

LAMPIRAN

PEDOMAN WAWANCARA

A. Kepala bagian Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI)

Pertanyaan:

1. Mohon dijelaskan peranan anda dalam pencegahan dan pengendalian infeksi khususnya yang berhubungan dengan Infeksi Daerah Operasi (IDO).
2. Mohon dijelaskan bagaimana penetapan kriteria diagnosis IDO di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta.
3. Mohon dijelaskan program PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO.
4. Mohon dijelaskan sejak kapan diterapkan program PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO.
5. Siapa sajakah yang terlibat dalam program PPI untuk mencegah dan mengendalikan IDO serta peran masing- masing individu.
6. Apakah pelaksanaan program PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO sudah berjalan dengan baik.
7. Mohon dijelaskan sistem monitoring, evaluasi dan pelaporan kasus IDO dan setiap berapa lama dilakukan hal tersebut.
8. Mohon dijelaskan jumlah kasus IDO di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta.
9. Apakah terjadi peningkatan atau penurunan kasus IDO setiap tahunnyadan berapa jumlahnya.
10. Apakah kasus IDO tersebut sudah dispesifikkan berdasarkan jenis operasi? Jika iya, berapa jumlah IDO pada masing- masing jenis operasi.
11. Mohon dijelaskan kendala dalam pelaksanaan PPI dalam mencegah dan mengendalikan IDO.
12. Mohon dijelaskan harapan anda dalam mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta khususnya yang berhubungan dengan IDO.

B. Dokter Spesialis Obstetrik Ginekologi

Pertanyaan:

1. Mohon dijelaskan peranan anda dalam upaya pencegahan dan pengendalian IDO.
2. Mohon dijelaskan bagaimana penetapan kriteria diagnosis IDO di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta.
3. Mohon dijelaskan bagaimana standar pencegahan IDO pada saat pra operatif, intra operatif dan paska operatif.
4. Apakah standar pencegahan IDO pada saat pra operatif, intra operatif dan paska operatif sudah diterapkan di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta? Jika iya, apakah sudah berjalan dengan baik.
5. Mohon dijelaskan sistem monitoring paska operatif untuk mencegah dan mengendalikan IDO.
6. Mohon dijelaskan kendala anda dalam mencegah dan mengendalikan IDO.
7. Mohon dijelaskan harapan anda dalam mencegah dan mengendalikan IDO di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta.

C. Perawat Ruang Operasi dan Bidan

Pertanyaan:

1. Mohon dijelaskan peranan anda dalam upaya pencegahan dan pengendalian IDO.
2. Apakah peranan anda dalam upaya pencegahan dan pengendalian IDO sudah berjalan dengan baik di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta.
3. Mohon dijelaskan kendala anda dalam mencegah dan mengendalikan IDO.
4. Mohon dijelaskan harapan anda dalam mencegah dan mengendalikan IDO di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta.

D. Kepala Keuangan

Pertanyaan:

1. Apakah rumah sakit mengalami kerugian dalam bentuk material sebagai dampak IDO? Jika iya, berapa jumlah kerugian tersebut.

2. Mohon dijelaskan kerugian terbesar dari biaya apakah yang harus ditanggung rumah sakit sebagai dampak IDO.
3. Apakah rumah sakit mengalami kerugian dalam bentuk material pada kasus operasi sectio caecasean? Jika iya, berapa jumlah kerugian tersebut.
4. Mohon dijelaskan selisih kerugian pada pasien yang dioperasi sectio caecasean dengan IDO dan pasien yang dioperasi sectio caecasean tanpa IDO.
5. Mohon dijelaskan peranan anda dalam upaya pencegahan dan pengendalian IDO.
6. Mohon dijelaskan kendala anda dalam mencegah dan mengendalikan IDO.
7. Mohon dijelaskan harapan anda dalam mencegah dan mengendalikan IDO di rumah sakit umum daerah kota yogyakarta.



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nomor : 039/EP-FKIK-UMY/I/2017

KETERANGAN LOLOS UJI ETIK
ETHICAL APPROVAL

Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden/subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Muhammadiyah Yogyakarta, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Analisis Dampak Biaya Pasien Infeksi Daerah Operasi Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta"

Peneliti Utama : Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih
Principal Investigator

Nama Institusi : Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit UMY
Name of the Institution

Negara : Indonesia
Country

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above-mentioned protocol.

Yogyakarta, 21 Januari 2017

Sekretaris
Secretary

Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes

***Peneliti Berkewajiban :**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila :
 - a. Setelah masa berlakunya keterangan lolos uji etik, penelitian masih belum selesai, dalam hal ini *ethical clearance* harus diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan (*serious adverse events*)
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada responden/subyek sebelum penelitian lolos uji etik dan *informed consent*

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183
Telp. (0274) 387656 ext. 213 , 7491350 Fax. (0274) 387658

Muda mendunia



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Wirosaban No 1 Yogyakarta Kode Pos : 55162 Telp. (0274)371195, Fax.(0274)385769
E-MAIL : rsud@jogjakota.go.id
HOTLINE SMS : 081227880001 HOTLINE E-MAIL : upik@jogjakota.go.id
WEBSITE : www.jogjakota.go.id

