

LAMPIRAN

KODING DATA WAWANCARA

No	Pertanyaan	Data mentah	Axial Coding	Tema
1	Bagaimana pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat di RSUD Queen Latifah?	<p>Informan 1 Kalau kebetulan kan saya menjabat di keselamatan pasien tahun itu 2015 ya sudah berjalan baik. Kalau dari segi hasil dari patient safety naik turun apalagi per apa namanya mulai skp satu sampai enam khususnya. Terakhir itu triwulan 4 ini di SKP terutama SKP 1 sama SKP 6 itu eh kok SKP 1 sama SKP tepat pasien SKP 4 Itu baru standarnya mencapai 100 persen kalo untuk yang sebelum sebelumnya belum pernah Jadi kadang misalkan triwulan 1 ini SKP 1 hasil dari auditnya itu 80 persen nanti di triwulan 2 bisa 90 persen terkadang nanti di triwulan tiga terjadi penurunan hasil juga seperti itu</p>	<p>Informan 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sudah berjalan baik namun hasil audit pelaksanaan keselamatan pasien masih naik turun - Hasil audit masih ada yang dibawah standar namun SKP 1 dan 4 pernah sesuai standar 100 persen di triwulan 4 - Pelaksanaan patient safety masih belum stabil hasilnya 	Pelaksanaan keselamatan pasien di RSUD Queen Latifa sudah berjalan baik namun belum maksimal
		<p>Informan 2 Jadi patient safety kalo disini memang sudah diterapkan ya e.. mulai dari akan ada akreditasi kita kan maju akreditasi tahun dua ribu sik .. juli (informan mengingat) 2014 ,</p>	<p>Informan 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keselamatan pasien sudah diterapkan - Hasil audit bagus tapi belum semua 	

		<p>juli 2014 kalo gak salah kita maju akreditasi , sebelum akreditasi kan sasaran keselamatan pasien jadi pokok utama dan bahkan jadi salah satu indikator untuk bisa lulus dasar. So far sih kalau diaudit yang SKP hasilnya yo bagus dari segi hasil auditnya kemudian ya tapi tetep ada yang beberapa beberapa yang belum berjalan awal awalnya seperti marking kemaren kan awal awalnya belum berjalan kemudian setelah itu sudah mulai berjalan lagi</p>	<p>maksimal</p>	
		<p>Informan 3 Kalo penerapannya mungkin e.. per poin dulu ya pertama resiko pasien jatuh alhamdulillah sudah berjalan bisa dipastikan semua pasien yang beresiko jatuhudah pakai gelang kuning dari depan sampai belakang dari IGD sampai Ranap sudah paham terkait gelang kuning itu artinya apa dan sudah pakai semua Kemudian untuk mencegah kesalahan bat atau kesalahan pemberian obat temen melakukan double check , dulu pemberian obat itu setiap pasien kan punya satu loker yang itu semua obat ditaruh disitu jadi ketika dia masuk rawat inap itu langsung disediakan obat sejumlah beberapa obat jumlah obat itu</p>	<p>Informan 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penerapan sasaran keselamatan pasien dari SKP 1 sampai SKP 6 sudah berjalan baik - Belum semua SKP berjalan dengan maksimal 	

		<p>nah itu .. saya kurang e..., lupatepatnya kapan kita perbaiki kita stok di rawat inap itu kitahanya stok satu hari 24 jam nah yang bertugas mengambil obat itu adalah yang malam yang malam itu kan ada BHP</p> <p>Yang SKP penandaan memang e berjalan dengan baiknya baru 2016 karena waktu itu kita melakukan dari mas yudhi sendiri selaku PIC OK waktu itu melakukan perubahan kebijakan yang awalnya penandaan dilakukan DPJP dilakukan pada saat visit sebelum operasi ternyata memangv tidak bisa berjalan karna memang dpjp nya belum bisa visit sebelum dilakukan operasi karena mereka biasanya visitnya pada saat operasi nah karen memang itu tidak bisa akhirnya kita revisi kita rubah yang melakukan penandaan waktu itu awalnya adalah perawat IBS jani istilahnya dilimpahkan ke perawat IBS tapi ternyata memang bisa dilakukan oleh perawat juga dan yang melakukan penandaan itu tidak harus ikut operasi kalo yang saya tau seperti itu akhirnya yang melakukan penandaan adalah perawat unit tersebut kalo misal pasien cito dari IGD mau langsung kesini ya yang melakukan penandaan adalah perawat IGD nya, misal</p>		
--	--	---	--	--

