming. 2012. *A New Approach to Criteria for Health Risk Assessment*. *Environmental Effect Assessment Review*, vo.32, no.1, Elsevier

- Stainback, S. & Stainback, W. 1988, *Understanding & Conducting Qualitative Research*, Washington DC, Distributed by ERIC Clearinghouse, Hal.125.
- Stephen A. Stumpf, et al, 2013, *Employees and Change Initiatives : Intrinsic Rewards and Feeling Valued*, Journal of Business Strategy, vol 34 (2), Emerald Publishing
- Sweatman, J. 1996. *Reward Your Employee and Reap the Returns*, Other Side Up - Business Ideas from a New Perspective, May, pp 1-2.
- Terje, Aven, 2012, *Practical Implications of the New Risk Perspective*, Journal of Reliability Engineering and System Safety, vol. 115, Elsevier Publishing.
- Uma Sekaran. 2006. *Metode Penelitian Bisnis*. Jakarta : Salemba Empat.
- World Health Organization, 2012, *Health Risk Factor*, (online), <http://www.who.int>, diakses tanggal 28 Agustus 2012.
- Yasin, M. Mahmoud, et all, 2011, *Competitive Strategic Grouping for Hospitals : Operational and Strategic Perspectives on the Effective Implementation of Quality Improvement Initiatives*, The Total Quality Management Journal, vo.23, no.3, 301-312.

Lampiran 1. Rumusan Penentuan Indikator Penelitian

INDIKATOR KARS 2012	KATA KUNCI	MATRIK RISIKO
Mereka yang bertanggung jawab memimpin dan menjalankan rumah sakit berpartisipasi dalam perencanaan dan evaluasi keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien	kepemimpinan	Tidak ada pemahaman pegawai akan visi penanganan risiko
	monitoring & prioritas evaluasi	Tidak ada tindak lanjut atau perbaikan dari monitoring pelaksanaan program
Pimpinan rumah sakit berkolaborasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.	kolaborasi	Tidak ada standar perbaikan mutu dan keselamatan bagi seluruh unit
Pimpinan menetapkan proses yang dijadikan prioritas untuk dilakukan evaluasi dan kegiatan peningkatan dan keselamatan pasien yang harus dilaksanakan.	monitoring & prioritas evaluasi	Tidak terdapat prioritas kerja dalam perbaikan mutu dan keselamatan pasien
Pimpinan membenakan bantuan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.	kecukupan SDM, alat dan sistem	Tidak ada bantuan teknologi dan dukungan SDM dari pimpinan
Peningkatan mutu dan keselamatan pasien di infomasikan ke staf.	komunikasi	Tidak tersedia sarana komunikasi antar pimpinan dengan pegawai (buletin, papan pengumuman, rapat staf, dan atau kegiatan SDM)
Staf diberi pelatihan untuk ikut serta dalam program.	kompetensi	Pengembangan pelatihan tidak sesuai dengan kebutuhan keahlian pegawai
Rumah sakit membuat rancangan baru dan melakukan modifikasi dari sistem dan proses sesuai prinsip peningkatan mutu	perbaikan terus menerus	Tidak ada monitoring dan evaluasi pelaksanaan layanan
Pedoman praktek klinis dan clinical pathway dan atau protokol klinis digunakan sebagai pedoman dalam membenakan asuhan klinis	kualitas asuhan klinis	Tidak tersedia standar asuhan klinis terutama pada area berisiko tinggi
Pimpinan rumah sakit menetapkan indikator kunci dalam struktur rumah sakit, proses-proses, dan hasil (outcome) untuk diterapkan di seluruh rumah sakit dalam rangka peningkatan mutu dan rencana keselamatan pasien	audit kinerja	Tidak ada mekanisme pengawasan melalui audit kinerja layanan
Untuk mendukung kinerja manajemen, petugas dengan pengalaman, pengetahuan dan keterampilan cukup mengumpulkan dan menganalisis data secara sistematis.	peningkatan mutu	Tidak dilakukan perbaikan mutu layanan (baik melalui analisis kinerja, bench marking dan atau akreditasi)
Rumah sakit menggunakan proses yang ditetapkan untuk melakukan identifikasi dan pengelolaan kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera.	pengecahan dan deteksi diri	Tidak ada standar pencegahan kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera.
Kegiatan perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilakukan untuk area prioritas sebagaimana yang ditetapkan pimpinan rumah sakit.	Pengembangan SPO	Tidak ada panduan SPO bagi pegawai
Program manajemen risiko berkelanjutan digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi KTD dan mengurangi risiko lain terhadap keselamatan pasien dan staf	perancangan ulang	Tidak dilakukan rancang ulang terhadap proses atau tindakan (paling sedikit setahun sekali dan tidak didokumentasikan)

