

Standar Pelayanan Keperawatan Pada Penilaian Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Di Rumah Sakit “X” Tahun 2016

Ni Nyoman Dwi Sutrisnawati^{1*}, Dumilah Ayuningtyas²

¹Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Universitas Bali Internasional, Bali, Indonesia

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

Email: ^{1*}dwi.sutrisnawati@gmail.com, ²dumilah.ayuningtyas@gmail.com

Abstrak – Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Rumah Sakit wajib melakukan akreditasi secara berkala, minimal tiga tahun sekali. Perkembangan standar akreditasi rumah sakit di Indonesia telah mengalami penyesuaian di tahun 2016 mengacu pada standar akreditasi versi 2012 yang berfokus pada pasien. Rumah Sakit “X” merupakan rumah sakit kelas C telah terakreditasi lima pelayanan dasar pada penilaian akreditasi versi 2007. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kesenjangan antara standar pelayanan yang ada dan diaplikasikan di Rumah Sakit “X” dengan elemen penilaian yang tercakup dalam tiga standar dalam Akreditasi Rumah Sakit Nasional versi 2012 yang terkait dengan pelayanan keperawatan. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan desain deskriptif analitik. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan telaah dokumen. Penelitian ini dilakukan di RS “X” Jakarta pada Februari – April 2016. Hasil penelitian mendapatkan bahwa standar pelayanan Hak Pasien dan Keluarga serta Pendidikan Pasien dan Keluarga masih belum optimal, terdapat kebijakan dan dokumen yang belum ada secara resmi. Standar pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) belum optimal dikarenakan fungsi komite yang belum berkesinambungan serta belum terpenuhinya sarana dan prasarana yang mendukung program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, sedangkan Pengorganisasian tim Akreditasi telah berjalan cukup baik, walaupun kuantitas anggota tim yang terbatas. Pemenuhan Standar Pelayanan Keperawatan pada penilaian akreditasi versi 2012 di RS “X” masih perlu ditingkatkan. Disarankan pemenuhan dokumen dan kebijakan disosialisasikan segera setelah disetujui agar dapat diaplikasikan. Pendampingan dan evaluasi secara berkala oleh manajemen tetap diperlukan untuk dapat mencapai target kelulusan akreditasi yang diharapkan.

Kata Kunci: Standar, Pelayanan Keperawatan, Rumah Sakit, Akreditasi Versi 2012

Abstract – Hospitals are required to carry out accreditation periodically, at least once every three years. The development of hospital accreditation standards in Indonesia has undergone adjustments in 2016 referring to the 2012 version of accreditation standards which focus on patients. Hospital "X" has been accredited with five basic services in the 2007 version of the accreditation assessment. The aim of this research is to analyze the gap between the existing service standards applied at Hospital "X" and the assessment elements included in the three standards in 2012 version of National Hospital Accreditation related to nursing services. This research uses a case study method with a descriptive analytical design. Data collection was carried out by interviews, observation and document review. This research was conducted in February - April 2016. The research found that the service standards for Patient and Family Rights and Patient and Family Education were still not optimal, there were policies and documents that did not officially exist. Infection Prevention and Control (PPI) service are not yet optimal due to the unsustainable function of the committee and lack of facilities and infrastructure, while the Accreditation team organization has gone quite well, even though with limited members. The fulfillment at Hospital "X" still needs to be improved. It is recommended that the documents and policies be coordinated and socialized immediately, so that they can be implemented. Regular assistance and evaluation by management is still needed to achieve the target.

Keywords: Standards, Nursing Services, Hospitals, Accreditation Version 2012

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna memiliki peran yang sangat strategis untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009). Seperti tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Pelayanan kesehatan bermutu merupakan salah satu wujud dari tuntutan masyarakat di era globalisasi saat ini. Mutu yang baik tentu saja juga akan meningkatkan kepuasan *customer* atau

pelanggan baik yang internal maupun eksternal. Pelayanan yang bermutu merupakan penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan prosedur dan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan, dengan menyesuaikan potensi dari sumber daya yang tersedia secara aman dan memuaskan yang dilakukan secara wajar, efisien dan efektif dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat konsumen (Azwar, 2007).