		dari rawat inap ya perawat rawat inapnya . semenjak itu dirubah alhamdulillah sekarang penandaannya berjalan		
		Informan 4 Kalau 2,5 tahun ini sudah mulai berjalan dengan baik setidaknya dari waktu ke waktu sudah mulai ee pemahaman temen temen terkait patient safety juga sudah mulai aware terkait patient safety gitu jadi mungkin kalo jadi segi fasilitas memang e belum bisa karena kita kan masih tipe D gitu tapi dari kemauan dari temen temen itu sudah mulai bagus	Informan 4 - Sudah mulai berjalan dengan baik - Dari waktu ke waktu pemahaman perawat tentang pentingnya patient safety semakin berjalan	

No	Pertanyaan	Data mentah	Axial Coding	Tema
2	Apakah hambatan / kendala dalam Pelaksanaan keselamatan pasien ini ?	Informan 1 Sebenarnya kita sudah sering melakukan sosialisasi pada staff staff terutama keperawatan medis, oh ini jadi yang menyebabkan itu untuk kepatuhan yo dari temen temen sendiri apa namanya kesadarannya. Kemudian juga dari kepala kepalanya juga mungkin kurang dari	Informan 1 - Kesadaran perawat - Pribadi atau kebiasaan perawat - Pemantauan terutama dari kepala ruang belum maksimal	Hambatan dalam pelaksanaan keselamatan pasien adalah faktor kebiasaan perawat dan

		<p>memantau implementasinya seperti itu</p>		<p>kurang maksimalnya peran role model</p>
		<p>Informan 2 : Hambatannya itu habit, diri sendiri sama role modelnya jadi apa ya e.. role modelnya tuh misalnya gini e.. di suatu ruangan itu ketika ada satu orang yang patuh apalagi mungkin orang yang senior ya karu misalnya dia patuh bener bener menjalankan anak buahnya pasti gak akan untuk gak menjalankan itu pasti ya, otomatis ketika anak buahnya tidak menjalankan ketika si karu ini punya power dia pertama punya power kemudian emang dia tertib itu mestu\i akam jadi ketika si yang punya power ini tidak memanfaatkan powernya jadi malah kurang disiplin akhirnya yang bawah bawah juga ikut ndelyo (bahasa jawa; tidak patuh) jadi memang role model nya belum terbentuk dengan baik menurut saya ya kalo disini itu karu karu nya sudah senior senior dia powernya oke banget dari segi powernya untuk memanage anak buahnya itu untuk patuh tuh iya tapi kadangkala keluhannya karena udah senior ini lho memang sudah</p>	<p>Informan 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebiasaan - Role model yang belum terbentuk maksimal 	

	<p>lama disini lha kan memang untuk mengimplementasikannya itu mungkin ada kadangkala sok ndleyo kayak gitu itu sih yang buat habit itu memang susah ya sama untuk membuat seseorang mau jadi role model itu susah</p>		
	<p>Informan 3 Kalau saya lihat sih kebiasaan jadi temen temen memang untuk pertama membuat kebiasaan yang baik itu memang susah harus dipaksa dulu kalo sudah bisa baru bisa jadi terbiasa, kedua memang turn over kita memang masih tinggi maksudnya perubahan SDM ada yang keluar ada yang masuk secara otomatis proses motivasi ke mereka juga berulang ulang sebenarnya si bagus berulang ulangcuman kadang membosankan juga</p>	<p>Informan 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebiasaan - Turn over yang tinggi 	
	<p>Informan 4 Kalau hambatannya mungkin e.. kalau dari menurut saya itu ini sih jadi kita di terutama di rawat inap kalau misalkan ada tindakan ataupun banyak pasien banyak planningan dalam satu shift itu terkadang jadi cepet cepet membagi waktu supaya tindakan ini segera bisa terselesaikan kayak gitu, itu mungkin faktor yang buat e.. temen temen itu e.. apa ya simple misalkan kan seperti itu</p>	<p>Informan 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Banyaknya pasien - Kebiasaan 	

	identifikasi harus membutuhkan waktu lama waktu sih dari waktu tapi kalo yang selo kayak gitu biasanya berjalan	
--	---	--

