



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PENGORGANISASIAN AKREDITASI JCI
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL
DR. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**MEGA LISNA
NPM : 1006820682**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PENGORGANISASIAN AKREDITASI JCI
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL
DR. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA
TAHUN 2012**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Sarjana Kesehatan Masyarakat

**MEGA LISNA
NPM: 1006820682**

**PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2012**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mega Lisna
NPM : 1006820682
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Manajemen Rumah Sakit
Tahun : 2010
Jenjang : Sarjana

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

“Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2012”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Juni 2012



(Mega Lisna)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Mega Lisna

NPM : 1006820682

Tanda Tangan : 

Tanggal : Juni 2012 

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Mega Lisna

NPM : 1006820682

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Judul Skripsi : Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2012.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Purnawan Junadi MPH., Ph.D. (.....)

Penguji : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (.....)

Penguji : Baji Subagyo, ST. MM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juni 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penyusunan skripsi yang berjudul “Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI khususnya di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2012” bertujuan untuk memenuhi persyaratan kelulusan dalam menyelesaikan studi pada program S1 Ekstensi Peminatan Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat tahun 2012.

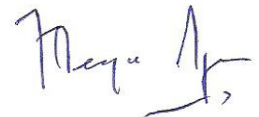
Penyusunan skripsi berlangsung mulai bulan Februari - Mei 2012 dimana kegiatan penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo. Pada hakekatnya, penyusunan skripsi ini tidak akan berjalan dengan baik dan lancar tanpa bantuan dan partisipasi dari semua pihak yang terkait. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah tulus membantu dengan meluangkan waktunya untuk membantu proses penyusunan skripsi ini. Rasa hormat dan terima kasih tersebut penulis tujukan kepada :

1. Ibunda tersayang Rosena, Suami tercinta Herfian Danal, Hengki, dan keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis dari awal hingga skripsi ini selesai. *Love u all* :*.
2. dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc selaku Kepala Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

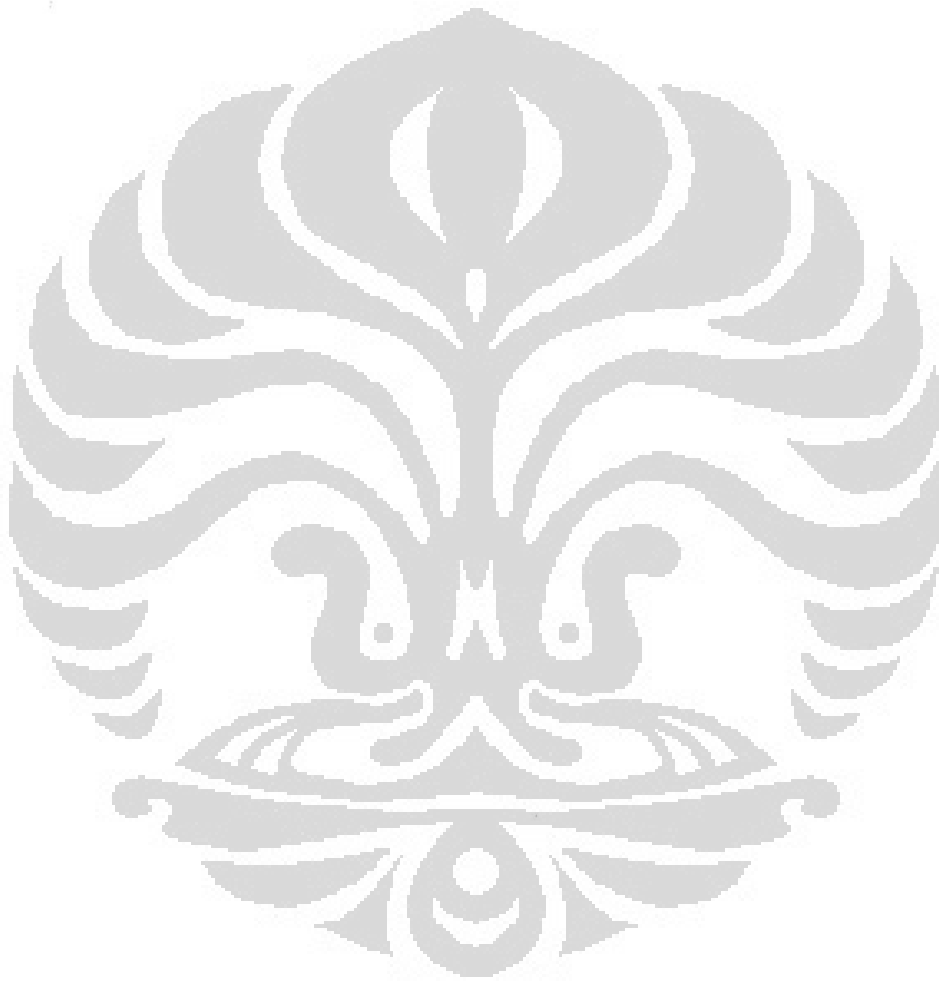
3. Prof. dr. Purnawan Junadi MPH., Ph.D. selaku pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktunya memberikan bimbingan, kritik, dan saran yang membangun selama proses penyusunan skripsi. Thanks a bunch Pak ☺
4. Ibu dra. Dumilah Ayuningtyas MARS selaku penguji sidang skripsi. Terima kasih atas kesediaannya bu ☺
5. Bapak Baji Subagyo, S.T. M.M selaku penguji sidang skripsi yang telah memberikan bimbingan dan perhatian selama penyusunan skripsi ini.
6. Pak Torang, Pak Fajar, Pak Imersan, Ibu Diana dan dr. Ayu yang telah bersedia untuk menjadi informan penelitian. Terima kasih atas informasi yang sangat berharga dan semangatnya yang selalu ditularkan kepada penulis.
7. Bapak Torang Panyusunan Batubara MARS, MMR selaku Kepala Bagian Teknik Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, Mbak Sisca, Bu Lastri, Indra, Bayu, Derry, Pak Soleh, Pak Endang, Pak Akor, Pak Bob, mbak Yatri dan Pak Karsa atas segala bantuan dan terciptanya suasana turun lapangan yang sangat menyenangkan dan berkesan.
8. Semua sahabat tercinta Ghina, Savina, Yoel, Vita, Rini Aceh, Gita, Annisa, Edel, dika, Dita teman-teman AKK dan semua teman-teman lain yang tidak saya sebutkan keluarga besar FKM UI Ekstensi angkatan 2010 dan Reguler 2008 yang telah memberikan semangat dan kesediaannya untuk “mendengar” keluh-kesah selama penyusunan skripsi ini. Thanks Gals, love u all so much ☺

Akhir kata kiranya Allah SWT yang dapat membalas segala doa dan kebaikan yang telah diberikan.

Depok, Juni 2012



Penulis



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mega Lisna
NPM : 1006820682
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2012”

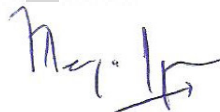
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Juni 2012

Yang menyatakan



(Mega Lisna)

ABSTRAK

Nama : Mega Lisna
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di Rumah Sakit Umum Pusat RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2012

Penelitian ini membahas mengenai Pengorganisasian akreditasi JCI pengelolaan akreditasi JCI di RSUP Nasional Dr Cipto Magunkusumo Jakarta Tahun 2012. Pengorganisasian akreditasi JCI berdasarkan pada standar pelaksanaan akreditasi JCI yaitu tahap Initial Assessment, Preparation, Tracer, Implementasi, Evaluasi, Milestone, Mock Survey, Survey akreditasi dan Keputusan akreditasi. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam, observasi, dan telaah data sekunder.

Penelitian menunjukkan bahwa pengorganisasian akreditasi JCI di RSCM sudah berjalan cukup optimal. Walaupun dalam Penatalaksanaannya penyelenggara menghadapi banyak tantangan seperti kurangnya dukungan dari Depkes dalam hal pendanaan, besarnya kapasitas dan ruang lingkup rumah sakit, budaya organisasi yang belum sepenuhnya berubah dan kurangnya dukungan dari SDM lain diluar kepanitiaan.

Kata Kunci:

Akreditasi JCI, Implementation, Evaluation, Milestone, Keputusan Akreditasi

ABSTRACT

Name : Mega Lisna
Study Program : Bachelor of Public Health
Title : The organization overview of JCI accreditation in Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital Jakarta 2012

This study discuss the organization overview of JCI accreditation in Dr. Cipto Mangunkusumo hospital Jakarta 2012. This JCI accreditation organization based on the JCI standard of organizing which start with Initial assessment, Preparation process, Tracer Method, Implementation of the program, Evaluation, Mock survey and survey accreditation / full survey, the milestone, the decision of accreditation . This study uses qualitative research methods with in-depth interviews, observations, and review of the secondary data.

Research shows that the organization of JCI accreditation already been running optimally, even though in conducting the organization of JCI accreditation, the organizer faced many challenges. Some of these challenge being the obstacles for the success of this program. Research result seen from the result of in-depth interviews, all the tables which indicates factual data, and guidelines for review of secondary data.

Key words:

JCI Accreditation, Implementation, Evaluation, Milestone, decision of the accreditation.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1	Latar Belakang Masalah.....	1
1.2	Perumusan Masalah.....	6
1.3	Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4	Tujuan Penelitian	8
1.4.1	Umum.....	8
1.4.2	Khusus.....	8
1.5	Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1	Bagi Rumah Sakit.....	8
1.5.2	Bagi Peneliti.....	9
1.6	Ruang Lingkup Penelitian.....	9

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1	Pengorganisasian.....	10
2.1.2	Definisi Organisasi.....	10
2.1.2	Definisi Pengorganisasian.....	11
2.1.3	Proses Pengorganisasian.....	11
2.2	Mutu.....	12
2.2.1	Definisi Mutu.....	12
2.2.1	Sejarah Perkembangan Mutu.....	12
2.2.2	Manajemen Mutu.....	14
2.2.4	Prinsip Manajemen Mutu.....	15
2.3	Total Quality Management.....	17
2.3.1	Definisi TQM.....	17
2.4	Akreditasi.....	17
2.4.1	Definisi Akreditasi.....	17

2.4.2	Evolusi Akreditasi.....	19
2.4.3	Tujuan Akreditasi.....	19
2.4.4	Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)	20
2.4.5	Rumah sakit yang telah di akreditasi KARS.....	21
2.5	Joint Commission International (JCI)	21
2.5.1	Sejarah JCI.....	21
2.5.2	Standar Manual JCI.....	22
2.5.3	Aturan Keputusan Akreditasi.....	24
2.5.4	Pedoman penilaian untuk konsistensi survey.....	25
2.5.5	Preparation / Persiapan Akreditasi JCI.....	27
2.5.6	Jadwal Pelaksanaan Akreditasi.....	29
2.5.7	Metode Tracer.....	30
2.5.8	Keputusan Akreditasi.....	30
 BAB 3 KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH		
3.1	Kerangka Teori	32
3.2	Kerangka Pikir	34
3.3	Kerangka Konsep	35
 BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Metode Penelitian	37
4.2	Waktu dan Tempat Penelitian	37
4.3	Informan Penelitian	38
4.4	Teknik Pengumpulan Data	38
4.5	Instrumen Penelitian	39
4.6	Validitas Data	40
4.7	Pengolahan Data	40
4.8	Penyajian Data	41
 BAB 5 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT PUSAT NASIONAL DR.CIPTO MANGUNKUSUMO (RSCM) JAKARTA		
5.1	Gambaran Umum RSCM.....	42
5.1.1	Sejarah Singkat RSCM.....	42
5.1.2	Profil RSCM.....	43
5.1.3	Tugas dan Fungsi RSCM.....	43
5.1.4	Visi, Misi, dan Logo RSCM.....	44
5.1.5	Struktur Organisasi RSCM.....	45
5.1.6	Ketenagaan RSCM.....	46
5.1.7	Fasilitas dan Pelayanan di RSCM.....	46
5.2	Gambaran Umum Panitia Akreditasi JCI RSCM.....	47
5.3	Gambaran Khusus Pokja FMS.....	48
5.3.1	Profil Pokja FMS.....	48
5.3.1	Tugas dan Fungsi Panitia Akreditasi JCI RSCM.....	49

5.4	Struktur Organisasi Kepanitiaan Akreditasi JCI RSCM.....	51
BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
6.1	Keterbatasan Penelitian.....	53
6.2	Karakteristik Informan Penelitian.....	53
6.3	Input dalam Akreditasi JCI.....	54
6.3.1	Keputusan Depkes untuk Akreditasi.....	54
6.3.2	Kebijakan RSCM.....	55
6.3.3	SDM dalam proses Akreditasi JCI.....	57
6.3.4	Aspek Pendanaan dalam pengorganisasian Akreditasi JCI	61
6.3.5	Budaya RSCM.....	66
6.3.6	Lingkungan RSCM.....	73
6.4	Proses Akreditasi JCI RSCM.....	77
6.4.1	Initial Assessment JCI.....	77
6.4.2	Preparation Akreditasi JCI.....	78
6.4.3	Tracer Akreditasi JCI.....	79
6.4.5	Implementasi Akreditasi JCI.....	84
6.4.6	Evaluasi Akreditasi JCI.....	88
6.5	Milestone Akreditasi JCI.....	94
6.6	Mock Survey JCI.....	97
6.7	Survey Akreditasi atau Full Survey.....	99
6.8	Keputusan Akreditasi JCI.....	102
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Kesimpulan.....	105
7.1.1	Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM.....	105
7.1.2	Progres pencapaian Akreditasi JCI di RSCM.....	106
7.1.3	Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Akreditasi JCI di RSCM	106
7.2	Saran.....	107
7.2.1	Bagi Manajemen RSCM.....	108
7.2.2	Bagi Panitia Akreditasi JCI.....	108

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

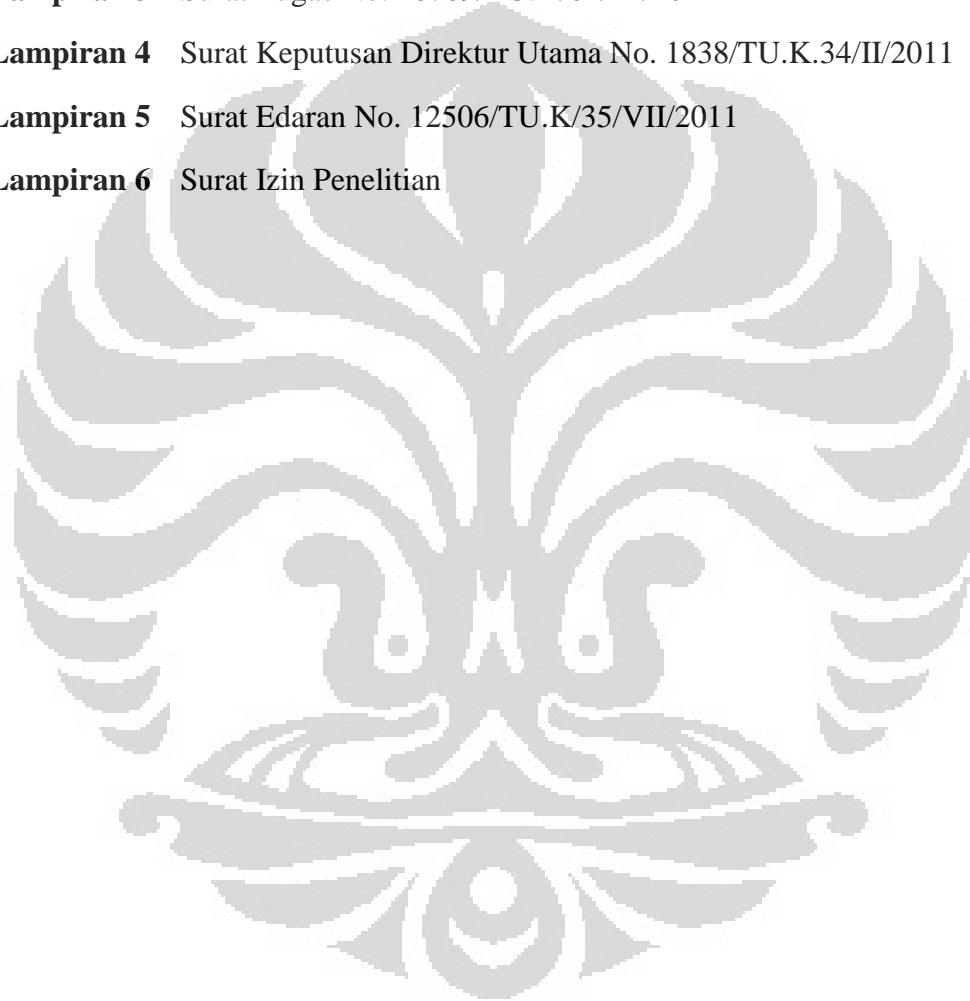
Tabel 5.1	Jumlah Karyawan per Desember 2011
Tabel 6.1	Karakteristik Informan Penelitian
Tabel 6.2	Daftar kebijakan tentang Akreditasi JCI 2010 – 2011
Tabel 6.3	Latar belakang pendidikan anggota dalam kepanitiaan Akreditasi JCI
Tabel 6.4	Daftar kebijakan yang berhubungan dengan kepanitiaan
Tabel 6.5	Jumlah kunjungan RSCM 2010 – 2011
Tabel 6.6	Pemberitaan buruk tentang RSCM dari media online tahun 2009 – 2012
Tabel 6.7	Daftar masalah dan solusinya
Tabel 6.8	Daftar temuan masalah lingkungan RSCM tertanggal 6 Maret 2012
Tabel 6.9	Hasil Rekap Tracer tim akreditasi JCI per sektor
Tabel 6.10	Hasil temuan Tracer tim Akreditasi JCI per chapter
Tabel 6.11	Hasil temuan tracer dari tim Pokja FMS pada 21 gedung di RSCM
Tabel 6.12	Format Check-list Implementasi JCI Unit/Departemen
Tabel 6.13	Format Self Assessment untuk semua pokja
Tabel 6.14	Rapat yang terdokumentasikan Feb – Apr 2012
Tabel 6.15	Jadwal Kegiatan Monev Depkes
Tabel 6.16	Evaluasi dan Kendalanya
Tabel 6.17	Milestone Akreditasi JCI RSCM
Tabel 6.18	Manfaat Akreditasi JCI bagi rumah sakit di beberapa Negara di dunia

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1 Jadwal Proses Akreditasi
- Gambar 3.1 Kerangka Teori
- Gambar 3.2 Kerangka Konsep
- Gambar 5.1 Logo RSCM
- Gambar 5.2 Struktur Organisasi RSCM
- Gambar 5.3 Struktur Organisasi Kepanitiaan Akreditasi JCI RSCM
- Gambar 6.1 Program kerja Akreditasi JCI Februari s/d November 2011
- Gambar 6.2 Budaya Menolong RSCM
- Gambar 6.3 Program 5R di RSCM
- Gambar 6.4 Gambaran Kinerja Pegawai Bagian Teknik tahun 2011
- Gambar 6.5 Urutan kegiatan Preparation Akreditasi JCI RSCM

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** Matriks Rangkuman Wawancara Mendalam
- Lampiran 2** Surat Keputusan Direktur Utama No. 13212/TU.K/34/X/2010
- Lampiran 3** Surat Tugas No. 18789/TU.K/02/XI/2011
- Lampiran 4** Surat Keputusan Direktur Utama No. 1838/TU.K.34/II/2011
- Lampiran 5** Surat Edaran No. 12506/TU.K/35/VII/2011
- Lampiran 6** Surat Izin Penelitian

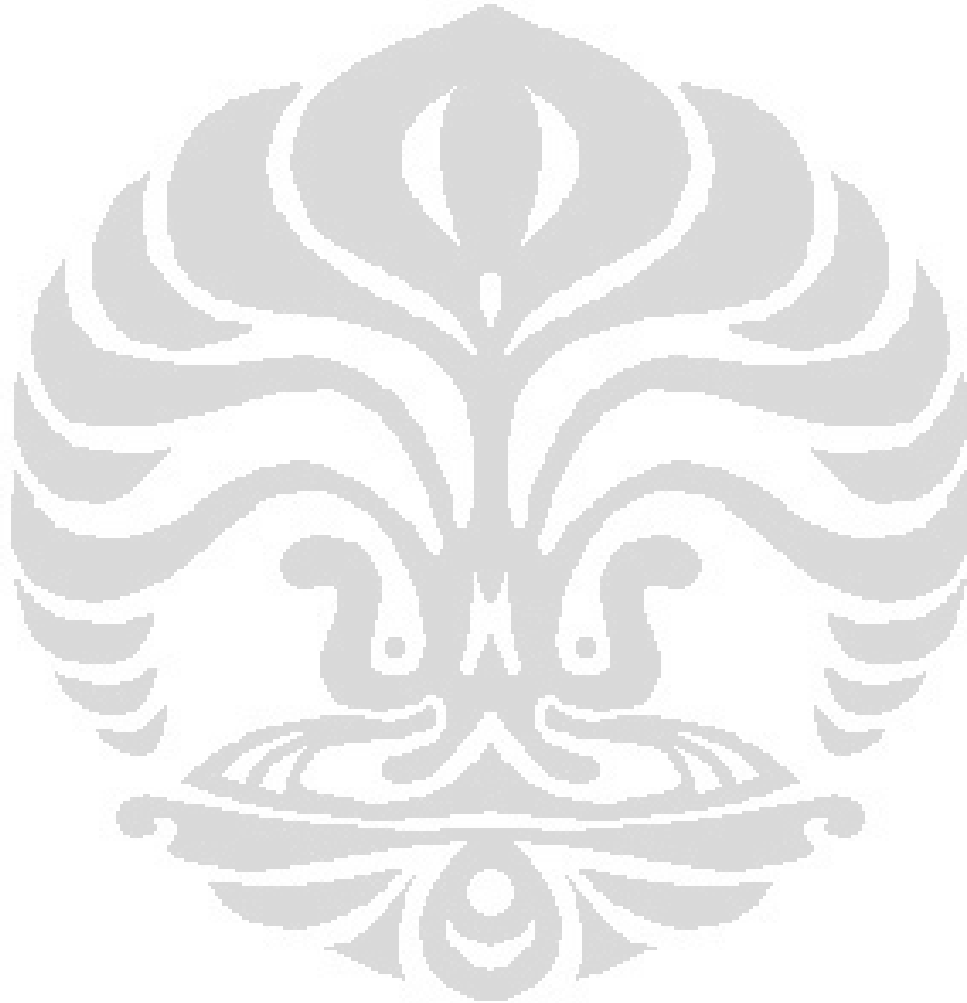


DAFTAR SINGKATAN



APAR	: Alat Pemadam Api Ringan
APBN-P	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan
B3	: Bahan Berbahaya dan Beracun
Bappenas	: Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
CCTV	: Close Circuit Television
Diklat	: Pendidikan dan Pelatihan
FMS	: Facility Management and Safety
FKUI	: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Hazmat	: Hazardous Material
ISHOMA	: Istirahat Sholat Makan
INOK	: Infeksi Nosokomial
ICU	: Intensive Care Unit
IK/IKA	: Instruksi Kerja
JCI	: Joint Commission International
KMKK	: Komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja
ME	: Measuring Element
Monev	: Monitoring dan Evaluasi
Milist	: Mailing List
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
MOM	: Minute Of Meeting
MSDM	: Manajemen Sumber Daya Manusia
Pokja	: Kelompok Kerja
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan

- RSCM** : Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo
RSPAD : Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat
SDM : Sumber Daya Manusia
SOP : Standard Operation Procedure



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kualitas adalah sesuatu yang sangat penting yang diperlukan oleh kedua belah pihak, baik pemberi layanan kesehatan ataupun penerima layanan dalam proses membangun pondasi yang kuat bagi suatu institusi kesehatan (S.L.Goel, 2002). Kualitas itu sendiri bukanlah sesuatu yang didapatkan secara kebetulan, melainkan diperlukan suatu upaya harus dilakukan oleh semua orang di setiap level dan pada berbagai tahapan dari suatu sistem penyedia layanan kesehatan (S.L.Goel, 2002). Sehingga untuk mendapatkan kualitas yang baik bagi suatu institusi pelayanan kesehatan seperti Rumah sakit bukan hanya tanggungjawab dari pihak management Puncak saja namun juga menjadi tanggungjawab bersama dari mulai level terendah seperti petugas kebersihan sampai dengan pimpinan rumah sakit.

Unsur dari kualitas harus jelas dan terlihat, sehingga kata kualitas bukan hanya suatu “Jargon” dalam visi – misi suatu institusi rumah sakit, tetapi lebih merupakan sesuatu yang dapat dibuktikan. Apalagi bagi suatu institusi yang bergerak dibidang jasa pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, pembuktian akan baik atau buruknya kualitas suatu rumah sakit haruslah tertulis dalam hal ini biasa disebut sebagai sertifikasi, dimana keberadaan sertifikat tersebut haruslah dapat di akui dan dipertanggungjawabkan.

Pada era globalisasi saat ini orang sudah banyak yang mulai “Sadar” akan arti kualitas dari suatu rumah sakit. Mereka sudah mulai bisa membedakan mana rumah sakit yang mempunyai kualitas yang baik, mana yang berkualitas buruk. Hal ini tidak hanya berlaku bagi mereka yang mempunyai status ekonomi tinggi dan berpendidikan saja, namun juga bagi masyarakat yang mempunyai tingkat sosial ekonomi rendah yang selama ini menganggap bahwa diterima di rumah sakit sudah “Untung”. Hal ini dikarenakan derasnya arus informasi dan bertubi-tubinya media yang tersedia saat ini,

sehingga “keberadaan” suatu rumah sakit dapat diketahui dengan mudah dari media massa (walaupun sebuah rumah sakit dilarang beriklan) baik melalui berita di media cetak ataupun media elektronik. Satu contohnya adalah, jika pada suatu rumah sakit terjadi tindakan malpraktik yang mengakibatkan kecacatan atau bahkan sampai hilangnya nyawa seorang pasien, maka dalam hitungan jam bahkan menit berita tersebut akan tersebar secara luas melalui media – media informasi yang ada.

Melihat hal tersebut diatas, maka saat ini banyak rumah sakit yang sedang bersiap-siap atau bahkan sedang dalam proses legalisasi agar bisa mendapatkan pengakuan secara resmi dari suatu lembaga terpercaya tentang Status “Baik” untuk kualitas rumah sakit mereka. Dan hal ini biasa dikenal sebagai “Akreditasi”. Akreditasi adalah pengesahan pihak ketiga terkait dengan menunjukkan kompetensi Lembaga penilaian kesesuaian untuk melaksanakan tugas-tugas penilaian kesesuaian tertentu. “(ISO / IEC 17000:2004) di mana suatu lembaga, yang terpisah dan berbeda dari organisasi pelayanan kesehatan, biasanya non pemerintah, melakukan penilaian terhadap suatu tempat pelayanan kesehatan.

Akreditasi bukanlah hal yang baru didunia perumahsakit, kata Akreditasi sudah ada bahkan sejak tahun 1950-an. Bahkan pengakreditasi untuk rumah sakit pertama di dunia telah dilakukan sejak 40 tahun yang lalu (Ratcliffe.R.L. 2009). Disini Lembaga yang mempunyai peranan penting dalam menelurkan “Akreditasi” untuk rumah sakit adalah Joint Commission yang berdiri sejak tahun 1951. Dimana The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) atau yang biasa dikenal JCI telah melakukan Akreditasi untuk lebih dari 95% rumah sakit di Amerika. Organisasi ini pertama kali dibentuk dengan misi untuk ”Melawan” terjadinya Kesalahan pada pelayanan Medis (*Medical Error*) dan melakukan perbaikan kepada rumah sakit - rumah sakit diseluruh Amerika (HCSM. 2005).

Untuk di Indonesia sendiri, essensi “akreditasi” masih dinilai kurang penting bagi sebagian rumah sakit, terutama rumah sakit pemerintah yang notabene lebih banyak melayani pasien dengan pembayaran Askes atau Jamkesmas. Terbukti dari sekian banyak jenis akreditasi yang ada Indonesia sebagian besar hanya diikuti oleh

rumah sakit swasta. Hal ini mungkin dikarenakan rumah sakit swasta memerlukan suatu “Nilai Tambah” agar lebih menarik konsumennya untuk memilih rumah sakit tersebut. Oleh karena itu permasalahan seperti standar pelaksanaan operasional yang bervariasi di setiap unit, petugas yang berlatarbelakang berpendidikan tidak sesuai dengan keahlian yang dibutuhkan, keamanan dan keselamatan pasien dan pengunjung rumah sakit yang kurang diperhatikan, sulitnya pengunjung mencari lokasi suatu unit di rumah sakit dan masih banyak lagi, dokumentasi yang tidak terstandarisasi dan masih banyak lagi, menimbulkan persepsi bahwa mutu pelayanan rumah sakit pemerintah terkesan buruk. Hal tersebut menyebabkan menurunnya kepercayaan masyarakat akan mutu pelayanan rumah sakit pemerintah.

Pernahkah kita mendengar suatu kata Pariwisata Medis atau “*Medical Tourism*”? di Indonesia mungkin kata tersebut masih terdengar “asing” namun sebenarnya hal tersebut bukanlah sesuatu yang baru. Menurut Turner, (2007) dan dikutip dalam suatu jurnal oleh Golbach, Alyssa R; West Daniel J, Jr bahwa *Medical Tourism* adalah pergerakan pasien melalui jaringan layanan kesehatan global. Disini wisatawan/pasien akan mencari pelayanan kesehatan yang terjangkau ke beberapa negara tujuan. Fenomena tersebut bukanlah hal yang baru dan ini juga berlaku bagi pasien – pasien di Indonesia, berkebalikan dengan definisi *medical tourism* yang diungkapkan diatas bahwa yang melakukan *medical tourism* adalah orang-orang yang tidak mampu membayar pelayanan kesehatan dinegaranya sendiri, untuk Indonesia yang melakukannya justru masyarakat ekonomi menengah keatas yang berbondong-bondong berobat ke Negara tetangga, padahal untuk fasilitas dan kualitas dokter/SDM di Indonesia tidaklah kalah dengan Negara tetangga seperti Singapura atau Malaysia. Hal ini adalah bukanlah indikasi bahwa masih kurangnya mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia namun lebih ke kurangnya kepercayaan masyarakat akan mutu rumah sakit di dalam negeri.

Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh (Correra & Bridges, 2006) untuk tingkat dunia, Industri pariwisata kesehatan dan medis mencapai 617 juta orang dengan pertumbuhan pertahun sebesar 3,9%. Dan dalam jurnal lain pada tahun 2006 di Amerika sendiri terdapat 842 Juta orang yang melakukan perjalanan wisata dan

harapannya pada tahun 2020 angkanya akan mencapai 1,6 Milyar orang. Dimana 50% tujuan dari perjalanan wisata tersebut untuk Liburan sedangkan 25% untuk menemui teman atau keluarga dan perawatan medis dan selebihnya untuk keperluan bisnis.

Dari data tersebut diketahui bahwa tingginya angka orang bepergian untuk keperluan medis. Hal ini dikarenakan tingginya biaya kesehatan untuk dinegara maju sehingga mereka beramai-ramai datang ke negara-negara berkembang seperti Singapore, India, Thailand dan Malaysia yang memberikan pelayanan berkualitas namun dengan harga yang jauh lebih murah bahkan sampai 75% lebih murah dibandingkan Negara maju. Selain karena lebih terjangkau, *wisata medis* juga menyenangkan (berobat sekaligus berwisata) dan aman hal ini dijadikan pilihan alternatif untuk melakukan pengobatan, perawatan gigi, kosmetik ataupun operasi lainnya dinegara lain selain Negara tempat tinggalnya (Saiprasert. W. 2011)

Saat ini pasien-pasien *wisata medis* dari Negara Timur tengah sebagian besar melakukan perjalanan wisata medis ke Negara-negara seperti India, Cyprus, Thailand, Jordan, Iran, Perancis dan Jerman (Goldbach, Alyssa R, West & Daniel, 2010). Negara dimana tersedia pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas yang setara dengan Negara dibelahan dunia manapun. Dan India adalah salah satu Negara tujuan utama untuk *industri medis* ini.

Dikarenakan hal tersebut diatas dimana *Pariwisata Medis* akan membuka kesempatan sebesar-besarnya kepada rumah sakit – rumah sakit di seluruh dunia khususnya rumah sakit di negara berkembang untuk menarik pelanggan dari Negara-negara maju sebanyak-banyaknya. Namun hal tersebut bukan berarti tidak menemukan kendala, karena bagi pasien yang menggunakan fasilitas pembayaran Asuransi, pihak asuransi dari Negara asal mereka hanya mau membayarkan klaim kepada rumah sakit – rumah sakit yang telah melakukan akreditasi yang diakui secara Internasional yaitu akreditasi yang diterbitkan oleh The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) yang berkoodinasi dengan World Health Organization (WHO). Hal ini dilatarbelakangi karena JCAHO adalah organisasi swasta yang telah melakukan akreditasi kepada rumah sakit – rumah sakit

lebih dari 50 tahun dan telah melakukan akreditasi kepada 95% rumah sakit di Amerika.

Sejak JCI berdiri telah banyak rumah sakit – rumah sakit di seluruh dunia melakukan Akreditasi JCI. Sebagai contoh rumah sakit di Dublin (Irlandia) yang telah mendapatkan akreditasi JCI sejak tahun 2002 dan hingga saat ini telah memperoleh sertifikat Gold member selama 4 kali berturut-turut. Lalu diikuti Negara lain seperti Singapore (National University Hospital) yang mendapatkan JCI akreditasi pada tahun 2005, lalu Dubai (Dubai Healthcare City) yang mendapatkan akreditasi bulan Maret 2007, sedangkan di china pada tahun 2010 telah ada 5 rumah sakit yang telah mendapatkan akreditasi JCI, untuk rumah sakit di Uni Emirat arab (Mafraq Hospital) yang memperoleh akreditasi JCI pada Januari th 2012 sedangkan untuk Indonesia sendiri telah ada lima Rumah sakit yang telah mendapatkan akreditasi JCI.

Jika kita ingin mencoba untuk membandingkan berapa persentase rumah sakit yang sudah mendapatkan akreditasi Internasional maka kita akan tercengang, karena dari 1800 Rumah sakit diseluruh Indonesia dan dari 111 rumah sakit yang ada di Jakarta baru 5 (lima) Rumah sakit yang telah mendapatkan akreditasi Internasional dan kesemuanya adalah rumah sakit swasta. Jadi dapat disimpulkan bahwa kurang dari 1% rumah sakit di Indonesia yang telah diakreditasi (Depkes R.I).

Melihat kenyataan tersebut diatas, Departemen Kesehatan Republik Indonesia tidak tinggal diam. Sejak tahun 1995 Depkes R.I telah menggiatkan akreditasi terhadap rumah sakit yang ada di Indonesia melalui Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Tujuan dilakukannya akreditasi rumah sakit adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan perlindungan terhadap pasien. Hal ini sejalan dengan UU Nomor 8 Tahun 2000 tentang Perlindungan Terhadap Konsumen dan UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Melalui akreditasi diharapkan manajemen rumah sakit mempunyai hospital by laws, medical staf by laws, pedoman mediko legal dan SOP (Standard Operating Procedure) yang terkait dengan pelayanan profesi.

Dikarenakan kelima rumah sakit yang mendapatkan sertifikasi JCI di Indonesia kesemuanya adalah rumah sakit swasta maka Menteri Kesehatan Republik Indonesia untuk fase pertama menargetkan 7(tujuh) rumah sakit pemerintah diantaranya RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo (Jakarta), Rumah Sakit Sanglah (Denpasar), RS dr. Sarjito (Yogyakarta, RS dr. Wahidin Sudirohusodo (Makasar) RS Adam Malik (Medan), RSUP Fatmawati (Jakarta) dan RSPAD Gatot Subroto (Jakarta) untuk melakukan akreditasi Internasional yang diharapkan akan selesai pada akhir 2012 dan untuk fase kedua ada 5 (lima) rumah sakit lagi yang ditargetkan akan mendapatkan akreditasi Internasional (JCI) pada tahun 2013 yaitu: RS Kariadi (Semarang), RS Hasan Sadikin (Bandung), RSJ dan RSIA Harapan Kita (Jakarta), RSUP Persahabatan (Jakarta) dan RS dr. M. Hoesin (Palembang), (Warta Yanmed, 2010).

Disini RSCM adalah sebagai rumah sakit pemerintah terbesar menjadi rumah sakit percontohan untuk melakukan proses akreditasi ini. Untuk pencanangannya telah ditetapkan sejak Februari 2011 dan ditargetkan akan selesai pada akhir 2012 ini. Dari hal tersebut penulis ingin mendapatkan gambaran proses pelaksanaan JCI di RSCM yang nantinya diharapkan dapat berguna sebagai menjadi panduan bagi rumah sakit – rumah sakit lain yang sedang melakukan proses akreditasi yang sama. Oleh karena itulah alasan penulis untuk melakukan penelitian di rumah sakit tersebut.