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan tersebut, Rumah Sakit wajib untuk melakukan akreditasi secara berkala, minimal 3 (tiga) tahun sekali (Undang-Undang no. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit). Menurut Permenkes nomor 12 tahun 2012 mengenai Akreditasi Rumah Sakit, Rumah Sakit wajib mengikuti akreditasi nasional. Penyelenggaraan Akreditasi Nasional meliputi persiapan Akreditasi, bimbingan Akreditasi, pelaksanaan Akreditasi dan kegiatan pasca Akreditasi. Persiapan Akreditasi yang dimaksud antara lain meliputi pemenuhan standar dan penilaian mandiri (self-assesment) yang merupakan proses penilaian penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit dengan menggunakan Instrumen Akreditasi. Penilaian Mandiri (self-assesment) bertujuan untuk mengukur kesiapan dan kemampuan Rumah Sakit dalam rangka survei akreditasi dan dilakukan oleh Rumah Sakit yang akan menjalani proses Akreditasi. Adapun instrumen Akreditasi tersebut tertuang dalam buku Standar Akreditasi Rumah Sakit yang diterbitkan atas kerjasama Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2012).

Penilaian akreditasi yang dilakukan di rumah sakit dinilai berdasarkan 4 (empat) kelompok yaitu Kelompok Standar Pelayanan Berfokus Pada Pasien, Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit, Sasaran Keselamatan Pasien, Sasaran Milenium Development Goals. Dalam proses penilaian 15 bab standar penilaian ini, maka surveyor dari KARS akan terbagi menjadi 3 (tiga) kelompok agar pelaksanaan survei lebih terarah. Pembagian kelompok tersebut adalah sebagai berikut :

1. Surveior Manajemen : Manajemen dan Penggunaan Obat (MPO), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP), Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS), Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)* Khusus Standar MKI 9, 17, 18, 20, 20.1, 20.2
2. Surveior Medis : Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK), Asesmen Pasien (AP), Pelayanan Pasien (PP), Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB), Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI), Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS)*, khusus untuk standar KPS 9; 9.1; 10; 11, Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)* khusus standar TKP 3.2; 5.3; 5.5
3. Surveior Keperawatan : Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK), Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI), Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Sasaran Program MDGs, Kualifikasi Pendidikan dan Staf (KPS)*, khusus standar KPS 12; 13; 14, Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)* Khusus MKI 3, 6, 20, 20.1, 20.2, Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)* khusus standar TKP 3.2; 5.3;5.5

(KARS, 2012)

Standar penilaian yang ada area penilaian keperawatan cukup banyak dan signifikan. Rumah sakit harus senantiasa melakukan upaya peningkatan mutu pemberian pelayanan kesehatan salah satunya adalah mutu pelayanan keperawatan yang harus ditingkatkan secara berkelanjutan dan berkesinambungan. Rumah Sakit "X" merupakan salah satu dari Rumah Sakit kelas C di Jakarta. Manajemen Rumah Sakit telah memulai persiapan akreditasi di bulan Desember 2015 dan melaksanakan akreditasinya pada bulan September tahun 2016. Telah dilakukan pembentukan Tim Akreditasi Rumah Sakit berdasarkan SK Kepala Rumah Sakit nomor 038/SK.KA.RS "X"/XII/2015 yang ditetapkan pada tanggal 1 Desember 2015. Sebelumnya pada tahun 2012, di Rumah Sakit "X" telah dilakukan akreditasi dengan mengacu pada standar Akreditasi versi 2007 dan lulus 5 (lima) pelayanan dasar. Dengan berubahnya paradigma akreditasi menjadi versi 2012 tentu akan menuntut Rumah Sakit untuk melakukan pembenahan dan penyesuaian dengan standar yang telah ditetapkan tersebut terutama dalam standar pelayanan keperawatan. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis kesenjangan pelaksanaan standar pelayanan keperawatan yang ada di rumah sakit "X" dengan elemen penilaian yang tercakup dalam 3 (tiga) Bab Standar Akreditasi Rumah Sakit

Nasional versi 2012 serta pengorganisasian Tim Akreditasi di Rumah Sakit “X” sehingga dapat memberikan rekomendasi perbaikan kepada rumah sakit “X” dalam persiapan akreditasi RS versi 2012.

2. METODE

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan desain deskriptif analitik. Penelitian ini dilakukan di RS “X” Jakarta pada bulan Februari – April 2016. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan telaah dokumen. Informan penelitian dibagi menjadi 2 (dua) kelompok yaitu kelompok informan untuk pengambilan data awal serta kelompok informan untuk justifikasi data. Informan awal yaitu informan yang akan dilakukan wawancara mengenai kebijakan/ regulasi serta dokumen RS terkait standar pelayanan keperawatan yang ada di RS “X” serta gambaran persiapan akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 yang telah dilakukan, terdiri dari Wakil Kepala Rumah Sakit Bidang Pelayanan, Kepala Bidang Medis, Kepala Bidang Keperawatan, Ketua Tim Akreditasi RS “X”, Koordinator Tim Pokja Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), dan PPK (Pendidikan Pasien dan Keluarga). Informan lanjutan akan dilakukan wawancara mengenai proses pelaksanaan standar pelayanan keperawatan adalah kepala-kepala ruangan perawatan di Rumah Sakit “X” yang berjumlah sebanyak 4 (empat) orang dengan tujuan untuk menjustifikasi data yang didapat dengan aplikasinya di lapangan serta mendiskusikan mengenai kendala yang dihadapi serta rekomendasi yang dianggap sesuai untuk perbaikan ke depannya.