No	Pertanyaan	Data mentah	Axial Coding	Tema
3	Adakah sosialisasi pelaksanaan keselamatan pasien? Kapan dilakukannya?	Informan 1 Kalau untuk sosialisasi ndak tentu ya mbak kadang kalau misalkan ada emmm ada apa namanya permintaan dari unit atau mungkin kebutuhan dari e.. kita yang di bagian SKP nanti kita ngisi sosialisasi seperti itu , atau nanti kita bikin mini workshop tiap kalo pas rapat khusus untuk mbahas itu	Informan 1 - Ada sosialisasi tentang keselamatan pasien yang diberikan rumah sakit - Waktu tidak tentu sesuai permintaan unit atau sesuai kebutuhan	Sosialisasi / pelatihan belum dilakukan secara rutin Pemberian sosialisasi pada pegawai baru tidak dilakukan langsung di awal namun mengumpulkan pegawai dalam kurun waktu 2 atau 3 bulan untuk diberi pembekalan bersama

	<p>Informan 2</p> <p>Kalo pelatihan pernah tapi memang tidak yang rutin harus setiap tahun gitu enggak kalo dulu awal awal kan memang ada pelatihan hand hygiene kemudian ada sosialisasi mengenai resiko jatuh dan sebagainya nah kemudian yang baru baru itu mereka terpapar nya itu pada saat orientasi kariawan itu lho e.. pembekalan kariawan kalo yang baru itu terpaparnya pada saat pembekalan kariawan. Tapi pembekalannya kan kita rekrutmen gak besar besaran ya jadi satu bulan ini mungkin rekrut 2 kadang bulan besok itu rekrut 3 habis itu baru deh dijadiin satu pembekalannya jadi satu kayak gitu , itu juga jadi salah satu kelemahan akhirnya mereka berjalan tanpa belum dikasi pembekalan, mereka berjalan udah dua bulan hoooh tapi dalam proses nya itu mungkin e ditemukan kok dia gak gini e hasil audit kok dia gak gini tapi setelah ditelusur ya itu memang karena dia belum dikasi pembekalan ya itu</p>	<p>Informan 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan dilakukan tidak rutin - Pegawai baru diberikan sosialisasi saat orientasi pegawai baru - Sosialisasi saat pembekalan pegawai baru dilakukan dengan mengumpulkan pegawai baru yang ada dalam kurun 2 atau 3 bulan , diberikan sosialisasi bersama 	
	<p>Informan 3</p> <p>Kalo sosialisasi biasanya kita untuk apa namanya semua pegawai baru ada untuk khususnya untuk SKP ya skp itu pasti skp ppi</p>	<p>Informasi 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan , diberikan pada semua pegawai baru 	

		itu pasti orientasi pegawai baru nah yang sebenarnya itu memang yang berkaitan dengan itu biasanya sdm mengumpulkan dalam 3 bulan atau empat bulan ada beraqpa pegawai dikumpulkan jadi satu	<ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan dengan mengumpulkan pegawai baru dalam kurun 3 atau 4 bulan untuk sosialisasi dan orientasi 	
		<p>Informan 4</p> <p>Dilakukan pada pegawai baru, yang itu insidental juga ada misalkan ada kasus ini kok menyangkut terkait , nah itu e biasanya e ada insidental misalkan ini kok kemaren ada kejadian yang ternyata misalkan e salah ngambil obat ataupun salah pasien ataupun pemeriksaannya kok belum jadi atau apa terkait komunikasinya atau sbar konfirmasinya kok belum nah kayak gitu itu langsung kita share kan kepada temen temen kemaren ada kejadian ini</p>	<p>Informan 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan sosialisasi saat awal pada pegawai baru - Jika ada kasus juga dil;akukan 	