Sumber : Analisis indikator KARS 2012

Lampiran 2. Uji Dependability & Conformability

Aktifitas	Keterangan	Tanggal		Lokasi	Hasil
		Mulai	Selesai		
Pengajuan ijin penelitian	Pengurusan ijin dan name tag penelitian	25-Apr-13	29-Apr-13	RS Wahidin	
Pengajuan ijin penelitian	Pengurusan ijin dan name tag penelitian	25-Apr-13	29-Apr-13	RSP Unhas	
Wawancara awal	Bertemu dengan bagian pendidikan & penelitian	1-May-13	1-May-13	RS Wahidin	1. Penelitian tidak dapat mengambil sampel di perinatologi
					2. Pengambilan sampel akan dilakukan di unit pengendalian mutu dan poliklinik
Wawancara awal	Bertemu dengan bagian Hospital Safety	1-May-13	1-May-13	RSP Unhas	1. Unit perinatologi belum terintegrasi
					2. Pengambilan sampel akan dilakukan di unit hospital safety dan poliklinik
Asistensi / bimbingan	Diskusi mengenai persiapan pra penelitian	3-May-13	3-May-13	via email	Persetujuan untuk mengubah obyek penelitian dari unit perinatologi ke poliklinik dengan esensi inti mengenai matrik risiko operasional tetap
Pra Penelitian	Pengujian awal kuesioner	4-May-13	9-May-13	RS Wahidin	Jawaban dari sampel responden sementara
				RSP Unhas	
Analisis Hasil Pra Penelitian	Validity Test melalui teknik TRIANGULASI	9-May-13	12-May-13	Peneliti	1. Hasil triangulasi menunjukam bahwa kuesioner valid
					2. Terdapat pertanyaan yang dihapus : Terdapat aspek hukum yang belum diselesaikan (misalnya : perijinan, akreditasi, dll).
					Alasan : tidak terkait langsung dengan operasional layanan rumah sakit
					3. Terdapat pertanyaan yang ditambahkan : Kebutuhan pasien tidak terlayani karena rumah sakit penuh atau obat habis
Asistensi / bimbingan	Pembahasan hasil pra penelitian	10-May-13	10-May-13	via email	Persetujuan untuk lanjut ke penelitian
Penelitian	Penyebaran kuesioner	13-May-13	3-Jun-13	RS Unhas	Jawaban dari responden
	Penyebaran kuesioner	13-May-13	3-Jun-13	RS Wahidin	Jawaban dari responden
Asistensi / bimbingan	Pembahasan hasil sementara	18-May-13	18-May-13	via email	Persetujuan pembahasan difokuskan kepada indikator yang masih rendah implementasinya dan matrik risiko dengan prioritas tinggi
Asistensi / bimbingan	Pembahasan hasil & resume data statistik	24-May-13	3-Jun-13	via email	Pembahasan data uji statistik responden dan saran untuk pendalaman pengamatan
Wawancara ulang	Bertemu dengan bagian hospital safety	5-Jun-13	5-Jun-13	RS Unhas	Pengecekan dan uji silang jawaban responden
	Bertemu dengan bagian penjamin mutu dan akreditasi	5-Jun-13	5-Jun-13	RS Wahidin	
	Bertemu dengan kepala poliklinik	5-Jun-13	5-Jun-13	RS Wahidin	
	Bertemu dengan pegawai poliklinik	5-Jun-13	5-Jun-13	RS Unhas	
Dokumentasi	Pengamatan kegiatan poliklinik	7-Jun-13	7-Jun-13	RS Wahidin	Dokumentasi pendukung
	Pengamatan kegiatan poliklinik	10-Jun-13	10-Jun-13	RS Unhas	
Asistensi / bimbingan	Pembahasan hasil	13-Jun-13	28-Jun-13	Kampus, email	Penyelesaian tesis