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara serta pedoman telaah dokumen. Pedoman wawancara dan telaah dokumen ini mengacu pada Buku Standar Akreditasi Rumah Sakit dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit tahun 2012. Pedoman wawancara mencakup 3 Bab Standar Penilaian Akreditasi tahun 2012 yakni PPI, HPK dan PPK. Dalam penelitian ini, hasil wawancara yang didapatkan dari informan awal akan dibuat transkrip dengan berdasar catatan peneliti serta rekaman. Kemudian dikelompokkan berdasarkan poin-poin dalam standar penilaian akreditasi rumah sakit. Setelah itu akan digabungkan analisis dari transkrip tersebut dengan hasil dari telaah dokumen dan dibuatkan dalam bentuk tabel analisis gambaran standar pelayanan keperawatan yang ada di “X” dibandingkan dengan standar akreditasi. Dalam melihat kesenjangan tersebut, akan dibuat skoring untuk memberikan perbandingan antara standar pelayanan yang telah ada dengan standar akreditasi versi 2012. Pemberian sistem skoring ini akan mengadaptasi dari pemberian sistem skoring sesuai penilaian akreditasi versi 2012. Yang akan dilihat adalah dari segi kebijakan, dokumen serta proses pelaksanaannya. Skoring akan diberikan dengan cara :

- 0 = Jika tidak ada kebijakan, dokumen maupun proses pelayanan
- 5 = Terdapat kebijakan, dokumen, ataupun proses pelayanan namun belum sesuai dengan standar akreditasi versi 2012
- 10 = Sudah terdapat kebijakan, dokumen, maupun proses pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi versi 2012

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Rumah Sakit “X” sebelumnya telah terakreditasi Rumah Sakit versi 2007 pada tahun 2012 dengan terbitnya Sertifikat Akreditasi No. KARS-SERT/368/I/ 2012 pada tanggal 26 Januari 2012 dengan status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar. Demi mendukung persiapan pelaksanaan akreditasi kembali maka pada bulan Desember 2015 dibentuklah SK Kepala Rumah Sakit No. 038/SK.KA.RS “X”/XII/2015 yang mengatur mengenai Pembentukan Tim Akreditasi Rumah Sakit Tingkat Utama Tahun 2016 Rumah Sakit “X”. Dalam Tim tersebut terdapat 33 orang yang terbagi dalam 15 Pokja yang diketuai oleh seorang dokter yang saat itu menjabat sebagai Wakil Kepala Rumah Sakit Bidang Penunjang Medis.

3.1 Hak Pasien dan Keluarga

Dari hasil yang didapatkan dari proses penelitian mengenai hak pasien dan keluarga, di Rumah Sakit “X” belum terdapat kebijakan maupun prosedur yang secara spesifik mengatur mengenai hak dan kewajiban pasien walaupun memang sudah terdapat beberapa SPO yang sudah mulai memperhatikan unsur-unsur hak maupun kewajiban pasien.

Dari hasil wawancara diketahui bahwa kebijakan yang mengatur mengenai hak pasien dan keluarga belum secara resmi dibuat namun sudah secara garis besar telah dilaksanakan dan diimplementasikan oleh petugas pelayanan yang ada di Rumah Sakit “X”. Petugas pelayanan misalnya seperti yang di rawat inap telah memberikan penjelasan mengenai hak-hak dan kewajiban pasien dan keluarga yang akan masuk ke rawat inap. Namun dari hasil telaah dokumen yang dilakukan belum terdapat SPO ataupun pedomannya.

“Memang sih secara praktis itu belum ada kebijakan resmi yang tertulis itu belum ada. Tapi sebenarnya sudah dilaksanakan”-R3

“Kebijakannya memang belum ada tapi implementasinya sudah ada. Nah biasanya diawal kan ditanya, biasanya implementasi itu pada saat pasien masuk rawat inap ataupun rawat jalan. Itu ada di formnya rawat inap dan rawat jalan.”-R4