No	Pertanyaan	Data mentah	Axial Coding	Tema
4	Bagaimana monitoring dan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat di Rumah Sakit ini?	<p>Informan 1</p> <p>Kalo untuk monitoringnya kebetulan kita tiap bulan melakukan monitoringnya, Kemudian untuk evaluasinya nanti setiap triwulan kita lakukan analisa kita olah datanya semua kita beri rekomendasi.</p> <p>Monitoringnya seperti saya ya saya melakukan checking langsung ke TKP ke semua unit itu seperti itu misalkan di SKP 1 mungkin langsung sidak ke pasien kalau misal belum sesuai nanti saya melakukan coaching di lapangan juga.</p>	<p>Informan 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan monitoring langsung ke unit - Melakukan coaching jika ada yang belum sesuai - Monitoring dilakukan tiap bulan, untuk evaluasi setiap triwulan dengan memberi rekomendasi 	Monitoring dilakukan tiap bulannya Evaluasi dilakukan setelah data hasil survey pelaksanaan diolah dan kemudian dipaparkan pada rapat tiap triwulan
		<p>Informan 2</p> <p>Hasil audit setiap bulannya itu mbak indri itu, tapi kalo hand hygiene itu sama PPI. Biasanya kita ketika kita kan RTM kan 3 bulan sekali kita kumpulin setiap satu bulan kita olah selam 3 bulan kemudian kita e.. publikasikan ke temen temen SKP nya hasilnya berapa yang tertinggi siapa terendah siapa nah itu nanti ada rekomendasi disitu nanti ada rekomendasi berarti itu harus di latih lagi atau dipatuhkan lagi nanti yang</p>	<p>Informan 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring setiap bulan dengan dilakukan audit - Hasil audit dipaparkan di RTM setiap 3 bulan sekali - Melakukan coaching pada unit yang masih rendah nilainya 	

		melakukan coaching itu nanti adalah biasanya kepala ruang untuk mengcoaching atau mengajari teman teman tadi yang unit nya itu yang dikira masih kepatuhannya kurang atau pun mungkin langkah langkanya juga salah diajarin gitu	
		<p>Informan 3</p> <p>Kalu monitoring kejadian TKPRS khususnya kalo kejadian itu kita kan punya data semua kejadian KTD KNC di rumah sakit itu dibuat daftar dan setiap bulannya kepala ruang melaporkan, melaporkan ada kejadian atau tidak kalau ada kejadian ee karu harus bisa menampilkan laporannya jadi kalo ada kejadian laporannya menyusul tapi tiap bulan mereka akan menyampaikan bulan ini kejadiannya apa saja ada berapa</p>	<p>Informan 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring dilakukan tiap bulannya oleh TKPRS/PMKP - Kepala ruang juga terlibat dalam monitoring dan melaporkan jika ada insiden keselamatan pasien
		<p>Informan 4</p> <p>Kalo monitoring evaluasi selama ini pake ada yang survey yang dari SPI itu survey wawancara ke pasien maupun ke karyawannya mungkin melihat langsung secara langsung dari langsung dari SPI lalu untuk e.. data data seperti data data mentah itu sih. Kalo monitoring keterlibatan karu ya jadi diinformasikan e.. misalkan hasil rapat apa itu misalkan di monev yang biasanya</p>	<p>Informan 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring evaluasi dilakukan dengan survey oleh SPI dengan langsung melihat pelaksanaan - Monitoring juga melibatkan kepala ruang pada setiap unit dengan

		<p>saya lakukan saya kan monev setiap hari rabu setiap habis monev apa yang hasil dimonevkan itu itu saya share kan ke masing masing karu nah dari masing masing karu nanti karu akan me e apa akan melihat akan mengcoaching akan memberikan taukan ke temen temen semuanya lha nanti yang selanjutnya apakah sudah berjalan atau belum</p>	<p>memberikan coaching pada sesama perawat</p> <ul style="list-style-type: none">- Dilakukan setiap bulan	
--	--	--	---	--