Lampiran 3. Data hasil wawancara

Wawancara awal RS Wahidin

No	Implementasi Manajemen Risiko Operasional	Narasumber : Bagian pendidikan dan penelitian RS Wahidin
		Jawaban Narasumber
1	Pegawai memahami visi rumah sakit dalam hal komitmen mengurangi risiko pelayanan.	Visi dari rumah sakit adalah hal penting yang selalu berulang diingatkan oleh pimpinan, melalui pertemuan, penulisan pada lift, papan pengumuman, banner, dll.
2	Terdapat laporan secara reguler dan tindak lanjut terkait pelaksanaan program perbaikan mutu dan keselamatan pasien	Pelaporan adalah hal wajib bagi rumah sakit sekelas RS Wahidin, terutama ke Dinkes.
3	Program perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilaksanakan diseluruh unit	Tentu program akan melibatkan dan dilaksanakan oleh semua unit
4	Pimpinan menggunakan data dan informasi yang tersedia untuk menentukan prioritas dalam perbaikan mutu dan keselamatan pasien	Iya, penetapan rencana perbaikan tentu didasarkan kepada masukan dan data yang disampaikan kepada manajemen
5	Tersedia teknologi dan dukungan sumber daya untuk menjalankan perbaikan mutu dan keselamatan pasien	Sebagai rumah sakit rujukan, tentu dapat kami nyatakan hal tersebut telah terpenuhi.
6	Dilakukan komunikasi secara terjadwal menggunakan media yang efektif (buletin, papan pengumuman, rapat staf dan atau kegiatan unit SDM)	Iya, hal tersebut telah ada
7	Pemberian pelatihan dilakukan secara terprogram sesuai dengan pengembangan keahlian yang dibutuhkan pegawai	Dalam upaya pengembangan kompetensi, pegawai tidak hanya berkesempatan internal trainingm namun juga external training, tentu secara selektif
8	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan proses layanan melalui pengumpulan data untuk memastikan bahwa layanan telah berjalan sesuai pedoman.	Iya, kami berpedoman sebagaimana dimaksud
9	Pembuatan standar asuhan klinis berdasarkan bukti ilmiah terbaik terutama untuk area risiko tinggi.	Hal tersebut telah ada
10	Dilakukan audit / penilaian kinerja layanan dan dilaporkan kepada pihak berwenang sebagai bentuk mekanisme pengawasan.	Sistem pelaporan kami adalah ke Dinkes
11	Dilakukan analisis data kinerja layanan secara berkala dan manajemen melakukan proses : benchmarking, data base referensi, standar serta <i>best practice</i> untuk meningkatkan mutu layanan.	Lebih seringnya, RS Wahidin yang menjadi bench mark
12	Ditetapkan prosedur standar pencegahan kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera	Iya, tentu ada
13	Perubahan yang efektif dimasukkan ke standar prosedur operasional (SPO)	Betul, setiap perbaikan adakan ditetapkan sebagai standar baru setelah melalui pengujian dan pembahasan
14	Dilakukan rancang ulang terhadap proses atau tindakan untuk mengurangi risiko, dilakukan paling sedikit setahun sekali dan didokumentasikan	Kami memastikan hal tersebut dengan mengikuti akreditasi baik nasional maupun internasional