Saat penelitian berlangsung untuk kebijakan dan pedomannya telah mulai diproses pembuatannya. Sebelumnya untuk form telah ada namun belum sesuai dengan permintaan dari Akreditasi RS versi 2012 yang mengacu kepada Undang-Undang Rumah Sakit No 44 Tahun 2009 sehingga perlu dilakukan revisi. Rata – rata pencapaian yang dianalisis dari hasil penelitian menunjukkan bahwa baru 58% elemen penilaian standar akreditasi versi 2012 yang terpenuhi. Hal itu bisa terjadi karena standar hak pasien dan keluarga sebelumnya tidak dijelaskan secara khusus dalam akreditasi RS versi 2007 dimana memang sistem akreditasinya masih berfokus pada provider dan sebagaimana diketahui bahwa penjelasan terbaru mengenai hak pasien dan keluarga termaktub di dalam Undang-Undang No.44 Tahun 2009 mengenai Rumah Sakit sehingga sistem akreditasi RS versi 2012 pun mengacu kepada poin-poin terbaru yang tercantum dalam undang-undang tersebut. Dalam hal ini, Rumah Sakit “X” akan kembali berproses untuk menghasilkan kebijakan dan suatu prosedur yang sesuai dan mencerminkan standar Hak Pasien dan Keluarga. Penelitian yang menganalisis mengenai kesiapan Rumah Sakit Umum Deli juga dilakukan oleh Mery (2014) menetapkan pula bahwa Rumah Sakit Umum Deli yang berstatus kelas C juga belum memenuhi standar Hak Pasien dan Keluarga yang tercantum dalam Standar Akreditasi RS Versi 2012.

Pencapaian target yang diinginkan oleh Pokja HPK adalah minimal 80% sedangkan untuk rata-rata pencapaian sesuai dengan standar pelayanan yang telah ada di Rumah Sakit saat ini adalah sekitar 58%, namun dengan skoring tersebut akan bertambah seiring dengan proses pemenuhan dokumen dan kebijakan yang terkait dengan standar Hak Pasien dan Keluarga di Rumah Sakit “X”. Pencapaian yang kurang dari target kelulusan, dominan disebabkan oleh belum terbentuknya kebijakan ataupun prosedur yang mengatur secara khusus mengenai Hak Pasien dan Keluarga di Rumah Sakit “X”, walaupun sebenarnya telah diimplementasikan oleh sebagian petugas pemberi pelayanan.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan untuk mengetahui mengenai pemahaman pasien tentang hak dan kewajibannya di rumah sakit juga mendapatkan hasil bahwa pemahaman pasien terkait standar ini masih rendah. Sugiarsi (2008), meneliti mengenai tingkat pengetahuan pasien tentang hak dan kewajiban pasien rawat inap kelas III di rumah sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar yang mendapatkan hasil bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat pengetahuan kurang yakni sebanyak 15 orang sampel (50,0%). Begitu pula berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sapwal (2013) di RSUD Ambarawa mendapati hasil bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat pemahaman tentang hak dan kewajiban pasien yang masih kurang yakni sebanyak 70% dari pasien dan sebanyak 30% pasien yang dirawat inap di RSUD Ambarawa bahkan tidak paham sama sekali mengenai hak dan kewajibannya. Hal ini dapat menunjukkan bahwa informasi yang didapat pasien masih kurang mengenai hak dan tanggung jawabnya, baik dari rumah sakit ataupun dari sarana informasi lainnya.

3.2 Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

Menurut American Hospital Association (1992) dikutip dari Craven (2007) mengatakan bahwa pasien tidak hanya mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan yang baik tetapi juga berhak untuk menerima informasi atas hasil diagnosa, perawatan, dan prognosis penyakitnya. Pendidikan Kesehatan di rumah sakit menjadi hal yang penting untuk dikembangkan dalam rangka membantu orang sakit atau pasien dan keluarganya agar mereka dapat mengatasi masalah kesehatannya, khususnya mempercepat kesembuhan dari penyakitnya (Notoatmodjo, 2005).

Hasil penelitian yang dilakukan di rumah sakit "X" menunjukkan rata-rata pencapaian adalah 39%, yang dominan kekurangannya adalah pada kebijakan dan prosedur resmi mengenai pemberian pendidikan terhadap pasien dan keluarga. Belum ada kebijakan dan regulasi rumah sakit yang resmi untuk pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga.

"Belum ada..belum ada secara resmi..implementasi sudah tapi dokumentasinya ga ada. Tapi bukti tertulis seperti itu engga ada.."-R3

Selain itu proses sosialisasi dan pelatihan masih jarang diberikan kepada pengunjung baik dirawat inap maupun di rawat jalan. Hal ini dapat disebabkan oleh belum adanya tim PKRS (tim Promosi Kesehatan RS) yang terbentuk secara resmi yang khusus untuk memberikan pendidikan dan informasi secara resmi. Sementara saat ini untuk fungsi pemberian edukasi dipegang oleh bagian Sumber Daya Manusia yang lebih fokus untuk memberikan pendidikan khusus kepada staf.