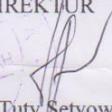
SURAT IJIN PENELITIAN

No. 070 / 0091

Dengan ini Direktur RSUD Kota Yogyakarta memberikan ijin kepada :

Nama : Dzikrina Miftahul F.A
NIM : 20151030016
Institusi : S2 PPs Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Keperluan : Melakukan penelitian dengan judul :
"Analisis Dampak Biaya Pasien Infeksi Daerah Operasi *Section Caesarea* di RSUD Kota Yogyakarta".
Waktu : 04 Januari s/d 04 April 2017
Dengan ketentuan : 1. Wajib mengikuti tata tertib yang berlaku.
2. Setelah selesai agar menyerahkan laporan hasil penelitian dalam bentuk *hardcopy* dan CD kepada RSUD Kota Yogyakarta.
Kepada semua pihak agar dapat memberikan bantuan seperlunya.

Demikian surat ijin ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 9 Januari 2017
DIREKTUR

drg. Hj. RR Tuty Setyowati, MM
NIP. 19620502 198701 2 001

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN*INFORMED CONSENT*

Saya telah membaca, atau dibacakan kepada saya terkait ringkasan penelitian yang dilakukan oleh **Sdr. Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih** yang berjudul **Dampak Infeksi Daerah Operasi Pada Tindakan *Sectio Caesarea* Terhadap Biaya Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**, dan saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan terkait penelitian tersebut.

Saya telah memahami maksud, tujuan dan manfaat dari penelitian ini. Dengan membubuhkan tanda tangan saya dibawah ini, saya menegaskan keikutsertaan saya secara sukarela dalam penelitian ini. Adapun data/informasi yang diperoleh dari hasil wawancara ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.


dr. Winarni R. SP.06

Tanda Tangan dan Nama Narasumber

Tanggal: 2 / 1 / 17


Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih

Tanda Tangan dan Nama Peneliti

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN*INFORMED CONSENT*

Saya telah membaca, atau dibacakan kepada saya terkait ringkasan penelitian yang dilakukan oleh **Sdr. Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih** yang berjudul **Dampak Infeksi Daerah Operasi Pada Tindakan *Sectio Caesarea* Terhadap Biaya Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**, dan saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan terkait penelitian tersebut.

Saya telah memahami maksud, tujuan dan manfaat dari penelitian ini. Dengan membubuhkan tanda tangan saya dibawah ini, saya menegaskan keikutsertaan saya secara sukarela dalam penelitian ini. Adapun data/informasi yang diperoleh dari hasil wawancara ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.


Istikomah

Tanda Tangan dan Nama Narasumber

Tanggal: 2/1/2017



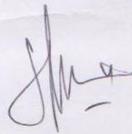
Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih

Tanda Tangan dan Nama Peneliti

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN*INFORMED CONSENT*

Saya telah membaca, atau dibacakan kepada saya terkait ringkasan penelitian yang dilakukan oleh **Sdr. Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih** yang berjudul **Dampak Infeksi Daerah Operasi Pada Tindakan *Sectio Caesarea* Terhadap Biaya Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**, dan saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan terkait penelitian tersebut.

Saya telah memahami maksud, tujuan dan manfaat dari penelitian ini. Dengan membubuhkan tanda tangan saya dibawah ini, saya menegaskan keikutsertaan saya secara sukarela dalam penelitian ini. Adapun data/informasi yang diperoleh dari hasil wawancara ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.



Puji Nur Indahsari

Tanda Tangan dan Nama Narasumber

Tanggal: 7/11/17



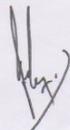
Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih

Tanda Tangan dan Nama Peneliti

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN*INFORMED CONSENT*

Saya telah membaca, atau dibacakan kepada saya terkait ringkasan penelitian yang dilakukan oleh **Sdr. Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih** yang berjudul **Dampak Infeksi Daerah Operasi Pada Tindakan *Sectio Caesarea* Terhadap Biaya Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**, dan saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan terkait penelitian tersebut.

Saya telah memahami maksud, tujuan dan manfaat dari penelitian ini. Dengan membubuhkan tanda tangan saya dibawah ini, saya menegaskan keikutsertaan saya secara sukarela dalam penelitian ini. Adapun data/informasi yang diperoleh dari hasil wawancara ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.



Bambang Nugroho

Tanda Tangan dan Nama Narasumber

Tanggal: 10 / 11 / 17



Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih

Tanda Tangan dan Nama Peneliti

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN*INFORMED CONSENT*

Saya telah membaca, atau dibacakan kepada saya terkait ringkasan penelitian yang dilakukan oleh **Sdr. Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih** yang berjudul **Dampak Infeksi Daerah Operasi Pada Tindakan *Sectio Caesarea* Terhadap Biaya Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta**, dan saya telah diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan terkait penelitian tersebut.

Saya telah memahami maksud, tujuan dan manfaat dari penelitian ini. Dengan membubuhkan tanda tangan saya dibawah ini, saya menegaskan keikutsertaan saya secara sukarela dalam penelitian ini. Adapun data/informasi yang diperoleh dari hasil wawancara ini hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.



Endro Darasto

Tanda Tangan dan Nama Narasumber

Tanggal: 7 / 1 / 19



Dzikrina Miftahul Fitri Al Fatih

Tanda Tangan dan Nama Peneliti