Wawancara pendalaman RS Wahidin

No	Implementasi Manajemen Risiko Operasional	Narasumber : Bagian penjaminan mutu dan akreditasi
		Jawaban responden
1	Bagaimana konsep pengembangan kompetensi bagi pegawai ?	Training dijadwalkan sesuai kebutuhan pegawai, dan untuk mengantisipasi banyaknya pegawai maka dilakukan melalui sosialisasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keahlian.
2	Kendala apa yang paling terasa pada saat melaksanakan penjaminan mutu ?	Besarnya RS Wahidin, baik dari sisi pelayanan, fungsi sebagai rujukan, banyaknya unit yang harus dipantau, dll
3	Untuk meningkatkan monitoring dan evaluasi bagaimana mekanisme yang dilakukan ?	Tentu dilakukan rapat koordinasi antar unit secara terjadwal
4	Bagaimana konsep customer care ?	Kami memiliki bagian informasi yg berfungsi sebagai penghubung dengan pasien, kemudian terdapat sms center.
5	Bagaimana dengan persiapan akreditasi KARS ?	Dari segi akreditasi, kami berpendapat bahwa RS Wahidin sudah siap, bahkan kami memiliki unit khusus yang bertanggung jawab dalam persiapan akreditasi dimaksud.

Wawancara awal RS Unhas

No	Implementasi Manajemen Risiko Operasional	Narasumber : Bagian penjaminan mutu dan keselamatan pasien RS Unhas
		Jawaban responden
1	Pegawai memahami visi rumah sakit dalam hal komitmen mengurangi risiko pelayanan.	Untuk meningkatkan pemahaman visi tersebut dilakukan melalui sosialisasi, penempelan visi pada lokasi strategis untuk mengingatkan pegawai
2	Terdapat laporan secara reguler dan tindak lanjut terkait pelaksanaan program perbaikan mutu dan keselamatan pasien	Untuk pelaporan pasti ada, sedangkan untuk proses tindak lanjut akan menjadi tanggung jawab pimpinan untuk menetapkannya.
3	Program perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilaksanakan diseluruh unit	Iya, program tersebut melibatkan seluruh unit
4	Pimpinan menggunakan data dan informasi yang tersedia untuk menentukan prioritas dalam perbaikan mutu dan keselamatan pasien	Hal tersebut ditetapkan dalam rapat kerja tahunan
5	Tersedia teknologi dan dukungan sumber daya untuk menjalankan perbaikan mutu dan keselamatan pasien	Secara standar hal tersebut telah terpenuhi, dan tentunya akan terus dilakukan penyempurnaan
6	Dilakukan komunikasi secara terjadwal menggunakan media yang efektif (buletin, papan pengumuman, rapat staf dan atau kegiatan unit SDM)	Iya, kami memiliki media tersebut
7	Pemberian pelatihan dilakukan secara terprogram sesuai dengan pengembangan keahlian yang dibutuhkan pegawai	Peningkatan kompetensi tentu selalu kami lakukan, meskipun belum mampu mengakomodir semua kebutuhan pegawai..
8	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan proses layanan melalui pengumpulan data untuk memastikan bahwa layanan telah berjalan sesuai pedoman.	Salah satu indikator perbaikan kami dapatkan dari data <i>basse customer care</i>
9	Pembuatan standar asuhan klinis berdasarkan bukti ilmiah terbaik terutama untuk area risiko tinggi.	Dalam proses persiapan
10	Dilakukan audit / penilaian kinerja layanan dan dilaporkan kepada pihak berwenang sebagai bentuk mekanisme pengawasan.	Sistem pelaporan kami adalah ke Dinkes dan Dikti (sebagai bagian dari organisasi Unhas)
11	Dilakukan analisis data kinerja layanan secara berkala dan manajemen melakukan proses : benchmarking, data base referensi, standar serta <i>best practice</i> untuk meningkatkan mutu layanan.	Hal tersebut dilakukan meskipun belum secara konsisten
12	Ditetapkan prosedur standar pencegahan kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera	Iya, ada
13	Perubahan yang efektif dimasukan ke standar prosedur operasional (SPO)	Tentu hal tersebut akan menjadi bagian dari penyempurnaan standar kerja pegawai
14	Dilakukan rancang ulang terhadap proses atau tindakan untuk mengurangi risiko, dilakukan paling sedikit setahun sekali dan didokumentasikan	Hal tersebut menjadi salah satu tanggung jawab komite hospital safety