Implementasi pendidikan pasien dan keluarga telah dilakukan oleh petugas namun dokumen serta kebijakan yang mengatur tentang hal itu masih belum spesifik sehingga pelaksanaannya pun belum optimal. Ketiadaan kebijakan serta dokumen form yang menunjang pendidikan pasien dan keluarga cukup berperan besar terhadap pelayanan yang diberikan. Penelitian yang dilakukan oleh Lasmito (2009) mengenai motivasi perawat dalam melakukan pendidikan kesehatan di salah satu Rumah Sakit di kota Semarang, mendapatkan hasil bahwa di Rumah Sakit belum ada standar atau format khusus mengenai pendokumentasian pemberian pendidikan kesehatan bagi pasien. Padahal perawat memiliki peran sebagai *educator* yang berperan pula dalam proses pemberian informasi dan Pendidikan kepada pasien dan keluarga.

3.3 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi terdapat beberapa faktor yang mempengaruhinya seperti yang disampaikan oleh Molina (2012) dalam penelitiannya yang menganalisis pelaksanaan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Nosokomial di Rumkital Dr. Mintohardjo yakni Input yang terdiri dari dukungan Manajemen yakni seperti komitmen pimpinan, kepemimpinan, komunikasi dan kerjasama, serta adanya organisasi/ komite pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial, Proses, dan Output.

Dari hasil yang didapatkan, rata-rata pencapaian untuk standar PPI masih agak rendah yaitu 44% dimana yang menjadi kekurangan terbesar dari standar PPI adalah struktur bangunan serta fasilitas yang ada di rumah sakit "X". Selain itu hal yang membuat program – program PPI seperti misalnya surveillanace terhambat adalah karena komite PPI yang sebelumnya telah terbentuk pada tahun 2011, tidak berjalan secara efektif.

"PPI itu kan program baru ya. Sebelumnya belum ada komite atau tim khusus yang mengawasi pencegahan dan pengendalian infeksi. Lebih ke person sih, jadi tiap bulannya itu Kepala ruangan yang bertanggung jawab untuk membuat laporan Inosnya"-R2

Program yang dijalankan kurang dipantau secara berkesinambungan terkendala oleh banyak hal, sehingga saat ini tim Pokja PPI berusaha untuk merancang suatu struktur komite yang baru, yang dapat menunjang pelaksanaan program yang ajeg dan berkesinambungan dengan anggota komite tersebut diharapkan adalah yang sudah mendapatkan sertifikasi PPI ataupun sudah pernah mengikuti pelatihan tentang pencegahan Infeksi. Koordinasi yang dilakukan dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi belum ada yang secara rutin dilakukan. Rapat dan pertemuan yang dilakukan hanya bersifat insidental saja jika ada kasus infeksi dan tim yang terlibat untuk pengendalian infeksi ini pun belum berasal dari semua bagian.

“Kalau disini sih memang belum pernah ada outbreak, rapat rutin yang membahas mengenai hal itu memang tidak ada. Untuk inos sendiri itu perawat yang mengawasi, tidak ada dari tenaga lain”-R2

“Koordinasi dilakukan hanya kalau ada outbreak saja. Sedangkan untuk penyusunan komite PPI yang baru sudah ada wacana sih, dan ada pertemuan-pertemuan untuk membahas hal itu. Biasanya ga rutin hanya kalau ada perintah dari manajemen aja”-R5

Kurang efektifnya kegiatan surveilance di rawat inap disampaikan juga oleh Lelonowati, Koeswo, dan Rokhmad (2015) berdasarkan penelitian yang telah dilakukan RSUD Dr. Iskak Tulungagung, antara lain belum adanya sosialisasi program yang berkesinambungan dengan pertemuan rutin, kurangnya pendidikan dan pelatihan tentang surveilans bagi tim PPI, kurangnya dukungan dan komitmen manajemen rumah sakit serta belum berperannya fungsi pengawasan dan koordinasi dari komite dan tim PPI. Dari apa yang telah diamati dan wawancara singkat oleh peneliti di Rumah Sakit “X” didapatkan bahwa Komite PPI sudah terbentuk SK-nya sejak tahun 2012, namun surveilans yang dilakukan belum berjalan optimal. Kegiatan surveilans yang ada di Rumah Sakit “X” pun mempunyai masalah yang hampir mirip dengan situasi yang ada dalam penelitian di atas yakni para perawat tidak mengetahui secara jelas tugas dan tanggung jawabnya. Selain itu komite PPI yang telah terbentuk belum melibatkan berbagai sektor yang bertugas di rumah sakit sehingga hanya fokus pada perawatan pasien saja. Beberapa wawancara yang dilakukan peneliti dengan narasumber mendapati bahwa dukungan dari segi pembuatan SK mengenai tim pengendalian Infeksi Nosokomial dan beberapa prosedur terkait dengan pengendalian infeksi sudah cukup baik namun dukungan dari segi sarana dan prasarana belum terlalu optimal. Terutama dalam segi tata bangunan yang masih ada yang belum sesuai standar. Dari penelitian yang telah dilakukan oleh Lelonowati (2015) didapati beberapa alternatif yang dapat dilakukan rumah sakit dalam menguatkan program PPI adalah dengan melakukan pelatihan dan sosialisasi kepada staf secara berkesinambungan, menyediakan sekretariat PPI dan kelengkapannya seperti komputer, Sistem Informasi Manajemen dan administrator atau sekretaris yang secara khusus dapat membantu penguatan program PPI di rumah sakit, merekrut tenaga IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) yang bekerja penuh waktu, menerapkan aturan sistem reward dan punishment pada pelaksana surveilans, serta menerapkan komunikasi dan koordinasi yang baik antara Komite dan Tim PPI.