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI

NO	PERNYATAAN	YA	TIDA K
1	KOMPONEN IDENTIFIKASI PASIEN		
	Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien (nama pasien sesuai tanda pengenal dan tanggal lahir pasien), tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien		
	Pasien diidentifikasi pada saat pemberian obat, darah atau produk darah		
	Pasien diidentifikasi pada saat pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan		
	Pasien diidentifikasi saat pemberian pengobatan atau melakukan tindakan		
	KOMPONEN KOMUNIKASI EFEKTIF		
2	KOMPONEN KOMUNIKASI EFEKTIF		
	Perintah lisan melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah		
	Perintah lisan atau melalui telepon dibacakan kembali oleh penerima perintah		
	Perintah lisan atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh penerima perintah		
3	KOMPONEN PEMAKAIN OBAT DENGAN KEWASPADAAN TINGGI (HIGH ALERT)		
	Menyimpan Obat High-alert ditempat terpisah		
	Menyimpan elektrolit konsentrat di tempat terpisah		
	Elektrolit Konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan		
	Elektrolit konsentrat yang yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat		
4	KOMPONEN KETEPATAN LOKASI, PROSEDUR DAN PASIEN YANG AKAN DIBEDAH		

	Sebelum pasien memasuki area steril kamar operasi dilakukan verifikasi terlebih dulu di ruang penerimaan pasien		
	Memberikan tanda yang jelas untuk identifikasi operasi		
5	KOMPONEN PENCEGAHAN RESIKO INFEKSI		
	Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan		
	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien		
	Mencuci tangan sesudah membuang wadah sputum, secret ataupun darah		
	Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani peralatan pada pasien seperti infus set, kateter, kantung <i>drain</i> urin, tindakan operatif kecil dan peralatan pernafasan.		
	Mencuci tangan sesudah memegang daerah sekeliling pasien		
	Mencuci tangan dengan langkah cuci tangan yang benar		
6	KOMPONEN PENCEGAHAN RESIKO PASIEN JATUH		
	Melakukan Asesmen awal resiko pasien jatuh		
	Menerapkan langkah-langkah untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap beresiko		

Lampiran 3

LEMBAR OBSERVASI DOKUMEN

ASPEK YANG DIOBSERVASI	KETERANGAN
<p>Sasaran I Kebijakan atau prosedur (SOP) mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi</p>	
<p>Sasaran II Kebijakan dan prosedur (SOP) mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.</p>	
<p>Sasaran III Kebijakan atau prosedur (SOP) yang memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.</p>	
<p>Sasaran IV 1. <i>Checklist</i> atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi. 2. Kebijakan atau prosedur (SOP) dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi atau dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.</p>	
<p>Sasaran V 1. Pedoman <i>hand hygiene</i> dari WHO (<i>Patient Safety</i>). 2. Kebijakan atau prosedur (SOP) yang dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.</p>	
<p>Sasaran VI Kebijakan atau prosedur (SOP) mendukung pengurangan berkelanjutan dari resiko cedera pasien akibat jatuh di rumah sakit.</p>	

Lampiran 4

**LEMBAR OBSERVASI
SARANA DAN PRASARANA**

Sarana Prasarana	Ketersediaan	Keterangan
Gelang Identitas Pasien		
Tempat penyimpanan obat high alert dan elektrolit konsentrat		.
Label khusus untuk obat high alert dan LASA		
Wastafel		
Air Mengalir		
Sabun		
Pengering Tangan		
Handrub		
<i>Bed Side Rail</i>		
Kursi Roda		
Pegangan Besi di Toilet		

PANDUAN WAWANCARA

Tanggal wawancara :

Kode Informan :

Daftar Pertanyaan

1. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i, bagaimana penerapan pelaksanaan Keselamatan Pasien di Rumah sakit ini?
Bagaimana pelaksanaannya jika dilihat dari enam sasaran Keselamatan Pasien ?
2. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i, Apakah ada hambatan atau kendala dalam melaksanakan keselamatan pasien di Rumah sakit ini? Kalau ada apa hambatan yang dihadapi?
3. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i, Apakah ada sosialisasi atau pelatihan mengenai keselamatan pasien?
Kapan dilakukannya?
4. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/i, Bagaimana monitoring dan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat di Rumah Sakit ini?



Universitas
Muhammadiyah
Yogyakarta

PROGRAM PASCASARJANA PROGRAM STUDI MANAJEMEN RUMAH SAKIT

Nomor : 112/MMR/C.6-III/II/2017

Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Direktur RSU Queen Latifa Yogyakarta

Ditempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Program Studi Manajemen Rumah Sakit Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan **Ijin Penelitian**, untuk tesis kepada:

Nama : Tria Hastiwi Nurul Insani
No. Mahasiswa : 20151030086
Tujuan : Untuk menyusun penelitian yang berjudul:
: Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat
: Di RSU Queen Latifa Yogyakarta
Lokasi : RSU Queen Latifa Yogyakarta
Dosen Pembimbing :
1. Dr. dr. Sri Sundari, M.Kes
2. dr. Maria Ulfa, MMR

Atas kerjasama dan bantuan Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, 11 Februari 2017

Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes., AAK.
Kaprodik MMR UMY



RUMAH SAKIT UMUM
Queen Latifa

No : 624/RSQL/II/2017
Perihal : Surat Jawaban Ijin Penelitian

Sleman, 28 Februari 2017

Kepada Yth
Kaprod MMR Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
di Tempat

Assalamu'alaikum Wr Wb.

Berdasarkan Surat dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta No. 112/MMR/C.6-III/II/2017 dengan ini kami menjawab permohonan izin pengambilan kasus/data guna penyelesaian Penelitian bagi :

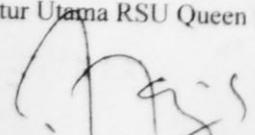
Nama : Tria Hastiwi Nurul Insani
NIM : 20151030086
Judul Skripsi : Analisa Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh perawat di Rumah Sakit Umum Queen Latifa

Kami mengijinkan mahasiswa tersebut melakukan penelitian dikarenakan kasus tersebut ada di instansi kami.

Demikian surat balasan ini disampaikan, Semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu alaikum Wr Wb

Hormat kami,
Direktur Utama RSU Queen Latifa


dr. Niken Nawangsih, M.Kes
NIK. 1122012

Tembusan :

- Yang bersangkutan
- Arsip



Queen Latifa

KOMITE ETIK DAN HUKUM RSU QUEEN LATIFA

Jl. Ring Road Barat Mlangi Nogotirto Gamping Sleman
 Telepon : 0274-581402, Fax : 0274-626309
 Email : muhamadwahyudi23@gmail.com

SURAT REKOMENDASI IZIN PENELITIAN

NO : 107/KEH- RSQ/II/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Dirwan Suryo Soularto, SpF, M. Sc
 NIP :
 Jabatan : Ketua Komite Etik dan Hukum RSU Queen Latifa

Dalam hal ini bertindak dan atas nama ketua Komite Etik dan Hukum RSU Queen Latifa

Memberikan Rekomendasi Permohonan Izin Penelitian Kepada Mahasiswa Program Studi Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta :

Nama : Tria Hastiwi Nurul Insani
 NIM : 20151030086
 Judul : "Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien Oleh Perawat di RSU Queen Latifa Yogyakarta."

Bahwa Permohonan Izin Penelitian di atas setelah dikaji di Komite Etik dan Hukum tidak melanggar aturan dan kebijakan yang ada di Rumah Sakit Queen Latifa.

Demikian Surat Rekomendasi Permohonan Izin Penelitian dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sleman, 28 Februari 2017

Hormat kami,
 Komite Etik dan Hukum RSU Queen Latifa

dr. Dirwan Suryo Soularto, SpF, M.Sc
 Ketua KEH RS QL

Muhamad Wahyudi, Amd. Kep
 Sekretaris KEH RS QL

Tembusan :

1. Yang bersangkutan
2. Direktur Utama RS Queen Latifa
3. Arsip