Wawancara pendalaman RS Unhas

No	Implementasi Manajemen Risiko Operasional	Narasumber : Bagian penjaminan mutu dan keselamatan pasien RS Unhas
		Jawaban responden
1	Bagaimana konsep pengembangan kompetensi bagi pegawai ?	Salah satu training yang wajib adalah training tentang "keselamatan pasien" training selanjutnya akan disesuaikan dengan keahlian yang dibutuhkan
2	Kendala apa yang paling terasa pada saat melaksanakan penjaminan mutu ?	Ketersediaan SDM, karena RS Unhas yang baru berdiri 3 tahun ini, masih perlu penyempurnaan di banyak hal. Pengembangan infrastruktur tidak bisa ditentukan langsung oleh manajemen karena posisi sebagai RS Pendidikan di bawah Unhas, sehingga anggaran dana akan bergantung kepada keputusan rektorat dimana usulan harus diajukan pada tahun sebelumnya.
3	Untuk meningkatkan monitoring dan evaluasi bagaimana mekanisme yang dilakukan ?	Kami ada rapat rutin mingguan, senin & kamis adalah rapat unit, setiap selasa khusus membahas mutu dan kamis juga diadakan rapat direksi.
4	Bagaimana konsep customer care ?	Dahulu, customer care berada di bawah sub komite penjaminan mutu, namun sekarang sudah dipindahkan ke unit marketing.
5	Bagaimana dengan persiapan akreditasi KARS ?	Saat ini kami sedang bersiap untuk hal tersebut. Untuk target bulan ini (Mei) adalah sosialisasi kepada seluruh pegawai.

LAMPIRAN 4

DATA –DATA DAN DOKUMENTASI PENELITIAN

- a) Kuesioner penelitian
- b) Surat permohonan ijin penelitian
- c) Surat persetujuan ijin penelitian
- d) Surat pernyataan
- e) Bukti kwitansi registrasi penelitian
- f) Kartu tanda pengenal penelitian
- g) Foto-foto dokumentasi penelitian RS Wahidin
- h) Rekapitulasi jawaban responden untuk indikator implementasi RS Wahidin
- i) Rekapitulasi jawaban responden untuk dampak risiko RS Wahidin
- j) Rekapitulasi jawaban responden untuk kemungkinan terjadi RS Wahidin
- k) Penentuan matrik risiko RS Wahidin
- l) Resume data jawaban responden RS Wahidin
- m) Foto-foto dokumentasi penelitian RS Unhas
- n) Rekapitulasi jawaban responden untuk indikator implementasi RS Unhas
- o) Rekapitulasi jawaban responden untuk dampak risiko RS Unhas
- p) Rekapitulasi jawaban responden untuk kemungkinan terjadi RS Unhas
- q) Penentuan matrik risiko RS Unhas
- r) Resume data jawaban responden RS Unhas

Lampiran foto-foto dokumentasi obyek penelitian (RS Wahidin)



Jam layanan Poliklinik RS Wahidin



Denah poliklinik RS Wahidin



Ruang tunggu poliklinik RS Wahidin



Daftar poli RS Wahidin



SMS Center RS Wahidin



Kantor Instalasi Penjamin Mutu & Akreditasi RS Wahidin

Lampiran foto-foto dokumentasi obyek penelitian (RS Unhas)



Jam pelayanan Poliklinik RS Unhas



Ruang tunggu poliklinik Unhas



Pusat Informasi RS Unhas



Lobby RS Unhas



Dokumen persiapan akreditasi RS Unhas



Contoh modul training pegawai RS Unhas