3.4 Perencanaan dan Pengorganisasian Tim Akreditasi

Dalam perjalanannya saat ini, Rumah Sakit “X” sedang mempersiapkan berbagai kebijakan dan dokumen yang sesuai dengan Akreditasi RS Versi 2012. Berdasarkan *Plan of Action* yang telah dibuat di awal Desember, diketahui bahwa untuk final pembuatan dokumen dan kebijakan adalah pada akhir Mei 2016, dan diharapkan nantinya pada bulan Juni dan Juli 2016 telah melakukan sosialisasi dan implementasi kebijakan dan prosedur tersebut. Dalam proses yang sedang dilakukan oleh Tim Akreditasi tentunya keberhasilan dalam penerapan standar akan bergantung kepada bagaimana perencanaan dan pengorganisasian Tim Akreditasi itu sendiri utamanya pada tim Pokja HPK, PPK, serta PPI.

Menurut Edwards dalam Tahir (2011) proses implementasi akan dipengaruhi oleh komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Untuk mengetahui 4 faktor kebijakan tersebut dilakukan wawancara terhadap Kepala Rumah Sakit merangkap Ketua Tim Akreditasi, Kepala Bidang medis, Kepala Bidang keperawatan serta Koordinator Tim Pokja PPI serta PPK dan dari hasil wawancara tersebut dapat dianalisis bahwa:

3.4.1 Faktor Komunikasi

Penyaluran komunikasi (transmisi) yang baik tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 kepada kelompok kerja oleh pembimbing dibantu oleh ketua kelompok kerja tim akreditasi dan oleh koordinator pelaksana kelompok kerja kepada anggota kelompok kerja yang bertujuan untuk menghindari salah pengertian (miskomunikasi). Dalam proses persiapan akreditasi telah dilakukan pengarahan diawal pembentukan tim akreditasi dan telah pula ketua tim menjelaskan mengenai tugas dan fungsi masing-masing anggota Pokja. Ketidakmampuan kelompok kerja dalam memahami standar dan elemen penilaian yang diisyaratkan dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 seperti yang disampaikan oleh pembimbing dapat menimbulkan salah persepsi. Apalagi

dengan masih kurangnya anggota tim yang dikirim untuk mengikuti pelatihan mengenai akreditasi. Namun hal tersebut disiasati dengan melakukan bimbingan dengan pihak KARS sebanyak 1 (satu) kali.

Komunikasi tentang setiap standar dalam bab dan elemen penilaian dalam standar yang tercantum di Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dari pembimbing dan atau ketua kelompok kerja tim akreditasi kepada kelompok kerja harus jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu. Komunikasi antara Ketua Tim Akreditasi, Koordinator serta anggota Pokja harus terus rutin dilakukan demi memonitoring dan mengevaluasi progres tingkat pencapaian. Hal ini telah sedianya dilakukan oleh Tim Akreditasi seminggu sekali yaitu setiap hari Kamis dari pukul 10.00-12.00 WIB. Pertemuan yang hanya seminggu sekali tentunya dirasa kurang untuk dapat berkoordinasi dengan anggota tim yang lain, terlebih lagi dengan hambatan bahwa anggota tim Pokja juga memiliki tugas harian yang berbeda-beda jam tugasnya. Namun media komunikasi lainnya pun telah disediakan yakni berupa Intranet di komputer rumah sakit. Disediakan folder penyimpanan data dokumen akreditasi yang berisikan berbagai dokumen serta persiapan yang telah dilakukan oleh setiap Pokja. Folder ini dapat diakses oleh siapa saja di semua komputer Rumah Sakit "X". Sarana komunikasi lain adalah dengan Whatsapp ataupun SMS.