1.2 Rumusan Masalah

Saat ini data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta menyatakan bahwa sebanyak 870 dari 1.668 rumah sakit yang tersebar di seluruh Indonesia belum mendapatkan akreditasi Kementerian Kesehatan dan hanya 4(empat) di antaranya yang memiliki akreditasi internasional. Dan mengutip ucapan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Supriyantoro, April 2011 dalam suatu acara di Batam mengatakan bahwa "Dari data tahun 2010, ada 1.523 rumah sakit di Indonesia dan yang terakreditasi sebanyak 653. Sedangkan saat ini jumlah rumah sakit sudah 1.668 unit". Sebanyak 50 persen dari rumah sakit yang belum terakreditasi adalah rumah sakit pemerintah, dan 50 persen lainnya rumah sakit

swasta. Sedangkan untuk akreditasi Internasional sendiri hingga saat ini baru didapatkan oleh lima rumah sakit yang kesemuanya adalah rumah sakit swasta.

RSCM merupakan rumah sakit pusat rujukan nasional serta berfungsi sebagai rumah sakit sosial dan pendidikan (Depkes RI, 1984). RSCM sangat fokus dalam usahanya untuk meningkatkan pelayanan dan mutu rumah sakit. Hal itu terbukti dengan telah diduplikasinya sertifikat ISO 9001 : 2008 untuk Gedung A pada tahun 2010 dan sampai saat ini masih tetap dipertahankan. Bersamaan dengan itu pada tahun yang sama juga dicanangkan untuk melakukan akreditasi JCI untuk keseluruhan RSCM.

Dalam Renstra RSCM 2010-2014 mencanangkan Akreditasi JCI bagi RSCM pada tahun 2014. Namun sejalan dengan program Kementerian Kesehatan RI dimana sasaran ketujuh adalah kebutuhan Indonesia untuk memiliki RS berkualitas dunia, RSCM diharapkan menjadi RS pemerintah pertama yang memperbaiki mutu pelayanannya sesuai standar JCI. Oleh karena itu, diperlukan percepatan jadwal akreditasi JCI, menjadi akhir tahun 2012.

Percepatan ini tentu saja bukan tanpa kendala, proses yang terkesan dipaksakan memberi dampak kepada banyak segi didalam rumah sakit itu sendiri yang mempengaruhi banyak hal dalam kinerja RSCM. Namun setelah dilakukannya Uji diri evaluasi kondisi RSCM terhadap standar JCI yang pertama kali dilakukan pada September 2010 dengan menggunakan surveyor lepas (non - JCI) dari Dubai, terdapat banyak temuan yang membangunkan RSCM bahwa begitu banyak “Pekerjaan Rumah” yang harus diselesaikan (profil RSCM, 2011).

Berdasarkan laporan evaluasi tahun 2012 dari Tim Pokja Facility Management System (FMS) penulis menyimpulkan bahwa proses pengorganisasian JCI di RSCM sudah berjalan secara optimal namun tidak sesuai dengan jadwal awal yang telah ditetapkan. Maka perlu dilakukan penelitian untuk mendapatkan gambaran yang lebih rinci mengenai proses, kendala yang ditemui di RSCM. Hasil penelitian ini diharapkan

dapat digunakan bagi pihak manajemen sebagai gambaran untuk percepatan proses akreditasi JCI di RSCM.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM pada tahun 2012 berdasarkan standar akreditasi JCI?
2. Bagaimana progres akreditasi JCI di RSCM sampai dengan Mei 2012?
3. Kendala apa yang dihadapi RSCM dalam melaksanakan Akreditasi JCI?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Umum

Menggambarkan pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM pada tahun 2012 secara rinci menurut standar Akreditasi JCI.

1.4.2 Khusus

1. Mengetahui gambaran pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM pada tahun 2012 berdasarkan standar Akreditasi JCI?
2. Mengetahui progress akreditasi JCI di RSCM sampai dengan Mei 2012?
3. Mengetahui Kendala yang dihadapi RSCM dalam melaksanakan Akreditasi JCI di RSCM?

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Rumah Sakit

1. Memperoleh gambaran mengenai kendala-kendala serta penyebabnya yang terjadi di lapangan selama kegiatan akreditasi JCI dilaksanakan.
2. Memperoleh gambaran mengenai pencapaian dalam pengorganisasian akreditasi JCI yang diselenggarakan berdasarkan standard dan target yang ditetapkan.

3. Sebagai bahan masukan dan pertimbangan untuk menentukan langkah strategis dalam upaya perbaikan dan pengembangan akreditasi di RSCM di masa mendatang.
4. Sebagai acuan dan pembelajaran bagi rumah sakit lain yang saat ini juga sedang dan akan melakukan akreditasi yang sama.

1.5.2 Bagi Peneliti

1. Sebagai bahan pembelajaran yang dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai manajemen pemeliharaan di rumah sakit.
2. Sebagai syarat kelulusan untuk program Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit Universitas Indonesia.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini akan mengkhususkan kepada salahsatu pokja dari 14 (empat belas) pokja yang ada dalam JCI, yaitu pokja FMS (Facility Managemen and Safety). Hal ini dikarenakan dari 14 Pokja yang terbentuk dalam Komite JCI di RSCM, Pokja Facility Management and Safety (FMS) adalah pokja yang mempunyai kontribusi paling besar demi kelancaran dan kesuksesan pokja lainnya dan karena kelengkapan data yang dimiliki.

Penelitian mengenai Proses Pengorganisaian akreditasi JCI di RSCM dilaksanakan selama bulan Februari hingga Mei 2012. Bulan Februari hingga Maret 2012 digunakan untuk menelaah data dan menggali informasi mengenai pelaksanaan akreditasi JCI yang telah berjalan sejak tahun 2011. Bulan April dan Mei 2012 digunakan untuk menelaah data dan menggali informasi mengenai pelaksanaan akreditasi JCI khususnya pokja FMS yang sedang berjalan (Februari 2011 – Mei tahun 2012). Penelitian ini dilakukan untuk melihat gambaran pengorganisasian akreditasi JCI di RSCM sehingga diketahui pencapaiannya pada periode Februari hingga Mei 2012. Penelitian ini melibatkan anggota KMKK dan Tim dari Pokja FMS yang dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengorganisasian

2.1.1 Definisi Organisasi

Suatu program tidak akan dapat berjalan dengan lancar dan mencapai target yang diharapkan jika tidak di atur atau di organisasikan dengan baik. Hal ini dipahami benar penulis. Pengorganisasian yang mempunyai kata dasar “organisasi” telah didefinisikan oleh banyak ahli diantaranya:

Menurut Rozenzweig (1963), organisasi dipandang sebagai:

- Sistem sosial, yaitu orang-orang dalam kelompok
- Integrasi atau kesatuan dari aktivitas – aktivitas orang-orang yang bekerja sama.
- Orang – orang yang berorientasi atau berpedoman pada tujuan bersama

Selain itu, Matthias Aroef (2009) mengatakan bahwa organisasi terjadi apabila sekelompok orang bekerja sama untuk mencapai tujuannya.

Definisi lain diungkapkan oleh Pfiffner dan Sherwood (1960) yang menyatakan bahwa organisasi sebagai suatu pola dari cara – cara dalam mana sejumlah orang yang saling berhubungan bertemu muka, secara intim dan terkait dalam suatu tugas yang bersifat kompleks, berhubungan satu dengan lainnya secara sadar, menetapkan dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan semula secara sistematis.

Sehingga jika penulis ingin menarik suatu kesimpulan dari beberapa definisi diatas, maka organisasi adalah suatu kelompok orang yang bekerja sama secara sadar dalam upaya untuk mencapai suatu tujuan.

2.1.2 Definisi Pengorganisasian

Setelah organisasi maka penulis akan membahas mengenai beberapa definisi yang diungkapkan para ahli mengenai pengorganisasian antara lain :

Menurut Siagian (1983) dalam bukunya *Filsafat Administrasi* Pengorganisasian adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas, kewenangan dan tanggung jawab sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kegiatan kesatuan yang telah ditetapkan.

Sedangkan menurut Hasibuan. S.P (2005) dalam bukunya *Manajemen Dasar, Pengertian, dan Masalah*, Pengorganisasian adalah suatu proses penentuan, pengelompokan, dan pengaturan bermacam-macam aktifitas yang diperlukan untuk mencapai tujuan, menempatkan orang - orang pada setiap aktifitas ini, menyediakan alat-alat yang diperlukan, menetapkan wewenang yang secara relatif didelegasikan kepada setiap individu yang akan melakukan aktifitas-aktifitas tersebut.

Manullang. M (1990) dalam bukunya *Management Personalia* mendefinisikan Organisasi dalam arti dinamis (pengorganisasian) adalah suatu proses penetapan dan pembagian pekerjaan yang akan dilakukan. Pembatasan tugas – tugas atau tanggung jawab serta wewenang dan penetapan hubungan-hubungan antara unsur-unsur organisasi, sehingga memungkinkan orang-orang dapat bekerja bersama-sama seefektif mungkin untuk pencapaian tujuan.

2.1.3 Proses Pengorganisasian

Pengorganisasian yang baik adalah suatu proses panjang yang tentu saja harus melalui suatu tahapan agar tujuan dari organisasi tersebut tercapai. Menurut Henry fayol (1984) yang dikutip oleh Irwin Gray ada 5 (lima) langkah utama dari proses pengorganisasian yaitu:

1. Tercermin dalam rencana – rencana dan tujuan – tujuan,

2. Menetapkan tugas – tugas pokok,
3. Membagi tugas – tugas pokok kedalam subtugas – subtugas,
4. Alokasi sumber daya – sumber daya dan pengarah bagi subtugas – subtugas, dan
5. Mengevaluasi hasil dari strategi hasil dari strategi pengorganisasian yang diimplementasikan.

2.2 Mutu

2.2.1 Definisi Mutu

Mutu atau yang biasa disebut sebagai Kualitas bukanlah sesuatu yang didapatkan secara kebetulan mempunyai banyak definisi yang telah diungkapkan oleh banyak ahli, diantaranya :

Menurut Juran (dalam Slamet, 1996:20) mutu didefinisikan sebagai M-kecil dan M-besar. M-kecil adalah mutu dalam arti sempit, berkenaan dengan kinerja bagian dari organisasi, dan tidak dikaitkan dengan kebutuhan semua jenis pelanggan. M-besar adalah mutu dalam arti luas, berkenaan dengan seluruh kegiatan organisasi yang dikaitkan dengan kebutuhan semua jenis pelanggan. M-besar inilah yang dimaksud dengan mutu terpadu. Menurut Crosby (1979) menekankan bahwa dalam pengertian mutu terkandung makna kesesuaian dengan kebutuhan. Berdasarkan pendapat di atas, mutu secara umum di definisikan sebagai berikut.

Mutu adalah panduan sifat-sifat barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan pelanggan, baik kebutuhan yang dinyatakan maupun yang tersirat.

2.2.2 Sejarah Perkembangan Mutu

Menurut sukmana (2010) “Mutu telah dikenal sejak 4000 tahun yang lalu, ketika bangsa Mesir kuno mengukur dimensi batu-batu yang digunakan untuk

membangun piramida”. Masih menurut sukmana, pada jaman modern fungsi mutu berkembang melalui beberapa tahap, yaitu:

1. Inspeksi (*Inspection*)

Konsep mutu modern dimulai pada tahun 1920-an. Kelompok mutu yang utama adalah bagian inspeksi. Selama produksi, para inspector mengukur hasil produksi berdasarkan spesifikasi. Bagian inspeksi tidak independen, biasanya mereka melapor ke pabrik. Hal ini menyebabkan perbedaan kepentingan. Seandainya inpeksi menlak hasil satu alur produksi yang tidak sesuai meka bagian pabrik berusaha meloloskannya tanpa mempedulikan mutu.

2. Pengendalian Mutu (*Quality Control*)

Pada tahun 1924-an, kelompok inspeksi berkembang menjadi bagian pengendalian mutu. Adanya Perang Dunia II mengharuskan produk militer yang bebas cacat. Mutu produk militer menjadi salah satu faktor yang menentukan kemenangan dalam peperangan. Hal ini harus dapat diantisipasi melalui pengendalian yang dilakukan selama proses produksi. Tanggug jawab mutu dialihkan ke bagian *quality control* yang independen. Bagian ini memiliki otonomi penuh dan terisah dari bagian pabrik. Para pemeriksa mutu dibekali dengan perangkat statistika seperti diagram kendali dan penarikan sampel.

Pada tahap ini dikenal seorang tokoh yaitu Feigenbaum (1983) yang merupakan pelopor *Total Quality Control*. Sedang pada tahun 1970 Feegenbaum memperkenalkan konsep *Total Quality Control Organizationwide*. Namun pada tahun 1983 Feigenbaum mengenalkan konsep Total Quality System.

3. Pemastian Mutu (*Quality Assurance*)

Rekomendasi yang dihasilkan dari teknik-teknik statistis sering kali tidak dapat dilayani oleh struktur pengambilan keputusan yang ada. Pengendalian mutu (*quality control*) berkembang menjadi pemastian mutu (*Quality Assurance*). Bagian pemastian mutu difokuskan untuk memastikan proses dan mutu produk melalui pelaksanaan audit operasi, pelatihan, analisis kinerja teknis, dan petunjuk operasi untuk

peningkatan mutu. Pemastian mutu bekerja sama dengan bagian-bagian lain yang bertanggung jawab penuh terhadap mutu kinerja masing-masing bagian.

4. Manajemen Mutu (*Quality Management*)

Pemastian mutu bekerja berdasarkan status quo, sehingga upaya yang dilakukan hanyalah memastikan pelaksanaan pengendalian mutu, tapi sangat sedikit pengaruh untuk meningkatkannya. Karena itu untuk mengantisipasi persaingan, aspek mutu perlu selalu dievaluasi dan direncanakan perbaikannya melalui penerapan fungsi-fungsi manajemen mutu.

5. Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management*)

Dalam perkembangan manajemen mutu, ternyata bukan hanya fungsi produksi yang mempengaruhi kepuasan pelanggan terhadap mutu. Dalam hal ini tanggung jawab terhadap mutu tidak cukup hanya dibebankan kepada suatu bagian tertentu, tetapi sudah menjadi tanggung jawab seluruh individu di perusahaan. Pola inilah yang disebut *Total Quality Management*.

2.2.3 Manajemen Mutu

Manajemen Mutu atau Manajemen Kualitas mempunyai banyak definisi diantaranya:

Menurut Gaspersz (1997) mendefinisikan Manajemen Kualitas sebagai suatu kumpulan aktivitas yang berkualitas dengan kualitas tertentu yang memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Kualitas menjadi bagian dari setiap agenda manajemen
- b. Sasaran kualitas dimasukkan ke dalam rencana bisnis
- c. Jangkauan sasaran diturunkan dari *benchmarking*
- d. Fokus adalah pada pelanggan dan pada kesesuaian kompetisi
- e. Sasaran disebarkan ke tingkat mengambil tindakan

- f. Pelatihan ditetapkan pada setiap tingkat
- g. Pengukuran ditetapkan seluruhnya
- h. Manajer atas secara teratur meninjau kembali kemajuan dibandingkan dengan sasaran.
- i. Penghargaan diberikan untuk kinerja terbaik
- j. Sistem Imbalan (*reward system*) diperbaiki

Pengertian lain yang diungkapkan oleh Miranda dan A.W. Tunggal (2003;157) adalah:

“Keseluruhan metode untuk mengatur mutu dalam suatu organisasi meliputi produk, jasa, kinerja proses dan sumber daya manusia.”

Masih menurut Miranda dan A.W. Tunggal (2003;157) manajemen mutu menggabungkan trilogy mutu untuk mensukseskan semua program perbaikan yang meliputi perencanaan mutu, pengendalian mutu dan perbaikan mutu yang dilaksanakan melalui kerja tim.

2.2.4 Prinsip Manajemen Mutu

Menurut Gaspersz (2005) berdasarkan ISO 9001 : 2009 disusun berdasarkan pada 8 (delapan) prinsip manajemen mutu yaitu :

1. *Customer Focus* (Organisasi yang berfokus pada pelanggan)
2. *Leadership* (Kepemimpinan)
3. *Involvement of people* (Keterlibatan karyawan)
4. *Procces Orientation* (Pendekatan Proses)
5. *System approach to management* (Pendekatan system pada manajemen)
6. *Continuous Improvement* (Peningkatan yang berkesinambungan)

7. *Factual approach to decision making* (Pendekatan factual untuk pengambilan keputusan)
8. *Mutually beneficial supplier relationship* (hubungan pelanggan yang bermanfaat bagi kedua pihak)

Revolusi mutu dimulai sejak abad ke-20 di Jepang namun sudah dimulai jauh sebelumnya, dari Edward Deming (1900 – 1994) dianggap telah memberikan sumbangan terbesar terhadap gerakan mutu. Dengan menelurkan Empatbelas Butir Falsafah Mutu Deming sebagai berikut :

1. Pertahankan semangat menuju perbaikan
2. Ciptakan filosofi kualitas terbaru
3. Hentikan kebergantungan pada penilaian massa.
4. Akhiri praktik bisnis perolehan keuntungan dalam jangka pendek.
5. Tingkatkan sistem terus menerus.
6. Selenggarakan pelatihan untuk memperbaiki kinerja karyawan.
7. Ciptakan kepemimpinan yang berorientasi membantu manusia.
8. Singkirkan rasa takut untuk mengajukan pertanyaan.
9. Hilangkan kendala dalam hubungan antar karyawan
10. Hilangkan slogan, tuntutan, dan target kerja.
11. Hilangkan angka-angka kuota.
12. Hilangkan rintangan menuju kebanggaan kerja.
13. Buatlah program pendidikan dan pelatihan yang bermutu.
14. Bersiap-siaplah melakukan transformasi.

Selain menelurkan Empatbelas butir Falsafah mutu, Deming juga menjabarkan Hambatan yang dinamakan Tujuh(7) Penyakit Mematikan, yaitu :

1. Perusahaan kurang konsisten terhadap tujuan proses mutu
2. Penekanan terlalu kuat pada laba jangka pendek.
3. Sistem penilaian prestasi adalah pemeringkatan dan penilaian tahunan.

4. Mobilitas manajemen kurang.
5. Manajemen terlalu berfokus pada angka-angka saja.
6. Biaya kesehatan yang berlebihan.
7. Biaya hukum yang berlebihan.

2.3 Total Quality Management (TQM)

2.3.1 Definisi TQM

Prinsip yang digunakan oleh JCI mengadaptasi dari prinsip TQM yaitu usaha yang dilakukan suatu organisasi secara terintegrasi yang dirancang untuk meningkatkan kualitas pada setiap tingkat (Wiley,p.137). Di Indonesia, TQM pertama kali diperkenalkan pada tahun 1980 - an dan sekarang cukup populer di sektor swasta khususnya dengan adanya program ISO 9000. Sedangkan pengertian umum untuk TQM itu sendiri adalah Suatu sistem manajemen organisasi yang berorientasi pada orang yang bertujuan terus menerus meningkatkan pemenuhan kebutuhan (needs) dan kepuasan pelanggan/klien dengan biaya yang rendah (Vetty. Y,2010).

TQM dapat dianggap sebagai cara untuk mengatur dan melibatkan seluruh lembaga kesehatan, setiap departemen, semua aktivitas dan semua orang pada setiap tingkatan untuk mencapai keunggulan yang berkualitas tinggi pada bidang kesehatan dan penelitian, pertumbuhan institusi, kepuasan pasien dan akhirnya, pembentukan dokter yang berkwaliber tertinggi (S.L.Goel, 2002)

2.4 Akreditasi

2.4.1 Definisi Akreditasi

Konsep dari TQM telah diadopsi oleh hampir semua institusi besar yang ada didunia dan sepertinya menjadi satu-satunya harapan untuk membuat standar kualitas. (S.L.Goel, 2002). Konsep TQM juga di adopsi oleh JCI melalui proses Akreditasi yang dilakukannya.

Untuk Akreditasi sendiri juga mempunyai banyak definisi yang diungkapkan oleh para ahli diantaranya :

Menurut Webster: *consideration or recognition as outstanding* atau pertimbangan atau pengakuan sebagai luar biasa.

Sedangkan menurut Hornby (1998): *officially recognized and generally accepted* atau secara hukum dikenal dan secara umum di terima.

Menurut MBA's Dict.: *evaluates and recognizes an institution as meeting predetermined standards* atau di evaluasi dan dikenali sebagai suatu institusi yang memenuhi standar yang telah ditetapkan.

Dan menurut Ens.Nas.Ina: bentuk pengakuan yg diberikan oleh pemerintah untuk suatu lembaga/institusi.

Menurut Depkes : Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada rumahsakit karena telah memenuhi standar yang ditentukan.

Definisi Akreditasi menurut Joint Commission International adalah proses di mana suatu lembaga, yang terpisah dan berbeda dari organisasi pelayanan kesehatan biasanya nonpemerintah, melakukan asessment terhadap organisasi pelayanan kesehatan.

Sehingga dari berbagai definisi tersebut dapat disimpulkan definisi dari Akreditasi adalah: Suatu pengakuan secara hukum yang diberikan oleh suatu lembaga baik pemerintah ataupun swasta yang terpercaya kepada suatu institusi yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Akreditasi biasanya bersifat sukarela. Masih menurut JCI Akreditasi standar biasanya diyakini sebagai sesuatu yang optimal dan dapat dicapai. Akreditasi menunjukkan komitmen nyata sebuah organisasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan pasien, memastikan bahwa suatu lingkungan perawatan itu aman, dan terus bekerja untuk mengurangi risiko bagi para pasien dan petugas kesehatan. Seluruh dunia telah memandang perlunya akreditasi sebagai cara efektif untuk mengevaluasi mutu suatu organisasi pelayanan kesehatan, yang sekaligus juga berperan sebagai sarana manajemen.

2.4.2 Evolusi Akreditasi

Menurut Hafizurrachman (2008), Akreditasi lahir dimulai dari proses yang panjang, dimana evolusinya dimulai dari:

- a. Quality Assurance / Improvement → Akreditasi
- b. Struktur & Proses → Outcome
- c. Minimum Standar

2.4.3 Tujuan Akreditasi

Pada dasarnya tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah agar kualitas diintegrasikan dan dibudayakan ke dalam sistem pelayanan di rumah sakit. Menurut JCI tujuan dari akreditasi adalah untuk merangsang demonstrasi perbaikan yang terus-menerus, berkelanjutan dalam organisasi kesehatan dengan menerapkan standar konsensus internasional yang bertujuan untuk keselamatan pasien dan sebagai data pengukuran pendukung.

Tujuannya Akreditasi menurut Joint Commission International adalah untuk menentukan apakah organisasi tersebut telah memenuhi seperangkat persyaratan (standar) yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan kualitas pelayanan.

Selain tujuan akreditasi seharusnya dapat memberikan manfaat bagi rumah sakit yang melakukannya. Menurut Joint Commission manfaat Akreditasi itu sendiri adalah:

- a. Meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa organisasi itu menitikberatkan sasarannya pada keselamatan pasien dan kualitas perawatan yang diberikan.
- b. Menyediakan lingkungan kerja yang aman dan efisien sehingga karyawannya merasa puas.
- c. Bernegosiasi dengan sumberdaya pendanaan yang akan menanggung biaya perawatan berdasarkan data kualitas perawatan yang disediakan.
- d. Mendengarkan pasien dan keluarga mereka, menghormati hak-hak mereka dan melibatkan mereka sebagai mitra dalam proses perawatan.

- e. Menciptakan budaya mau belajar dari laporan-laporan kasus efek samping yang dicatat berdasarkan waktu kejadian dan hal-hal lain terkait keselamatan.
- f. Membangun kepemimpinan yang mengutamakan kerjasama. Kepemimpinan ini menetapkan prioritas untuk dan demi terciptanya kepemimpinan berkelanjutan untuk meraih kualitas dan keselamatan pasien di segala tingkatan.

2.4.4 Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

Menurut Depkes dalam 417/MENKES/PER/II/2011 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit mendefinisikan KARS sebagai Lembaga Independen pelaksana akreditasi rumah sakit yang bersifat fungsional, non-struktural dan bertanggung jawab kepada Menteri. Dimana pengorganisasian KARS termasuk surveyor ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Penilaiannya difokuskan pada kebutuhan dan harapan konsumen dan dengan komponen pelayanan yang menjawab EEQS (Equity, Efficiently, Quality and Sustainability) agar rumah sakit dapat bersaing di tingkat regional bahkan internasional. Didalamnya, terdapat ahli-ahli yang bertindak sebagai surveyor, yang direkrut dari daerah-daerah dan dipilih sesuai kualifikasi di bidangnya. Sehingga KARS inilah yang bertanggung jawab terhadap hasil penilaian program akreditasi.

KARS mempunyai fungsi perencanaan, pelaksanaan, pengembangan, pembimbingan dan pelatihan serta monitoring dan evaluasi dalam bidang akreditasi rumah sakit di Indonesia, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan perkembangan akreditasi rumah sakit secara internasional.

Sedangkan untuk pendanaan untuk mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi KARS berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Kementerian Kesehatan.

2.4.5 Rumah sakit yang telah di akreditasi KARS

Dari hasil data yang diterbitkan oleh KARS per bulan Maret 2012 terdapat 74 rumah sakit yang telah di akreditasi oleh KARS seluruh Indonesia dengan details sebagai berikut:

- b. RS yang telah disurvei 5 pelayanan : 41 RS
- c. RS yang telah disurvei 12 pelayanan : 17 RS
- d. RS yang telah disurvei 16 pelayanan : 16 RS

2.5 Joint Commission International (JCI)

2.5.1 Sejarah JCI

JCI adalah versi internasional dari The Joint Commission (USA) yang bergerak dibidang akreditasi Rumah Sakit. JCI Berdiri sejak tahun 1951 dan merupakan Join Venture antara American College of Surgeons, American College of Physician, American Hospital Association, American Medical Association. Akreditasi rumah sakit dilakukan secara sukarela dan sesuai dengan standar rumah sakit komisi bersama menunjukkan potensi untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi. JCI telah mengakreditasi sebagian besar rumah sakit di Amerika.

Misi JCI adalah memperbaiki kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan di masyarakat internasional. Selama lebih dari 75 tahun, The Joint Commission (USA) dan organisasi pendahulunya didedikasikan untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan. Kini The Joint Commission (USA) merupakan pemberi akreditasi terbesar di Amerika Serikat di bidang organisasi pelayanan kesehatan; lembaga ini menyurvei hampir 18.000 program layanan kesehatan melalui proses akreditasi sukarela. Baik The Joint Commission (USA) maupun JCI bersifat nonpemerintah, dan merupakan perusahaan nirlaba di Amerika Serikat.

Pada tahun 1975-an JCI telah mengakreditasi hampir 80% rumah sakit di Amerika Serikat. Dikarenakan adanya perubahan akan budaya pelayanan kesehatan di Amerika, pada awal tahun 1975, JCI meluaskan sayapnya kepada bukan hanya rumah

sakit tapi juga organisasi non-ruamh sakit lainnya. Dan JCI meluas sampai keseluruhan dunia dan hingga saat ini telah bekerjasama dengan lebih dari 90 negara didunia.

Perubahan besar yang dilakukan pada proses akreditasi JCI pada tahun 2006 adalah menfokuskan kepada pelayanan perawatan pasien. Untuk membantu menjelaskan proses ini maka diperkenalkanlah *Tracer Methodology* atau Metodologi Telusur.

Pada bulan Juli 2010, JCI mengeluarkan revisi standar baru yang di implementasikan pada Januari 2011. Standar baru ini diciptakan melalui proses berikut:

- a. Kelompok Penasihat Regional Internasional .
- b. Proses peninjauan lapangan
- c. Interpretasi Standar

2.5.2 Standar Manual JCI

Dalam JCI terdapat 565 standar yang dibagi menjadi 197 standar inti yang harus dipenuhi untuk mencapai akreditasi dan 368 standar lain yang dapat membawa suatu organisasi kesehatan ke dalam tingkatan “*best practice*” atau praktek yang terbaik. Standar-standar ini lebih lanjut akan dibagi menjadi 1033 ukuran parameter, yang yang berfokus pada aspek seperti: keselamatan pasien, hak-hak pasien, fasilitas dan kualitas dokter selain tentunya kebijakan dan prosedur dari organisasi tersebut. Untuk mendapatkan status “Terakreditasi” rumah sakit harus harus memenuhi sepenuhnya sebagian besar parameter ini dan parameter sisanya setidaknya terpenuhi sebagian.

Standar manual di bagi menjadi dua bagian : *Patient Centered Function* (Fungsi yang berpusat pada pasien) dan *Organization Function* (fungsi organisasi).

Untuk *Patient Centered Functions* adalah semua standar yang berhubungan dengan pasien terdiri dari 14 (empat belas) pembagian atau yang biasa disebut sebagai *chapter* yaitu :

1. International Patient Safety Goals (IPSG)
2. Access to Care and Continuity of Care (ACC)
3. Patient and Family Right (PFR)
4. Assessment of Patients (AOP)
5. Care of Patients (COP)
6. Anesthesia and Surgical Care (ASG)
7. Medication Management and Use (MMU)
8. Patient and Family Education (PFE)

Sedangkan *Organization Function* terdiri dari :

9. Quality Improvement and Patient Safety (QPS)
10. Prevention and Control of Infection (PCI)
11. Governance, Leadership and Direction (GLD)
12. **Facility Management and Safety (FMS)**
13. Staff Qualification and Education (SQE)
14. Management of Communication and Information (MCI)

Dimana masing-masing *chapter* mempunyai standar-standar yang harus diikuti sebagai persyaratan kelulusan dalam penilaian akreditasi JCI pada saat survey akreditasi atau *full survey* nantinya.

2.5.3 Aturan Keputusan Akreditasi

Komite akreditasi mempertimbangkan semua informasi dari survey awal dan survey penuh tiga tahunan dan apapun yang diperlukan dalam membuat keputusan mengenai akreditasi. Hasil dari akreditasi adalah suatu organisasi memenuhi atau tidak kriteria yang ditetapkan untuk akreditasi. Kriteria untuk kedua hasil adalah :

1. Akreditasi

- a. Organisasi menunjukkan pemenuhan syarat yang ditetapkan masing-masing standar dengan nilai setidaknya “5” dari masing – masing standar
- b. Organisasi menunjukkan pemenuhan syarat yang ditetapkan dengan standar pada masing-masing bagian. IPSG dianggap sebagai suatu bagian. Dengan nilai aggregate minimal “8” untuk masing-masing bagian.
- c. Organisasi menunjukkan pemenuhan keseluruhan syarat yang ditentukan. Dengan nilai aggregate minimal “9” untuk semua standar.
- d. Jumlah temuan total dari elemen yang diukur untuk “*Not Met*” atau “*Partially Met*” tidak melebihi nilai rata-rata (tiga atau lebih standar deviasi) untuk organisasi yang di survey oleh badan akreditasi selama 24 bulan sebelumnya.

2. Akreditasi di Tolak

Hasil keputusan dibuat jika organisasi memenuhi satu atau lebih kondisi berikut.

- a. Satu atau lebih standar bernilai kurang dari “5”
- b. Nilai aggregate dari satu atau lebih bagian kurang dari “8”.
- c. Nilai aggregate untuk semua standar kurang dari “9”
- d. Jumlah total nilai “not met” atau “Partially Met” dari elemen yang di ukur di atas rata-rata.

- e. Diperlukan tindak lanjut untuk survei berikutnya dari survey awal atau tiga tahunan dimana mengakibatkan hasil tidak diterima sesuai dengan standar yang berlaku.
- f. Satu atau lebih kondisi menempatkan organisasi pada resiko Penolakan Akreditasi tidak juga diselesaikan pada saat survey evaluasi selesai dilakukan.

2.5.4 Pedoman penilaian untuk konsistensi Survey

Berbeda dengan Akreditasi yang diberikan oleh Badan Akreditasi Nasional (KARS) dimana jenis penilaiannya terdiri dari :

- a. Tidak Terakreditasi → Akreditasi Bersyarat nilai total $>65\%$ - $<75\%$, tdk ada $\leq 60\%$, 1 tahun dinilai lagi.
- b. Akreditasi Penuh → nilai total $\geq 75\%$, tdk ada $\leq 60\%$, 3 tahun masa berlaku.
- c. Akreditasi Istimewa → 5 tahun masa berlaku, didapat setelah 3 X berturut-turut.

Maka dalam Penilaian JCI terbagi menjadi 4 Jenis penilaian :

1. Nilai “Fully Met” atau Terpenuhi secara lengkap

Jika Jawaban atas pertanyaan Elemen yang di ukur adalah “Iya” atau “Selalu”.

Juga dianggap sebagai berikut:

- a. Jika ada 1 hasil negative dari pengamatan namun hal tersebut tidak mencegah penilaian menjadi “Fully Met”. Selama Selama 12 bulan melihat kembali kepatuhannya, untuk survey tiga tahunan.
- b. Jika 90% atau lebih dari catatan pengamatan terpenuhi. Selama 4 bulan melihat kembali kepatuhannya, untuk survey tahunan

2. Nilai “Partially Met” atau Terpenuhi Sebagian

Jika jawaban atas Elemen pertanyaan yang di ukur adalah “Biasanya” atau “Kadang-kadang”. Juga dianggap sebagai berikut :

- a. Jika 50% – 89% (contoh, jika hanya 5-8 yang terpenuhi dari 10 ketentuan). Selama 5 – 11 bulan melihat kembali kepatuhannya untuk survey tiga tahunan.
 - b. Bukti dari kepatuhan tidak dapat ditemukan disemua unit/departemen di mana persyaratan ini berlaku. (seperti, pasien rawat inap tapi bukan pasien rawat jalan, operasi tapi bukan one day surgery, daerah tenang kecuali Bagian Gigi). Selama 1 – 3 bulan melihat kembali kepatuhannya, untuk survey tahunan.
 - c. Jika beberapa persyaratan dalam satu elemen pemeriksaan terpenuhi setidaknya 50%.
 - d. Peraturan /proses berkembang, diimplementasikan dan berkelanjutan namun tidak mempunyai catatan tertulis yang memenuhi persyaratan “*Fully Met*”.
 - e. Peraturan/Proses berkembang dan di implementasikan tapi sepertinya tidak berkelanjutan.
3. Nilai “*Not Met*” atau Tidak Memenuhi
- Jika jawaban dari elemen penilaian “Jarang” atau “Tidak Pernah”. Juga dianggap sebagai berikut :
- a. Jika 49% atau kurang yang memenuhi persyaratan yang diminta. Maka selama kurang dari 5 bulan pemeriksaan kembali untuk melihat kepatuhan dengan periode tiga tahunan.
 - b. Jika ada temuan “*Not Met*” untuk elemen yang di ukur selama survey lengkap terakhir dan sekarang temuan 67% kepatuhan atau kurang dari pengamatan. Maka selama kurang dari 1 bulan pemeriksaan kembali untuk melihat kepatuhan dengan periode tahunan
 - c. Jika ada beberapa persyaratan yang terpenuhi dari satu elemen yang di ukur.
 - d. Peraturan/proses berkembang namun tidak diimplementasikan.
4. Nilai “*Not Applicable*” atau Tidak Berlaku

Jika persyaratan dari elemen yang diukur tidak diaplikasikan sesuai dengan pelayanan organisasi, polulasi pasien dan lainnya (contoh, organisasi tidak melakukan riset)

2.5.5 Preparation / Persiapan Akreditasi JCI

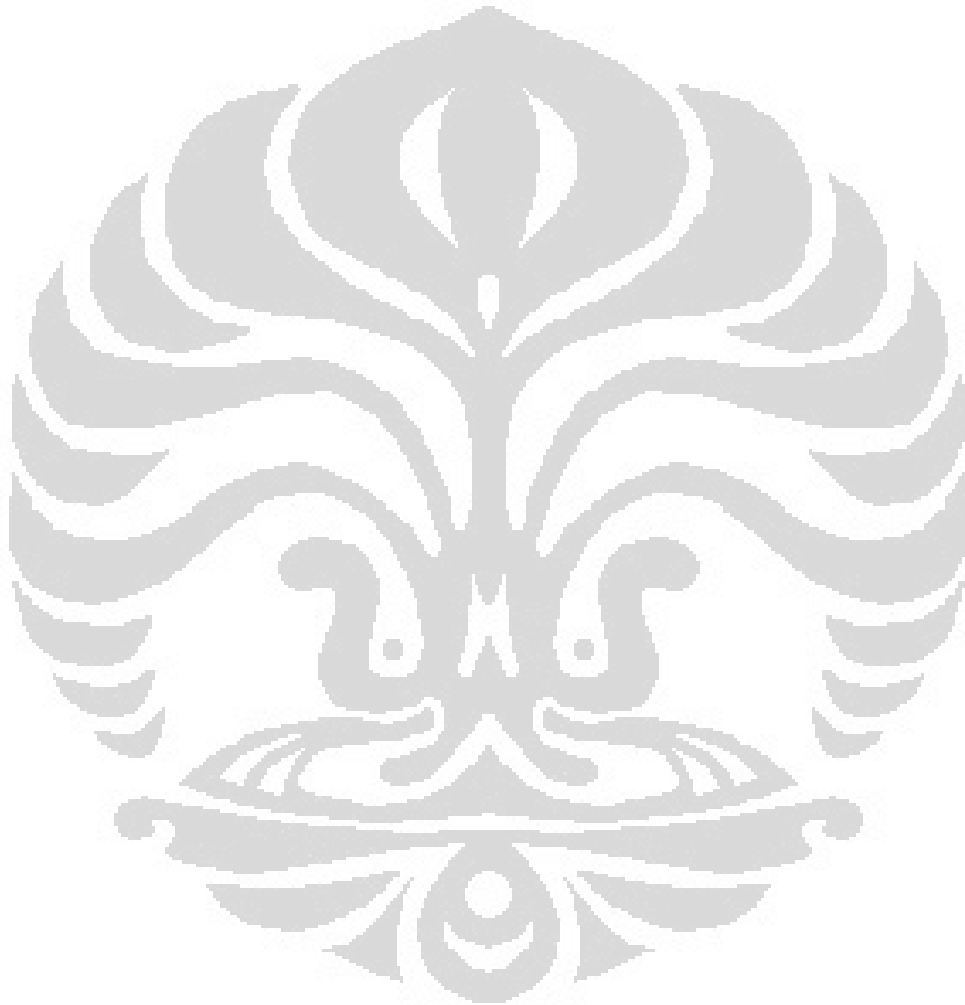
Setelah pihak JCI menerima permintaan rumah sakit untuk melakukan survey, maka kedua belah pihak harus melakukan persiapan untuk on-site survey. Untuk membantu rumah sakit dalam menyiapkan untuk akreditasi, JCI menawarkan untuk melakukan seminar, pendidikan umum, beberapa publikasi, pendidikan dan pelatihan secara online (seperti webseminar atau *video streaming*), perlengkapan *self-assessment electronic* dan buku panduan.

Tim JCI akan mencoba untuk memadukan antara kebutuhan dan karakteristik dari rumah sakit itu sendiri. JCI akan mencoba untuk menyediakan surveyor yang bisa berbahasa local. Pada saat survey lapangan biasanya dilakukan oleh 3 atau lebih surveyor, tergantung dari ukuran dan kompleksitas rumah sakit.

Proses survey dapat difasilitasi jika beberapa hal dibawah ini sudah tersedia yaitu :

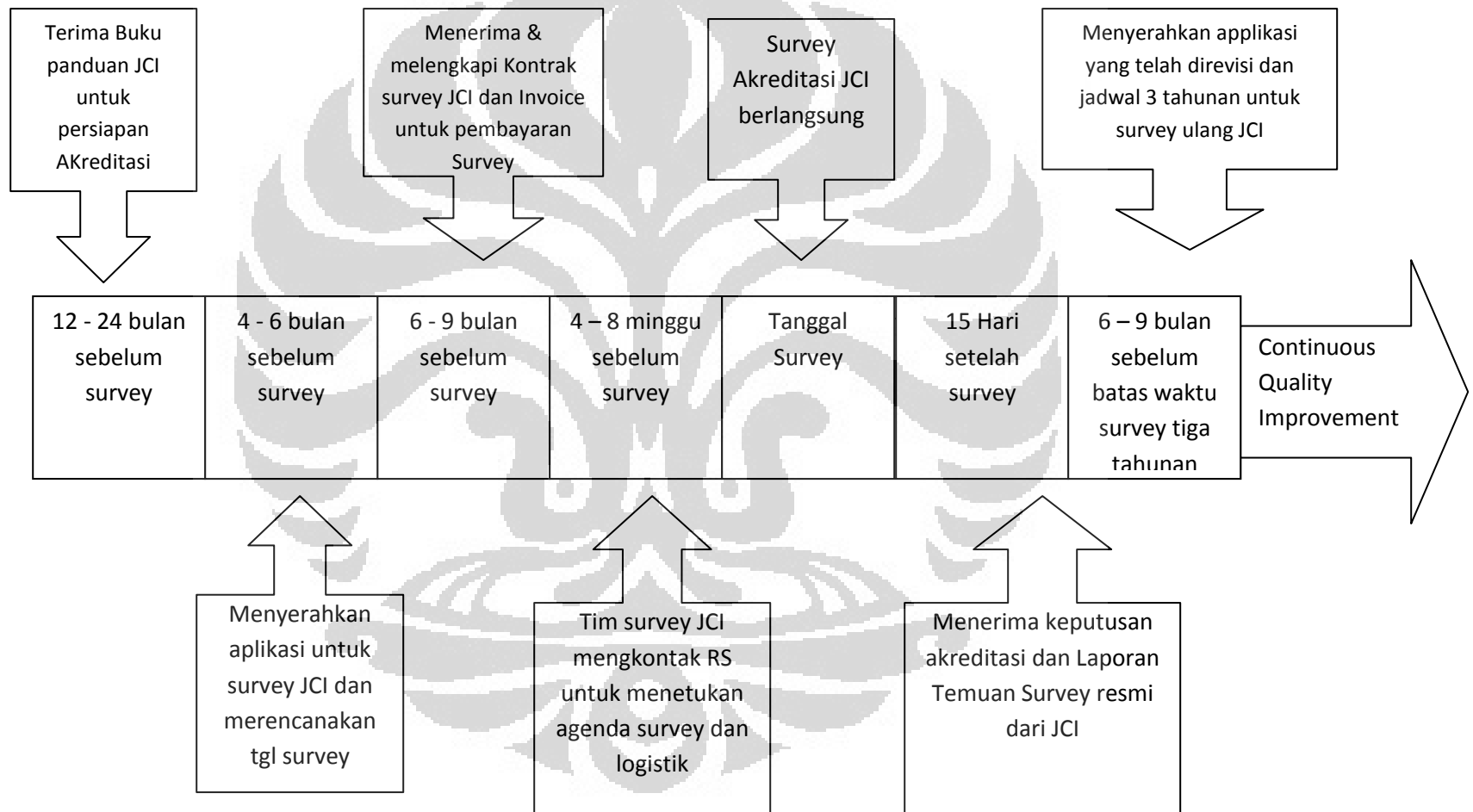
- a. Struktur organisasi dengan level tinggi
- b. Daftar penerimaan pasien yang cukup akurat, dari mulai diagnosa, umur, unit/pelayanan, dokter-dokter dan tanggal masuk
- c. Persyaratan kualitas, monitor dan data
- d. Panduan klinik dan SOP
- e. Penilaian resiko secara proaktif
- f. Persyaratan perencanaan organisasi
- g. Persyaratan peraturan dan prosedur, dokumen tertulis dan sah

- h. Catatan tentang jadwal operasi harian dan prosedur lainnya, termasuk operasi di ruangan OK, operasi sehari, kateterisasi jantung, endoskopi dan IVF
- i. Peta rumah sakit
- j. Contoh dari Rekam Medis



2.5.6 Jadwal Pelaksanaan akreditasi

Gambar 2.1 Jadwal Proses Akreditasi



Sumber : www.jointcommissioninternational.org, 2012

2.5.7 Metode *Tracer*

Tracer adalah dasar Survey lapangan pada JCI dan meliputi hal-hal berikut ini:

- a. Melihat kesesuaian informasi yang tersedia dengan yang tercantum dalam aplikasi dibandingkan dengan kondisi dilapangan.
- b. Mengikuti alur proses perawatan pasien di rumah sakit
- c. Surveyor dapat mengidentifikasi masalah-masalah dalam satu atau lebih tahapan dalam proses pelayanan pasien atau jarak antara proses.

Metode *tracer* terbagi dua, yaitu:

1. *Individual patient Tracer Activity*

Adalah metode evaluasi yang dilakukan pada saat survey lapangan dan ini dirancang untuk dapat “menjajaki” pengalaman yang dapat pasien selama melakukan perawatan di rumahsakit tersebut. Metode ini digunakan untuk menganalisa system pemberian pelayanan, perawatan dan pelayanan yang ada di rumah sakit menggunakan pasien yang sebenarnya sebagai kerangka kerja dalam menilai kepatuhan standar internasional.

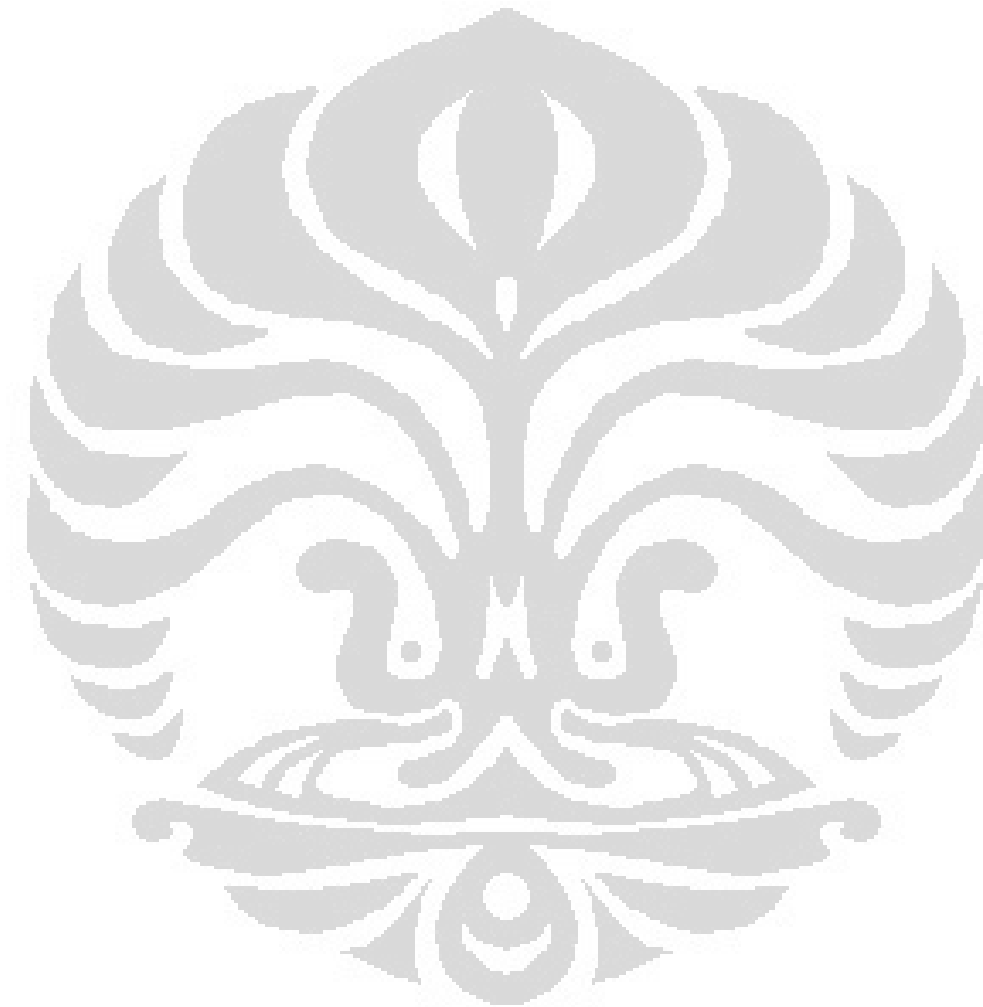
2. *Individual based system tracer activity*

Adalah metode yang digunakan untuk melihat system atau proses tertentu dalam suatu rumah sakit. Jika mungkin, aktivitas ini akan di fokuskan kepada pengalaman pasien tertentu atau aktivitas yang relevan dengan pasien tertentu. Yang membedakan dengan *Individual Tracer* adalah pada saat *individual tracer*, sang surveyor mengikuti kegiatan pasien pada hari ini, mengevaluasi semua aspek pelayanannya.

2.5.8 Keputusan Akreditasi

Keputusan akhir tentang akreditasi didasarkan kepada kepatuhan rumah sakit terhadap standar JCI. Rumah sakit tidak akan menerima penilaian secara numerik

sebagai bagian dari keputusan akhir dari akreditasi. Jika suatu rumah sakit telah secara sukses memenuhi persyaratan Akreditasi JCI, maka rumah sakit akan menerima Penghargaan sebagai “Terakreditasi”. Keputusan ini mengindikasikan bahwa rumah sakit mematuhi semua standar yang telah diaplikasikan pada saat survey akreditasi atau *full survey*.



BAB 3

KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka Teori

Kata Akreditasi mempunyai banyak definisi, salahsatunya adalah definisi yang disebutkan oleh kamus kedokteran by Farlex (2012) “Suatu proses dimana sebuah organisasi professional atau badan non-pemerintah memberikan sebuah pengakuan kepada suatu institusi kesehatan yang menunjukkan kemampuan institusi tersebut untuk memenuhi standar kriteria yang telah ditetapkan. Sedangkan menurut Permenkes RI No 159/Menkes/PER/II/1998 tentang Rumah Sakit, akreditasi adalah pengakuan bahwa Rumah Sakit memenuhi standart minimal yang ditentukan.

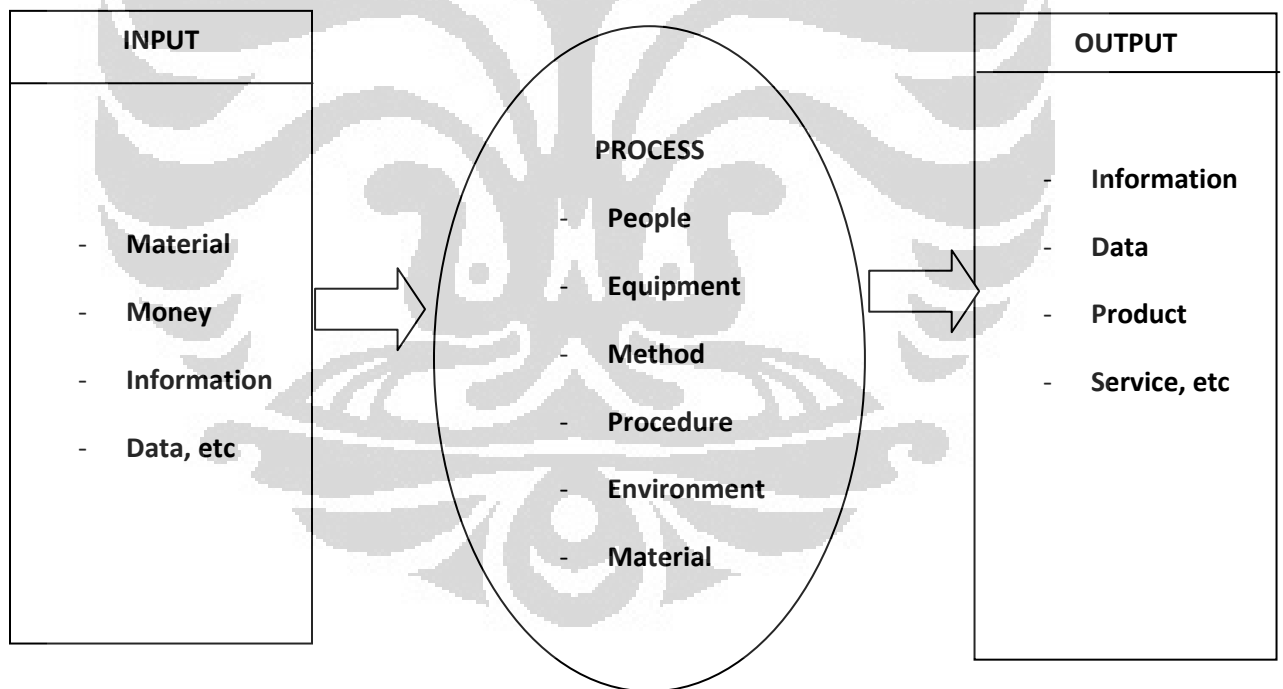
Definisi lain dari Akreditasi diberikan oleh Joint Commission International yang menyebutkan Akreditasi sebagai suatu proses dimana suatu entitas, terpisah dan berbeda dari organisasi kesehatan, biasanya non-pemerintah, menilai organisasi kesehatan untuk menentukan apakah memenuhi seperangkat persyaratan (standar) dirancang untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan

Banyak faktor yang mempengaruhi kesuksesan proses akreditasi Rumah sakit diantaranya :

- SDM yang tersedia
- Buku Pedoman akreditasi

- Dokumen – dokumen Pendukung
- Kebijakan
- Pendanaan
- Lingkungan Rumah sakit

Karena Akreditasi adalah suatu Proses pemberian pengakuan terhadap suatu organisasi yang diberikan oleh suatu badan non-pemerintah, maka penelitian ini akan dilakukan dengan cara Pendekatan *system thinking* yaitu: *Input/output Process Model* dari Besterfield, 1995.



Gambar 3.1 Input/Output Process Model, Besterfield 1995

3.2 Kerangka Pikir

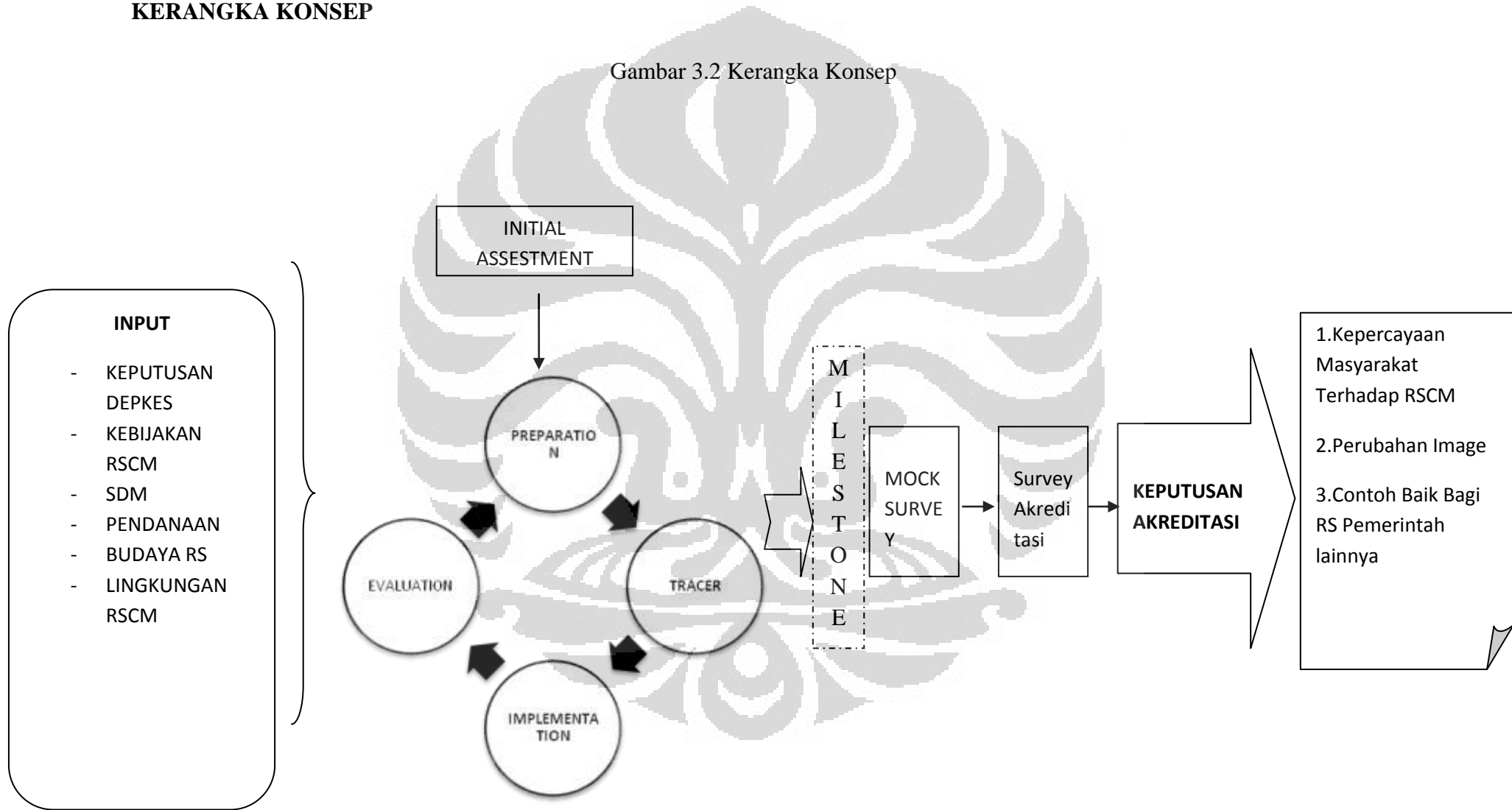
Kerangka pikir penelitian ini mengadopsi dari teori Input/Output Process model yang dikembangkan oleh Besterfield (1995). Dari masing-masing tahapan kemudian diturunkan ke dalam beberapa variable. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui gambaran pengorganisasian akreditasi JCI di RSCM khususnya pokja FMS berdasarkan teori *system thinking*.

Kerangka pikir tentang gambaran pengorganisasian akreditasi JCI di RSCM tergambar dalam bagan kerangka konsep sebagai berikut.



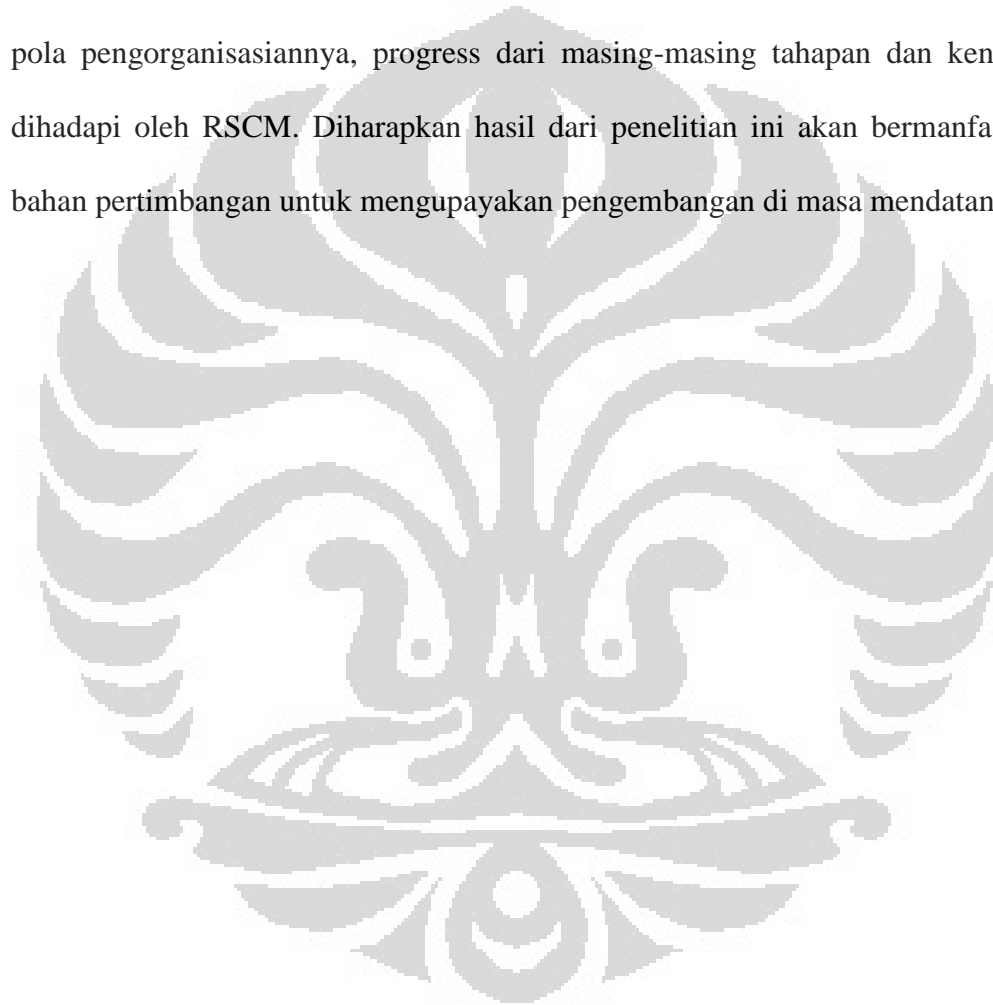
KERANGKA KONSEP

Gambar 3.2 Kerangka Konsep



Penjelasan :

Berdasarkan gambar diatas, tahap-tahap dalam pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM. Pengorganisasian dimulai dari menganalisis Input sampai dengan dampak hasil keputusan akreditasi bagi rumah sakit. Peneliti akan menelusuri setiap tahapan dalam skema pengorganisasian Akreditasi JCI agar dapat mengidentifikasi bagaimana pola pengorganisasiannya, progress dari masing-masing tahapan dan kendala yang dihadapi oleh RSCM. Diharapkan hasil dari penelitian ini akan bermanfaat sebagai bahan pertimbangan untuk mengupayakan pengembangan di masa mendatang.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif, dimana peneliti terjun langsung kelapangan untuk menggali data atau informasi secara mendalam mengenai topik yang akan dilakukan penelitian. Alasan penggunaan metode kualitatif untuk penelitian ini agar dapat lebih mengetahui gambaran pelaksanaan Akreditasi JCI di RSCM tahun 2012. Disamping itu peneliti juga melakukan observasi dan telaah dokumen.

Peneliti akan menggunakan metode wawancara mendalam terhadap Ketua Pokja FMS, Wakil dan Sekretaris Pokja FMS, Tim Pokja FMS, dan 2(dua) orang staf unit KMKK di RSCM yang akan menjadi informan dalam penelitian ini agar peneliti dapat mengetahui gambaran pelaksanaan Akreditasi JCI di RSCM. Dengan begitu diharapkan peneliti akan mendapat informasi lebih banyak dari setiap informan.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di RSCM yang terletak di Jalan Diponegoro Salemba No. 71, Jakarta Pusat dari bulan Februari 2012 sampai bulan Mei 2012. Bulan Februari 2012 sampai dengan bulan Maret 2012 digunakan untuk menelaah data dan menggali informasi mengenai pelaksanaan pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM yang telah berjalan sejak Februari 2011. Bulan April sampai dengan bulan Mei 2012 digunakan untuk menelaah data dan menggali informasi mengenai pengorganisasian yang sedang berjalan.

4.3 Informan Penelitian

Pemilihan Informan berdasarkan *snowball sampling*. Menurut Denzin NK, Lincoln YS (2000) dalam *Handbook of Qualitative Research* mengatakan bahwa dalam metode ini, informan yang telah dikontak akan menggunakan jaringan sosial mereka untuk merujuk peneliti ke orang lain yang berpotensi untuk berpartisipasi atau berkontribusi pada studi.

Dalam penelitian ini informan pertama yang dipilih adalah Ketua Pokja FMS yang dilanjutkan ke Wakil dan Sekretaris Pokja FMS, Anggota Tim Pokja FMS, dan Tim unit KMKK di RSCM. Peneliti akan melakukan wawancara mendalam terhadap seluruh informan agar peneliti dapat lebih mengetahui Gambaran Pelaksanaan Akreditasi JCI khususnya Pokja FMS di RSCM.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder yang diperoleh dengan menggunakan beberapa teknik.

1. Data Primer

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi.

- a. Wawancara mendalam dilakukan dengan 5 orang informan, yaitu: Ketua Pokja FMS, Wakil dan Sekretaris Pokja FMS, Tim Pokja FMS, dan 2(dua) orang staf unit KMKK di RSCM.
- b. Observasi terhadap kelengkapan sarana dan prasarana kegiatan Pelaksanaan FMS JCI.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan melakukan telaah dokumen dan data-data yang berhubungan dengan Pelaksanaan Akreditasi JCI di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo yang terdiri dari Rangkuman Notulen Rapat Tim Akreditasi JCI

bersama Tim Pokja FMS, Keputusan Menkes RI, Protap dan laporan tertulis lainnya sesuai dengan persyaratan Akreditasi

4.5 Instrumen Penelitian

Dalam mengumpulkan data atau informasi yang dibutuhkan, peneliti akan melakukan wawancara mendalam berupa wawancara bebas terpimpin. Wawancara bebas terpimpin ini merupakan gabungan antara wawancara bebas dan terpimpin, yang diharapkan dapat mengeksplorasi informasi dari informan. Karena penelitian ini menggunakan wawancara bebas dan terpimpin, peneliti sebelumnya telah menyiapkan alat bantu yaitu pedoman wawancara mendalam. Selain itu, peneliti akan menggunakan alat perekam suara serta alat tulis pada pelaksanaan wawancara mendalam.

Hasil wawancara mendalam akan dikumpulkan berupa tulisan dan hasil rekaman akan dibuat transkrip yaitu menuliskan semua rekaman suara. Hasil wawancara mendalam tertulis sesuai dengan format daftar pertanyaan. Kemudian seluruh data yang telah dikumpulkan akan dianalisis dengan menggunakan pendekatan kualitatif.

Untuk mendapatkan informasi yang diinginkan peneliti akan menggunakan beberapa instrumen yang terdiri dari :

1. Pedoman wawancara adalah berupa kuesioner yang berisi hal-hal sebagai berikut:
 - a. Data umum mengenai karakteristik personil
 - b. Data khusus mengenai tanggapan tentang:
 - Langkah persiapan yang dilakukan Tim Akreditasi JCI dan Pokja FMS
 - Langkah persiapan yang dilakukan oleh Tim Akreditasi JCI dan Pokja FMS

- Langkah persiapan yang dilakukan kepanitian
 - Cara pengorganisaasian yang dilakukan Panitia Akreditasi dan Pokja FMS
 - Progres dari setiap tahapan yang dilakukan oleh Panitia Akreditasi JCI dan Pokja FMS
 - Kendala-kendala yang dihadapi dan solusinya
2. Pedoman telaah dokumen yang dibuat berhubungan dengan tahap-tahap pelaksanaan Akreditasi JCI Pokja FMS.

4.6 Validitas Data

Untuk menjaga validitas data dan menguji hasil penelitian ini, maka penulis akan melakukan triangulasi, yakni:

a. Triangulasi Sumber

Untuk menjaga validitas data, peneliti melakukan triangulasi terhadap sumber. Triangulasi sumber dilakukan dengan mewawancarai Ketua Pokja FMS, Wakil dan Sekretaris Pokja FMS, dan Staf unit KMKK di RSCM, sehingga data dan fakta dari satu informan dapat dibandingkan dengan informan lain terkait topik penelitian.

b. Triangulasi Metode

Melakukan observasi terhadap variabel sarana prasarana di RSCM. Selain itu juga membandingkan antara data hasil wawancara dengan dokumen (data sekunder) yang ada.

4.7 Pengolahan data

Data hasil wawancara mendalam (*depth interview*), dilakukan perbandingan dengan kepustakaan menggunakan pendekatan kualitatif lalu diolah dan dianalisis dengan menggunakan analisis isi (*content analysis*), yaitu:

- a. Menyusun transkrip hasil wawancara mendalam
- b. Menelaah dan memeriksa data yang telah diperoleh dalam bentuk transkrip
- c. Semua hasil transkrip dibuat resume dalam bentuk matriks
- d. Matriks wawancara kemudian di triangulasi
- e. Hasil transkrip dan matriks wawancara kemudian akan dijadikan sebagai pedoman untuk penulisan hasil penelitian.
- f. Menyajikan data secara narasi
- g. Data – data lain yang didapatkan melalui observasi dan telaah dokumen juga dimasukkan ke dalam hasil dan pembahasan.

4.8 Penyajian data

Penyajian data dari hasil wawancara mendalam dibuat secara deskriptif yaitu berupa narasi berdasarkan kerangka konsep yang telah digambarkan pada bab sebelumnya.

BAB 5

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA

5.1 Gambaran Umum RSCM

5.1.1 Sejarah Singkat RSCM

RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo (biasa disingkat RSCM) adalah sebuah rumah sakit pemerintah yang terletak di Jakarta Pusat, Indonesia. Selain menjadi Rumah sakit pemerintah RSCM juga berfungsi sebagai Rumah sakit pendidikan, salah satunya adalah Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Nama rumah sakit ini diambil dari nama Dr. Tjipto Mangoenkoesoemo, seorang tokoh perjuangan Indonesia pada masa kolonial. Di RSCM ribuan dokter dan tenaga medis bersama-sama melayani ribuan pasien dari seluruh Indonesia.

RSCM merupakan pusat rujukan nasional rumah sakit pemerintah dan merupakan tempat pendidikan dokter umum, dokter spesialis I dan subspecialis, perawat serta tenaga kesehatan lainnya. Di tahun 2009, setelah membangun Gedung perawatan baru yaitu Gedung A (Public Wing), dan pada tahun 2010 RSCM telah mempunyai Gedung Perawatan Internasional yaitu RSCM Kencana.

Sejarah RSCM, tidak terlepas dari sejarah Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, karena perkembangan kedua instansi ini adalah saling tergantung dan saling mengisi satu sama lain. Pada tahun 1896, Dr H.Roll ditunjuk sebagai pimpinan pendidikan kedokteran di Batavia (Jakarta), saat itu laboratorium dan sekolah Dokter Jawa masih berada pada satu pimpinan.

Kemudian tahun 1910, Sekolah Dokter Jawa diubah menjadi STOVIA, cikal bakal Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Pada tanggal 19 November 1919 didirikan CBZ (Centrale Burgelijke Ziekenhuis) yang disatukan dengan STOVIA. Sejak saat itu penyelenggaraan pendidikan dan pelayanan kedokteran semakin maju dan berkembang fasilitas pelayanan kedokteran spesialisik bagi masyarakat luas.

Bulan Maret 1942, saat Indonesia diduduki Jepang, CBZ dijadikan rumah sakit perguruan tinggi (Ika Daigaku Byongin). Pada tahun 1945, CBZ diubah

namanya menjadi Rumah Sakit Oemoem Negeri (RSON), dipimpin oleh Prof.Dr Asikin Widjaya-Koesoema dan selanjutnya dipimpin oleh Prof.Tamija.

Tahun 1950 RSON berubah nama menjadi Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP). Pada Tanggal 17 Agustus 1964, Menteri Kesehatan Prof Dr Satrio meresmikan RSUP menjadi Rumah Sakit Tjipto Mangunkusumo (RSTM), sejalan dengan perkembangan ejaan baru Bahasa Indonesia, maka diubah menjadi RSCM. Pada tanggal 13 Juni 1994, sesuai SK Menkes nomor 553/Menkes/SK/VI/1994, berubah namanya menjadi RSUP Nasional Dr Cipto Mangunkusumo (RSCM).

Berdasarkan PP nomor 116 Tahun 2000, tanggal 12 Desember 2000, RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo ditetapkan sebagai Perusahaan Jawatan (Perjan) RSCM Jakarta.

Dalam perkembangan selanjutnya, Perjan RSCM berubah menjadi Badan Layanan Umum berdasarkan PP.Nomor 23 tahun 2005.

5.1.2 Profil RSCM Jakarta

Kelas rumah sakit	: A
Status kepemilikan	: Kementrian Kesehatan RI
Status Pengelolaan	: Bada Layanan Umum (BLU)
Alamat	: Jl. Diponegoro No.71 jakarta pusat
Kecamatan	: Senen
Kotamadya	: Jakarta Pusat
Propinsi	: DKI jakarta
Jumlah tempat tidur	: 1.214 tempat tidur
No telepon	: 021-391 8301 fax : 021-3134 8991

5.1.3 Tugas dan Fungsi RSCM Jakarta

A. Tugas RSCM Jakarta

RSCM Jakarta mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian.

B. Fungsi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

RSCM menyelenggarakan fungsi :

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan penunjang medis dan non medis
- c. Pelayanan dan asuhan keperawatan
- d. Pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit
- e. Pelayanan rujukan
- f. Pendidikan dan pelatihan dibidang kesehatan
- g. Penelitian dan pengembangan
- h. Administrasi umum dan keuangan

5.1.4 Visi, Misi, dan Logo RSCM Jakarta

A. Visi RSCM Jakarta

“Menjadi Rumah Sakit Pendidikan yang mandiri dan terkemuka di Asia Pasifik tahun 2014“

B. Misi RSCM Jakarta

1. Memberikan pelayanan kesehatan paripurna dan bermutu serta terjangkau oleh semua lapisan masyarakat.
2. Menjadi tempat pendidikan dan penelitian tenaga kesehatan.
3. Tempat penelitian dan pengembangan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui manajemen yang mandiri.

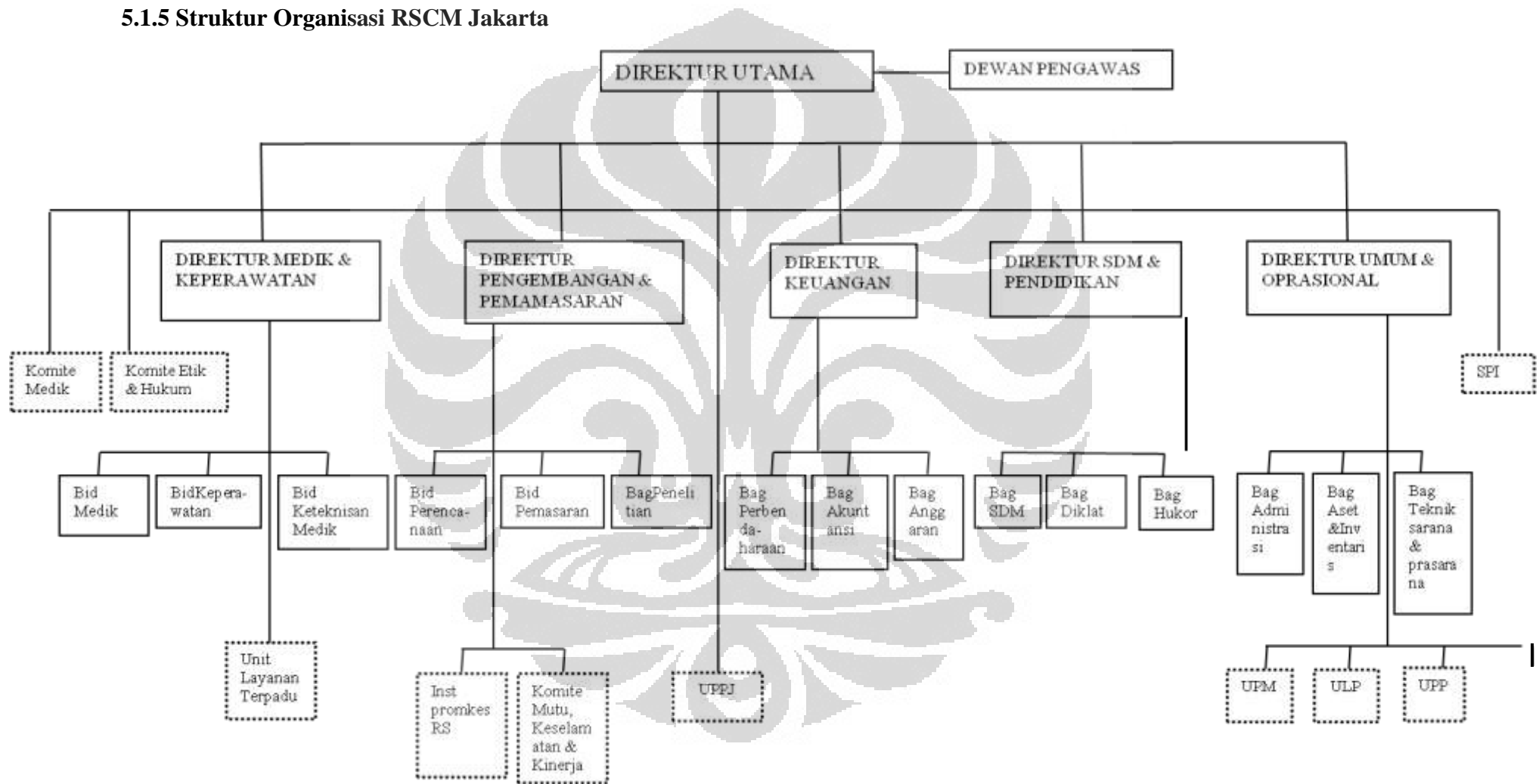
C. Logo RSCM Jakarta



Sumber: Profil RSCM 2012

Gambar 5.1 Logo RSCM

5.1.5 Struktur Organisasi RSCM Jakarta



Gambar 5.2 Struktur Organisasi RSCM

Sumber : Profil RSCM 2011

5.1.6 Ketenagaan di RSCM Jakarta

Tabel 5.1 Jumlah Karyawan per Desember 2011

Tenaga	Jenis	Jumlah Orang
Medis	Dokter Umum	32
	Dokter Gigi	22
	Dokter Gigi Spesialis	64
	Dokter Spesialis	715
	Guru Besar	37
	PPDS	1,567
Paramedis	Perawat	1,445
	Bidan	32
	Paramedis non Perawat	302
Non Kesehatan	Apoteker	73
	Sarjana Lain	145
	Lain - lain	1,734
Total Karyawan		6,168

Sumber: Profil RSCM Desember 2011

5.1.7 Fasilitas dan Pelayanan di RSCM

1. Departemen Ilmu Kesehatan Anak
2. Departemen Bedah
3. Departemen Bedah Urologi
4. Departemen Kebidanan & Kandungan
5. Departemen Penyakit Dalam
6. Departemen Bedah Saraf

7. Departemen Anestesi
8. Departemen Gigi Mulut
9. Departemen Kesehatan Jiwa
10. Departemen Kulit Dan Kelamin
11. Departemen Forensik dan Medikolegal
12. Departemen THT
13. Departemen Akupunktur
14. Departemen Patologi Klinik
15. Departemen Patologi Anatomi
16. Departemen Syaraf
17. Departemen Radioterapi
18. Departemen Radiologi
19. Departemen Rehabilitasi Medik
20. Departemen Mikrobiologi
21. Departemen Gizi Klinik
22. Departemen mata
23. Pusat Jantung Terpadu
24. Instalasi Transfusi Darah
25. Kelompok studi kasus AIDS
26. Unit Gawat Darurat
27. Instalasi Farmasi

5.2 Gambaran Umum Panitia Akreditasi JCI RSCM

Panitia Akreditasi JCI RSCM adalah sebuah tim yang didirikan sejak tanggal 4 Oktober 2011. Dimana keanggotaannya dipilih oleh para penasehat Direktur RSCM. Panitia ini dibentuk dengan proses yang cukup panjang, dimulai dengan keluarnya Surat Keputusan Direktur Utama RSUPN Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo dengan nomor 1838/TU.K/34/II/2011 pada tanggal 10 Februari

2011 yang berisi tentang Pembentukan Panitia Persiapan dan Pelaksanaan Akreditasi *Joint Commission International* (JCI) RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.

Pada surat tersebut disebutkan mengenai

1. Mekanisme susunan panitia
2. Penjelasan tentang Komite Pengarah yaitu nama – nama anggota, tugas dan fungsinya.
3. Panitia Pelaksana yang terdiri
 - Panitia Launching, Awareness & Persiapan Dokumen, dimana Panitia Pelaksana ini dibagi menjadi 14 Kelompok Kerja (Pokja)
 - Tim Mutu unit kerja serta tugas-tugasnya
 - Tim Mutu Korporat serta tugas-tugasnya
4. Tim Keselamatan Pasien
5. Tim Keselamatan, Kesehatan dan Kewaspadaan Bencana

Susunan kepanitian JCI terdiri dari semua kalangan yang ada di RSCM dimulai dari jajaran tertinggi manajemen, para ketua bagian, koordinator bagian dan lain-lain. Dimana tampuk pimpinan tertinggi dipegang oleh Direktur Utama (Prof.Dr.dr. Akmal Taher, SpU(K) selaku Komite Pengarah dan para anggota dari komite pengarah tersebut terdiri dari jajaran direktur yang ada di RSCM (Direktur Medik dan Keperawatan, Direktur Umum dan Operasional, Direktur Pengembangan dan Pemasaran, Direktur SDM dan Pendidikan serta Direktur Keuangan).

5.3 Gambaran Khusus Pokja FMS

5.3.1 Profil tim Pokja FMS

Kelompok Kerja (Pokja) *Facility Management and Safety* (FMS) adalah sub bagian dari Panitia Pelaksana untuk *launching, Awareness & Persiapan Dokumen*. Sebagai pendamping/wali dari Pokja ini adalah Direktur Umum dan Operasional. Pokja FMS diketuai oleh Kepala Bagian Teknik RSCM yang beranggotakan 11 (sebelas) orang yang berasal dari : Departemen Mata, Bagian Teknik, USL, KMKK, Gedung A, ISP, PJT, Departemen IKA, RSCM Kencana dan UPP.

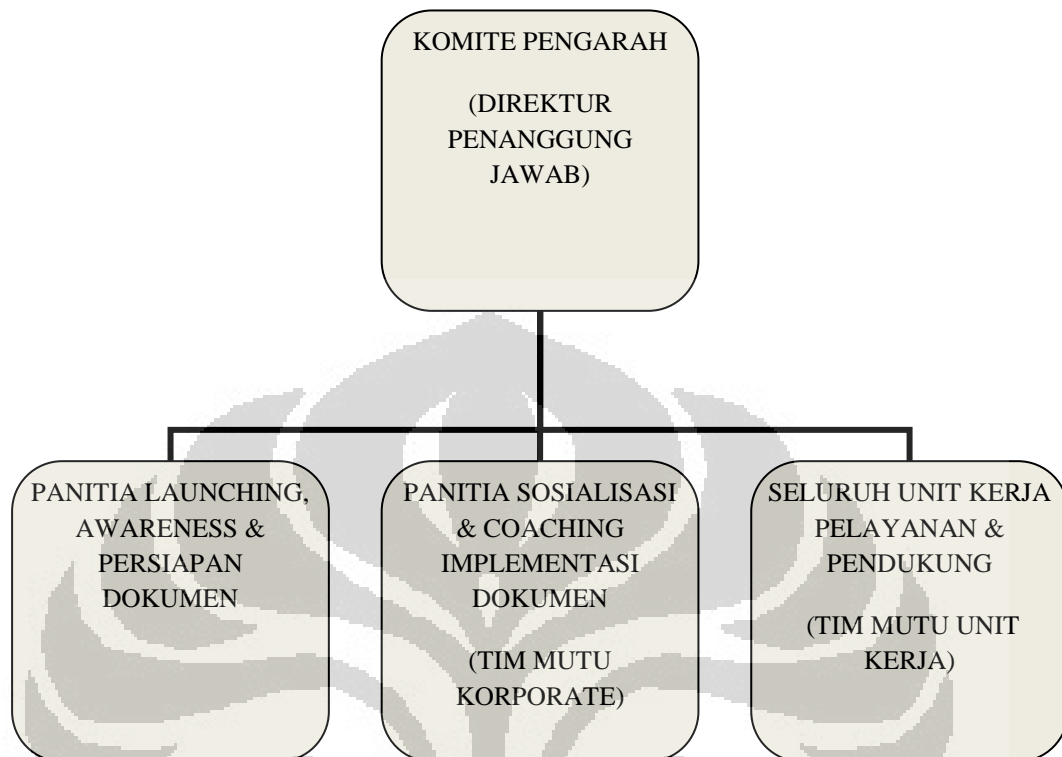
5.3.2 Tugas dan Fungsi Panitia Akreditasi JCI RSCM

Dalam surat Surat Keputusan Direktur Utama RSUPN Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo dengan nomor 1838/TU.K/34/II/2011 pada tanggal 10 Februari 2011 juga dijelaskan tugas dan fungsi dari masing – masing Tim Pokja secara jelas. Untuk tugas dan fungsi Pokja Persiapan Akreditasi JCI terdapat 18 hal yaitu :

1. Mempelajari, memahami dan menerapkan standar-standar akreditasi JCI.
2. Menjadi *role model* dan penggerak penerapan standar JCI.
3. Merencanakan dan menyiapkan penerapan standar akreditasi JCI untuk mengikuti survey akreditasi JCI.
4. Bertanya pada petugas JCI/konsultan untuk bantuan dan klarifikasi interpretasi standar agar tidak salah arah.
5. Memberikan edukasi untuk kepala-kepala unit kerja lalu secara progresif pada semua staf. Sering melakukan re-edukasi dengan cakupan:
 - Introduksi filosofi dan pendekatan akreditasi JCI.
 - Mendiskusikan akreditasi sebagai strategi perbaikan mutu dan reduksi risiko pasien.
 - *Review* standar dan elemen pengukuran.
 - Mendiskusikan proses survey dan apa yang diharapkan
 - Menyampaikan rencana Tim JCI.
6. Memenuhi semua persyaratan standar JCI.
7. Membuat dan merevisi kebijakan dan SPO yang diperlukan.
8. Merencanakan jadwal untuk sosialisai dan edukasi kebijakan-kebijakan/prosedur baru.
9. Melakukan evaluasi pemahaman dan kepatuhan penerapan standar JCI.

10. Mengusulkan dan melakukan perbaikan yang diperlukan.
11. Menciptakan suasana kondusif yang lebih memotivasi selama proses persiapan dan pelaksanaan akreditasi, tidak bersifat menghakimi dan menginspeksi.
12. Membangkitkan komitmen tenaga medis dan paramedik bahwa proses akreditasi sangat penting dan melihat standar akreditasi sebagai kerangka perbaikan proses organisasi untuk mendukung pelayanan medik yang baik.
13. Belajar dari pengalaman rumah sakit lain dan menerapkan pengalaman tersebut sesuai kebutuhan RSCM.
14. Mencari solusi melalui referensi buku-buku JCI dan sumber-sumber dunia maya.
15. Monitoring berkelanjutan pencapaian standar-standar dengan melakukan evaluasi mini tiap bab secara teratur/berkala.
16. Melibatkan sebanyak mungkin staf dalam proses. Buat akreditasi menjadi tujuan mutu RSCM yang dikejar bersama.
17. Buat, perbaiki dan uji system manajemen dokumen (kebijakan terhadap kebijakan-kebijakan)
18. Memahami implikasi financial dan sumber daya manusia terkait peningkatan fasilitas, pelatihan, rekrutmen staf baru, dan *re-design system*.

5.4 Struktur Organisasi Kepanitiaan Akreditasi JCI RSCM



Sumber : Profil Tim Akreditasi JCI RSCM, 2011

Gambar 5.3 Struktur Organisasi Kepanitiaan Akreditasi JCI RSCM

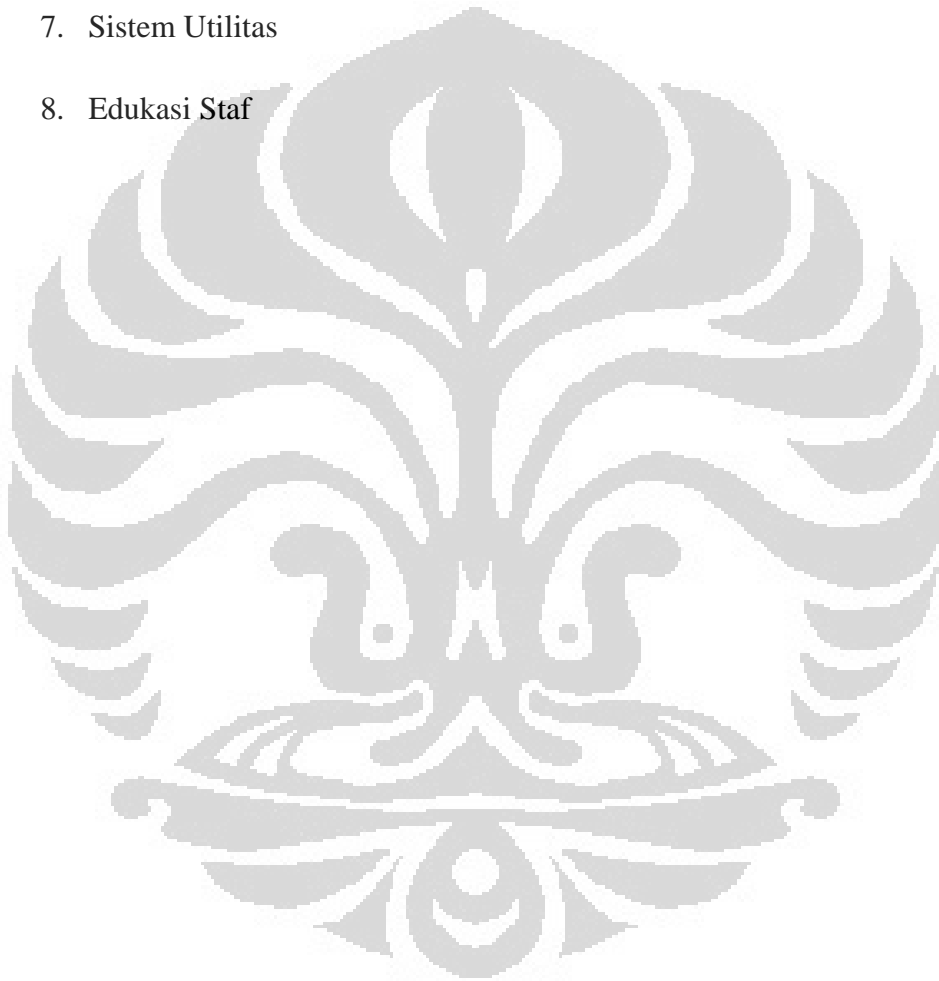
Pemilihan Pokja FMS bukan tidak beralasan, selain karena luasnya cakupan pelayanan yang diakreditasi masih ada alasan lain mengapa sampai Pokja FMS yang dipilih diantaranya :

1. Kegiatan FMS adalah merupakan kegiatan yang paling kompleks karena merupakan Pokja penunjang dari tim pokja lainnya.
2. Penilaian untuk masing-masing kegiatan yang akan diakreditasi dilakukan berdasarkan standar penilaian JCI sehingga asumsi penulis kegiatan FMS dapat mewakili 14 pokja lainnya.

Dalam melakukan kegiatan proses Akreditasi JCI, Tim Pokja FMS bertanggungjawab untuk menyelenggarakan kegiatan – kegiatan seperti dibawah ini :

1. Kepemimpinan dan Perencanaan

2. Keselamatan dan Keamanan
3. Material Berbahaya
4. Kesiapan menghadapi Bencana
5. Pengamanan Kebakaran
6. Peralatan Medis
7. Sistem Utilitas
8. Edukasi Staf



BAB 6

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian Kualitatif deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan Pelaksanaan Kegiatan Akreditasi JCI di RSCM pada tahun 2012. Sebelum melakukan pembahasan lebih lanjut, penulis perlu mengemukakan beberapa keterbatasan, antara lain :

1. Luasnya ruang lingkup masalah yang diteliti serta keterbatasan waktu pengambilan data yang hanya dilakukan selama 3 (tiga) bulan, sehingga penulis mengerucutkan penelitian ke salah satu pokja dari 14 (empat belas) pokja yang ada.
2. Penelitian terhambat dikarenakan kesibukan jadwal dari informan penelitian. Peneliti mengalami kesulitan dalam mengatur jadwal wawancara dengan masing – masing informan
3. Keterbatasan akses yang dimiliki peneliti untuk menggali informasi yang lebih lengkap dan mendalam dari Akreditasi JCI dan Pokja FMS
4. Sistem Dokumentasi yang dimiliki Pokja FMS terbatas dan tersebar sehingga sulit untuk melakukan analisa mengenai keefektifan atas program yang dilakukan.

6.2 Karakteristik Informan Penelitian

Informan penelitian yang diwawancarai mengenai Pelaksanaan Akreditasi JCI khususnya Pokja FMS di RSCM Jakarta ini terdiri dari 5 orang, yaitu Ketua Pokja FMS, Wakil dan Sekretaris Pokja FMS, Tim Pokja FMS, dan Tim unit KMKK di RSCM. Berikut Tabel mengenai karakteristik masing – masing informan yang diwawancarai:

Tabel 6.1 Karakteristik Informan Penelitian

No	Jabatan	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir	Latar belakang Pendidikan	Masa Kerja di RSCM
1	Ketua Pokja FMS	Lk	52 th	S2	KARS	5 th
2	Wakil Ketua Pokja FMS	Lk	41 th	S2	MM	14 th
3	Sekretaris Pokja FMS	Pr	36 th	S1	ST	7 th
4	Staf KMKK	Lk	42 th	D3	AMTE	15th
5	Staf KMKK	Pr	24 th	S1	S.Ked	1th

Sumber: pengisian biodata pada saat wawancara mendalam (April 2012)

Keseluruhan informan memiliki masa jabatan antara 1 tahun sampai dengan 15 tahun di lingkungan RSCM Jakarta. 4 Informan berstatus PNS dan 1 informan masih berstatus sebagai pegawai honorer dengan latar belakang pendidikan yang berbeda. Namun kesemua informan adalah orang-orang yang berperan penting dalam pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM khususnya Pokja FMS.

6.3 Input dalam Akreditasi JCI

6.3.1 Keputusan Depkes Untuk Akreditasi

Pada tahun 2009 Menteri Kesehatan Republik Indonesia dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr. PH mengeluarkan Peraturan yang dituangkan dalam Permenkes Nomor 659/MENKES/PER/VIII/2009 tentang Rumah Sakit Kelas Dunia. Dalam peraturan tersebut disebutkan “Rumah sakit kelas dunia adalah rumah sakit yang telah memenuhi persyaratan, standard dan kriteria rumah sakit Indonesia kelas dunia serta disertifikasi oleh Badan Akreditasi Rumah Sakit bertaraf Internasional yang ditunjuk oleh Menteri”. Badan Akreditasi yang dimaksud disini adalah Joint Commission International atau JCI.

Selanjutnya pada awal tahun 2010 Menteri Kesehatan Republik Indonesia mencanangkan 7(tujuh) rumah sakit pemerintah di Indonesia (RSCM (Jakarta), RS

Sanglah Denpasar (Bali), RS dr. Sardjito (Yogyakarta), RS Fatmawati (Jakarta), RS H. Adam Malik (Medan), RS dr. Wahidin Sudirohusodo (Makasar), and RSPAD Gatot Subroto (Jakarta)) sebagai periode pertama untuk melakukan akreditasi JCI dan diharapkan akan selesai pada akhir tahun 2012. Sedangkan untuk periode kedua ada 5(lima) rumah sakit lain yaitu RS Kariadi (Semarang), RS Hasan Sadikin (Bandung), RSJ Harapan Kita (Jakarta), RSAB Harapan Kita (Jakarta), RS Persahabatan (Jakarta) dan RS dr. Mohammad Hoesin (Palembang) yang diharapkan akreditasinya dapat diselesaikan pada tahun 2013.

Depkes RI yang diwakilkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan lalu mengeluarkan Surat keputusan yang ditujukan kepada 7 (tujuh) rumah sakit untuk melakukan akreditasi JCI dan RSCM adalah sebagai *pilot project* untuk akreditasi ini. Untuk program ini RSCM diharapkan dapat menyelesaikan dan mendapatkan Status “Terakreditasi” dari JCI pada akhir tahun 2012 ini tepatnya pada bulan Desember.

Dukungan yang diberikan oleh Depkes selaku pencetus program untuk Akreditasi JCI di 7(tujuh) rumah sakit pemerintah ini yaitu:

- a. Surat Keputusan penunjukan 7(tujuh) rumah sakit → sebagai legalitas dalam proses pengajuan biaya yang nantinya akan dikeluarkan dalam APBN-P Bapenas
- b. Pembiayaan konsultan untuk *Gap Analysis*.
- c. Monitoring dan Evaluasi secara berkala terhadap ketujuh rumah sakit tersebut.

6.3.2 Kebijakan RSCM

Menindaklanjuti Kebijakan/keputusan untuk pelaksanaan Akreditasi JCI yang dikeluarkan oleh Depkes RI untuk RSCM, pihak RSCM tidak tinggal diam. Uji diri evaluasi kondisi RSCM terhadap standar JCI pertama kali dilakukan pada September 2010 dengan menggunakan surveyor lepas (non-JCI) dari Dubai. Pada saat tersebut banyak sekali “ temuan” yang akhirnya “membangunkan” RSCM bahwa begitu banyak pekerjaan rumah yang harus diselesaikan.

Dokter Ayi Djembarsari selaku Direktur pengembangan RSCM telah merancang program kerja dan batas waktunya untuk mensukseskan proses akreditasi JCI ini. Dimana rencana kerjanya adalah sebagai berikut:

Gambar 6.1 Program Kerja Akreditasi JCI Feb - Nov 2012



Sumber : Presentasi Direktur Pengembangan RSCM, Februari 2011

Launching kegiatan akreditasi JCI dilakukan pada bulan Februari 2011. Pada saat itu juga dibagikan pin JCI yang diharapkan digunakan oleh seluruh staf dan peserta didik setiap hari di RSCM hingga akhir tahun 2012 serta buku saku *Quality and Safety* sebagai pembekalan awal. Sebagai informasi, buku saku *Quality and Safety* tersebut diadopsi dari buku serupa dari Rumah sakit lain di Indonesia yang telah lulus Akreditasi JCI. RSCM sebagai rumah sakit pendidikan pusat rujukan menambahkan beberapa hal penting lain yang harus diketahui oleh seluruh pegawai dan peserta didik dan diharapkan buku saku tersebut senantiasa menjadi panduan ringkas pemahaman dan penerapan IPSG dan manajemen risiko.

Berdasarkan hasil telaah data sekunder berikut beberapa kebijakan awal yang dikeluarkan oleh Direktur Utama yang berhubungan dengan Akreditasi JCI.

Tabel 6.2 Daftar Kebijakan tentang Akreditasi JCI 2010-2011

NO	No.Surat	Penerbit	Tgl/Thn Terbit	Isi Kebijakan
1	13212/TU.K/34/X/2010	Direktur Utama	04-Okt-2010	Panitia Gap Analysis dan Half Day Seminar dalam rangka Persiapan Akreditasi Joint Commission International (JCI) RSCM
				Panitia Akreditasi The Joint International (JCI) RSCM
2	1718/TU.K/002/II/2011	Direktur Utama	08-Feb-2011	Penandatanganan komitmen menuju Akreditasi JCI 2012
3	1838/TU.K/34/II/2011	Direktur Utama	Februari 2011	Pembentukan Panitia Persiapan dan Pelaksanaan Akreditasi JCI RSCM
4	12506/TU.K/35/VII/2011	Direktur Utama	15-Jul-2011	Kegiatan Initial Assesment yang akan dilaksanakan pada tanggal 25-28 Juli 2011

Sumber : Telaah dokumen Akreditasi JCI 2010-2011

Pada surat keputusan kedua (1718/TU.K/002/II/2011) manajemen menyatakan untuk melakukan kegiatan pencanangan komitmen mengikuti akreditasi JCI yang dilakukan pada tanggal 10 februari 2011 dan mengirimkan *standing banner* yang harus ditandatangani oleh seluruh staf unit kerja dibagian masing-masing dan banner tersebut diharapkan dapat dipasang didekat gerbang unit kerja yang mudah terlihat. Selain mengenai *banner* dalam surat tersebut juga dijelaskan mengenai pengambilan buku saku, PIN JCI, serta pembatas buku yang nantinya akan didistribusikan kepada seluruh staf dan peserta didik dokter di seluruh unit kerja. Buku saku dan PIN JCI diharapkan digunakan selama minimal 2(dua) tahun hingga diperolehnya akreditasi JCI.

6.3.3 SDM dalam proses Akreditasi JCI

Manajemen SDM yang baik tidak lepas hubungannya dengan kesuksesan suatu organisasi. Oleh karena itu menurut A.F.Stoner (1989), merupakan suatu

prosedur yang berkelanjutan, yang bertujuan untuk memasok suatu organisasi atau perusahaan dengan orang-orang yang tepat untuk ditempatkan pada posisi dan jabatan yang tepat pada saat organisasi memerlukannya.

Program akreditasi JCI di RSCM hanya akan sukses jika didukung oleh SDM yang berdedikasi tinggi terhadap kesuksesan akreditasi JCI serta kompeten dibidangnya. Hal tersebut telah diperhitungkan oleh manajemen RSCM pada saat pembentukan panitia pelaksana yang terdiri dari hampir semua kalangan dalam berbagai tingkat jabatan di RSCM.

Tak tanggung-tanggung, dalam kepanitian tertulis saja tercantum 145 nama yang terdaftar sebagai bagian dari kepanitian akreditasi JCI yang bertanggung jawab pada masing-masing bagian dan pokja. Dimana panitia terdiri dari berbagai kalangan dari berbagai unit/bagian di rumah sakit dengan latar belakang pendidikan yang berbeda. Pada susunan kepanitian untuk JCI banyak di dominasi dari kalangan medis RSCM :

Tabel 6.3 Latar Belakang Pendidikan anggota panitia Akreditasi JCI

No	Latar belakang Pendidikan	Jumlah
1	Kedokteran	70
2	Keperawatan	6
3	Engineering	4
4	*Kesehatan Masyarakat	19
5	Hukum	7
6	Sosial	6
7	Manajemen	11
8	Ekonomi	17
9	Lain-lain	12
	Total	145

Sumber : Keputusan Dirut RSCM, 10 Februari 2011

* = Kebanyakan yang memiliki gelar M.Kes/MARS/MMR mempunyai gelar lain seperti dokter (7 orang), ekonomi (4 orang), SKM saja (5 orang) dan lain – lain (3 orang).

Dari tabel diatas diketahui bahwa susunan kepanitian Akreditasi JCI di isi oleh orang – orang dengan latar belakang pendidikan yang berbeda yang

diharapkan dapat memberikan kontribusi yang besar dalam mensukseskan akreditasi JCI di RSCM.

Sebagai tambahan dari Tim Akreditasi JCI, RSCM menyewa 3(tiga) orang konsultan JCI dari perusahaan konsultan yang berbeda. Ketiga konsultan tersebut bekerja sebagai konsultan internal JCI. Mereka adalah orang-orang yang telah berpengalaman dalam penatalaksanaan dan aturan JCI. Mereka telah diperbantukan di RSCM sejak Maret 2011 dan ditempatkan di bagian KMKK bersama tim akreditasi yang lain.

Untuk SDM pada Pokja FMS sendiri di support oleh 12 panitia inti yang bertanggung jawab kepada Pendamping selaku komite pengarah yaitu Direktur umum dan operasional. Tim Pokja FMS juga di lengkapi dengan Penanggung jawab K3 unit kerja yang terdiri dari 71 orang yang mewakili penanggung jawab terhadap pelaksanaan K3 di 71 unit kerja di RSCM.

Progres SDM dalam Akreditasi JCI

SDM yang berada dalam kepanitiaan akreditasi JCI adalah orang-orang yang kompeten dan sangat berdedikasi tinggi dalam usahanya untuk mensukseskan Akreditasi ini. Dari telaah data sekunder dan wawancara mendalam, banyak anggota baru yang di rekrut dalam kepanitiaan Akreditasi JCI dan dalam tim Pokja FMS JCI sendiri. Hal ini dinilai sangat wajar mengingat besarnya JCI pada umumnya dan lingkup pokja FMS pada khususnya.

“Pada awalnya saya tidak masuk dalam panitia awal JCI, namun Dirum menunjuk saya sebagai sekretaris untuk memperbantukan Pokja FMS”

(Sekretaris Pokja FMS)

Pokja FMS JCI diketuai oleh seorang Kepala Bagian Teknik Pemeliharaan Sarana dan Prasarana dibantu dengan Koordinator Pemantauan dan Evaluasi standar Sarana dan Prasarana dan 11 staf lain dari berbagai unit kerja.

Sejak launching Akreditasi JCI pertama kali diresmikan pada bulan Februari 2011 pengorganisasian SDM untuk Akreditasi telah melalui beberpa tahapan yaitu:

**Tabel 6.4 Daftar kebijakan yang berhubungan dengan
Kepanitiaan**

Kegiatan	Nomor Surat	Waktu	Keterangan
Penandatanganan Komitmen menuju Akreditasi JCI 2012	1718/TU.K/02/II/2011	8 Februari 2012	Terbentuk 145 Orang Panitia
Pembentukan Panitia Persiapan dan Pelaksanaan Akreditasi JCI	1838/TU.K/34/II/2011	10 Februari 2011	
Proses Persiapan Akreditasi JCI		Maret 2011 - April 2012	Telah bertambah 35 SDM baru sebagai panitia Akreditasi JCI

Sumber : Rekap dokumen Akreditasi JCI 2010 - 2012

Penambahan panitia selanjutnya tidak dilakukan secara resmi seperti pada saat pembentukan panitia awal. Untuk Tim Pokja FMS sendiri keberadaan seorang sekretaris pada awalnya tidak terdaftar dalam Panitia awal, namun seiring dengan berjalannya waktu keberadaan seorang sekretaris dirasakan sangat diperlukan dalam memperlancar kegiatan dalam Pokja FMS.

Selain anggota kepanitiaan untuk membantu pelaksanaan pembelajaran akreditasi JCI di RSCM, untuk program ini sebelumnya panitia akreditasi JCI mengadakan TOT (Training Of Trainer) dengan mengikutsertakan 9(Sembilan) staf dari masing-masing unit/departemen untuk mengikuti pelatihan tersebut. Dimana peserta pelatihan yang nantinya akan mengajarkan/menginformasikan mengenai apa dan bagaimana program akreditasi JCI kepada unit/departemennya masing-masing.

Kendala SDM

Berdasarkan pengertian dari Manajemen Sumber daya manusia (MSDM) yang diungkapkan oleh Henry Simamora (2006) dimana MSDM adalah pendayagunaan, pengembangan, penilaian, pemberian balasan jasa dan pengelolaan terhadap individu anggota organisasi atau kelompok tertentu. Dari

definisi tersebut dapat diambil kesimpulan mengenai pentingnya fungsi MSDM dan SDM yang berkualitas.

Walaupun telah ada penambahan sebanyak 35 orang dalam kepanitiaan Akreditasi JCI di RSCM bukan berarti bahwa semua masalah terselesaikan. Dari hasil wawancara mendalam didapatkan informasi bahwa jumlah panitia yang ada saat ini masih dinilai kurang.

“Salah satu kendala adalah kurangnya jumlah SDM dan waktu kerja banyak yang tersita untuk kepanitiaan” .(Sekretaris Pokja FMS)

“Walaupun banyak rapat yang harus di hadiri, namun pekerjaan rutin harus tetap berjalan” .(Wakil ketua Pokja FMS)

Kendala tersebut diatas dikarenakan panitia adalah orang-orang yang memang sudah memegang jabatan tertentu di unit/bagiannya masing-masing dan dengan bergabungnya mereka menjadi panitia akreditasi JCI bukan berarti bahwa tugas-tugas keseharian mereka bisa ditinggalkan atau diserahkan kepada orang lain, namun harus tetap berjalan sebagaimana mestinya walaupun banyaknya waktu yang tersita untuk menghadiri rapat-rapat yang telah dijadwalkan. Dari hasil telaah dokumen dan wawancara mendalam diketahui bahwa telah terjadi keterlambatan proses dari perencanaan awal, dimana untuk penyelesaian dokumen (SOP, Kebijakan dan IK) yang direncanakan harus diselesaikan pada bulan April 2011 namun pada kenyataannya hingga saat wawancara mendalam dilakukan (April 2012) masih dalam tahap penyelesaian dokumen.

“Untuk persiapan dokumentasi hanya tinggal menunggu waktu untuk duduk bersama selama 1-2 hari diharapkan dapat terselesaikan”.(Staf KMKK)

6.3.4 Aspek Pendanaan dalam pengorganisasian Akreditasi JCI Pokja FMS

Berdasarkan telaah data sekunder, proses akreditasi JCI akan memakan biaya US\$ 100,000 atau kurang lebih Rp. 920.000.000,- dan biaya ini belum termasuk biaya yang harus dikeluarkan untuk meningkatkan fasilitas atau biaya

renovasi rumah sakit. Bahkan The Apollo Indraprastha Hospital di New Delhi, India adalah rumah sakit pertama yang mendapatkan akreditasi JCI di India telah menghabiskan US\$ 600,000 atau Rp. 5.52 miliar hanya untuk melakukan perbaikan atau renovasi rumah sakit. Sedangkan untuk biaya rata-rata yang dikeluarkan rumah sakit untuk sekali survey sebesar \$46,000.00 atau Rp. 423.200.000,- dan itu belum termasuk biaya akomodasi para *surveyor* (Tiket pesawat dan biaya hotel).

Dalam Surat Keputusan Direktur Utama RSCM nomor 13212/TU.K/34/X/2010 yang bertanggal 04 Oktober 2010 tentang Panitia *Gap Analysis* dan *Half Day Seminar* dalam rangka Persiapan Akreditasi *Joint Commission International* (JCI) RSCM telah disinggung mengenai pendanaan dalam proses Akreditasi JCI, dimana semua biaya yang akan ditimbulkan akan dibebankan pada Anggaran RSCM tahun 2010 dan susunan kepanitiaan Akreditasi JCI RSCM.

Proses akreditasi JCI untuk RSCM yang merupakan rumah sakit terbesar di Indonesia yang telah berdiri sejak tahun 1919 membutuhkan dana yang tidak sedikit untuk proses renovasi bangunan agar sesuai dengan standar kelayakan dan proses operasional lainnya. Hal ini lebih dikarenakan luasnya bangunan rumah sakit RSCM yang harus disesuaikan dengan peraturan dan ketentuan yang ada dan bangunan fisik yang bisa dibilang tidak lagi “muda” yang tentu saja memerlukan perbaikan di beberapa bagian. Pembiayaan untuk akselerasi kegiatan akreditasi JCI bukanlah perkara yang mudah, total biaya yang diperlukan sebesar Rp. 250 miliar akan dimintakan dari APBN-P Bapenas dan juga diambil sebagian dari anggaran tahun 2011-2012.

Dalam hal ini Depkes hanya memberikan Surat Keputusan Penunjukan 7(tujuh) rumah sakit sebagai legalitas untuk permintaan dana dari APBN-P Bapenas dan melakukan pembayaran konsultan pada saat proses *Gap Analysis*, sedangkan untuk pembiayaan renovasi dan operasional harus dibayarkan dan diorganisir sendiri oleh pihak manajemen RSCM.

*“Biaya yang dibutuhkan untuk Akreditasi JCI sebesar 250 Miliar dan untuk menutupinya dana didapatkan dari **APBN-P Bapenas” (Ketua Pokja FMS).*

*** Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan, Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional

“Depkes hanya mensupport pada saat pembiayaan analysis gap, selebihnya tidak” (Wakil ketua Pokja FMS)

“salah satu kendala akreditasi JCI adalah pendanaan, kita harus bisa memprioriaskan mana yang penting dilakukan dengan dana yang ada” (staf KMKK)

Untuk kegiatan Pokja FMS sendiri, karena pertimbangan utama dari kegiatan Pokja FMS JCI adalah fasilitas fisik rumah sakit yang harus mengikuti peraturan, perundangan dan ketentuan lainnya yang terkait dengan fasilitas tersebut. Maka untuk program renovasi bangunan fisik pada tahun 2012 saja telah dianggarkan sebesar Rp. 47 miliar sedangkan untuk kegiatan lainnya, biaya dikeluarkan secara bergulir seperti kegiatan operasional biasanya di RSCM. Dalam rangka untuk mengefisienkan biaya dari pokja FMS dan seluruh tim harus bekerjasama untuk memikirkan mengenai penganggaran dan harus memprioritaskan renovasi bagian mana yang harus didahulukan.

Progress pendanaan

Akreditasi JCI di RSCM sejak dilaunching pada bulan Februari 2011 telah mendatangkan tim surveyor JCI sebanyak 4(empat) kali yaitu :

1. Gap Analysis (April 2010) → dibiayai oleh Depkes
2. Initial Assesment (Juli 2011)
3. Mock Survey (Juni 2012)
4. Full Survey (November 2012)

Dari daftar tersebut di atas jika kita estimasi untuk sekali kedatangan biaya yang harus dikeluarkan adalah Rp. 432.200.000,-. Dikarenakan untuk proses ini memerlukan 3(tiga) kali survey makan biaya yang harus dikeluarkan sebesar Rp.1,27 miliar dan biaya tersebut diluar biaya akomodasi para *surveyor* di tambah biaya renovasi rumah sakit.

“Untuk sekali kunjungan RSCM harus mengeluarkan dana sebesar Rp.300 juta, diluar biaya akomodasi surveyor dan sejak gap analysis RSCM telah mendatangkan 2x tim survey”. (Ketua Pokja FMS)

Biaya yang dihitung saat penancangan awal yaitu sebesar Rp.250 miliar tidak hanya datang dari APBNP Bapenas dan juga diambil sebagian dari anggaran tahun 2011-2012. Dan hal ini tentu saja akan mempengaruhi kegiatan operasional lain di RSCM

“Telah terjadi perubahan kebijakan khususnya dibidang anggaran, hal ini dikarenakan manajemen akan mendahulukan pengajuan anggaran yang berhubungan dengan JCI dan untuk anggaran lain harus menunggu”. (Wakil Ketua Pokja FMS)

Masih banyaknya program yang masih tertunda dilakukan adalah salahsatu masalah yang ditimbulkan oleh kurangnya pendanaan untuk Akreditasi JCI. Bagi tim Pokja FMS pendanaan adalah faktor utama untuk mensukseskan tugas-tugas yang telah diberikan oleh Panitia JCI dan untuk saat ini beberapa implementasi masih menunggu untuk dilakukan karena dana belum tersedia.

“Progres tim Pokja FMS untuk dokumentasi sudah sampai 80%, namun untuk Pokja FMS progresnya dirasakan sangat berat karena dana belum turun” (wakil pokja FMS)

Kendala Pendanaan

Definisi pendanaan menurut Business Dictionary adalah menyediakan sumberdaya keuangan untuk kebutuhan suatu program atau proyek, memberikan kewenangan kepada sebuah lembaga, departemen atau unit untuk membayar kewajiban moneter mereka. Sedangkan pendanaan yang dimaksud dalam

pengorganisasian Akreditasi JCI khususnya pokja FMS adalah dari mana biaya yang akan dikeluarkan untuk membayar kegiatan, proyek renovasi dan program yang telah dirancang.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan telaah data sekunder, Pendanaan untuk Akreditasi JCI di RSCM masih menemui banyak kendala.

Berdasarkan salah satu media online (Detik Finance) tertanggal 10 Oktober 2007, di sebutkan bahwa “Laporan Keuangan RSCM Kacau” headline tersebut dibuat berdasarkan opini “Tidak Menyatakan Pendapat” atau *disclaimer* dari BPK (Badan Pemeriksa Keuangan) terhadap laporan keuangan RSCM. Lalu bagaimana RSCM akan melakukan pengaturan dana untuk kegiatan Akreditasi JCI?.

Dan berdasarkan telaah data sekunder didapatkan informasi mengenai jumlah kunjungan RSCM pada tahun 2010 – 2011 yaitu :

Tabel 6.5 Jumlah Kunjungan RSCM 2010-2011

No	Jenis Kunjungan	Tahun 2010	Tahun 2011
1	Jumlah kunjungan rawat jalan rata-rata per hari	1,098	1,247
2	Jumlah kunjungan rawat jalan dalam satu tahun	268,998	299,207
3	Jumlah kunjungan gawat darurat rata-rata per hari	86	81
4	Jumlah kunjungan gawat darurat dalam satu tahun	31,467	29,579
5	Jumlah *Pemeriksaan	2,019,767	2,024,835

Sumber : Profil RSCM tahun 2010 – 2011

*: Jenis Pemeriksaan terdiri dari Radiologi, Radioterapi, Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Hemodialisa, Tranfusi darah dan MRI

Masalah pendanaan dalam kegiatan Akreditasi JCI di RSCM sepertinya menjadi salahsatu penghambat progress sehingga tidak berjalan seperti yang rencanakan awal. Hal ini diketahui dari telaah data sekunder, dimana untuk program implementasi yang pada rencana awal dijadwalkan pada bulan Juni –

November 2010 pada kenyataannya baru mulai dilakukan pada bulan Februari 2012.

“Karena tugas Pokja FMS berkaitan dengan penyediaan fasilitas maka hal yang sangat diperlukan adalah dana”. (Wakil Ketua Pokja FMS)

Berdasarkan hasil rapat Laporan Pagi yang dipimpin oleh Direktur Keuangan pada awal Maret 2012 lalu, disebutkan bahwa Pemerintah mempunyai piutang yang sangat besar kepada pihak RSCM untuk pembiayaan pasien Gakin. Pada period tahun 2011 lalu bahkan sampai Rp.22 miliar. Hal ini belum lagi ditambah biaya yang harus dikeluarkan oleh RSCM untuk kegiatan operasional rumah sakit.

Walaupun Depkes telah mengeluarkan Surat Keputusan penunjukan kepada 7(tujuh) rumah sakit yang berfungsi secara legalitas agar dapat “mengelontorkan” dana untuk pembiayaan akreditasi ini, namun pada kenyataannya dana yang turun untuk proses tersebut masih seringkali terhambat dikarenakan proses birokrasi. Mengingat posisi RSCM sebagai rumah sakit vertikal sehingga selayaknyalah untuk pelaksanaan akreditasi ini pihak rumah sakit diberikan “Bantuan Khusus” dalam hal pendanaan.

6.3.5 Budaya RSCM

Selama ini pencitraan yang diberikan masyarakat terhadap RSCM tidak bisa dibilang “Baik”. Hal ini bisa dilihat dengan masih banyaknya berita-berita negatif dimedia cetak ataupun media online tentang RSCM, diantaranya:

Tabel 6.6 Pemberitaan buruk tentang RSCM dari media online tahun 2009 – 2012

Tanggal	Waktu	Judul	Media
27/03/2009		Pelayanan RSCM masih Buruk	Surat Pembaca Kompas
24/09/2010	12:57 WIB	Rekomendasi Atas Syaukani, Pertaruhan Citra RSCM	www.politikindonesia.com
2/3/2011	10:44 WIB	Pelayanan RSCM yang Buruk	www.detik.com

Tanggal	Waktu	Judul	Media
5/3/2011	03:45 WIB	Pelayanan RSCM Mengecewakan	www.inilah.com
3/5/2011		Orang Miskin Dipersulit, RSCM Pasang CCTV	http://dkrjakpus.blogspot.com
18/01/2012		RSCM Parah dalam fasilitas dan pelayanan	www.ceritamu.com
8/4/2012	21:52	Awas Hati-hati, Orang Miskin tidak Boleh Sakit !!!!	www.politikana.com
4/7/2012		RSCM Janji Tindak Petugas Yang Persulit Pasien	PERS RILIS DKR

Sumber : www.google.co.id 30 April 2012

Bahkan berdasarkan wawancara mendalam, pernah tercetus singkatan RSCM yang diartikan sebagai “Rumah Sakit Cepat Mati” .Walaupun pada kenyataannya hal tersebut tidaklah benar, namun diperlukan suatu usaha yang keras untuk merubah citra kurang baik tersebut.

Budaya organisasi menurut Schein (1992) adalah pola dasar yang diterima oleh organisasi untuk bertindak dan memecahkan masalah, membentuk karyawan yang mampu beradaptasi dengan lingkungan dan mempersatukan anggota-anggota organisasi. Untuk itu harus diajarkan kepada anggota termasuk anggota yang baru sebagai suatu cara yang benar dalam mengkaji, berpikir dan merasakan masalah yang dihadapi.

Budaya organisasi dan “Label” negatif yang selama ini diberikan kepada RSCM akan menjadi penghambat kesuksesan RSCM dalam mendapatkan akreditasi JCI, dan hal ini diketahui benar oleh pihak manajemen.

Untuk mengatasi hal tersebut RSCM tidak tinggal diam, sejak April 2011 RSCM telah mencanangkan Program Revitalisasi Budaya dengan Kesepakatan Landasan Ideologi dan Nilai – Nilai Budaya yaitu :

Gambar 6.2 Budaya Menolong RSCM



Sumber : Presentasi Direktur Pengembangan RSCM, Februari 2011

Keterangan :

PROFESIONALISME

- Kompeten, bertanggung jawab dan memberikan yang terbaik

INTEGRITAS

- Jujur, disiplin dan konsisten
- Menjunjung tinggi moral, etika dan kemanusiaan

KEPEDULIAN

- Proaktif, peka dan tanggap
- Ramah dan bersahabat
- Saling menghargai dan bekerja sama

PENYEMPURNAAN BERKESINAMBUNGAN

- Kreatif dan inovatif
- Terbuka terhadap perubahan

BELAJAR DAN MENDIDIK

- Belajar berkesinambungan
- Mendidik dengan santun

Dimana program Revitalisasi Budaya berisikan :

- Penetapan Nilai Budaya
- Sosialisasi dan Internalisasi
- Implementasi dan pendampingan
- Monitoring dan evaluasi pendampingan

- Penguatan melalui:

- Reward dan consequence
- Lomba budaya (culture fair) → yang dilaksanakan pada Ulang tahun RSCM tanggal 19 November 2011.
- Penilaian Kerja
- Remunerasi

Untuk kalangan internal sendiri, program Revitalisasi budaya juga dikenal sebagai Budaya 5R yaitu :

Gambar 6.3 Program 5R di RSCM



Sumber : Presentasi Direktur Pengembangan RSCM, Februari 2011

Penjelasan:

RINGKAS

Prinsip RINGKAS adalah memisahkan segala sesuatu yang diperlukan dan menyingkirkan yang tidak diperlukan dari tempat kerja.

Langkah melakukan RINGKAS :

1. Cek-barang yang berada di area masing-masing.
2. Tetapkan kategori barang-barang yang digunakan dan yang tidak digunakan.

3. Beri label warna merah untuk barang yang tidak digunakan
4. Siapkan tempat untuk menyimpan / membuang /memusnahkan barang-barang yang tidak digunakan.
5. Pindahkan barang-barang yang berlabel merah ke tempat yang telah ditentukan.

RAPI

Prinsip RAPI adalah menyimpan barang sesuai dengan tempatnya. Kerapian adalah hal mengenai bagaimana cepat kita meletakkan barang dan mendapatkannya kembali pada saat diperlukan dengan mudah.

Langkah melakukan RAPI :

1. Rancang metode penempatan barang yang diperlukan, sehingga mudah didapatkan saat dibutuhkan
2. Tempatkan barang-barang yang diperlukan ke tempat yang telah dirancang dan disediakan
3. Beri label / identifikasi untuk mempermudah penggunaan maupun pengembalian ke tempat semula.

RESIK

Prinsip RESIK adalah membersihkan tempat/lingkungan kerja, mesin/peralatan dan barang-barang agar tidak terdapat debu dan kotoran.

Langkah melakukan RESIK :

1. Penyediaan sarana kebersihan,
2. Pembersihan tempat kerja,
3. Peremajaan tempat kerja, dan
4. Pelestarian RESIK.

RAWAT

Prinsip RAWAT adalah mempertahankan hasil yang telah dicapai pada 3R sebelumnya dengan membakukannya (standardisasi).

Langkah melakukan RAWAT :

1. Tetapkan standar kebersihan, penempatan, penataan
2. Komunikasikan ke setiap karyawan yang sedang bekerja di tempat kerja

RAJIN

Prinsip RAJIN adalah terciptanya kebiasaan pribadi karyawan untuk menjaga dan meningkatkan apa yang sudah dicapai.

Langkah melakukan RAJIN :

1. Target bersama,
2. Teladan atasan
3. Hubungan/komunikasi di lingkungan kerja
4. Kesempatan belajar

Sasaran 5R ini sebagai sarana mencapai efisiensi, produktivitas, kualitas, dan keselamatan kerja. Sehingga Program Revitalisasi Budaya diharapkan menjadi katalisator suksesnya akreditasi JCI di RSCM dan perubahan image rumah sakit dari negatif menjadi positif.

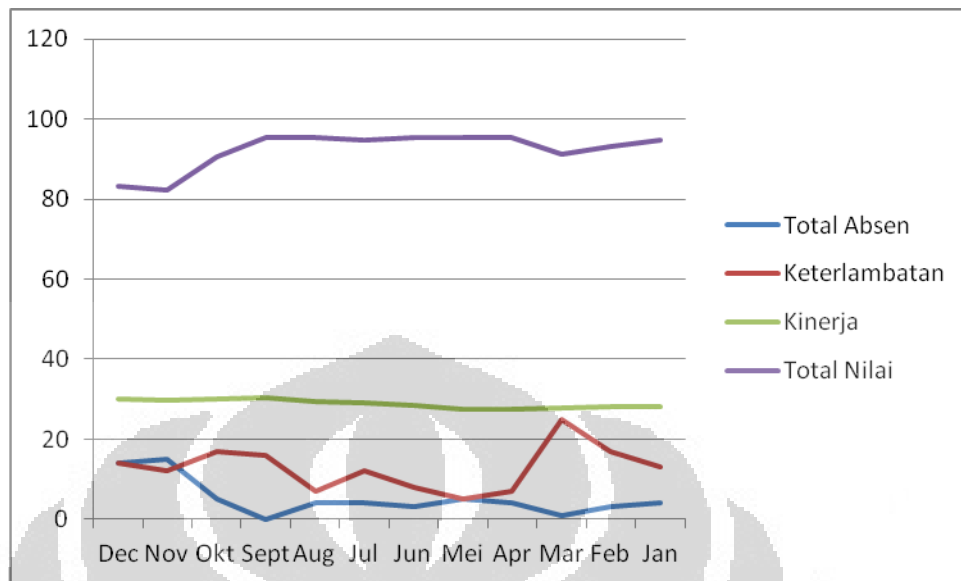
Progres Perkembangan Budaya RSCM

Berdasarkan wawancara mendalam, observasi dan telaah data sekunder, sejak Program Revitalisasi Budaya dikumandangkan dan mulai dilaksanakan pada bulan April 2011 telah terjadi perubahan budaya organisasi dan budaya kerja yang cukup signifikan di RSCM yang tentunya tujuan utama dari dilaksanakannya program tersebut.

“Selama ini budaya di RSCM adalah budaya PNS, kerja tanpa motivasi dan standar yang jelas dan belum dirasakan adanya perubahan budaya yang berarti”.(wakil ketua Pokja FMS)

Berdasarkan observasi langsung dan telaah data sekunder, kinerja pegawai RSCM sejak diberlakukan Penilaian Kerja dan sistem remunerasi naik secara drastic dan selama tahun 2011 perkembangannya sangat stabil. Disiplin pegawai juga meningkat, karena sistem remunerasi dihitung bukan hanya berdasarkan hasil kerja namun juga berdasarkan disiplin akan waktu kedatangan dan kepulangan. Perkembangan tersebut terlihat dari rekap Total absensi pegawai, Jumlah keterlambatan, Tingkat kinerja dan Total nilai pegawai di bagian teknik pada tahun 2011.

Gambar 6.4 Gambaran Kinerja Pegawai bagian teknik tahun 2011



Sumber : Data remunerasi Bagian teknik 2011

Keterangan :

Kinerja	36-40	Istimewa
	28-35	Sangat baik
	20-27	Baik
	12-19	Cukup
	8-11	Kurang

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa kinerja pegawai di bagian teknik pada tahun 2011 sangat stabil karena selalu berada dalam rentang 28 – 35 yang berarti “sangat baik”.

Kendala Budaya RSCM

Walaupun Program Revitalisasi Budaya telah dilakukan di RSCM sejak April 2011, namun hal tersebut tidak semata-mata dapat merubah perilaku yang sudah berakar di masing-masing pekerja RSCM dengan mudahnya. Masih banyak kendala budaya yang ditemui selama proses pengorganisasian akreditasi JCI di RSCM.

Masih minimnya pengetahuan para karyawan tentang manfaat akreditasi, walaupun sosialisasi mengenai program tersebut sudah dilakukan adalah salah satu kendala untuk mencapai kesuksesan proses tersebut. Pada awalnya peneliti menganggpa bahwa ketidaktahuan tersebut hanya terdapat kepada karyawan dengan level pendidikan menengah ke bawah, namun setelah mendapatkan informasi langsung dari Tim KMKK ditemukan bahwa bukan hanya staf dengan level pendidikan rendah saja yang tidak mengetahui manfaat akreditasi, namun ketidaktahuan tersebut juga ditemukan pada para dokter Konsulen.

“Bahkan para dokter konsulen yang dinas di RSCM juga masih tidak mengetahui apa sebenarnya manfaat dilakukannya akreditasi bagi mereka”. (Staf KMKK)

Edukasi memang harus selalu dilakukan lagi dan lagi walaupun tidak secara formal namun dapat juga di informasikan kepada mereka dari orang-orang yang mengetahui secara persis apa manfaat akreditasi JCI bagi Rumah sakit dan bagi mereka.

6.3.6 Lingkungan RSCM

Menurut Trisnantoro (2005), Rumah sakit sebagai sebuah organisasi yang tergantung pada lingkungan luar dan disebutkan bahwa arti lingkungan luar bukan hanya fisik tetapi juga non fisik atau lebih tepatnya disebut lingkungan usaha rumah sakit. Masih menurut Trisnantoro ada dua lingkungan yang mempengaruhi rumah sakit yaitu lingkungan internal dan lingkungan eksternal.

Lingkungan Internal

- Subsistem Rumah sakit :

Teknis Medis → Keperawatan

Teknis Non Medis → Keuangan, Pemasaran, Administrasi, Manajemen dll

Lingkungan Eksternal

- Pemerintah
- Masyarakat

- Asuransi Kesehatan
- PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan)
- Perkembangan Teknologi Medis, Industri Obat, dan Peralatan Kesehatan
- Pemasok
- Pasien sebagai Pembeli

Pengendalian lingkungan internal di RSCM telah diatur secara lengkap dan jelas oleh Manajemen, bagian SDM dan Bagian Diklat. Bagian SDM mengeluarkan peraturan kepegawaian yang harus dipatuhi oleh semua pegawai RSCM baik yang PNS ataupun yang masih berstatus honorer, sedangkan koordinasi antar bagian diatur oleh manajemen atas dan tentu saja Depkes, sedangkan untuk pengaturan para Dokter dan mahasiswa yang sedang melakukan praktek kerja lapangan di RSCM di atur oleh bagian Diklat. Hal ini dikarenakan kedudukan RSCM sebagai rumah sakit pendidikan.

Untuk pengaturan lingkungan eksternal RSCM khususnya yang berhubungan dengan pengorganisasian Akreditasi JCI, para tim pokja telah diberikan tugas untuk membuat SOP, Kebijakan dan IK untuk membuat peraturan tentang pengaturan:

- Masyarakat yang tinggal di sekitar rumah sakit
- Pasien
- Pemasok
- Rumah sakit dan PPK lain
- Pemerintah

Progres Lingkungan

Dari permasalahan yang timbul di atas pihak RSCM tidak tinggal diam. Telah dilakukan banyak hal untuk mengatasi permasalahan tersebut diantaranya:

Tabel 6.7 Daftar Masalah dan solusinya

Lingkungan Eksternal	Solusi
Wartawan	Koordinasi dengan Bagian Humas yang dapat dihubungi 1x24 jam dan pembuatan SOP dan kebijakan yang menangani hal-hal yang berhubungan dengan media
Keluarga pasien tidur di sekitar lingkungan RSCM	Sudah dibuatkan surat ke vendor security untuk menyediakan 1 (satu) orang yang akan menjaga Mesjid sehingga tidak ditinggali untuk menginap
Pasien stagan di UGD, selama 2(dua) tahun terakhir ada 200 tempat tidur kosong	Pengaturan ulang tentang bed management di gedung A untuk meminimalisir tempat tidur yang kosong

Sumber : Laporan Pagi Manajemen RSCM tanggal 7 Maret 2012

Kendala Lingkungan

Status RSCM sebagai rumah sakit pusat rujukan nasional serta rumah sakit terbesar dan tertua di Indonesia tentu saja memberikan dampak tersendiri dalam pengorganisasian. Selain karena tuanya usia bangunan, luas bangunan rumah sakit, pertimbangan lain adalah lokasi rumah sakit yang berada di pusat kota dan berdiri disekitar perumahan padat penduduk membuat kerja tim Pokja FMS menjadi lebih rumit.

RSCM yang berbatasan langsung dengan FKUI yang tidak dapat dipisahkan dengan RSCM juga menjadi suatu permasalahan yang tidak bisa diabaikan. Keberadaan FKUI yang teramat dekat bahkan bersinggungan dengan RSCM menimbulkan konflik-konflik kecil mengenai batas wilayah. Apalagi keberadaan RSCM yang terletak ditengah-tengah lingkungan padat penduduk juga memberikan persoalan sendiri yang tidak dapat diabaikan. Apalagi jika menyangkut permasalahan keamanan, kebersihan dan ketertiban lingkungan.

Salah satu masalah yang menjadi perhatian adalah banyaknya pedagang liar yang membuka kios-kios kecil disekitar lingkungan rumah sakit, bahkan berada di halaman rumah sakit sehingga menimbulkan kemacetan bagi pengunjung yang membawa kendaraan. Upaya untuk penertiban tentu saja selalu dilakukan, namun lagi dan lagi masalah tersebut muncul, sehingga dibutuhkan pengawasan yang melekat mengenai usaha penuntasan permasalahan tersebut.

Permasalahan mengenai lingkungan pengaruhnya dalam pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM lebih banyak muncul dari lingkungan eksternal rumah sakit. RSCM yang berlokasi di tengah kota Jakarta dan dikelilingi oleh perumahan padat penduduk (Daerah Menteng dalam) memberikan dampak tersendiri dalam pengorganisasian akreditasi JCI. Selain itu karena lokasi rumah sakit yang bersinggungan langsung dengan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) juga menimbulkan permasalahan tersendiri bagi RSCM.

Pada suatu laporan pagi yang dilaksanakan pada bulan Maret 2012 lalu, ada beberapa masalah yang berhubungan dengan lingkungan rumah sakit yang diungkapkan pada kesempatan tersebut diantaranya :

Tabel 6.8 Daftar temuan masalah Lingkungan RSCM tertanggal 6 Maret 2012

Lingkungan Internal	Lingkungan Eksternal
Pembayaran insentif pegawai untuk 1 bulan sebesar Rp. 8 Miliar	Pasien Gakin : Pagu 50 Juta, pemakaian 100 juta, Bad debt Rp. 22 Miliar setahun
Dana yang ada banyak dipakai peningkatan Sarfas untuk JCI	Wartawan datang untuk mengambil gambar diluar jam dinas rumah sakit
Bid. Keperawatan--> internet mati sudah 3(tiga) hari	Di mesjid RSCM ditemukan 4(empat) orang yang sedang tidur, diselasar ada 3 (tiga) orang yang merupakan keluarga pasien yang berasal dari daerah datang untuk berobat pada keesokan harinya.
	Pasien stagnan di UGD, selama 2(dua) tahun terakhir ada 200 tempat tidur kosong

Sumber : Laporan Pagi Manajemen RSCM tanggal 7 Maret 2012

6.4 Proses Akreditasi JCI RSCM

6.4.1 Initial Assesment JCI

Proses *Initial Assesment* dalam akreditasi JCI di RSCM adalah *survey* yang dilakukan sebagai proses pendahuluan sebelum proses *Preparation* dilakukan. Proses ini dilakukan dengan metode *Tracer*.

Initial Assesment di RSCM dilakukan selama 4 (empat) hari yaitu pada tanggal 25 - 28 Juli 2011. Dimana sebelumnya pihak Akreditor akan mengirimkan agenda kepada rumah sakit yang berisikan informasi mengenai:

- Jadwal kedatangan,
- Kegiatan harian,
- Nama *Surveyor*,
- Pokja mana yang akan di survey
- Material apa yang harus disediakan.

Agenda ini dikirimkan 10 (sepuluh) hari sebelum waktu *initial assesment* dilakukan sehingga masih ada waktu bagi pihak RSCM untuk mempersiapkan para staf di unit masing-masing untuk menghadapi survey ini.

Berdasarkan Surat Edaran nomor 12506/TU.K/35/VII/2011 yang diterbitkan oleh Direktur Utama RSCM, ada beberapa ketentuan yang diberlakukan oleh manajemen dalam menghadapi *survey* ini yaitu:

1. Bagian/Unit masing-masing diharapkan mempersiapkan kegiatan *Initial Assesment* Akreditasi JCI dengan sebaik-baiknya.
2. Semua staf diharapkan tidak meninggalkan rumah sakit selama kegiatan *survey* berlangsung.
3. Semua pegawai diharapkan dapat menyesuaikan jadwal kegiatan masing-masing pegawai dengan jadwal *Initial Assesment*.

Survey ini dilakukan ke seluruh bagian dari rumah sakit, dimana hasil survey yang berisi temuan-temuan saat *survey* dan apa saja yang harus dilakukan perubahan atau perbaikan akan diterbitkan oleh pihak JCI untuk rumah sakit 15 hari setelah *survey* berlangsung. Dimana dari hasil tersebut akan menjadi acuan bagi rumah sakit untuk perbaikan pada proses *preparation* yang akan dilakukan selanjutnya oleh seluruh panitia akreditasi JCI.

6.4.2 Preparation Akreditasi JCI

Proses *Preparation* atau persiapan adalah proses yang memakan waktu paling lama dalam Akreditasi JCI di RSCM khususnya untuk pokja FMS. Dari beberapa pengalaman yang dilakukan oleh beberapa rumah sakit lain di luar negeri yang telah mendapatkan akreditasi JCI, proses *preparation* sampai dengan Survey Akreditasi atau *Full Survey* memakan waktu rata-rata 24 bulan. Namun untuk RSCM menargetkan akan dapat selesai dalam 21 bulan yaitu mulai Februari 2011 s/d November 2012.

Proses *Preparation* dimulai dengan pembentukan panitia yang telah dibahas pada bagian 6.4 (SDM dalam akreditasi JCI), lalu dilanjutkan dengan pembagian tugas untuk pokja masing – masing. Untuk lebih jelasnya berikut urutan proses *preparation* dalam akreditasi JCI di RSCM yaitu:

Gambar 6.5 Urutan Kegiatan *Preparation* Akreditasi JCI RSCM



Sumber : Presentasi Direktur Pengembangan Februari 2011

Saat ini untuk Tim Pokja FMS dalam tahap sosialisasi SOP, Kebijakan, dan IK ke beberapa bagian di rumah sakit. Sosialisasi dilakukan dengan cara mengumpulkan orang untuk memperkenalkan program yang telah dibuat. Sosialisasi bisa dalam bentuk seminar, pelatihan ataupun hanya sekedar pemberitahuan yang sifatnya informal.

6.4.3 *Tracer* Akreditasi JCI

Tracer adalah metode yang dilakukan dengan cara *men-survey* ke bagian/unit masing-masing melihat proses pekerjaan di bagian/unit tersebut dan *surveyor* akan langsung mencatat dan memberikan informasi kepada staf di bagian/unit tersebut jikalau ada “temuan” atau standar yang tidak sesuai dengan ketentuan JCI. Kelebihan metode *tracer* adalah bagian/unit yang bersangkutan akan langsung di edukasi mengenai apa yang seharusnya atau sesuai dengan standar yang ada untuk melakukan perbaikan selanjutnya.

Metodologi *Tracer* menurut JCI adalah dasar dari on-site survey JCI. Metode ini terbagi atas dua yaitu :

1. *Individual Patient Tracer*
2. *Individual – based system tracer*

Dimana perbedaan keduanya telah dijelaskan pada bab 2.

Tracer pada proses Akreditasi JCI bukan hanya dilakukan pada saat *initial assesment* ataupun *full Survey* saja, namun selama proses preparation berjalan *tracer* terus dilakukan secara periodik. Hal ini agar perbaikan dapat berjalan secara bertahap dan pada saat final assessment diharapkan tidak ada lagi “temuan” negative yang dapat merugikan penilaian akreditasi JCI.

“Tracer adalah proses evaluasi internal. Tracer internal dilakukan sendiri untuk mengetahui kesalahan yang ada. Setiap chapter punya jadwal sendiri.” (Ketua Pokja FMS)

“Tracer adalah penilaian terhadap kondisi yang ada dilapangan sehingga diketahui Gap yang ada dengan dibuat rekomendasi untuk dilakukan perbaikan sesuai rekomendasi”.(Wakil Ketua Pokja FMS)

Metode *tracer* yang dilakukan selama proses akreditasi JCI dilaksanakan di RSCM. Dari mulai *Initial assesstment* sampai dengan survey akreditasi atau *full survey*. Sedangkan untuk prosesnya dilakukan oleh tim internal dari panitia akreditasi dan perwakilan konsultan akreditasi yang memang ditempatkan di RSCM. Untuk tracer ini sudah ada penjadwalan sebelumnya, perbedaan dengan *tracer* yang dilakukan pada saat *initial assesment* adalah pada *tracer* dalam proses *preparation* ini, sebelumnya pihak panitia JCI akan memberikan agenda *tracer* ke unit/bagian yang akan dikunjungi, dimana dalam agenda tersebut berisi jadwal (hari/waktu) kedatangan tim *tracer* ke unit/bagian tersebut dan orang – orang yang melakukan *tracer*-nya.

“Tracer dilakukan melalui pengumuman yang diberikan oleh Tim JCI dan pokja masing - masing ke ketua pelaksana dilapangan. Tidak ada ketentuan berapa kali harus dilakukan. Tracer akan terus dilakukan sampai tidak ada temuan lagi.” (Staf KMKK)

Hampir sama dengan *tracer* pada saat *initial assesstment*, dimana *surveyor* akan langsung mencatat untuk dilaporkan serta mengkoreksi dan mengedukasi kepada petugas yang ada ditempat jika ada suatu temuan. Dan secara periodik hasil *tracer* akan dibagikan ke unit masing-masing agar menjadi acuan untuk perbaikan selanjutnya.

Untuk akreditasi JCI di RSCM metode *tracer* dilakukan oleh kedua bagian yaitu *tracer* yang dilakukan oleh Tim Akreditasi JCI RSCM dan *tracer* yang dilakukan oleh masing-masing pokja. Berikut hasil temuan dari *tracer* yang dilakukan oleh Tim Akreditasi JCI dimana penyajian datanya dikelompokkan berdasarkan 10 bagian yaitu :

1. Registration → semua yang berhubungan dengan proses dan kelengkapan pendaftaran pasien.

2. Medical Record → Segala sesuatu yang berhubungan dengan Rekam Medis Pasien
3. Nursing Care → semua yang berhubungan dengan Pemberian Pelayanan Keperawatan eks. Pemeriksaan tanda-tanda vital, pemakaian gelang identitas dan lain-lain.
4. Clinical Care → Semua yang berhubungan dengan Pelayanan Klinis, contoh: Respon time dokter, pemeriksaan yang dilakukan dan lain-lain.
5. Medication → semua yang berhubungan dengan pengendalian pengobatan dari mulai pemberian obat, pelabelan sampai dengan penyimpanan
6. Sanitation → Semua yang berhubungan dengan sanitasi
7. Infection Control → Permasalahan pengendalian infeksi contoh: Cuci tangan, cara pembersihan lantai dan lain-lain.
8. Facility Management → Semua yang berhubungan dengan Kelengkapan fasilitas medis dan non medis contoh: Ketersediaan APAR, stop kontak di kamar dan lain-lain.
9. Dokumen Lain → Semua yang berhubungan dengan dokumen pendukung lainnya contoh: form administrasi, form edukasi dan lain-lain.
10. Business Process → Semua yang berhubungan dengan proses pemberian layanan baik medis ataupun non medis kepada pasien eks: Waktu tunggu pasien, Hasil pemeriksaan tidak diberikan kepada petugas dan lain-lain.

Progres Tracer

Pengorganisasian dan pelaksanaan *tracer* pada akreditasi JCI di RSCM terencana dengan baik. Dimana system pengorganisasiannya terbagi 2 (dua) metode yaitu:

1. *Tracer* yang dilakukan oleh Panitia Inti JCI

2. *Tracer* yang dilakukan oleh masing-masing pokja

Pada bulan April 2012, tim KMKK telah melakukan kompilasi data mengenai temuan yang didapatkan dari hasil *tracer* yang mereka lakukan. Temuan tersebut di informasikan kepada rekan-rekan lain yang tergabung dalam kepanitian Akreditasi JCI melalui milist yang telah dibuat sebelumnya. Berikut hasil rekap temuan dari *tracer* yang dilakukan oleh Tim Inti Akreditasi JCI RSCM :

Tabel 6.9 Hasil Rekap *Tracer* tim Akreditasi JCI per sektor

Unit/Bagian	Registration	Medical Record	Nursing care	Clinical care	Medication	Sanitasi	Infection Control	Facility Management	Dokumen lain	Business Process
Radiologi		4	1		1	1	1	4	2	1
PKG		2			1			2		
Radioterapi	3	5	1	2	1			1	8	1
Forensik	4	1			4		2	8	6	
Thalasemia			4		4		3	4		4
Haemodialis					1		3	6		1
Kebidanan	2	2								
Poli Hematologi	1	1	1	1						
Poli gigi dan mulut	1	1								
Poli Anak				1				2		
Ged.A lt.3		1	1	1						
PTK	1									
BCH			1		1					
Endoskopi sal.cerna			1		1					
Pulmonologi	1							1		
Hepatologi					1					
Kirana			1		1					
Total Temuan	13	17	11	5	16	1	9	28	16	7

Sumber : Rekap data tim akreditasi JCI RSCM April 2012

Selain penyajian data berdasarkan pengelompokan diatas, tim akreditasi JCI juga melakukan penyajian data hasil temuan *tracer* berdasarkan pengelompokan per pokja seperti dibawah ini:

Tabel 6.10 Hasil Temuan *Tracer* tim Akreditasi JCI per *chapter*

No	Tanggal Tracer	Chapter	Jumlah Temuan	Unit/Bagian
1	10-Apr-12	AOP	1	Tidak disebutkan secara khusus
2		PCI	2	
3		MMU	5	
4		FMS	11	
5		SQE	1	
6		MCI	1	
Total			21	

Sumber : Milist Akreditasi JCI RSCM, April 2012

Untuk Pokja FMS sendiri *tracer* dilakukan selama dua minggu ke 21 gedung di RSCM untuk melihat utility, kelengkapan alat, apakah alat telah dikalibrasi, pemeliharaan dan lain-lain. Dimana hasil temuannya adalah sebagai berikut :

Tabel 6.11 Hasil temuan *tracer* dari tim Pokja FMS pada 21 Gedung di RSCM

Chapter	Standar	Jumlah Temuan	Unit/Bagian
FMS	FMS.1	0	0
	FMS.2	3	10
	FMS.3	3	1
	FMS.4	28	8
FMS	FMS.5	13	5
	FMS.6	0	0
	FMS.7	27	7
	FMS.8	4	5
	FMS.9	1	1
	FMS.10	2	4
	FMS.11	0	0
	FMS.12	0	0
	FMS.13	0	0
	FMS.14	0	0
Total Temuan & Unit		81	10 Unit/Bagian

Sumber : Rekap hasil temuan *Tracer* FMS April 2012

Kendala *Tracer*

Walaupun kegiatan *tracer* telah dilakukan secara terencana namun bukan berarti kegiatan ini tidak mempunyai kendala dalam pelaksanaannya. Kendala yang paling utama adalah dalam menentukan waktu pelaksanaan. Hal ini dikarenakan kegiatan *tracer* adalah kegiatan survey yang mendetail dan harus dilakukan oleh orang-orang yang mengetahui secara persis tentang semua standar – standar JCI yang harus dipatuhi oleh karena maka pelaksanaannya memakan waktu yang tidak sebentar dan pengorganisasiannya terkadang punya kendala tersendiri.

Tracer tidak bisa dilakukan hanya pada satu bagian/unit saja. Hal ini dikarenakan adanya keterkaitan suatu bagian/unit di rumah sakit dengan bagian/unit yang lain. Tidak ada bagian/unit di rumah sakit yang berdiri sendiri tanpa memerlukan koordinasi atau keterkaitan dengan bagian/unit lain. Oleh karenanya jika ada satu temuan mengenai pada satu bagian/unit hal tersebut harus dicari tau dari mana sumber asalnya dan bagaimana hal tersebut sampai terjadi. Sehingga proses *tracer* seringkali memakan waktu 5 (lima) jam hanya untuk di satu bagian.unit.

Dikarenakan tim inti akreditasi JCI punya jadwal *tracer* sendiri dan begitu juga pokja-pokja, maka kendala yang timbul adalah penjadwalan yang seringkali bentrok antara jadwal *tracer* tim inti akreditasi dengan jadwal *tracer* dari pokja.

“Jadwal tracer seringkali bertabrakan, pokja FMS belum lama ini melakukan tracer selama 2 minggu. Jadwal tracer dibuat oleh tim sendiri, tapi ada juga jadwal tracer yang dibuat oleh tim akreditasi JCI namun tidak mengkhususkan untuk satu pokja melainkan untuk semua”. (Sekretaris Pokja FMS).

Permasalahan tersebut sebenarnya bisa diatasi jika tim inti akreditasi JCI berkoordinasi dengan masing-masing pokja untuk pembagian jadwal *tracer*.

6.4.4 Implementasi Akreditasi JCI

Definisi Implementasi sebagai suatu konsep menurut Lane, dapat dibagi ke dalam dua bagian. Pertama, *implementation = F (Intention, Output, Outcome)*.

Berdasarkan Sesuai definisi tersebut, implementasi merupakan fungsi yang ter (1986) diri dari maksud dan tujuan, hasil sebagai produk dan hasil dari akibat. Kedua, implementasi merupakan persamaan fungsi dari *implementation = F (Policy, Formator, Implementor, Initiator, Time)*. Penekanan utama kedua fungsi ini adalah kepada kebijakan itu sendiri, kemudian hasil yang dicapai dan dilaksanakan oleh implementor dalam kurun waktu tertentu (Sabatier, 1986: 21-48).

Untuk memudahkan Tim akreditasi JCI dalam melakukan pemantauan dan kontrol kepada masing-masing pokja, maka tim telah menyediakan format pelaporan bagi masing-masing pokja yang disebut sebagai “Check-list Implementasi JCI Unit/Departemen” yang akan memudahkan masing-masing pokja untuk melihat apakah progress implementasi mereka telah sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan. Format yang diberikan adalah sebagai berikut :

Tabel 6.12 Format Check-list Implementasi JCI Unit/Departemen

No	Keterangan	Sudah	Belum	Ket	Catatan
1	Sosialisasi				Koordinasi dengan TIM Internal JCI Unit/Departemen
2	<i>Kick Off</i>				Koordinasi dengan TIM Internal JCI Unit/Departemen
3	Kebijakan baru Seluruh Chapter				Koordinasi dengan UPJM
4	SPO Baru Seluruh Chapter				Koordinasi dengan UPJM
5	Form pelayanan Seluruh Chapter				Koordinasi dengan Kepala Administrasi/ Rekam Medik
6	IK pelayanan Seluruh Chapter				Koordinasi dengan UPJM
7	Tracer Team Unit/Departemen				Koordinasi dengan TIM Internal JCI Unit/Departemen
8	Tracer Team Korporat				Koordinasi dengan Core Team Korporat RSCM

No	Keterangan	Sudah	Belum	Ket	Catatan
9	Monitoring Team				Koordinasi dengan TIM Internal JCI Unit/Departemen
10	Formulir Pengumpulan Data Indikator Kinerja Harian/Bulanan				Koordinasi dengan UPJM, Tim Renstra RSCM
11	PIC Collecting Data				Koordinasi dengan TIM Internal JCI Unit/Departemen
12	SPO Collecting Data				Koordinasi dengan UPJM
13	Penanggung Jawab JCI Unit/Departemen				Dipilih Oleh Kepala Unit/Departemen
14	Facility Requirement Plan				Dibuat Oleh TIM Internal JCI Unit/Departemen
15	Software IT				Koordinasi dengan TIM IT RSCM
16	Memantau logistik:				
	a. Ketersediaan Gelang Risiko untuk pasien,				Koordinasi dengan Instalasi farmasi RSCM
	b. Sign Segitiga Berwarna Kuning				Koordinasi dengan rumah tangga RSCM
	b. Cap Nama Dokter DPJP dan PPDS				Koordinasi dengan TIM Internal JCI Unit/Departemen
	c. Cap Konfirmasi untuk Komunikasi Verbal TBAK				Koordinasi dengan Kepala Bagian Administrasi
	d. Cap Profesi untuk catatan Perkembangan terintegrasi				Koordinasi dengan Bidang Keperawatan

Sumber : Milist Akreditasi JCI RSCM, April 2012

Sebelum dilakukan implementasi masing-masing pokja akan melakukan sosialisasi kepada semua unit dimana SOP atau IK akan dilaksanakan. Bentuk sosialisasi terbagi dua yaitu :

1. Sosialisasi Formal → melalui pelatihan – pelatihan
2. Sosialisasi Informal → informasi secara tertulis kepada unit/bagian tertentu untuk dapat menerapkan SOP atau IK yang telah disepakati

Progres Implementasi

Pada dasarnya untuk program – program yang tidak memerlukan dana yang besar maka proses implementasi dapat berjalan sesuai rencana yang telah ditetapkan, namun untuk program yang memerlukan dana yang besar karena harus di dukung dengan pengadaan barang atau bahkan renovasi bangunan maka prosesnya harus ditunda dengan mendahulukan program-program yang penting namun tidak memerlukan dana yang besar.

Dalam proses akreditasi JCI khususnya pokja FMS implementasi untuk semua program yang telah direncanakan akan dilakukan secara bertahap. Namun aplikasinya tidak akan dilakukan perbagian, namun akan dilakukan secara bersamaan. Sebagai contoh; Untuk sektor Fire and Safety pelatihan untuk pemakaian APAR telah dilaksanakan dari bulan Februari 2012 dan disaat bersamaan untuk sektor Hazmat juga telah melakukan pelatihan mengenai pengorganisasian B3 kesemua unit/bagian. Hal ini dilakukan agar mempersingkat waktu, sehingga semua akan berjalan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan awal.

Salah satu persyaratan kelulusan dalam penilaian Akreditasi JCI adalah, bahwa telah dilakukan pencatatan/dokumentasi terhadap program-program yang ada setidaknya selama 4 (empat) bulan sebelum waktu survey akreditasi atau *full survey* dilakukan. Oleh karena itulah untuk menghadapi Survey Akreditasi pada bulan Desember 2012 nanti, maka pencatatan/dokumentasi harus sudah mulai dilakukan setidaknya pada bulan Agustus 2012.

Kendala Implementasi

Progres Implementasi Akreditasi JCI jika dibandingkan dengan perencanaan awal (Juni – November 2011) tidak berjalan sesuai jadwal. Jika dilihat dari urutan kerjanya kendala keterlambatan proses implementasi bersumber dari keterlambatan proses penyiapan dokumen seperti SOP, Kebijakan dan IK yang pada rencana awal seharusnya dapat diselesaikan pada bulan April 2011, namun kenyataannya sampai April 2012 prosesnya masih 90%.

Berdasarkan wawancara mendalam penyebab utama keterlambatan adalah masalah pendanaan.

“Banyak implementasi dari pokja FMS yang belum berjalan dikarenakan belum turunnya dana”. (Wakil ketua Pokja FMS)

“Agak sulit dijelaskan, dulu hanya pengurusan dokumen namun sekarang sudah mulai melakukan implementasi namun masih banyak yang belum dilakukan karena anggaran belum turun” (Sekterataris Pokja FMS)

Selain ini masalah pendanaan, padatnya jadwal masing-masing anggota dikarenakan selain sebagai panitia akreditasi mereka juga memegang jabatan penting dalam bagian/unit masing-masing.

“Perlunya support dari direksi agar lebih meluangkan waktu untuk rapat-rapat koordinasi”. (Sekretaris Pokja FMS)

6.4.5 Evaluasi Akreditasi JCI

Definisi Evaluasi menurut Suharsimi Arikunto (2004 : 1) adalah kegiatan untuk mengumpulkan informasi tentang bekerjanya sesuatu, yang selanjutnya informasi tersebut digunakan untuk menentukan alternatif yang tepat dalam mengambil keputusan. Fungsi utama evaluasi dalam hal ini adalah menyediakan informasi-informasi yang berguna bagi pihak decision maker untuk menentukan kebijakan yang akan diambil berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan. Sedangkan menurut Curtis, Dan B; Floyd, James J.; Winsor, Jerryl L (2004) Evaluasi adalah proses penilaian. Penilaian ini bisa menjadi netral, positif atau negatif atau

merupakan gabungan dari keduanya. Saat sesuatu dievaluasi biasanya orang yang mengevaluasi mengambil keputusan tentang nilai atau manfaatnya.

Evaluasi dalam pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM dilakukan dengan berbagai cara dan metode .

“Tracer adalah proses evaluasi internal” (Ketua Pokja FMS)

Ada 4 (empat) metode evaluasi yang dilakukan dalam proses Akreditasi JCI di RSCM untuk memantau progress dari masing-masing pokja. Tiga metode tersebut adalah :

1. Metode Tracer yang dilakukan oleh Tim inti Akreditasi JCI dan masing-masing Pokja
2. *Self Assesment*
3. *Benchmark* ke Rumah sakit lain yang sudah mendapatkan akreditasi JCI
4. Rapat Koordinasi

Untuk metode pertama yaitu Tracer sudah dibahas pada bagian 6.7.3. Metode evaluasi Tracer ini dalam pengorganisasian akreditasi JCI jika ada temuan akan dicatat, dikumpulkan untuk kemudian di bicarakan solusinya dalam rapat rutin yang diadakan oleh masing-masing pokja ataupun pertemuan rutin oleh tim akreditasi JCI RSCM.

Disini terlihat bahwa metode tracer adalah *evidence based* yaitu berdasarkan temuan yang didapatkan dilapangan dikelompokkan berdasarkan masing-masing ruang lingkup atau tanggung jawab Pokja.

Metode yang kedua adalah *Self Assesment*, berbeda dengan *tracer* metode yang digunakan adalah berdasarkan sampai sejauh mana progress dari masing-masing pokja secara tertulis. Format *Self Assesment* telah disediakan oleh Panitia Akreditasi JCI RSCM untuk dibagi-bagikan ke masing-masing ketua pokja untuk di isi dan dikembalikan ke tim inti akreditasi JCI. Sehingga dari sini diharapkan Panitia Akreditasi JCI dapat mengetahui sejauh mana secara presentase progress dari masing-masing pokja.

Tabel 6.13 Format Self Assessment untuk semua pokja

No	Standar	Elemen Pengukuran	Keterangan/ Dokumen	Checklist(√)	Nilai Capaian Di Unit Kerja
Sub Program dari Standar					
Diisi nomor standar masing-masing Pokja eks. FMS.1	Keterangan lengkap mengenai standar yang dimaksud	Elemen - elemen pengukuran yang telah ditetapkan	Dokumen (SPO,IK,IKA dan Kebijakan) yang telah dibuat masing-masing Pokja	Checklist(√) sebagai tanda apakah dokumen telah dibuat	
					Rata - Rata Nilai =
Fokus Program					
Standar berikutnya					
					Rata-Rata Nilai =
Rata -Rata Nilai Chapter					

Sumber : Milist Akreditasi JCI RSCM, April 2012

Keterangan :

Capaian Chapter XXX

Nilai : 10 = Semua Tercapai

: 5 = Sebagian tercapai

: 0 = Tidak Tercapai

Untuk table diatas perhitungannya dengan cara berikut :

- Rata-rata Nilai standar : $\text{Nilai ME} / \text{Jumlah ME} = \rightarrow \text{Target } 5$
- Rata-rata nilai chapter : $\text{Rata-rata Nilai Standar} / \text{Jumlah Standar} = \rightarrow \text{Target } 8$
- Rata-rata nilai Capaian seluruh standar JCI (14 chapter) : $\text{Rata-rata Nilai Chapter} / \text{Jumlah seluruh chapter} = \rightarrow \text{Target } 9$

Masing – masing elemen pengukuran dinilai capaiannya, lalu dirata-ratakan menjadi capaian setiap standar. Lalu nilai seluruh standar di rata-ratakan menjadi capaian chapter. Pencapaian setiap chapter diukur di setiap unit pelayanan dan dirata-ratakan menjadi capaian Korporat untuk chapter tersebut.

Metode ke tiga adalah *Benchmark* atau study banding ke rumah sakit yang telah terlebih dahulu mendapatkan akreditasi JCI. Untuk RSCM *Benchmark* dilakukan ke beberapa rumah sakit yang sudah mendapatkan Akreditasi JCI, baik itu rumah sakit di Indonesia ataupun diluar negeri.

Benchmark dilakukan dengan cara mengirimkan tim khusus untuk melakukan *Benchmark* dengan cara *tracer* ke beberapa bagian dari rumah sakit.

Selanjutnya metode ke empat adalah Rapat Koordinasi . Rapat ini terdiri dari 3(tiga) type yaitu :

1. Rapat Internal Pokja → setiap minggu
2. Rapat Kapokja → setiap bulan
3. Rapat JCI → Setiap minggu

Semua hasil evaluasi nantinya akan di kumpulkan untuk ditindaklanjuti lebih mendalam didalam rapat-rapat yang telah dijadwalkan.

Progres Evaluasi

Pada dasarnya proses evaluasi akan pengorganisasian akreditasi JCI di RSCM berjalan sesuai perencanaan awal. Untuk Metode *Tracer* progress pelaksanaannya telah dijelaskan pada bagian 6.7.3. Sedangkan untuk *Benchmark* atau study banding, Pihak RSCM pada tahun 2011 telah melakukan *Benchmark* ke rumah sakit yang telah mendapatkan akreditasi JCI di Indonesia dimana rumah sakit tersebut adalah:

1. RS. Siloam Gleneangles
2. RS. Premier Jatinegara

Dan setelah berjalannya proses preparation selama lebih dari 1(satu) tahun, manajemen kembali mengirimkan tim-nya untuk melakukan *Benchmark* ke rumah sakit lain. Kali ini *benchmark* dilakukan ke tiga rumah sakit yang ada di Singapore yaitu:

1. Changi General Hospital
2. National University Hospital
3. Mount Elizabeth Hospital

Pemilihan rumah sakit bukan tanpa alasan, ketiga rumah sakit diatas telah lama mendapatkan akreditasi JCI, bahkan untuk Mount Elizabeth Hospital sudah 3(tiga) kali lulus akreditasi JCI, sedangkan National University Hospital sudah

mendapatkan akreditasi JCI sejak tahun 2004 dan untuk Changi General Hospital telah mendapatkan akreditasi JCI sejak tahun 2005.

Setelah tim melakukan *tracer* ketiga rumah sakit tersebut, hasil laporannya kemudia di sebarikan kepada seluruh tim akreditasi JCI didalam milist Akreditasi JCI RSCM. Laporan ini diharapkan dapat menjadi pembelajaran bagi tim akreditasi JCI tentang apa-apa yang kurang dan masih harus diperbaiki oleh pihak rumah sakit.

Untuk Rapat Koordinasi berikut rekap data Rapat Koordinasi tim Akreditasi JCI RSCM selama periode 2012 yang terdokumentasi dalam milist akreditasi JCI RSCM.

Tabel 6.14 Rapat yang telah terdokumentasikan Feb – Apr 2012

No	Jenis Kegiatan	Peserta	Rapat yang telah dilakukan					
			Rapat 1	Rapat 2	Rapat 3	Rapat 4	Rapat 5	Rapat 6
1	Rapat JCI Mingguan	Koordinasi Ketua Pokja + Pendamping	16-Feb	18-Feb	21-Feb	24-Feb		
2	Rapat Kapokja	Seluruh Ketua Pokja Akreditasi JCI	14-Mar	17-Mar	21-Mar	4-Apr	11-Apr	
3	FMS	Anggota tim FMS	31-Jan	28-Feb	2-Mar	7-Mar	8-Mar	27-Apr
4	ASC	Anggota tim ASC	25-Feb	2-Mar				
5	COP	Anggota tim COP	28-Feb	3-Mar	17-Mar	24-Mar		
6	MCI	Anggota tim MCI	16-Mar	30-Mar				
7	GLD	Anggota tim GLD	21-Feb	26-Feb	28-Feb	2-Mar		
8	PCI	Anggota tim PCI	22-Feb	22-Mar				
9	AOP	Anggota tim AOP	22-Feb	7-Mar	14-Mar			
10	ACC	Anggota tim ACC	21-Feb	4-Mar				
11	QPS	Anggota tim QPS	5-Apr					
12	SQE	Anggota tim SQE	24-Feb	3-Mar				
13	PFR	Anggota tim PFR	28-Feb					
14	IPSG	Anggota tim IPSG	21-Feb					
15	MCI	Anggota tim MCI	23-Feb	23-Mar	1-Apr	6-Apr		
16	MMU	Anggota tim MMU						
17	PFE	Anggota tim PFE	23-Feb					
18	PFR	Anggota tim PFR	28-Feb					

Sumber : Milist Akreditasi JCI RSCM, Januari - April 2012

Proses Evaluasi Pelaksanaan Akreditasi JCI bukan hanya dilakukan oleh pihak rumah sakit dan Tim Akreditasi JCI semata. Dikarenakan program Akreditasi ini adalah gagasan dari Departemen Kesehatan, maka selaku penggagas Depkes tidak semerta-merta “lepas tangan” dengan pelaksanaannya. Depkes dengan Dirjen Bina Upaya Kesehatan Rujukan pada tanggal 25 April 2012 menerbitkan surat pemberitahuan dengan nomor TU.08.01/III.5/1638/2012 yang berisi pemberitahuan untuk kegiatan Monev (Monitoring Evaluasi) yang akan dilakukan kepada 8 (delapan) rumah sakit yang telah ditunjuk untuk melakukan akreditasi JCI yaitu :

1. RSUP Fatmawati
2. RSPAD Gatot Subroto
3. RSUP Adam Malik
4. RSUP Dr. Sarjito
5. RSUP Sanglah
6. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusudo
7. RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo
8. RSUP Hasan Sadikin

Sedangkan untuk RSCM sendiri telah dijadwalkan pada tanggal 9 – 10 Mei 2012 dengan jadwal sebagai berikut :

Tabel 6.15 Jadwal Kegiatan Monev Depkes

Hari 1	KEGIATAN
09.00 – 09.10	Pembukaan
09.10 – 11.30	Pemeriksaan Dokumen
11.30 – 12.30	Ishoma
12.30 – 15.00	Pemeriksaan ke Lapangan
Hari 2	KEGIATAN
09.00 – 12.00	Pemeriksaan ke Lapangan
12.00 – 13.00	Ishoma
13.00 – 14.00	Exit Conference

Sumber : Milist Akreditasi JCI RSCM April 2012

Untuk teknis pelaksanaannya dibagi menjadi 2 (dua) yaitu: Review Dokumen dan Kunjungan Lapangan.

Kendala Evaluasi

Meskipun metode-metode evaluasi telah di buat dan format-formatnya telah disediakan oleh tim inti Akreditasi JCI RSCM, namun pada pelaksanaannya tidak semulus yang diharapkan.

Berikut beberapa permasalahan yang muncul pada proses evaluasi dan kendalanya:

Tabel 6.16 Evaluasi dan kendalanya

No	Metode Evaluasi	Kendala
1	Tracer	Jadwal <i>Tracer</i> Tim Inti dengan Pokja sering bertabrakan
		Hasil tracer masing-masing pokja tidak semuanya dipublikasikan dalam milist
2	Self Assessment	Penyampaian laporan masing-masing pokja tidak tepat waktu
		Penulisan laporan tidak sesuai dengan format yang diberikan
3	BenchMark	Hasil tracer disampaikan dengan format yang tidak seragam sehingga sulit untuk dibandingkan
4	Rapat Koordinasi	Tidak semua rapat di catat dan dilaporkan
		Jadwal rapat yang seharusnya setiap minggu sering terlewat menjadi 2 minggu atau sebulan sekali
		Padatnya jadwal panitia membuat jadwal rapat tidak sesuai dengan perencanaan awal

Sumber : Milist Akreditasi JCI April 2012

6.5 Milestone Akreditasi JCI

Seorang manajer seringkali mengidentifikasi milestone sebagai sesuatu yang akan dicapai selama pelaksanaan suatu strategi (Besterfiled, 1995). Milestone bisa jadi sebuah peristiwa tertentu, alokasi sumberdaya yang besar hanya atau sekedar bagian dari jumlah tertentu waktu. Sehingga disimpulkan Milestone adalah pencapaian apa saja yang telah didapatkan dalam suatu program kerja.

Milestone dari Proses Akreditasi JCI adalah seberapa jauh masing-masing pokja telah memenuhi standarnya dan berapa pencapaian dari masing-masing pokja. Untuk pengorganisasiannya telah dibuatkan table tersendiri oleh Panitia Akreditasi JCI dalam bentuk *Self Assesment* tabel 6.5 untuk kemudian di kumpulkan dan dihitung secara corporate pencapaian masing-masing pokja yang kemudian akan menjadi pencapaian corporate dari keseluruhan proses akreditasi ini.

“Untuk tim Pokja dokumentasi sudah hampir selesai, namun untuk progress keseluruhan saya perkirakan masih 30%”.(Ketua Pokja FMS)

“Hingga saat ini untuk keseluruhan sudah 50% dan dokumen sudah beres”.(Anggota Pokja FMS)

“Dokumentasi tinggal sedikit lagi selesai hanya butuh waktu untuk duduk bersama dan menyelesaikannya. Namun untuk fasilitas masih dibawah 50% dan implementasi budaya 50%.” .(Staf KMKK)

Pencapaian masing-masing Pokja yang telah di rangkum nantinya akan di informasikan kepada seluruh anggota Akreditasi JCI kedalam milist yang tersedia.

Tabel 6.17 Milestone Akreditasi JCI RSCM

No	Milestone	Bagian/Unit	Chapter	*Ket
1	Pembangunan PKIA	RSCM		sdh
2	Renovasi Laundry	RSCM		blm
3	Pembangunan ICTEC	RSCM		sdh
4	Pembangunan Jalan Khusus Ambulance untuk Klinik Eksekutif 24 jam	Kencana	ACC	sdh
5	Penyediaan Buggy untuk pasien	Kencana	ACC	sdh
6	Penerapan standar pelayanan admission 15-30 Menit	Ged.A	ACC	sdh
7	Penerapan Standar Penerimaan Telepon	Ged.A	ACC	sdh
8	Penyediaan Customer Care	RSCM	ACC	sdh
9	Penyediaan tenaga Case Manager	Ged.A	ACC	sdh
10	Penyediaan tenaga Transporter	Ged.A	ACC	sdh

No	Milestone	Bagian/Unit	Chapter	*Ket
11	Pembentukan Tim Code Blue dan TMRC	Kencana	COP	sdh
12	Pengisian catatan harian terintergrasi	RSCM	COP	sdh
13	Pembentukan Struktur Organisasi Tanggap Darurat	RSCM	FMS	sdh
14	Pemasangan Jalur Evakuasi setiap lantai	RSCM	FMS	sdh
15	Pemasangan Fireproff Door	Kencana	FMS	sdh
16	Pemasangan handrail	RSCM	FMS	sdh
17	Penyediaan APAR	RSCM	FMS	sdh
18	Kalibrasi Alat medis secara berkala	RSCM	FMS	sdh
19	Pemasangan Gelang Identitas	RSCM	IPSG	sdh
20	Pelaksanaan Benar Lokasi, Benar Prosedur, Benar Pasien Operasi	RSCM	IPSG	sdh
21	Pelaksanaan Hand Hygiene	RSCM	IPSG	sdh
22	Pemasangan Poster Edukasi	RSCM	IPSG	sdh
23	Pemasangan Internal Messenger	Kencana	MCI	sdh
24	Pemasangan Signane di setiap sudut	RSCM	MCI	sdh
25	Penyediaan Website dan touch screen media informasi	Kencana	MCI	sdh
26	Pemasangan Direktori RSCM	RSCM	MCI	sdh
27	Penyediaan Tenaga Perawat Edukator	Ged.A	PFE	sdh
28	Pelatihan Bantuan hidup dasar	Kencana	SQE	sdh
29	Pelatihan Komunikasi	RSCM	SQE	sdh
30	Pelatihan Transport pasien	RSCM	SQE	sdh
31	Pemilihan Employee of the month	Kencana	SQE	sdh

Sumber : Presentasi Pencapaian Akreditasi JCI, April 2012

* Keterangan :

- sdg → sedang dalam pengerjaan

- blm→ belum dilakukan tapi sudah diprogramkan Dilakukan pada Bulan November 2012

- sdh→ sudah selesai dilakukan

6.6 Mock Survey JCI

Menurut Gonzales and Company (2012), *Mock Survey* adalah simulasi dari survey yang sebenarnya dengan memberikan nilai yang dilaporkan. Masih menurut Gonzales and Company tujuan utama dari pelaksanaan *mock survey* adalah untuk melatih rumah sakit pada saat proses survey dan memberikan kesempatan yang baik kepada rumah sakit untuk mengetahui kesiapan mereka terhadap survey yang sebenarnya.

“Mock survey adalah survey kecil dari survey yang sebenarnya”.(Ketua Pokja FMS)

“Mock survey seperti survey sebenarnya, tanpa member saran hanya mensurvey dan langsung memberikan penilaian. Mock survey di RSCM dilakukan pada bulan Juni 2012.”.(Tim Pokja FMS)

Menurut JCI *Mock survey* harus direncanakan untuk dilakukan setidaknya 4- 6 bulan sebelum tanggal yang ditetapkan dari survey akreditasi yang sebenarnya.

Untuk *Mock survey* di RSCM akan dilakukan selama 5 (lima) hari yaitu dari tanggal 4 – 8 Juni 2012. Survey ini dilakukan 6 (enam) bulan sebelum Survey Akreditasi / *Full survey* yang akan berlangsung pada bulan November 2012 nanti. Untuk survey ini agenda survey telah dikirimkan oleh Badan Akreditasi JCI. Pada mock survey ini Badan Akreditasi JCI akan mengirimkan 4 (tiga) orang surveyor yang mempunyai spesialisasi masing-masing yaitu:

1. Konsultan Dokter
2. Konsultan Perawat
3. Konsultan Fasilitas

Masing – masing konsultan akan melakukan survey secara terpisah sesuai dengan keahliannya. Untuk hari pertama akan diadakan Konferensi pembukaan

dan Review agenda yang akan dilanjutkan dengan mereview dokumentasi selanjutnya akan dilakukan *tracer* oleh masing – masing konsultan secara terpisah. Setiap harinya pada akhir jadwal akan diadakan pertemuan dengan Koordinator Konsultan untuk mengidentifikasi kebutuhan untuk hari berikutnya dan lain-lain. Pada hari ke 5 (8 Juni 2012) akan dilakukan Presentasi Temuan keluar selama *Mock survey* berlangsung.

Walaupun *mock survey* bukanlah survey yang sebenarnya, namun hasil dari *mock survey* dapat digunakan sebagai panduan mengenai apa saja kekurangan dari rumah sakit yang harus segera diperbaiki untuk menghadapi *Final Assesment* pada bulan November 2012 nanti. Dan mengetahui seberapa jauh progress yang telah di capai dalam menghadapi survey akreditasi atau *full survey* akreditasi JCI.

Demi kesuksesan *mock survey* panitia akreditasi pada tanggal 29 Mei 2012 telah menerbitkan “*Mock Survey Preparation*” yang berisi panduan bagi masing-masing pokja di setiap unit/bagian. Dimana hal - hal yang harus dipersiapkan oleh masing-masing unit/bagian adalah sebagai berikut :

- Semua bagian harus mempelajari dokumen mereka masing-masing
- Sadar akan keberadaan suatu Formulir
- Mempelajari visi, misi dan kualitas dari masing-masing departemen
- Mengatur kembali semua staf agar menjadi staf terbaik dalam tugas, kompetensi dan pengetahuan akan organisasi.

Untuk FMS sendiri ada beberapa hal yang harus di siapkan dalam menghadapi *mock survey* diantaranya:

- Evaluasi tahunan dari perencanaan FMS yang berhubungan dengan resiko lingkungan.
- Tim multi disiplin FMS dan MOM
- Evaluasi konstruksi dan perencanaan (MOM dari evaluasi multi disiplin)

Dari data diatas pekerjaan persiapan yang harus dilakukan dan tersedia adalah sebagai berikut:

- Lingkungan kerja yang bersih dan rapih
- Daftar suhu lengkap dan ter update setiap 2 bulan sekali
- Kartu asset/ stiker untuk semua peralatan medis dan operasional
- Ruang Petugas kebersihan (Janitor Room) – gudang bahan kimia, kain pel dan lain-lain .
- Laporan Kalibrasi dan maintenance peralatan medis
- Pintu Tanda kebakaran
- Arah evakuasi
- Peta evakuasi pada area pelayanan dan non pelayanan pasien

Dengan perluasan informasi mengenai persiapan ini diharapkan semua bagian/unit menjadi lebih siap lagi dalam menghadapi mock survey tersebut.

Khusus untuk Pokja FMS demi mensukseskan hasil *Mock Survey* maka ketua pokja memberlakukan *Mock survey* internal yang dilakukan seminggu sebelum waktu *Mock Survey* JCI. Tujuan dari pelaksanaan ini adalah sebagai evaluasi internal khususnya bagi pokja FMS dalam menghadapi *mock survey* yang sebenarnya, sehingga temuan yang didapatkan pada saat mock survey internal dapat segera diperbaiki sehingga pada saat *mock survey* yang sebenarnya diharapkan tidak ada lagi temuan yang dapat merusak penilaian hasil dari *mock survey* tersebut.

6.7 Survey Akreditasi atau *Full Survey*

Survey Akreditasi atau yang biasa disebut sebagai *Full Survey* dalam istilah JCI adalah survey adalah survey penentuan bagi suatu rumah sakit yang mengajukan sertifikasi JCI. Dimana survey pada survey ini akan ditentukan apakah suatu rumah sakit lulus untuk mendapatkan sertifikasi JCI.

“Survey Akhir akan dilakukan pada bulan Novermber 2012 dan hasil keputusannya akan keluar 15 (lima belas) hari setelah survey berlangsung”.(Ketua Pokja FMS)

“Masing-masing unit/bagian harus menyiapkan dokumentasi/pencatatan yang telah terstandar minimal 4 (empat) bulan kebelakang sebelum survey berlangsung”.(sekeratris Pokja FMS)

Di RSCM survey Akreditasi JCI akan dilangsungkan pada bulan November 2012, yaitu 6 (enam) bulan setelah *Mock survey* dilakukan. Berbeda dengan *Mock Survey*, dimana pihak rumah sakit yang mengajukan proposal mengenai tanggal pengajuan untuk melakukan *mock survey*, maka Pada survey ini Badan Akreditasi JCI yang akan menentukan jadwal Survey Akreditasi akan dilakukan dan untuk RSCM telah ditetapkan pada bulan November 2012 walaupun sampai saat ini Badan Akreditasi JCI belum memberikan agenda survey untuk survey akhir tersebut.

Berdasarkan buku panduan *Survey Process* yang diterbitkan oleh JCI yang secara efektif mulai diberlakukan pada Bulan January 2011, telah diterangkan secara jelas dan mendetail bagaimana proses survey tersebut akan dilaksanakan, dokumen – dokumen apa saja yang diperlukan, bagaimana prosesnya akan berlangsung, siapa yang akan melakukan survey, apa yang akan terjadi pada saat survey berlangsung (waktu pelaksanaan, aktivitas yang akan dilakukan dan lain-lain), panduan diskusi, panduan observasi dan kesimpulannya.

Hampir sama dengan *Mock survey*, agenda Survey Akreditasi akan berlangsung selama 5 (lima) hari dimana pihak JCI sebelumnya akan mengirimkan agenda acara survey akreditasi kepada pihak Rumah sakit. Pada agenda survey akreditasi terdiri dari 18 (delapan belas) kegiatan yaitu:

1. Opening Conference
2. Orientation to the Hospital's Services and the Quality Improvement Plan
3. Document Review
4. Daily Briefing
5. Facility Tour
6. Individual Patient Tracer Activity
7. System Tracer : Medication Management

8. System Tracer : Infection Control
9. System Tracer Improvement Quality and Patient Safety
10. System Tracer : Facility Management Safety system
11. Underteteminde Survey Activities
12. Education Session : Hospital Decision Rules, Scoring Guidelines and Strategic Improvement Plan
13. Staff Qualification Worksheet
14. Close Medical Record Review
15. Leadership Interview
16. Surveyor Team Meeting
17. Surveyor Report Preparation
18. Leadership Exit Conference

Selain dari agenda tersebut diatas rumah sakit juga harus menyiapkan daftar referensi yang memerlukan:

1. Pemantauan Kualitas
2. Perencanaan Rumah Sakit
3. Ketentuan dan Prosedur, Dokumen tertulis atau bylaws

Untuk memudahkan Tim Akreditasi JCI RSCM, maka pihak tim ini telah membagikan semua peserta buku panduan Survey dari JCI. Hal ini agar para ketua dan anggota pokja mengetahui apa-apa saja yang harus mereka persiapkan untuk pelaksanaan survey akreditasi JCI bulan November nanti.

Survey Akreditasi atau *Full Survey* dilakukan pada saat akreditasi awal dan re-akreditasi yang dilakukan setiap 3 (tiga) tahun. Menurut JCI saat kesimpulan survei, temuan – temuan akan dievaluasi dan dibandingkan terhadap persyaratan-persyaratan yang diperlukan untuk akreditasi. Jika hasil survey memenuhi semua persyaratan akreditasi, maka rumah sakit akan menerima status “Terakreditasi”. Selanjutnya rumah sakit akan diminta untuk mengembangkan *Strategic Improvement Plan* (SIP) atau Pengembangan Perencanaan Strategis yang mendefinisikan strategi dan atau pendekatan perbaikan agar standar- standar

ketidapatuhan dan atau *International Patient Safety Goals* ke dalam kepatuhan yang dapat diterima.

Namun jika pada hasil *full survey* ditemukan ada satu atau lebih kondisi yang tidak memenuhi standar akreditasi, masih menurut JCI maka rumah sakit masih ada waktu 90 hari sejak Laporan Temuan Hasil Survey diberikan untuk memperbaikinya sampai standar tersebut terpenuhi. Terpenuhinya persyaratan bisa dilakukan dengan melakukan kunjungan oleh satu atau lebih *surveyor* ke rumah sakit dan kunjungan tersebut diberi nama "*Follow-up focused Survey*".

6.8 Keputusan Akreditasi JCI

Yang dimaksud dengan keputusan akreditasi JCI disini adalah penentuan apakah rumah sakit yang mengajukan sertifikasi JCI telah lulus survey akreditasi dan layak mendapatkan sertifikat JCI. Telah dijelaskan pada Bab 2 mengenai standar kelulusan Akreditasi JCI. Keputusan apakah RSCM lulus atau tidak dalam survey akreditasi akan diinformasikan 15 (lima belas) hari setelah Survey Akreditasi atau *Full Survey* dilaksanakan pada bulan November 2012. Sehingga pada bulan Desember 2012 diharapkan RSCM telah mendapatkan sertifikasi JCI seperti yang telah dicanangkan oleh Depkes RI pada tahun 2010 lalu.

RSCM tentu mengharapkan keputusan yang terbaik dari hasil Survey Akreditasi atau Full survey ini, dikarenakan banyaknya "pengorbanan" yang telah diberikan dan dilakukan pihak rumah sakit dalam rangka mengsucceskan program ini. Hasil "*Fully Met*" tentulah menjadi tujuan utama dari semua usaha yang telah dilakukan 2 tahun kebelakang ini. Namun tentu saja bukan semata hanya status "Terakreditasi" yang dikejar oleh manajemen selama ini, karena status terakreditasi merupakan output dari input dan proses yang dilakukan selama ini, dan dibalik itu ada outcome yang lebih besar.

Banyak manfaat bagi rumah sakit, pasien dan juga pegawai yang akan didatangkan dengan dilakukannya akreditasi JCI di RSCM.

"Karena RSCM adalah rumah sakit rujukan maka tidak akan meningkatkan pendapatan, namun hanya akan menjadikan image RSCM jadi lebih baik".(Wakil Ketua Pokja FMS)

“Tujuan sertifikasi adalah *patient safety* diatur dalam 14 chapter. Semua kegiatan ataupun tindakan atau pelayanan yang dilakukan di rumah sakit sangat mengedepankan keselamatan pasien dan pegawai RS tentunya”.(Sekretaris Pokja FMS)

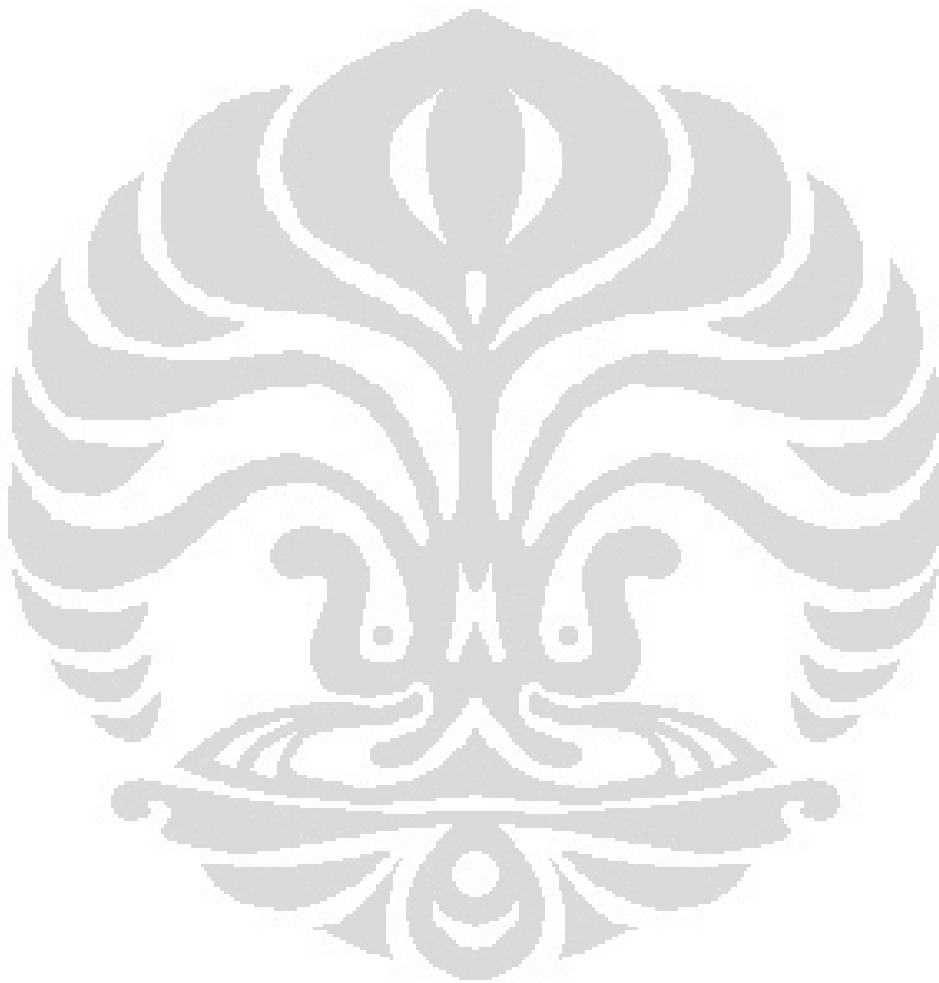
Namun dampak yang diberikan oleh Akreditasi JCI tentunya lebih banyak lagi, hal ini terungkap dari penelusuran data sekunder yaitu *success story* yang diberikan oleh para rumah sakit yang telah sukses melakukan akreditasi JCI dan mendapatkan manfaatnya.

Tabel 6.18 Manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah sakit di beberapa Negara di dunia

No	Nama Rumah sakit	Negara	Manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah sakit
1	Al Ain Hospital (AAH)	Abu Dhabi	Pengalaman Persiapan dan survey Akreditasi memberi AAH dan staf pengetahuan dan alat-alat untuk mengukur dan mempertahankan tambahan di wilayah perbaikan proses, <i>Patient Safety</i> dan peningkatan kualitas
2	National Heart Centre Hospital	Singapore	Peningkatan angka kepuasan pasien
			Lingkungan rumah sakit yang lebih aman bagi pasien dan staf, dan peningkatan kinerja staf
			Peningkatan kinerja staf
3	Na Homolce Hospital	Republik Ceko	Meningkatnya keselamatan pasien
			Meningkatnya kepuasan pasien dan staf
			Peningkatan sistem manajemen rumah sakit
			Struktur Organisasi menjadi lebih kuat
4	OCA Hospital	Mexico	Berkurangnya angka INOK di ICU dan Perinatologi secara drastis dari 6.6% menjadi 3.75% dalam satu tahun (2007-2008)
5	Apollo Hospital	India	Peningkatan angka kunjungan pasien (medical tourism) dari negara-negara maju

Sumber : <http://www.jointcommissioninternational.org> 16 April 2012

Dari pengalaman rumah sakit – rumah sakit di beberapa Negara di atas, RSCM berharap akan mendapatkan manfaat yang sama bahkan lebih jika nantinya berhasil mendapatkan akreditasi JCI pada Desember 2012 nanti.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah disampaikan pada bab sebelumnya dalam skripsi “Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM Tahun 2012” ini, secara umum dapat disimpulkan bahwa pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM telah berjalan optimal namun masih menemukan banyak kendala. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: faktor pendanaan, kurangnya jumlah SDM, percepatan waktu pelaksanaan, dan perubahan kebijakan rumah sakit yang berhubungan dengan pengorganisasian akreditasi JCI.

7.1.1 Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI di RSCM

- a. Dukungan mental yang sangat besar dari manajemen atas sangat membantu meningkatkan semangat seluruh panitia akreditasi JCI.
- b. Banyak terjadi perubahan kebijakan khususnya yang berhubungan dengan pendanaan yang mempengaruhi kebijakan lainnya diluar akreditasi JCI
- c. Percepatan jadwal akreditasi JCI untuk RSCM tanpa didukung oleh pendanaan yang mencukupi.
- d. Pokja FMS memerlukan dana yang besar terkait dengan penyediaan fasilitas fisik rumah sakit
- e. Proses *Preparation* adalah proses yang memakan waktu yang paling panjang dalam akreditasi JCI di RSCM.
- f. Metode *tracer* dilakukan bukan hanya oleh tim *surveyor* JCI namun juga oleh Panitia akreditasi JCI RSCM sebagai upaya evaluasi internal.

- g. Telah banyak pencapaian yang telah dilakukan oleh RSCM selama proses akreditasi JCI dilakukan.
- h. Hal yang paling diharapkan dari sertifikasi adalah perubahan citra rumah sakit menjadi lebih baik.

7.1.2 Progres pencapaian Akreditasi JCI di RSCM

- a. Masih banyak kekurangan SDM untuk mendukung kepanitian akreditasi JCI hal ini menyebabkan keterlambatan proses penyiapan dokumen untuk akreditasi.
- b. Terjadi kenaikan kinerja pegawai RSCM sejak diberlakukannya sistem Penilaian Kerja dan Sistem Remunerasi.
- c. Masih banyak permasalahan khususnya yang berhubungan dengan lingkungan eksternal rumah sakit yang ditemukan dalam keseharian kegiatan operasional RSCM.
- d. Masih banyak “temuan” yang dilaporkan dari hasil *tracer* baik yang dilakukan oleh panitia inti akreditasi JCI ataupun masing-masing pokja.
- e. Untuk implementasi yang berhubungan dengan penyediaan fasilitas fisik masih belum dapat dilakukan dikarenakan belum tersedianya dana.
- f. Telah dilakukan *Benchmark* ke 3(tiga) rumah sakit di Singapura.
- g. Pada awal Mei 2012 telah dilaksanakan program monitoring evaluasi dari Depkes RI.

7.1.3 Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Akreditasi JCI di RSCM

- a. Pengaturan waktu antara mengerjakan tugas untuk akreditasi JCI dan tugas harian menyebabkan keterlambatan dalam proses pembuatan SOP, Kebijakan dan IK.

- b. Masih banyak program yang tertunda untuk dilakukan dikarenakan belum tersedianya dana.
- c. Belum semua karyawan mengetahui manfaat dari akreditasi.
- d. Posisi rumah sakit sebagai pusat rujukan nasional dan karena berada diantara lingkungan padat penduduk.
- e. Jadwal tracer antara panitia inti akreditasi JCI dengan masing-masing pokja tidak dikoordinasikan dengan baik sehingga bertabrakan.
- f. Implementasi program-program banyak yang tertunda menunggu keluarnya dana.
- g. Kendala evaluasi :
 - *Tracer* → Jadwal tidak terkoordinasi dengan baik dan hasil tracer tidak dipublikasikan dalam milist.
 - *Self Assessment* → Penyampainan laporan yang tidak tepat waktu dan penulisan tidak sesuai format yang ditentukan.
 - *Benchmark* → Penyampaian hasil laporan dengan format yang tidak seragam.
 - Rapat Koordinasi → Tidak semua terdokumentasi dengan baik, Jadwal rapat tidak sesuai dengan jadwal yang ditetapkan awal dan padatnya jadwal panitia.

7.2 Saran

Sesuai dengan hal-hal yang terkait dengan belum optimalnya pengorganisasian akreditasi JCI di RSCM, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

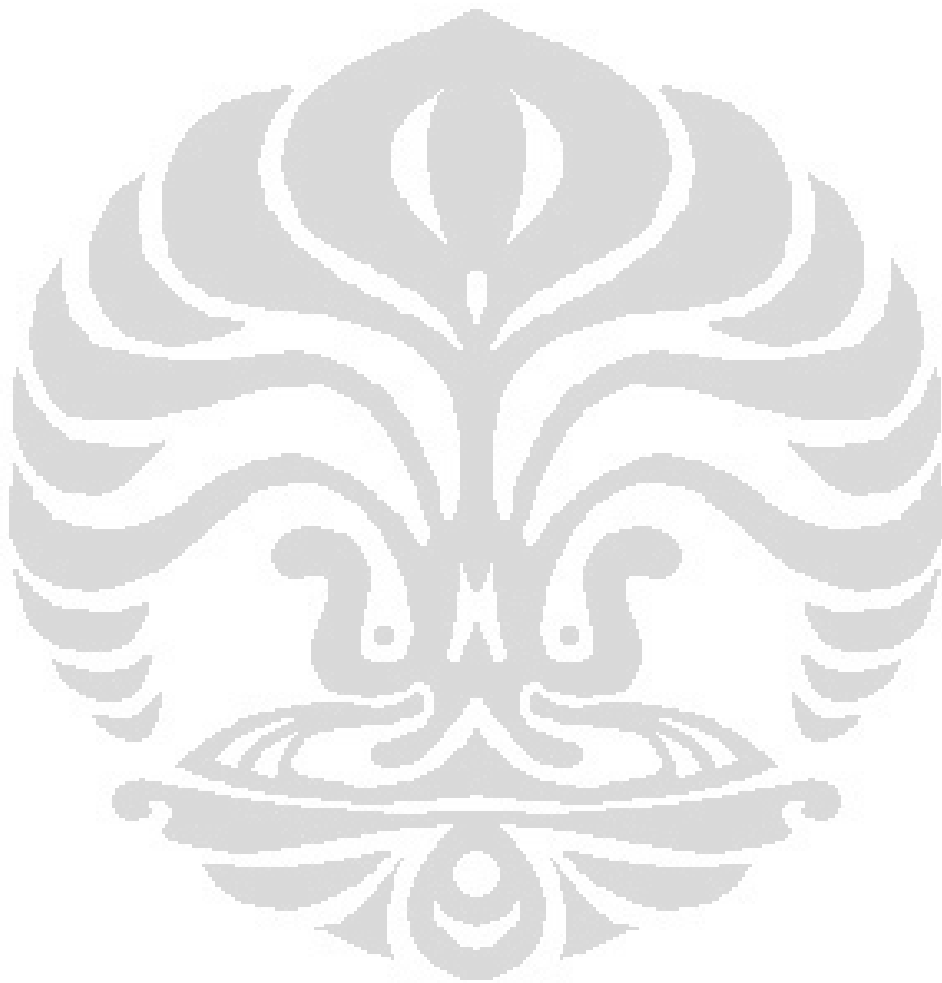
7.2.1 Bagi Manajemen RSCM

- a. Pihak rumah sakit sebelum melakukan Akreditasi JCI sebaiknya dapat melakukan akreditasi ISO 9001 ke beberapa unit terlebih dahulu yang dirasakan penting untuk memudahkan pada saat pelaksanaan akreditasi JCI.
- b. Pengelolaan dana lebih bijak yang lebih mengutamakan untuk pembiayaan program – program yang berhubungan langsung dengan standar yang berada dalam *Patient Centered Functions*.
- c. Pengaturan pembagian tugas pekerjaan sehari-hari antara panitia akreditasi dengan staf yang tidak menjadi panitia sehingga staf yang menjadi panitia tidak merasa terlalu terbebani oleh jadwal akreditasi dan merasa terbantu oleh staf lain yang bukan anggota kepanitiaan.
- d. Pembuatan, Pengaplikasian dan Pengawasan pelaksanaan SPO yang mendetails dan harus selalu disosialisasikan untuk satuan pengamanan (Satpam) menjelaskan bagaimana penanganan permasalahan yang berhubungan dengan: pasien, pengunjung, masyarakat sekitar. Sehingga dapat menjadi panduan mereka dalam penanganan masalah keamanan dan ketertiban lingkungan rumah sakit.

7.2.2 Bagi Panitia Akreditasi JCI

- a. Memberikan aturan yang jelas mengenai pendokumentasian baik hasil laporan dan notulensi yang mudah dimengerti dan dilakukan oleh masing-masing pokja
- b. Kontrol yang lebih melekat ke masing-masing pokja mengenai tenggat waktu yang harus ditaati dalam penyelesaian setiap tahapan.
- c. Penerapan sistem sosialisasi yang lebih efektif yang mudah diterima dan diingat oleh para staf dan karyawan rumah sakit tentang manfaat akreditasi bagi Rumah sakit, pasien dan karyawan

sehingga dapat menumbuhkan rasa kerjasama untuk mencapai kesuksesan kegiatan akreditasi JCI.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi dan Cipi Sarifuddin (2004). *Evaluasi Program Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Akhil Tandulwadikar and Rajeshwer Chigullapalli. (2012, Feb 23). World-class via Accreditations. *Asian Hospital & Healthcare Management. Current Issue in Healthcare Management*. Februari 23, 2012.
http://www.asianhnm.com/healthcare_management/healthcare_accreditations.htm
- Bimbingan Teknis Akreditasi Rumah Sakit Standar Internasional. (2012, April). *Buletin BUK. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan*, Edisi II.
- Curtis, Floys Dan B, James J., Dan Winsor and Jerry L. (2004). *Komunikasi Bisnis dan Profesional* (Nanan Kandagasari, Rina Komara & Yetty Pudjiyanti, Penerjemah). Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Crosby. P (1979). *Quality is Free*. New York: McGraw-Hill Book Company
- Dubai Healthcare City Appoints JCI for Accreditation of Middle East Hospitals (2007,Mar 21). *PR Newswire - USNewswire*
- Dale H. Besterfield, Carol Besterfield-McIha, Glen H. Besterfield & Mary Besterfield-Sacre. (1997). *Total Quality Management*. New Jersey: Prentice Hall.
- Denzin, N.K & Lincoln, Y.S (2000). *Handbook of Qualitative Research (Second Edition)*. London: Sage Publication Inc.
- Dannimio (November 11, 2010). Definisi Pengorganisasian menurut para ahli.
<http://id.shvoong.com/writing-and-speaking/copywriting/2073164-definisi-pengorganisasian-menurut-para-ahli/#ixzz1xdWaTSQj>

- Departemen of Publications Joint Commission Resources. (2010). *The life safety book, A guide to using the Joint Commission Life Safety chapter and the statement of conditions*. Illinois : Joint Commission International Accreditation.
- Fraterman, A, Kayihan, I and Koser, RM; et al. (2006, Jun). *ISO 15189 accreditation in medical laboratories: An institutional experience by Acibadem Labmed Clinical Laboratories from Turkey Unsal*. Clinical Chemistry, suppl. AACC Annual Meeting 52. : A151
- Goel, S.L & Kumar, P, & C.P.Thakur. (2002). *Management of hospitals, Hospital administration in the 21st Century*. New Delhi, India : Deep & Deep Publications PVT.LTD.
- Goldbach, Alyssa R. West, Daniel J.Jr (2010). *Medical Tourism: A New Venue pf Healthcare*. Journal of Global Business Issues. United States: Burbank
- Gaspersz, Vincent (2005). *ISO 9001 : 2000 and continual quality improvement*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Hassan, Dia.K. 2006. *Measuring Quality Performance in Health Care : The Effect of Joint Commission International Standards on Quality Performance*. Disertasi. Beirut : Walden University of Beirut.
- Hasibuan S.P (2005). *Manajemen Dasar, Pengertian, dan Masalah*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Henry Fayol (1984) Revised by Irwin Gray. *General and Industrial Management*. London : Pitman
- Hafizurrachman, M (2008). *A to Z Manajemen Mutu di RS*. Materi kuliah Manajemen Mutu.
- Henry Simamora (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia (Edisi 3)*. Yogyakarta: STIE YKPN

Indah. F (2012). Pengertian dan Definisi Organisasi Menurut Para Ahli.
http://carapedia.com/pengertian_definisi_organisasi_menurut_para_ahli_info484.html

ISO 9000, 9001, and plain English definitions, Februari 2, 2012.
<http://praxiom.com/iso-definition.htm>

JCAHO to lead world effort to fight medical errors (Oct, 2005). *Physical Fitness And Hygiene, Health Facilities And Administration*. Trade Journal. Chicago : Health Care Strategic Management

Johnson. R.A, Kast. F. E & Rozenzweig. J.E (1963). *The Theory and Management System*. New York : McGraw-Hill Book Company.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1195/MENKES/SK/VIII/2010 tentang Lembaga / Badan Akreditasi Rumah Sakit Bertaraf Internasional.

Keputusan Rektor Universitas Indonesia Nomor: 628/SK/R/UI/2008 tentang Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia". 16 Jun 2008. www.ui.ac.id/download/files/Pedoman-TAUI%20-SK-Rektor-2008.pdf

Keckley, P., & Underwood, H (2007). Medical Tourism : Consumers In Search of Value. *Journal of Deloitte Center For Health Solutions*. Washington, DC

Kenny, Mary (2011, Mar 18). Bon Secours Dublin now accredited under new JCI standards. *Irish Medical Times* 45. P.8

Maria, R., & Aviles, M.A. (2010). *Hospital Survey Process Guide 4th Edition*. Joint Commission International Accreditation. Illinois : Departemen of Publications Joint Commission Resources.

Mafraq hospital gets JCI accreditation (2012, Jan 4). *MENA Report*. London

Matthias Aroef & Jusma Syafii Jamal (2009). *Grand Tecno – Economic Strategy*. Jakarta : Hikmah (Mizan Group).

Manullang .M. (1994). *Management Personalia*. Jakarta : Ghalia Indonesia

Mock Survey Preparing for accreditation, Mei 29 2012.
<http://www.gonzalesandcompany.com/pdf/A%204%20%20Mock%20Survey.pdf>

Milist Panitia Akreditasi JCI RSCM (2012, April – Mei)
JCI_RSCM@yahoo.com

Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Pfiffner.M & Sherwood.P (1960). *Administrative Organization*. Indiana : Prentice Hall

Pengembangan rumah sakit Indonesia kelas dunia. (2010, Nov 27). *Warta Yanmed*.
Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Kesehatan Kementerian Kesehatan ,
Edisi XXIII.

Quality management principles. Februari 2, 2012. <http://www.iso.org/iso/qmp>

Ratcliffe. R.L (2009). *North American Perspectives, Re-engineering hospital accreditation*. Clinical Governance: An International Journal. New York : Emerald Group Publishing Limited.

Rekapitulasi penilaian dan hasil survey akreditasi rumah sakit di Indonesia Januari sampai dengan Maret 2012. Maret 26, 2012. <http://kars.or.id/cgi-sys/download&gid=103&Itemid=75>

Sekilas tentang mutu. Februari 3, 2012. <http://www.infoskripsi.com/Article/Sekilas-tentang-Mutu.html>

Sabatier, Paul. (1986). *Top – Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research*. Journal of Public Policy.

Wiley .J (1973). Information The American Medical Association in accredited by the Accreditation Council

Yin, Siu Lee. (2005, Oct - dec). The NUH Nursing department JCI accreditation journey. *Singapore nursing journal*. Vol 32. No. 4, 42 – 49.

Zhong, Karl (2010, Feb 10). TOP STORIES; Shanghai's Huashan hospital gets JCI accreditation. *China Pharmaceuticals & Health Technologies Weekly*. Hongkong



MATRIKS RANGKUMAN WAWANCARA MENDALAM

Informan :

1. Ketua Pokja FMS → I1
2. Wakil Ketua Pokja FMS → I2
3. Staf KMKK → I3
4. Sekretaris Pokja FMS → I4
5. Staf KMKK → I5

No	Pertanyaan	I1	I2	I3
Pemahaman tentang Akreditasi JCI				
1	Bagaimana pemahaman tentang Akreditasi JCI dari mulai Persiapan (Feb 2011) dan sesudah persiapan Akreditasi (Apr 2012)	Akreditasi memberi dampak yang sangat signifikan sejak dilakukannya Gong pertama kali "Goes to JCI"	Sangat baik, Akreditasi memberikan dampak yang sangat positif kepada RS	Baik, karena pada dasarnya basic dari JCI adalah safety
	Apakah Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah Sakit?	Meningkatkan citra rumah sakit	Karena RSCM adalah rumah sakit rujukan maka tidak akan meningkatkan pendapatan, namun hanya akan menjadikan image RSCM jadi lebih baik	Meningkatkan safety bagi rumah sakit
	Apakah Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Karyawan?	Meningkatkan kesejahteraan karyawan	Menambah pengetahuan k, sehingga menjadi aryawan jadi tahu standar-standar yang seharusnya dipakai	Selain safety bagi rumah sakit tentunya juga safety untuk karyawan

No	Pertanyaan	I1	I2	I3
	Apakah Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Pasien?	Untuk keselamatan Pasien	Meningkatkan kualitas pelayanan	Terutama untuk pasien, dari akreditasi impactnya akan meningkatkan safety pasien
2	Dari mana informasi tentang JCI didapatkan?	Pelatihan, Internet dan Depkes	Depkes dan Pelatihan	Dari pelatihan dan internet
Dukungan yang didapatkan untuk Akreditasi				
3	Dalam tugas, apakah perlu mendapatkan dukungan? Ya/Tidak	Ya	Ya	Ya
4	Bila Iya dukungan apa dan dari siapa yang diharapkan?	Dari semua pihak baik dari panitia ataupun dari manajemen atas	Semua karyawan, Direktorat dan Depkes	Secara finansial kurang disupport karena menganggap safety bukan no. 1 sehingga untuk pendanaan masih menunggu
5	Pada saat melaksanakan kegiatan, apakah dukungan yang didapat masih dirasakan kurang? Ya/Tidak	Ya	Ya	Ya
	Bila Iya, dalam hal apa?	Dukungan dari semua pihak	Pendanaan	Konsultan yang tau persis mengenai FMS

No	Pertanyaan	I1	I2	I3
Pengorganisasian FMS JCI				
6	Bagaimana pembagian tugas kepada pokja-pokja yang ada	Sesuai dengan SK yang diberikan oleh Dirut	Misalnya untuk B3 di handle oleh bagian sanitasi dan pemeliharaan oleh bagian teknik	Telah dibagi dari awal oleh management sesuai dengan keahlian masing-masing
7	Bagaimana mengenai Initial Survey	Dilakukan 6 bulan sebelum perparation pada bulan juli 2011	Survey awal untuk mengetahui gambaran dalam penilaian dan kondisi yang ada	Initial survey dilakukan oleh JCI sebelum preparation
	Bagaimana mengenai Mock Survey	Mock survey adalah survey kecil dari survey yang sebenarnya atau Maket	Untuk menilai dari rekomendasi initial survey apakah sudah dilaksanakan dan sekaligus menilai kembali kondisi yang ada	Mock survey seperti survey sebenarnya,tanpa memberi saran hanya mensurvey dan langsung memberikan penilaian. Mock survey dilakukan bulan Juni 2012 oleh Tim JCI, jika ditemukan adanya kesalahan Major maka final assesment tidak akan dilakukan sehingga diperpanjang 6 bulan lagi

No	Pertanyaan	I1	I2	I3
	Bagaimana Preparation mengenai	Preparation dimulai dari Pembentukan Panitia - Pembuatan SPO & IK, Implementasi dan evaluasi	Persiapan dilakukan dengan menyiapkan dokumen-dokumen yang harus ada seperti Kebijakan, SOP dan IK, kemudian melengkapi kebutuhan dilapangan	Preparation dilakukan sejak Bulan Feb 2011, dimulai dari persiapan dokumen seperti SOP dan IK
	Bagaimana tentang Tracer	Setiap chapter punya jadwal sendiri. Untuk FMS telah melakukan tracer untuk 21 gedung dalam 2 minggu	Melakukan penilaian terhadap kondisi yang ada dilapangan sehingga diketahui Gap yang ada dengan dibuat rekomendasi untuk dilakukan perbaikan sesuai rekomendasi	Tracer dilakukan secara berkala baik oleh panitia akreditasi JCI (UPJM) maupun oleh masing-masing Pokja
	Bagaimana Implementasi tentang	Untuk FMS implementasi semua dilakukan berbarengan dengan evaluasi dan tidak khusus karena prosesnya tidak mungkin diberhentikan	Melaksanakan apa yang menjadi temuan baik oleh Tim JCI ataupun oleh tim dalam RSCM yang berkaitan dengan JCI	Saat ini proses implementasi dilakukan bertahap sesuai dengan skala prioritas, dimulai dengan sosialisasi program terlebih dahulu
	Bagaimana Evaluasi mengenai	Evaluasi dilakukan secara internal baik dengan tracer maupun dengan meeting-meeting rutin	Evaluasi dilakukan apakah kegiatan sudah/belum terlaksana dan berapa persen dan apa kendalanya	Evaluasi dilakukan dengan tracer namun juga dilakukan secara berkala setiap ada temuan maka akan langsung dibicarakan saat rapat rutin

No	Pertanyaan	I1	I2	I3
Kendala - kendala yang dihadapi				
8	Selama pengelolaan kegiatan persiapan akreditasi JCI khususnya pokja FMS, kendala apa saja yang sering ditemui?	1. Budaya: walau sudah dilakukan transformasi budaya namun tidak semudah itu berubah. 2. Dana : sangat terbatas 3. Menyakinkan orang tentang manfaat JCI	Kurang menunjangnya fasilitas bangunan rumah sakit, Budaya dan pendanaan	Perubahan Budaya : belum mau berubah dan masih menempatkan safety bukan pada no.1. safety selama ini hanya dianggap sebagai saran
9	Bagaimana mengatasi kendala - kendala yang ada tersebut	Perlu adanya kerja keras untuk mengedukasi tentang pentingnya akreditasi JCI dan manfaatnya bagi semua. Melakukan skala prioritas tentang peralatan mana yang harus di maintenance, diganti atau diberikan kepada pihak ke- tiga.	Untuk Bangunan : karena peninggalan Belanda jadi perlu usaha untuk merubahnya, Budaya : Perubahan budaya, krn selama ini budaya PNS (kerja tanpa motivasi dan standar yang tidak jelas) belum dirasakan adanya perubahan budaya. Budaya tidak mudah membangun bangunan karena memerlukan pengawasan dan perlu waktu. Untuk pendanaan : Dengan berkoordinasi dengan pihak terkait termasuk dengan perbendaharaan dalam hal dana	Edukasi tentang pentingnya safety di akreditasi JCI

No	Pertanyaan	I1	I2	I3
Progres Akreditasi JCI khususnya Pokja FMS				
10	Sampai dengan saat ini (April 2012) sudah sejauh mana progress yang dilakukan oleh Tim Pokja FMS JCI terhadap perencanaan awal ?	Untuk dokumen sudah hampir selesai, namun keseluruhan 30%	Pembuatan dokumen kebijakan, SOP dan IK, melakukan tracer ke unit kerja, menindaklanjuti hasil tracer	Hingga saat ini untuk keseluruhan sudah 50% dan dokumen sudah beres
Saran				
11	Saran apa yang diberikan agar kegiatan akreditasi JCI di RSCM dapat berjalan lancar	Agar semua pihak dapat terlibat dan memahami pentingnya manfaat akreditasi bagi rumah sakit	Karena berkaitan dengan fasilitas maka yang sangat diperlukan adalah dana.	SPO yang ada di unit-unit tidak perlu dirubah cukup itu saja yang dipakai. Untuk safety membutuhkan SPO safety yang terdapat di kemenaker

No	Pertanyaan	I4	I5
Pemahaman tentang Akreditasi JCI			
1	Bagaimana pemahaman tentang Akreditasi JCI dari mulai Persiapan (Feb 2011) dan sesudah persiapan Akreditasi (Apr 2012)	Akreditasi JCI adalah akreditasi internasional rumah sakit, mencakup 14 chapter yang akan di audit untuk mendapatkan sertifikat JCI salah satunya FMS.	pengelolaannya dengan sistem tinjau - review - evaluasi
	Apakah Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah Sakit?	Tujuan sertifikasi adalah patient safety diatur dalam 14 chapter. Semua kegiatan ataupun tindakan atau pelayanan yang dilakukan di rumah sakit sangat mengedepankan keselamatan pasien & pegawai RS tentunya	kita itu seperti lose some, gain some. Dikarenakan sudah banyak keluar dana, pikiran diharapkan Reputasi rumah sakit jadi naik walaupun ini adalah rumah sakit pemerintah. Perubahan image
	Apakah Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Karyawan?	Kesejahteraan dan keselamatan karyawan juga menjadi perhatian	Bagi Karyawan akan leboh dilihat oleh orang diluar rumah sakit dengan adanya budaya perubahan.
	Apakah Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Pasien?	Menurunkan angka kecelakaan dengan "patient safety" mengelola rumah sakit dengan meminimalkan resiko	perlindungan bagi pasien
2	Dari mana informasi tentang JCI didapatkan?	Dari TOT (Training of Trainer)	Dari Internet, pelatihan dan dari penjelasan atasan.

No	Pertanyaan	I4	I5
Dukungan yang didapatkan untuk Akreditasi			
3	Dalam tugas, apakah perlu mendapatkan dukungan? Ya/Tidak	Ya	Ya
4	Bila Iya dukungan apa dan dari siapa yang diharapkan?	Support dari direksi agar lebih meluangkan waktu untuk rapat-rapat koordinasi	Bantuan finansial dari depkes. Support dari para frontliner (perawat & dokter) pengetahuannya kurang masih banyak yang belum mengimplementasikan program JCI, belum mengerti tentang manfaat JCI bagi mereka
5	Pada saat melaksanakan kegiatan, apakah dukungan yang didapat masih dirasakan kurang? Ya/Tidak	Ya	Tidak, Karena mendapatkan dukungan dar Tim UPJM dan atasan
	Bila Iya , dalam hal apa?	Kurangnya SDM dan waktu kerja banyak yang terpakai untuk kepanitiaan	
Pengorganisasian FMS JCI			
6	Bagaimana pembagian tugas kepada pokja-pokja yang ada	Fungsi FMS mengatur 6 fokus area Hazmat, ERP, Medical Equipment, Utility System dan Fire and Safety	Pembagian berdasarkan besarnya beban kerja dari masing-masing pokja. Satu orang bertanggung jawab terhadap 2-3 pokja dari 14 pokja yang ada

No	Pertanyaan	I4	I5
7	Bagaimana mengenai Initial Survey	Dilakukan pada th 2011 lalu, survey sebelum proses persiapan akreditasi dilakukan	Proses penilaian awal, saat itu tidak terlibat langsung, banyak PR bagi RSCM saat itu
	Bagaimana mengenai Mock Survey	Survey yang akan dilakukan bulan Juni tahun ini	Kurang tau, apakah program penancangan RSCM ataukan kriteria dari JCI. Tapi itu adalah survey pendahuluan sebelum survey yang sebenarnya. Tim survey didatangkan langsung dari JCI Internasional
	Bagaimana mengenai Preparation	Sudah dalam tahap implementasi untuk beberapa bagian.	Urutannya : Pembentukan panitia - Transisition dokumen - analysis gap - Pembuatan SOP dan IK - Penyiapan fasilitas, kebudayaan. Dilakukan secara berbarengan tidak melenceng dari buku panduan JCI
	Bagaimana tentang Tracer	Untuk FMS belum lama ini telah dilakukan tracer selama 2 minggu yang dibuat oleh tim sendiri. Namun ada juga tracer yang dibuat oleh tim akreditasi	Tracer dilakukan melalui pengumuman yang diberikan oleh Tim JCI dan pokja masing - masing ke ketua pelaksana dilapangan.

No	Pertanyaan	I4	I5
	Bagaimana Implementasi tentang	Sejauh ini tim sudah membuat planning dalam bentuk FMS Plan (didalamnya mencakup 6 fokus area) dan masing-masing PJ gedung sudah melakukan perbaikan sesuai temuan Dave Kitchin (initial assesment - perbaikan yang tidak memerlukan biaya banyak)	Saat ini sedang dalam tahap implementasi, namun perbagian
	Bagaimana Evaluasi mengenai	Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode tracer. Ada berbagai macam kegiatan FMS Tracer ke semua gedung dan Ronde Management. Semua hasil evaluasi di bahas dalam Rapimtas dan melalui milis	Evaluasinya bisa dari tinjauan laporan insiden, evaluasi berkala (per bulan atau per triwulan)
Kendala - kendala yang dihadapi			
8	Selama pengelolaan kegiatan persiapan akreditasi JCI khususnya pokja FMS, kendala apa saja yang sering ditemui?	Guidelines masih sangat minim	Dana dan Menyatukan semua "Kepala" karena banyaknya orang lapangan dan manajemen dokumentasi masih dinilai kurang

No	Pertanyaan	I4	I5
9	Bagaimana mengatasi kendala - kendala yang ada tersebut	sehingga harus menelaah sendiri apa yang sebenarnya diminta dalam akreditasi dan mencari referensi lain	Dana : Memprioritaskan mana yang penting dilakukan dengan dana yang ada. SDM : Pemberian dateline
Progres Akreditasi JCI khususnya Pokja FMS			
10	Sampai dengan saat ini (April 2012) sudah sejauh mana progress yang dilakukan oleh Tim Pokja FMS JCI terhadap perencanaan awal ?	Agak sulit dijelaskan, dulu hanya mengurus dokumen namun sekarang sudah implementasi masih banyak yang belum dilakukan karena anggaran belum turun	Dokumentasi tinggal sedikit lagi selesai hanya butuh waktu untuk duduk bersama dan menyelesaikannya. Untuk Fasilitas masih dibawah 50% dan implementasi budaya 50%
Saran			
11	Saran apa yang diberikan agar kegiatan akreditasi JCI di RSCM dapat berjalan lancar	Pertemuan rutin harus lebih intens lagi dan penambahan SDM	Agar Tim FMS dapat meluangkan waktu sehari/dua hari untuk fokus mengerjakan dokumen.



**PEDOMAN WAWANCARA
GAMBARAN PENGORGANISASIAN AKREDITASI JCI
KHUSUSNYA POKJA FMS
RSCM JAKARTA TAHUN 2012**

INFORMAN 1 : KETUA POKJA FMS

KETERANGAN WAWANCARA

Hari/tanggal/jam :

Tempat :

IDENTITAS SUBJEK

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Jabatan :

Lama Bekerja :

No. HP :

RESPONDEN : TIM AKREDITASI JCI RSCM (UPJM)

Setelah saudara/I mengikuti proses persiapan Akreditasi JCI sejak Februari 2011 (sejak Tim Akreditasi JCI RSCM dibentuk) s/d April 2012, maka saudara/i:

1. Bagaimana pemahaman Bapak/Ibu tentang Akreditasi JCI dari mulai persiapan Akreditasi (Maret 2010) dan sesudah persiapan Akreditasi (April 2012)?
 - Tujuan dan manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah Sakit :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Karyawan :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Pasien :
2. Dari manakah Bapak mendapat informasi yang lebih mendetail mengenai AKreditasi JCI?
 - a. Departemen Kesehatan Ya/Tidak
 - b. Pelatihan Ya/Tidak
 - c. Mempelajari sendiri dari Media Informasi Ya/Tidak
 - d. RS Lain yang sudah mendapatkan Akreditasi JCI Ya/Tidak

Sumber lainnya : e.....

f.....

3. Dalam tugas, apakah saudara perlu mendapat dukungan? Ya/Tidak

Berikan alasan :.....

4. Bila ya dukungan apa dan dari siapa yang saudara harapkan?

5. Dalam melaksanakan kegiatan saudara, apakah dukungan diatas masih dirasakan kurang?
Bila ya, dalam hal apa?

Berikan penjelasan.

6. Dalam melaksanakan langkah-langkah kerja Tim Akreditasi JCI bagaimana caranya saudara melakukan pembagian tugas kepada Pokja-pokja yang ada?

Berikan penjelasan.

7. Apa yang anda ketahui mengenai tahapan – tahapan berikut dalam JCI?

- a. Initial Survey

Berikan penjelasan

- b. Mock Survey

Berikan penjelasan

- c. Preparation

Berikan penjelasan

- d. Tracer

Berikan penjelasan

- e. Implementation

Berikan penjelasan

- f. Evaluasi

Berikan penjelasan

8. Selama pengelolaan kegiatan persiapan akreditasi JCI khususnya Pokja FMS, kendala-kendala apa saja yang ditemui?

Berikan penjelasan.

9. Bagaimana cara Tim Akreditasi Pokja FMS JCI mengatasi kendala tersebut?

Berikan penjelasan.

10. Saat ini (April 2012) sudah sejauh mana progress yang dilakukan oleh Tim Pokja FMS JCI terhadap perencanaan awal dalam persentase?

Berikan penjelasan.

11. Dari pengalaman saudara melakukan kegiatan persiapan Akreditasi JCI khususnya Tim Pokja FMS apa saran saudara agar kegiatan Akreditasi JCI ini dapat berjalan lancar?



**PEDOMAN WAWANCARA
GAMBARAN PENGORGANISASIAN AKREDITASI JCI
KHUSUSNYA POKJA FMS
RSCM JAKARTA TAHUN 2012**

INFORMAN 2 : WAKIL KETUA POKJA FMS

KETERANGAN WAWANCARA

Hari/tanggal/jam :

Tempat :

IDENTITAS SUBJEK

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Jabatan :

Lama Bekerja :

No. HP :

RESPONDEN : TIM POKJA FMS

Setelah saudara/I mengikuti proses persiapan Akreditasi JCI sejak Februari 2011 (sejak Tim Akreditasi JCI RSCM dibentuk) s/d April 2012, maka saudara/i:

1. Bagaimana pemahaman Bapak/Ibu tentang Akreditasi JCI dari mulai persiapan Akreditasi (Maret 2010) dan sesudah persiapan Akreditasi (April 2012)?
 - Tujuan dan manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah Sakit :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Karyawan :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Pasien :
2. Dari manakah Bapak mendapat informasi yang lebih mendetail mengenai AKreditasi JCI?
 - a. Departemen Kesehatan Ya/Tidak
 - b. Pelatihan Ya/Tidak
 - c. Mempelajari sendiri dari Media Informasi Ya/Tidak
 - d. RS Lain yang sudah mendapatkan Akreditasi JCI Ya/Tidak

Sumber lainnya : e.....

f.....

3. Dalam tugas, apakah saudara perlu mendapat dukungan? Ya/Tidak

Berikan alasan :.....

4. Bila ya dukungan apa dan dari siapa yang saudara harapkan?

5. Dalam melaksanakan kegiatan saudara, apakah dukungan diatas masih dirasakan kurang?
Bila ya, dalam hal apa?

Berikan penjelasan.

6. Dalam melaksanakan langkah-langkah kerja Tim Akreditasi JCI bagaimana caranya saudara melakukan pembagian tugas kepada Pokja-pokja yang ada?

Berikan penjelasan.

7. Apa yang anda ketahui mengenai tahapan – tahapan berikut dalam JCI?

- a. Initial Survey

Berikan penjelasan

- b. Mock Survey

Berikan penjelasan

- c. Preparation

Berikan penjelasan

- d. Tracer

Berikan penjelasan

- e. Implementation

Berikan penjelasan

- f. Evaluasi

Berikan penjelasan

8. Selama pengelolaan kegiatan persiapan akreditasi JCI khususnya Pokja FMS, kendala-kendala apa saja yang ditemui?

Berikan penjelasan.

9. Bagaimana cara Tim Akreditasi Pokja FMS JCI mengatasi kendala tersebut?

Berikan penjelasan.

10. Saat ini (April 2012) sudah sejauh mana progress yang dilakukan oleh Tim Pokja FMS JCI terhadap perencanaan awal dalam persentase?

Berikan penjelasan.

11. Dari pengalaman saudara melakukan kegiatan persiapan Akreditasi JCI khususnya Tim Pokja FMS apa saran saudara agar kegiatan Akreditasi JCI ini dapat berjalan lancar?



**PEDOMAN WAWANCARA
GAMBARAN PENGORGANISASIAN AKREDITASI JCI
KHUSUSNYA POKJA FMS
RSCM JAKARTA TAHUN 2012**

INFORMAN 3 : SEKRETARIS POKJA FMS

KETERANGAN WAWANCARA

Hari/tanggal/jam :

Tempat :

IDENTITAS SUBJEK

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Jabatan :

Lama Bekerja :

No. HP :

RESPONDEN : TIM POKJA FMS

Setelah saudara/I mengikuti proses persiapan Akreditasi JCI sejak Februari 2011 (sejak Tim Akreditasi JCI RSCM dibentuk) s/d April 2012, maka saudara/i:

1. Bagaimana pemahaman Bapak/Ibu tentang Akreditasi JCI dari mulai persiapan Akreditasi (Maret 2010) dan sesudah persiapan Akreditasi (April 2012)?
 - Tujuan dan manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah Sakit :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Karyawan :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Pasien :
2. Dari manakah Bapak mendapat informasi yang lebih mendetail mengenai AKreditasi JCI?
 - a. Departemen Kesehatan Ya/Tidak
 - b. Pelatihan Ya/Tidak
 - c. Mempelajari sendiri dari Media Informasi Ya/Tidak
 - d. RS Lain yang sudah mendapatkan Akreditasi JCI Ya/Tidak

Sumber lainnya : e.....

f.....

3. Dalam tugas, apakah saudara perlu mendapat dukungan? Ya/Tidak

Berikan alasan :.....

4. Bila ya dukungan apa dan dari siapa yang saudara harapkan?

5. Dalam melaksanakan kegiatan saudara, apakah dukungan diatas masih dirasakan kurang?
Bila ya, dalam hal apa?

Berikan penjelasan.

6. Dalam melaksanakan langkah-langkah kerja Tim Akreditasi JCI bagaimana caranya saudara melakukan pembagian tugas kepada Pokja-pokja yang ada?

Berikan penjelasan.

7. Apa yang anda ketahui mengenai tahapan – tahapan berikut dalam JCI?

- a. Initial Survey

Berikan penjelasan

- b. Mock Survey

Berikan penjelasan

- c. Preparation

Berikan penjelasan

- d. Tracer

Berikan penjelasan

- e. Implementation

Berikan penjelasan

- f. Evaluasi

Berikan penjelasan

8. Selama pengelolaan kegiatan persiapan akreditasi JCI khususnya Pokja FMS, kendala-kendala apa saja yang ditemui?

Berikan penjelasan.

9. Bagaimana cara Tim Akreditasi Pokja FMS JCI mengatasi kendala tersebut?

Berikan penjelasan.

10. Saat ini (April 2012) sudah sejauh mana progress yang dilakukan oleh Tim Pokja FMS JCI terhadap perencanaan awal dalam persentase?

Berikan penjelasan.

11. Dari pengalaman saudara melakukan kegiatan persiapan Akreditasi JCI khususnya Tim Pokja FMS apa saran saudara agar kegiatan Akreditasi JCI ini dapat berjalan lancar?



**PEDOMAN WAWANCARA
GAMBARAN PENGORGANISASIAN AKREDITASI JCI
KHUSUSNYA POKJA FMS
RSCM JAKARTA TAHUN 2012**

INFORMAN 4 : STAF KMKK

KETERANGAN WAWANCARA

Hari/tanggal/jam :

Tempat :

IDENTITAS SUBJEK

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Jabatan :

Lama Bekerja :

No. HP :

RESPONDEN : STAF KMKK

Setelah saudara/I mengikuti proses persiapan Akreditasi JCI sejak Februari 2011 (sejak Tim Akreditasi JCI RSCM dibentuk) s/d April 2012, maka saudara/i:

1. Bagaimana pemahaman Bapak/Ibu tentang Akreditasi JCI dari mulai persiapan Akreditasi (Maret 2010) dan sesudah persiapan Akreditasi (April 2012)?
 - Tujuan dan manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah Sakit :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Karyawan :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Pasien :
2. Dari manakah Bapak mendapat informasi yang lebih mendetail mengenai AKreditasi JCI?
 - a. Departemen Kesehatan Ya/Tidak
 - b. Pelatihan Ya/Tidak
 - c. Mempelajari sendiri dari Media Informasi Ya/Tidak
 - d. RS Lain yang sudah mendapatkan Akreditasi JCI Ya/Tidak

Sumber lainnya : e.....

f.....

3. Dalam tugas, apakah saudara perlu mendapat dukungan? Ya/Tidak

Berikan alasan :.....

4. Bila ya dukungan apa dan dari siapa yang saudara harapkan?

5. Dalam melaksanakan kegiatan saudara, apakah dukungan diatas masih dirasakan kurang?
Bila ya, dalam hal apa?

Berikan penjelasan.

6. Dalam melaksanakan langkah-langkah kerja Tim Akreditasi JCI bagaimana caranya saudara melakukan pembagian tugas kepada Pokja-pokja yang ada?

Berikan penjelasan.

7. Apa yang anda ketahui mengenai tahapan – tahapan berikut dalam JCI?

- a. Initial Survey

Berikan penjelasan

- b. Mock Survey

Berikan penjelasan

- c. Preparation

Berikan penjelasan

- d. Tracer

Berikan penjelasan

- e. Implementation

Berikan penjelasan

- f. Evaluasi

Berikan penjelasan

8. Selama pengelolaan kegiatan persiapan akreditasi JCI khususnya Pokja FMS, kendala-kendala apa saja yang ditemui?

Berikan penjelasan.

9. Bagaimana cara Tim Akreditasi Pokja FMS JCI mengatasi kendala tersebut?

Berikan penjelasan.

10. Saat ini (April 2012) sudah sejauh mana progress yang dilakukan oleh Tim Pokja FMS JCI terhadap perencanaan awal dalam persentase?

Berikan penjelasan.

11. Dari pengalaman saudara melakukan kegiatan persiapan Akreditasi JCI khususnya Tim Pokja FMS apa saran saudara agar kegiatan Akreditasi JCI ini dapat berjalan lancar?



**PEDOMAN WAWANCARA
GAMBARAN PENGORGANISASIAN AKREDITASI JCI
KHUSUSNYA POKJA FMS
RSCM JAKARTA TAHUN 2012**

INFORMAN 5 : STAF KMKK

KETERANGAN WAWANCARA

Hari/tanggal/jam :

Tempat :

IDENTITAS SUBJEK

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Jabatan :

Lama Bekerja :

No. HP :

RESPONDEN : STAF KMKK

Setelah saudara/I mengikuti proses persiapan Akreditasi JCI sejak Februari 2011 (sejak Tim Akreditasi JCI RSCM dibentuk) s/d April 2012, maka saudara/i:

1. Bagaimana pemahaman Bapak/Ibu tentang Akreditasi JCI dari mulai persiapan Akreditasi (Maret 2010) dan sesudah persiapan Akreditasi (April 2012)?
 - Tujuan dan manfaat Akreditasi JCI bagi Rumah Sakit :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Karyawan :
 - Tujuan dan Manfaat Akreditasi JCI bagi Pasien :
2. Dari manakah Bapak mendapat informasi yang lebih mendetail mengenai AKreditasi JCI?
 - a. Departemen Kesehatan Ya/Tidak
 - b. Pelatihan Ya/Tidak
 - c. Mempelajari sendiri dari Media Informasi Ya/Tidak
 - d. RS Lain yang sudah mendapatkan Akreditasi JCI Ya/Tidak

Sumber lainnya : e.....

f.....

3. Dalam tugas, apakah saudara perlu mendapat dukungan? Ya/Tidak

Berikan alasan :.....

4. Bila ya dukungan apa dan dari siapa yang saudara harapkan?

5. Dalam melaksanakan kegiatan saudara, apakah dukungan diatas masih dirasakan kurang?
Bila ya, dalam hal apa?

Berikan penjelasan.

6. Dalam melaksanakan langkah-langkah kerja Tim Akreditasi JCI bagaimana caranya saudara melakukan pembagian tugas kepada Pokja-pokja yang ada?

Berikan penjelasan.

7. Apa yang anda ketahui mengenai tahapan – tahapan berikut dalam JCI?

- a. Initial Survey

Berikan penjelasan

- b. Mock Survey

Berikan penjelasan

- c. Preparation

Berikan penjelasan

- d. Tracer

Berikan penjelasan

- e. Implementation

Berikan penjelasan

- f. Evaluasi

Berikan penjelasan

8. Selama pengelolaan kegiatan persiapan akreditasi JCI khususnya Pokja FMS, kendala-kendala apa saja yang ditemui?

Berikan penjelasan.

9. Bagaimana cara Tim Akreditasi Pokja FMS JCI mengatasi kendala tersebut?

Berikan penjelasan.

10. Saat ini (April 2012) sudah sejauh mana progress yang dilakukan oleh Tim Pokja FMS JCI terhadap perencanaan awal dalam persentase?

Berikan penjelasan.

11. Dari pengalaman saudara melakukan kegiatan persiapan Akreditasi JCI khususnya Tim Pokja FMS apa saran saudara agar kegiatan Akreditasi JCI ini dapat berjalan lancar?

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP NASIONAL DR.CIPTO MANGUNKUSUMO
NOMOR : 13212 / TU.K/34/ X /2010

T E N T A N G

PANITIA AKREDITASI THE JOINT INTERNATIONAL (JCI)
RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO

Penasehat : Para Direktur RSCM

Panitia Pengarah :

Penanggung Jawab :

- DR. Dr. Tjahjono Darminto Gondhowirdjo, SpM (K) (Direktur Pengembangan & Pemasaran)

Anggota

- Dr. Julianto Witjaksono, SpOG,KFer (Direktur Medik & Keperawatan)
- Dr. Sumariyono, SpPD, KR (Direktur SDM & Pendidikan)
- Dr. Omo Abdul Madjid, SpOG(K) (Direktur Umum & Operasional)
- Prijadi, SE, MM (Direktur Keuangan)
- Dr. Susi Himawati, MARS (Kepala Bidang Pelayanan Medik)
- Dr. Nina Kemala Sari, SpPD, K-Ger (Kepala Unit Pelayanan Jaminan Mutu)
- Linda Amiyanti, SKep, MKes (Kepala Bidang Keperawatan)
- Drs. Zailani Asri (Kepala Bagian Perbendaharaan)
- Dr. A .Antaria, MPH, PhD (Kepala Bagian Perencanaan)
- Yuliana Sriwahyuni, SH, MH (Plh Kepala Bagian Hukum & Organisasi)

Panitia Pelaksana :

Ketua

Wakil Ketua

Sekretaris

- : Dr. Fathema D Rachmat, SpB, Sp BTKV
- : Dr. Nina Kemala Sari, SpPD, K-Ger

- Nur Eka Puspita Sari, Ssos
- Sukendah, Amk

Bendahara

- Sulastin, S.Sos, MARS
- Decy Indriani, Amd

Seksi Perlengkapan

- Rahayuningsih, S.Kep
- Vera Anda Lusia, SKM
- Agus Toni Efendi
- Dedi Anto

Seksi Acara

- Hardian Rahmadi Hakim, S.sos
- Kunto Adji, Amd
- Siti Sultoni, SKep
- Setyawati, SKep
- Ns. Enny Mulyatsih, M.Kep

Pendamping Gap Analysis:

Group – 1 :

- Dr. Arie Munandar (Dept Radioterapi)
- Kania Rayani, Ssos, MARS (Dept Radioterapi)
- Dr. Suminah (Bidang Pelayanan Medik)
- Dr. Indrati Suroyo, SpRad (Dept Radiologi)
- Dra. Yulia Trisna, Apt. MPharm (Instalasi Farmasi)
- Dr. Ina S Timan, SpPK (K) (Laboratorium PK)
- Ir. Torang P. Batubara, MARS. MMR (Bagian Teknik/ Power Plant)
- Eni Ayu Haeni, Ssos (Unit Laundry)
- Suharyati, SKM. MKim (UPM)
- Drs. Rakhmat Akhdijat (Bagian Administrasi)
- Dr. Hindrawan Satari, Sp A (PPIRS)
- Dr. Aji Suranto, Sp A (UTD)
- Zulfia Maharani, ST (Unit Sanitasi Lingkungan)
- Dr. Yuli Budiningsih, SpF (Departemen Forensik & Medikolegal)
- Maesty Untari, SH, MM (Bagian SDM)

Group - 2 :

- Dr. Astuti Giantini, Sp PK (Rawat Inap Terpadu Gd A)
- Ns. Enny mulyatsih, M.Kep (Rawat Inap Terpadu Gd A)
- Dr. Yusuf Rachmat, SpBTKV (PJT)
- Dr. Irawan Mangunatmaja, SpA (Ruang Rawat Anak)
- Dr. Imam Susanto, SpBP (RSCM Kencana)
- Dr. Susi Himawati, MARS (Bidang Pelayanan Medik)
- Prof. DR. Dr. Endang S, SpPD, KGH (HD & Transplant Unit)
- Ir. Torang P. Batubara, MARS. MMR (Bagian Teknik)
- Dr. Rudyanto Sedono, SpAn (ICU)
- Linda Amiyanti, SKep, Mkes (Bidang Keperawatan)
- Dr. Aditya Darmawan, SpBP (UPK Luka Bakar)
- Dr. Riana Tamba, SpBA (BCH)
- Drs. Zailani Asri (Bagian Perbendaharaan)
- Dra. Eka Yoshida, Apt, MARS, MM (UPPJ)

Group - 3 :

- Dr. Tri Judo Airlangga, Sp THT (UPJM) V
- Gandhi Agusniadi, BBA. SE (Rekam Medis & P3RN)
- Dr. Andi Darma Putra, SpOG (URJT)
- Ns. Palestina, Skep (URJT)
- Dr. Idham Amir, SpA (NICU)
- Dr. Anita Juniatiningsih, Sp A (NICU)
- Dr. Anton Pujjadi, SpA (ICU Anak)
- Dr. Aries Perdana, SpAn (IBP & Recovery Room)
- Dr. Arif Mansjoer, SpPD, KIC
- Budy Saputra, Amk (OK PJT)
- Denny Hermawanti, SE, MARS (ICU PJT)
- Dr. A Antaria, MPH, PhD (Bagian Perencanaan)
- Ardian Budi Permana (IT)
- Kunto Adji, Amd (IT)
- Hardian Rahmadi Hakim, S.Sos (IT)

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : 04 October 2010



Prof. Dr. dr. Kymal Taher, Sp.U (K)

195507271980101001

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO
NOMOR: 1838/TU.K/34/II/2011

TENTANG
PEMBENTUKAN PANITIA PERSIAPAN DAN PELAKSANAAN
AKREDITASI JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)
RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO

DIREKTUR UTAMA RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO

Menimbang :

- a. Bahwa RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo sebagai Rumah Sakit Rujukan Tertinggi dan Pendidikan, mempunyai tanggung jawab moral untuk menerapkan sistem pelayanan kesehatan sesuai standar internasional;
- b. Bahwa untuk tercapainya tujuan dimaksud, maka perlu diadakan Akreditasi JCI yang akan memberikan bukti bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien sudah benar-benar sesuai standar Rumah Sakit berkualitas internasional yang diharapkan;
- c. Bahwa agar kegiatan tersebut dapat terlaksana dengan baik, perlu dibentuk Panitia Persiapan dan Pelaksanaan Akreditasi JCI RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo yang ditetapkan dan diberlakukan dengan Surat Keputusan Direktur Utama RSCM;
- d. Bahwa nama-nama yang tercantum dalam Surat Keputusan ini, dipandang cakap dan mampu untuk duduk sebagai Panitia Persiapan dan Pelaksanaan Akreditasi JCI RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo

Mengingat :

1. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-undang No. 29 Tahun 2005 tentang Praktik Kedokteran.
4. Peraturan Pemerintah RI no 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU)
5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1672/Menkes/Per/12/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.
6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1454/Menkes/SK/XI/2005 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 139/Menkes/SK/III/2006 tentang Pengangkatan Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U(K) sebagai Direktur Utama RSUP Nasional dr. Cipto Mangunkusumo.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

Kesatu : Pembentukan Panitia Persiapan dan Pelaksanaan Akreditasi Joint Commission International (JCI) RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.



DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO

Jalan Diponegoro No.71 Jakarta 10430

Kotak Pos 1086

Telp. 3918301, 31930808 (Hunting)

Fax. 3148991

SURAT TUGAS

Nomor : 18789/TU.K/02/XII/2011

TENTANG

POKJA MDGs AKREDITASI RUMAH SAKIT
RSUP NASIONAL Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO

Yang bertanda tangan di bawah ini, Direktur Utama RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, dengan ini memberikan tugas kepada :

Pelindung/Penasehat Penanggung Jawab	:	Direktur Utama
Ketua Pokja Wakil Ketua	:	1. Direktur Medik dan Keperawatan 2. Direktur Perencanaan dan Pengembangan
Anggota A. Pokja PONEK	:	dr. Budi Imam Santoso, SpOG (K) dr. Anna Ujainah, SpPD, KP 1. dr. Yudianto B.S, SpOG (K) (Departemen Obsgyn) 2. Sr. Mardiana (Departemen Obsgyn) 3. dr. Anita Jutianingsih, SpA (K) (Departemen IKA) 4. Sr. Nining (Departemen IKA) 5. Sr. Casmini (Departemen IKA)
B. Pokja HIV	:	1. dr. Darma Imran, SpS (Departemen Neurologi) 2. dr. Nia Kurniati, SpA (K) (Departemen IKA)
C. Pokja TB	:	1. dr. Darma Imran, SpS (Departemen Neurologi) 2. dr. Nastiti Kaswandani, SpA (K) (Departemen IKA)

Dengan Uraian tugas sebagai berikut :

1. Mempelajari standar – standar dan elemen penilaian yang ada pada instrument akreditasi Sasaran *Millenium Development Goals* (SMDGs) Rumah Sakit tahun 2012
2. Menyusun draf Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang terkait dengan SMDGs berdasarkan buku – buku pedoman yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
3. Menyusun pedoman monitoring dan evaluasi yang terkait dengan SMDGs sesuai standar
4. Menyusun pedoman RS rujukan PONEK, HIV/AIDS dan DOTS TB sesuai dengan kebijakan yang berlaku dalam rangka memenuhi fungsi RS sebagai pusat rujukan PONEK, HIV/ TB dan DOTS TB.
5. Membentuk Tim PONEK, Tim HIV/AIDS dan Tim DOTS TB RSCM
6. Merencanakan program pelatihan untuk Tim PONEK, Tim HIV/AIDS dan Tim DOTS TB RSCM untuk meningkatkan kemampuan teknis tim – tim tersebut.
7. Mengumpulkan data – data yang terkait dengan elemen penilaian SMDGs I – III, yaitu penurunan angka kematian bayi dan peningkatan kesehatan ibu, penurunan angka



KEMENTERIAN KESEHATAN (RSCM) DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO

Jalan Diponegoro No.71 Jakarta 10430
Kotak Pos 1086


Telp. 3918301, 31930808 (Hunting)
Fax. 3148991

- kesakitan HIV/ AIDS dan penurunan angka kesakitan TB periode tahap pertama Januari – Desember 2011 dan tahap kedua Januari – Desember 2012
8. Mengolah seluruh data yang dikumpulkan yaitu data penurunan angka kematian bayi dan peningkatan kesehatan ibu, data penurunan angka kesakitan HIV/ AIDS dan data penurunan angka kesakitan TB periode tahap pertama Januari – Desember 2011 dan tahap kedua Januari – Desember 2012
 9. Mengumpulkan semua dokumen kebijakan yang terkait dengan data penurunan angka kematian bayi dan peningkatan kesehatan ibu, data penurunan angka kesakitan HIV/ AIDS dan data penurunan angka kesakitan TB periode tahap pertama Januari – Desember 2011 dan tahap kedua Januari – Desember 2012
 10. Melaporkan hasil kemajuan kegiatan (*progress report*) kegiatan Pokja MDG's akreditasi RS kepada Direksi setiap bulannya.

Surat tugas ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan untuk kurun waktu 1 (satu) tahun.

Demikian surat tugas ini dibuat untuk dilaksanakan dengan sebaik – baiknya dan penuh tanggung jawab.

Dikeuarkan di : JAKARTA
Pada Tanggal : 01 Desember 2011
Direktur Utama,


Prof. Dr. dr. Akmat Taher, Sp.U(K)
NIP 195507271980101001

Salinan Surat Tugas ini disampaikan
Kepada Yth :

1. Para Direktur
2. Ketua Komite Medik
3. Para Kepala Departemen terkait
4. Para Kepala Bidang/Bagian terkait
5. Para Kepala Instalasi terkait
6. Para Kepala Unit Kerja terkait
7. Yang bersangkutan untuk diketahui dan dilaksanakan



KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO



Jalan Diponegoro No. 71 Jakarta 10430
Kotak Pos 1086

Telp. 3918301 – 31930808
Fax. 3148991

15 Juli 2011

Yang terhormat,

1. Para Direktur
2. Ketua Komite Medik
3. Ketua SPI
4. Para Kepala Departemen/Bagian/ Bidang
5. Para Kepala Instalasi Medik / Non Medik
6. Para Kepala Unit Pelayanan
7. Para Koordinator Departemen/ Bagian / Unit / Instalasi
8. Ketua Pokja dan Anggota Pokja JCI
9. Seluruh Staf Pengajar
10. Seluruh Pegawai RSCM

SURAT EDARAN
Nomor : 12506 /TU.K/35/VII/2011
Tentang

Kegiatan Initial Assesment JCI

Sehubungan dengan kegiatan Initial Assesment JCI yang akan dilaksanakan pada tanggal 25 Juli sampai dengan 28 Juli 2011, dimana pada pelaksanaannya akan melibatkan seluruh satuan kerja dan seluruh pegawai di lingkungan RSUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo, bersama ini kami sampaikan agar seluruh pegawai :

1. Melakukan persiapan kegiatan Initial Assesment JCI dengan sebaik – baiknya.
2. Tidak menenggalkan RSCM selama dilaksanakannya kegiatan tersebut.
3. Menyesuaikan jadwal kegiatan masing – masing pegawai dengan jadwal Initial Assesment JCI (terlampir).

Demikian, agar dapat dilaksanakan dengan sebaik – baiknya.
Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U(K)
NIP. 195507271980101001

JCI Initial Assessment Agenda

DAY ONE: 25 July 2011		Nurse Francine Westergaard
08:00 – 9:00	Physician Suhail Kady	
09:00 – 10:00	<p style="text-align: center;">Opening Conference <i>Introductions and review of agenda</i> <i>Attendace: Top Management, Ketua Panitia, Wakil Tim Persiapan, Wakil Tim Mutu</i> <i>Document Needed → Final Survey Agenda</i></p>	
10:00 – 12:00	<p style="text-align: center;">Hospital's Overview of Organization Services <i>Orientation of Consultants to the Organization including presentation of Organization Chart</i> <i>Presentation: Dirut. Attendace: Direksi, Komite Medik, Bidang Kperawatan, IPSG, QPS</i> <i>Document Needed → Organization Chart, Quality Improvement Example</i></p>	
12:00 – 13:00	<p style="text-align: center;">Document Review <i>As outlined in Survey Process Guide, Document Review Section: Documents in English;</i> <i>IPSG implementation requirements;</i> <i>Law and Regulation Worksheet</i> <i>Attendace: Penanggungjawab Tiap Pokja + Hukor, Penerjemah</i> <i>Presentation: List of document in English, List of Law & Regulation</i> <i>(Sesuai Dengan Halaman 81 – 107 SPG)</i></p>	
13:00 – 15:30	<p style="text-align: center;">Lunch and Tracer Planning <i>Provide listing of patient care units and services, and current patient census, including admitting diagnoses and date of admission</i> <i>Attendace: Ketua Panitia, Interpreter</i> <i>Data provided: Daftar Pasien dengan 5 diagnosis terbesar (nama, diagnosis, usia, tanggal masuk, DPJP, unit pelayanan), Dsb Halaman 35 + (Persiapan Kantor)</i></p>	
15:00 – 15:30	<p style="text-align: center;">Individual Patient Tracer <i>Attendace: Sesuai jalur tracer + Wali, Kepala Unit Sesuai Tracer</i></p>	<p style="text-align: center;">FMS Document Review/Facility Tour <i>Review of FMS Plans</i> <i>Attendace: Pokja FMS + Wali, Kepala Unit Sesuai Tracer</i></p>
15:30 – 16:00	<p style="text-align: center;">Physician Team Daily Debriefing Session</p>	<p style="text-align: center;">Meeting with Survey Coordinator to identify needs for following day: Consultation Integration/ Additional Document Review (as needed) /Tracer Planning</p>

JCI Initial Assessment Agenda

DAY Two: 26 July 2011

	Physician Suhail Kady	Nurse Francine Westergaard
08:00 - 9:00	<p>Debriefing <i>(Time for consultants to share with the organization observations from previous day)</i> Attendace: <i>Dir-kuuf, Para Direktur, Ketua Panitia, Wakil Tim Persiapan, Wakil Tim Mutu</i></p>	
9:00 - 12:00	<p>Individual Patient Tracer Attendace: Sesuai jalur tracer + Wali, Kepala Unit Sesuai Tracer Document Needed → Rekam medis pasien di Unit tersebut</p>	<p>Facility Tour and FMS Tracer Attendace: <i>Kepala Bagian teknik, K3RS, Sanitasi, Kepala Bagian Rekam Medik, Farmasi, Gizi, Wakil, Pokja FMS + Wali, Kepala Unit Sesuai Tracer dan PPIRS Documents Needed → Facility Improvement Plan + Dokumen FMS</i></p>
12:00 - 13:00	<p>Lunch and Tracer Planning</p>	
13:00 - 14:30	<p>Staff Qualifications & Education Interview for Medical Staff Include Medical Staff Competence Assessment Process Review Form for each requested file <i>(from Survey Process Guide)</i> Attendace: <i>Pokja SQE, Komite Medik, Hukor</i></p>	<p>Infection Control System Tracer <i>(review of IC Plan, Data, meeting minutes, etc.)</i> Attendace: <i>Pokja PCI, Pokja IPGS, PPIRS, PPRA, Microbiology, Kepala Unit & Staf Sesuai Tracer</i></p>
14:30 - 1600	<p>Medication System Tracer <i>(review of Medication Management Process and data, medication errors/variances, visit to pharmacy and medication storage and preparation areas)</i> Medication Patient Tracer Attendace: <i>Pokja MMU, Kepala Unit & Staff terkait Sesuai Tracer</i> Document needed → Dokumen MMU, kardeks, Dokumen IPSG</p>	<p>Staff Qualifications & Education Interview for Nursing and Other Personnel Include Nursing Staff Competence Assessment Process Review Form for each requested file <i>(from Survey Process Guide)</i> Attendace: <i>Pokja SQE, Bidang Keperawatan, Bidang Ketechnisan Medis, Hukor</i></p>
16:00 - 16:30	<p>Consultation Integration / Additional Document Review (as needed) / Tracer Planning <i>Consultants will provide selection of closed records for review on Day 3</i></p>	

JCI Initial Assessment Agenda

Joint Commission International
Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital
25-28 July 2011

DAY Three: 27 July 2011		
	Physician Suhail Kady	Nurse Francine Westergaard
8:00 – 10:30	<p>Individual Patient Tracer Attendance: Sesuai jalur tracer + Wali, Kepala Unit Sesuai Tracer Document Needed → Rekam medis pasien di Unit tersebut</p>	<p>Required Monitor Review Improvement in Quality and Patient Safety Systems, FMEA and Pathway/Guidelines Discussion Attendance: Pokja QPS + Wali POKJA, Pokja IPSSG</p>
11:00 - 12:00	<p>Leadership Interview <i>Discussion with organizational senior leadership as to how they address organizational performance issues</i> Attendance: Top Management, Wakil Tim Persiapan, Wakil Tim Mutu</p>	
12:00 – 13:30	<p>Lunch <i>(Consultants will eat alone as this time is used for Integration)</i></p> <p>Consultants Complete Integration of Findings and prepare Exit Interview Report (Consultants Only) Please provide electrical hook-up for consultants' laptops and printer and copy machine availability</p>	
13:30 - 14:00	<p>CEO Debriefing – Next Steps Attendance: Top Management, Wakil Tim Persiapan, Wakil Tim Mutu</p>	
14:00 - 15:00	<p>Leadership Exit Report Attendance: Top Management, Wakil Tim Persiapan, Wakil Tim Mutu</p>	



DEPARTEMEN KESEHATAN
RSUP NASIONAL Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO



Jalan Diponegoro No.71 Jakarta 10430
Kotak Pos 1086

Telp. 3918301, 31930808 (Hunting)
Fax. 3148991

Nomor : 617A /Bag.Tek/V/2012
Lampiran :
Perihal : Ijin penelitian dan menggunakan data

10 Mei 2012

Yth, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia

Menindaklanjuti surat permohonan No 3983/H2.F10/PPM.00.00/2012 tanggal 30 April 2012 perihal permintaan ijin untuk melakukan penelitian dan penggunaan data yang di sampaikan oleh Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan data sebagai berikut :

Nama : Mega Lisna
NPM : 1006820682
Judul Skripsi : Gambaran Pengorganisasian Akreditasi JCI khususnya Pokja FMS di RS.Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta pada Tahun 2012

Maka dengan ini kami berikan persetujuan kepada beliau untuk dapat melakukan penelitian dan pengambilan data yang berhubungan dengan penelitian tersebut diatas.

Demikian kami sampaikan ,atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala. Bagian Teknik Sarana Prasarana


Ir. H Torang P Batubara, MARS, MMR
NIP : 19601002 198703 1 001