3.4.2 Faktor Sumber Daya

Personil-personil yang terlibat dalam kelompok kerja menurut konsep pemikiran beberapa responden, kurang sesuai dengan bidangnya. Namun dengan keterbatasan tenaga yang dimiliki, hal tersebut kemudian disesuaikan. Anggota tim di Pokja juga terbatas jumlahnya rata-rata adalah 2 orang di setiap Pokja, bahkan ada yang hanya 1 orang. Terlebih lagi dengan kesibukan tugas fungsional sehari – hari yang dikerjakan membuat anggota tim sedikit kewalahan dengan beban kerjanya. Hal yang mungkin dapat dilakukan adalah dengan membuat link-link di setiap unit kerja untuk dapat membantu proses persiapan dan pelaksanaan implementasi kebijakan nantinya.

a. Anggaran

Dukungan anggaran oleh Rumah Sakit "X" dalam mendukung keberhasilan implementasi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 mutlak diperlukan, selain anggaran biaya pembimbingan dari KARS yang sudah disepakati oleh manajemen rumah sakit. Biaya insentif setiap bulannya pun telah diberikan kepada tim Pokja setiap bulannya, demi memberikan motivasi dan penghargaan terhadap anggota tim. Namun anggaran untuk mengirim pelatihan akreditasi bagi para anggota tim masih perlu dipertimbangkan.

b. Fasilitas

Menurut beberapa responden, fasilitas yang disediakan untuk mendukung proses persiapan dari Tim Pokja Akreditasi dinilai masih kurang. Seperti misalnya penyediaan komputer ataupun printer yang khusus dipakai untuk menyiapkan dokumen akreditasi serta sarana prasarana yang menunjang kelengkapan akreditasi

c. Informasi

Media informasi yang disediakan untuk pokja-pokja mengenai akreditasi adalah pada dengan Intranet yang disediakan di komputer Rumah Sakit dan selain itu pula dibentuk mekanisme rapat koordinasi maupun dengan cara koordinasi langsung dengan anggota tim yang lain.

Menurut Tahir (2011), sumber daya yang penting meliputi staf dalam ukuran yang tepat dengan keahlian yang diperlukan, informasi yang cukup dan relevan tentang cara untuk mengimplementasikan kebijakan dan dalam penyesuaian lainnya yang terlibat di dalam implementasi; kewenangan untuk meyakinkan bahwa kebijakan ini dilakukan semuanya sebagai dimaksudkan; dan berbagai fasilitas (termasuk bangunan, peralatan, tanah dan persediaan) di dalamnya atau dengan memberikan pelayanan. Sumber daya yang kurang memadai dapat menghambat kinerja dan menurunkan motivasi dari pelaksana kebijakan.

3.4.3 Faktor Disposisi

Pengangkatan dan pemilihan anggota dalam kelompok kerja (Pokja) Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 harus berdasarkan pertimbangan bahwa staf tersebut memiliki komitmen yang kuat terhadap target yang telah disepakati, dan menyadari bahwa implementasi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Dari hasil wawancara, didapatkan data bahwa sikap kerja para koordinator Pokja mendukung dan kooperatif dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya masing-masing. Dibuktikan dengan setiap rapat, minimal koordinator pokja pasti datang untuk melaporkan progres persiapan. Program akreditasi adalah program rumah sakit yang harus dilaksanakan oleh seluruh staf di Rumah Sakit "X". Dengan pemaparan konsep seperti itu, setiap tim yang memiliki keterbatasan baik dari kemampuan ataupun kuantitas bisa meminta bantuan kepada link-link di unit kerja. Peran Kepala Rumah Sakit menjadi sangat strategis dalam akreditasi versi 2012 ini, dan diharapkan Kepala Rumah Sakit dapat turut serta dalam pembuatan kebijakan dan prosedur yang berlaku sehingga membantu kelancaran proses persiapan akreditasi

3.4.4 Faktor Struktur Birokrasi

Rumah Sakit "X" memiliki struktur organisasi dengan berpegang pada hierarki dan jenjang jabatan. Kepala Rumah Sakit "X" sebagai unsur pimpinan tertinggi bertanggungjawab terhadap seluruh proses penyelenggaraan di rumah sakit baik bersifat administratif, teknis medis dan non medis. Setiap penyelenggara rumah sakit dalam peraturan perundangundangan diwajibkan memiliki surat izin dan surat izin operasional rumah sakit tersebut dapat diperpanjang kembali selama memenuhi persyaratan diregistrasi dan diakreditasi. Kepala Rumah Sakit sebagai pemegang jabatan tertinggi di Rumah Sakit hendaknya berpartisipasi aktif di dalam proses persiapan akreditasi. Saat ini dikarenakan perubahan struktur di manajemen maka jabatan Kepala Rumah Sakit dipegang oleh Ketua Tim Akreditasi, sehingga beliau memberikan dukungan penuh untuk mencapai kelulusan akreditasi dengan beliau mengikuti setiap rapat yang diadakan, serta mengoreksi kebijakan maupun pedoman yang telah disiapkan oleh masing – masing Pokja. Jika nanti kebijakan tersebut telah sesuai, maka akan langsung disahkan. Hal ini mempendek waktu yang diperlukan untuk pengesahan kebijakan. Pihak manajemen PT "X" juga mendukung penuh proses persiapan akreditasi ini. Komitmen dan dukungan yang baik dari para level *Top Management* sangatlah penting bagi kelancaran dan keberhasilan proses implementasi nantinya, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tahir (2011) yang meneliti mengenai sikap Aparatur Negara terhadap implementasi kebijakan transparansi di Kota Gorontalo yang menyatakan bahwa tanpa dukungan yang baik dari aparatur tidak akan membuat suatu implementasi kebijakan yang berhasil.

4. KESIMPULAN

Pencapaian target yang direncanakan oleh Pokja HPK adalah minimal 80% sedangkan untuk rata-rata pencapaian sesuai dengan standar pelayanan yang telah ada di Rumah Sakit saat ini adalah sekitar 58%, yang dominan disebabkan oleh belum terbentuknya kebijakan ataupun prosedur yang mengatur secara khusus mengenai Hak Pasien dan Keluarga di Rumah Sakit "X". Pencapaian target yang diinginkan oleh Pokja PPK adalah minimal 80% sedangkan untuk rata-rata pencapaian saat ini adalah 50% karena Tim PKRS belum ada secara resmi. Pencapaian target yang diinginkan oleh Pokja PPK adalah minimal 80% sedangkan untuk rata-rata pencapaian saat ini adalah 44% dimana yang menjadi kekurangan terbesar dari standar PPI adalah struktur bangunan serta fasilitas yang ada di rumah sakit "X". Dalam Perencanaan dan Pengorganisasian Tim Akreditasi dirasa kuantitas anggota yang terlibat dalam Tim Akreditasi kurang memadai untuk melaksanakan program-program di setiap standar dengan target waktu yang minimal, sedangkan kualitas SDM dirasa sudah cukup memadai. Perlunya komitmen dari Kepala Unit untuk dapat selalu mensosialisasikan dan memberikan motivasi bagi perawat di setiap kesempatan baik dalam *Morning Report* ataupun pergantian shift jaga. Perlunya ditunjuk satu atau beberapa perawat yang dapat mewakili tiap unit (link perawat) yang akan berpartisipasi aktif dalam membantu tim pokja akreditasi melakukan *follow up* maupun koordinasi dengan tiap unit.

REFERENCES

- Azwar, A. (2007). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan; 2007.
- Craven, R & Hirnle, C. (2007). *Fundamentals Of Nursing (Fifth Edition)*. Philadelphia : Lippincott
- Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2012). *Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012 Edisi 1 Tahun 2012*. Jakarta: KARS
- Kusnanto. (2004). *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : EGC
- Lasmito, W dan Rachma, N. (2010). *Motivasi Perawat Melakukan Pendidikan Kesehatan di Ruang Anggrek RS Tugurejo Semarang*. Semarang : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro.
- Lelonowati,D., Koeswo,M., Rokhmad,K. (2015). *Faktor Penyebab Kurangnya Kinerja Surveilans Infeksi Nosokomial Di RSUD Dr. Iskak Tulungagung*. Malang : Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
- Mery, Leo. (2015). *Analisis Implementasi Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Terhadap Persiapan Penilaian Akreditasi Rumah Sakit Umum Deli*. Sumatera Utara : Universitas Sumatera Utara
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 417 Tahun 2011 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit
- Sapwal,M.,Saparwati,M.,Rosalina. (2013). *Gambaran Pemahaman Pasien Tentang Hak Dan Kewajiban Pasien Yang dirawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa*. Semarang : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran
- Sugiarsi, S. (2008). *Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Hak Dan Kewajiban Pasien Atas Informasi Medis Pasien Rawat Inap Kelas III Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Karanganyar*. Skripsi. APIKES Mitra Husada Karanganyar
- Tahir, Arifin. (2011). *Kebijakan Publik Dan Transparansi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah*. Jakarta : PT. Pustaka Indonesia Press
- Undang - Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit