

BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Obyek Penelitian

a) Gambaran tentang RSUP Sanglah

Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah (RSUP Sanglah) merupakan rumah sakit terbesar di Bali. Lokasi terletak di Kecamatan Denpasar Barat, Kota Madya Denpasar, Kabupaten Badung, Provinsi Bali. Dengan alamat : Jalan Diponegoro, Kotak Pos 80114, Telpon +62(361)227911-15. www.sanglahhospitalbali.com dan info@sanglahhospitalbali.com

RSUP Sanglah mulai dibangun tahun 1956 dan tahun 1959 diresmikan oleh Presiden Ir. Soekarno sebagai Rumah Sakit Kelas Type C dan bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana (FK UNUD) sebagai tempat pendidikan calon dokter.

Perkembangan selanjutnya, pada tahun 2005 RSUP Sanglah menjadi UPT Depkes PPK BLU dan Rumah Sakit Kelas A Pendidikan. Pada tahun 2011 ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama.

Hal ini sesuai dengan Visi RSUP Sanglah menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional Kelas Dunia di Tahun 2019. Dan selanjutnya

pada tahun 2016 Re-Akreditasi *JCI* Edisi 5 dan tahun 2017 Akreditasi oleh KARS dan lulus dengan peringkat Paripurna juga.

Dalam kegiatannya pendidikan dan penelitian dikelola oleh Bagian Pendidikan dan Penelitian (Diklit). Selain menerima mahasiswa dari Fakultas Kedokteran, RSUP Sanglah juga menerima peserta didik dari keperawatan, kebidanan, *radiographer*, analisis kesehatan, nutrisonis, farmasi, administrasi, dan lain lain.

Mutu dan keselamatan pasien adalah hal utama yang menjadi perhatian semua lini di RSUP Sanglah, baik dalam pelayanan, pelaksanaan pendidikan maupun penelitian. Untuk penelitian, RSUP Sanglah telah membentuk Komisi Etik Penelitian untuk menjaga agar penelitian yang dilaksanakan mengikuti kaedah dari *Good Clinical Practice (GCP)*.

RSUP Sanglah berupaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, untuk mendapatkan predikat ter-akreditasi baik nasional maupun Internasional dengan menerapkan standar dibidang pelayanan, pendidikan maupun penelitian dengan cara pemenuhan SDM, fasilitas pelayanan, pendidikan serta penelitian.

b) Nilai Dasar RSUP Sanglah

Visi : Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional Kelas Dunia
Tahun 2019

Misi : Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang interprofesi
yang paripurna, Bermutu, untuk seluruh lapisan masyarakat.

Menyelenggarakan Pendidikan Tenaga kesehatan yang
professional, dan berdaya saing serta menyelenggarakan
penelitian dalam bidang berbasis rumah sakit.

Menyelenggarakan kemitraan dengan pemangku kesehatan
terkait.

Menciptakan Lingkungan kerja yang aman dan nyaman.

c) Keyakinan Dasar

1. Insan Profesional
2. *Tat Twam Asi*
3. Bekerja Dalam Tim

d) Falsafah

Menjunjung Tinggi Harkat dan Martabat Manusia Dalam Bidang
Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian.

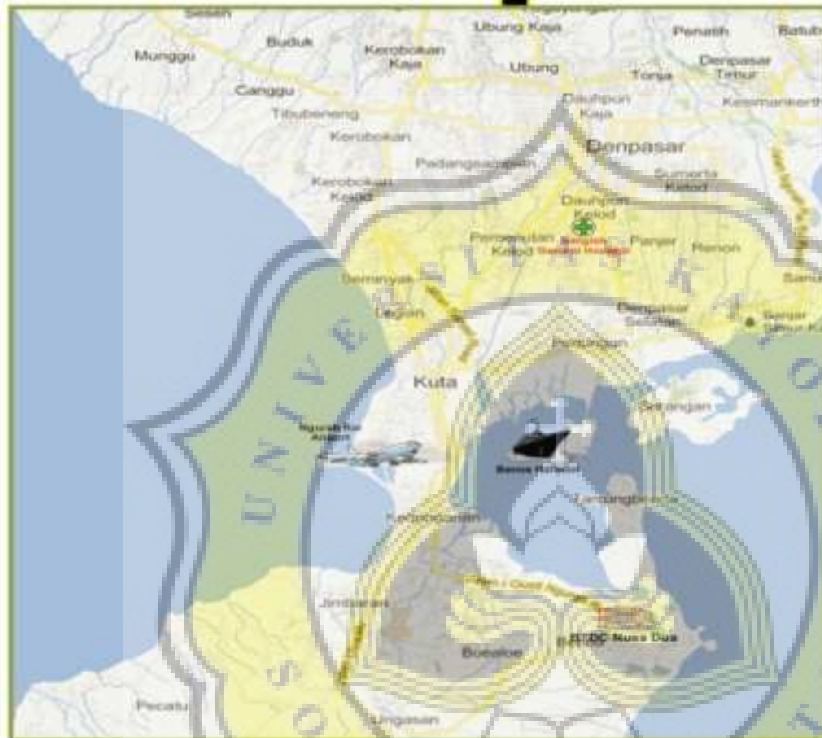
e) Motto

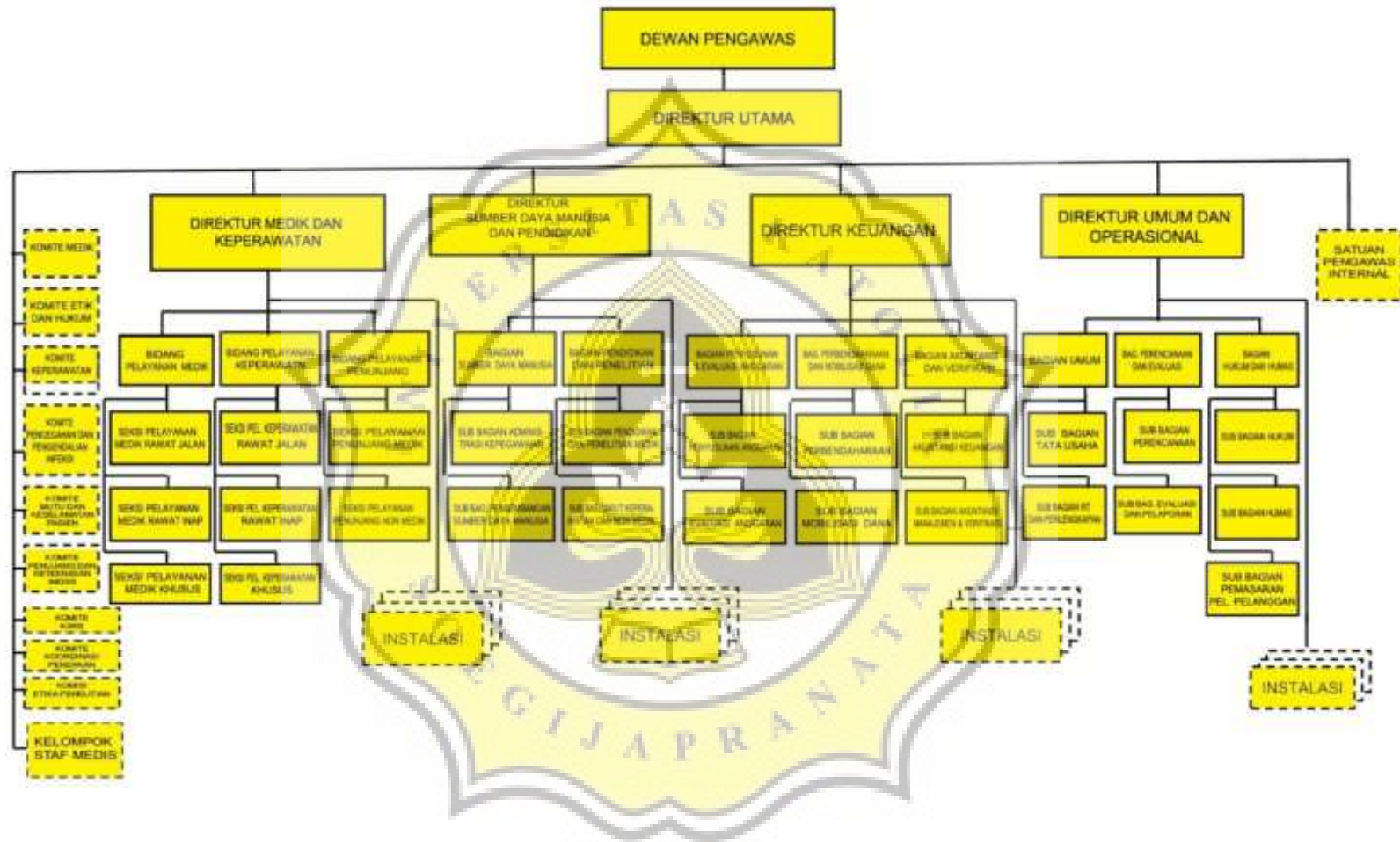
Kepuasan Anda, Kebahagiaan Kami

Jalan Diponegoro Denpasar,
80114 Bali.

Jarak Rumah Sakit dari :

Sanur	7,2 km
Pelabuhan Benoa	8,2 km
Kuta	9,2 km
Bandara Ngurah Rai	12 km
Tanah Lot, Tabanan	20 km
BTDC Nusa Dua	21 km
Ubud, Gianyar	25 km
Uluwatu	30 km





NO	JENIS TENAGA	STATUS TENAGA BLU			PNS DIKNAS	PENGABDI AKADEMIK YANG MEMBERI PELAYANAN	PTT	TOTAL
		BLU PNS	CPNS	BLU NON PNS				
I	MEDIS	229	17	20	92	5	0	363
	1 DOKTER SPESIALIS	172	15	16	92	5	0	300
	2 DOKTER UMUM	50	2	1	0	0	0	53
	3 DOKTER GIGI	7	0	3	0	0	0	10
II	TENAGA KEPERAWATAN	747	5	427	0	0	0	1179
III	TENAGA NON KEPERAWATAN	235	6	133	0	0	0	374
	1 FARMASI dan APOTEKER	40	0	52	0	0	0	92
	2 PSIKOLOGI	4	0	1	0	0	0	5
	3 KESEHATAN MASYARAKAT	7	0	11	0	0	0	18
	4 ANALIS	36	1	27	0	0	0	64
	5 NUTRISIONIS	41	2	9	0	0	0	52
	6 RADIOLOGI	33	0	17	0	0	0	50
	7 SANITARIAN	19	0	4	0	0	0	23
	8 FISIOTERAPI	16	0	1	0	0	0	17
	9 TENAGA LAIN	39	3	11	0	0	0	53
IV	TENAGA NON MEDIS	542	0	459	0	0	0	1001
	1 MANAJEMEN	39	0	0	0	0	0	39
	2 STAF ADMINISTRASI	272	0	215	0	0	0	487
	3 KEAMANAN	27	0	22	0	0	0	49
	4 PENGOLAH MAKANAN	23	0	39	0	0	0	62
	5 PEKARYA	181	0	183	0	0	0	364
	JUMLAH	1753	28	1039	92	5	0	2917

h) Data Kelompok Staf Medis

	KELOMPOK STAF MEDIS (KSM)
1	Penyakit Dalam (Interne)
2	Kardiologi & Kedokteran Vaskuler
3	Ilmu Bedah
4	Bedah Syaraf
5	Bedah Urologi
6	Bedah Orthopaedi & Traumatologi
7	Bedah Plastik
8	Obstetri dan Gynecologi
9	Ilmu Kesehatan Anak
10	Anastesi dan Reanimasi
11	Neurologi
12	Jiwa
13	Mata
14	THT-KL
15	Dermatologi dan Venereologi
16	Patologi Klinik
17	Mikrobiologi Klinik
18	Patologi Anatomi
19	Radiologi
20	Rehabilitasi Medis
21	Gizi Klinik
22	Gigi dan Mulut
23	Forensik
24	Paru
25	Dokter Umum

Sumber data: *Company Profile* RSUP Sanglah Tahun 2018

i) Sarana Prasarana RSUP Sanglah

NO	NAMA INSTALASI
1	Instalasi Rawat Jalan
2	Instalasi Gawat Darurat
3	Instalasi Rawat Inap A
4	Instalasi Rawat Inap B
5	Instalasi Rawat Inap C
6	Instalasi Rawat Inap D
7	Instalasi Anastesi dan Terapi Intensif
8	Instalasi Bedah Sentral
9	Instalasi Sterilisasi Sentral
10	Instalasi Kedokteran Forensik
11	Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
12	Instalasi Pemeliharaan Peralatan Medis
13	Instalasi Farmasi
14	Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi
15	Instalasi Geriatri
16	Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu
17	Instalasi Rehabilitasi Medis
18	Instalasi Radiologi
19	Instalasi Laboratorium Patologi Klinik
20	Instalasi Wing Amertha
21	Instalasi Mikrobiologi Klinik
22	Instalasi Gizi
23	Instalasi Binatu
24	Instalasi Rekam Medik
25	Inst Pengamanan & Ketertiban Lingkungan
26	Instalasi Teknologi Informasi
27	Instalasi Dialisis
28	Instalasi Kebersihan & Kesling
29	Instalasi Penjaminan Klaim
30	Instalasi PKRS
31	Instalasi Admision
32	Instalasi Kanker Terpadu
33	Instalasi Radiotherapy

Sumber data: *Company Profile* RSUP Sanglah 2018

j) Pelayanan Unggulan

1. Pelayanan Intensif Terdiri dari

ICU	21 Bed
ICCU	12 Bed
HCU	3 Bed
PICU	9 Bed
NICU	13 Bed

2. Pelayanan Jantung terpadu

Pelayanan Jantung di RSUP Sanglah dimulai sejak tahun 1978 dan sejak tahun 2013 telah berkembang menjadi pelayanan jantung terpadu dengan pelayanan yang meliputi :

- 2.1 Bedah jantung terbuka
- 2.2 *Cath Lab*
- 2.3 *Echocardiografi*
- 2.4 *Electro Physiologi*
- 2.5 Rehabilitasi jantung
- 2.6 Poliklinik

3. Pelayanan Kanker Terpadu

- 3.1. Pelayanan kemoterapi
- 3.2. Pelayanan Radiotherapi: *Cobalt, Brachi Therapy, Simulator, Moulde Room*

k) Poliklinik Rawat Jalan

NO	POLIKLINIK	NO	POLIKLINIK
1	Poliklinik Penyakit Dalam	14	Poliklinik Konsultasi Gizi
2	Poliklinik Bedah	15	Poliklinik Paliatif
3	Poliklinik Anak	16	Poliklinik Kebidanan/Kandungan & KB
4	Poliklinik Kulit Kelamin	17	Hyperbaric Chamber
5	Poliklinik Bayi Tabung	18	Poliklinik Akupunktur
6	Poliklinik Saraf	19	Poliklinik Geriatri
7	Poliklinik Jiwa	20	Poliklinik Methadon
8	Poliklinik THT	21	Poliklinik Anestesi
9	Poliklinik Mata	22	Poliklinik Wing Amertha
10	Poliklinik Gigi & Mulut	23	Poliklinik Kardiologi
11	Poliklinik Filter	24	Diabetic Center
12	Klinik VCT	25	Poliklinik Paru
13	Poliklinik Rehabilitasi Medik	26	Poliklinik Kecantikan

Sumber data: *Company Profile* RSUP Sanglah 2018

l) Pelayanan Kesehatan Lainnya

1. Instalasi Rawat Inap.

RSUP Sanglah memiliki 764 tempat tidur meliputi :

- 1.1. VVIP : 28 TT
- 1.2. VIP : 85 TT
- 1.3. Kelas 1 : 111TT
- 1.4. Kelas 2 : 113 TT
- 1.5. Kelas 3 : 297 TT
- 1.6. Intermediate : 53 TT
- 1.7. Intensif : 77 TT

2. Intalasi Bedah Sentral

Kamar Operasi di RSUP Snaglah Denpasar Terdiri dari :

2.1 Operasi di Bedah Sentral : 14 Kamar Operasi

2.2 Operasi di IGD : 3 Kamar Operasi

2.3 Operasi di Wing Amerta : 2 Kamar Operasi

2.4 Operasi di Burn Unit : 1 Kamar Operasi

3. Instalasi Wing Amerta

Wing Amerta memiliki Pelayanan Seperti:

3.1.Rawat jalan

3.2.Rawat Inap

3.3.Kamar Operasi

3.4.Ruang Bersalin

3.5.Medical Check Up

3.6.Radiologi

3.7.ESWL

3.8.Laboratorium

3.9.Farmasi

4. Instalasi Gawat Darurat melayani :

4.1. Rawat Darurat

4.2. Rawat Inap (Ruang MS dan Ratna)

4.3. Rawat Jalan

4.4. Kamar Operasi

4.5. Laboratorium

4.6. Radiologi

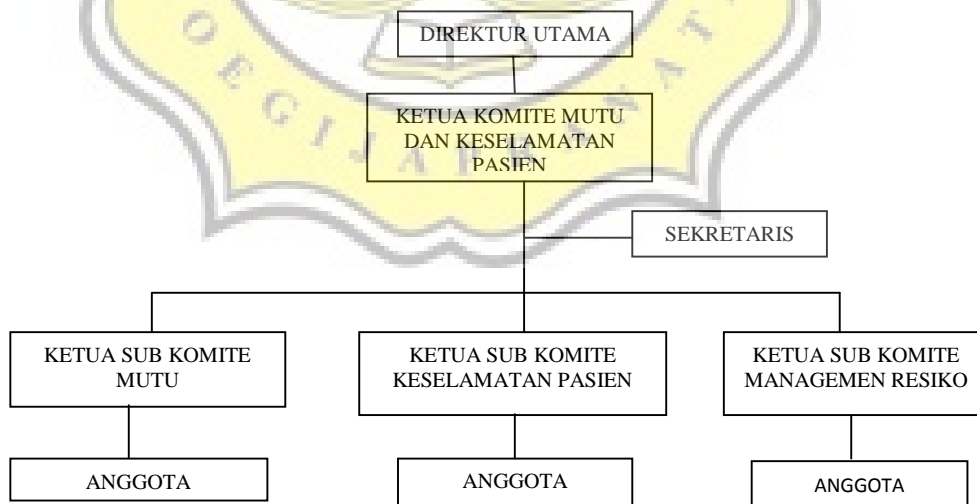
4.7. Farmasi

m) Alat Canggih.

Nama Alat Canggih	Jumlah
<i>Cobalt</i>	2 unit
<i>MRI</i>	1 unit
<i>CT Scan 8 slice</i>	1 unit KSO
<i>CT Scan 64 slice</i>	1 unit
<i>General X-ray</i>	5 unit
<i>Cath Lab</i>	1 unit KSO
<i>Brachitheraphy</i>	1 unit
<i>Computer Radiography</i>	2 unit KSO

Sumber data: *Company Profile* RSUP Sanglah 2018

n) Struktur Komite Mutu dan Keselamatan Pasien



Sumber data : RSUP Sanglah

2. Hasil Wawancara dengan Informan

No	Materi	Kelompok Direksi	Kelompok Komite dan Diklit	Kelompok Pokja
1	Perubahan dari Akreditasi KARS ke SNARS Ed 1	Lebih mudah, jelas dan terarah dan dituntun	Lebih mudah, jelas dan terarah dan dituntun	Lebih mudah, jelas dan terarah dan dituntun
2	Instrumen Hukum yang dipersiapkan	Menerbitkan SK, Panduan, Pedoman dan SPO yang telah dikaji oleh Pokja dan Staf.	Mengusulkan Instrumen Hukum yang hampir kedaluwarsa. Menyesuaikan instrument hukum dengan Standar dalam SNARS ed.1	Mengusulkan Instrumen Hukum yang hampir kedaluwarsa. Menyesuaikan instrument hukum dengan Standar dalam SNARS ed.1
3	Tuntutan terhadap staf manajemen agar melakukan yang terkait pelayan yang bermutu.	Pro-aktif memfasilitasi kebutuhan yang terkait dengan pelayanan pasien	Menusun program mutu dan ikut menggerakkan bidang lain atau unit kerja sebagai pendampingan.	Staf manajemen agar lebih banyak mengikuti WS untuk mendapatkan pemahaman yang sama.

No	Materi	Kelompok Direksi	Kelompok Komite dan Diklit	Kelompok Pokja
4	Regulasi yang harus disiapkan untuk PPA sesuai dengan standar Akreditasi.	Surat penugasan klinis diterbitkan setelah kredensial. Dalam pelayanan kesehatan perpedoman pada PPK dan <i>Clinical Path Way</i> untuk menjaga mutu dan kendali biaya.	Sebelum melayani pasien PPA harus lulus kredensial sebelum diterbitkan surat penugasan klinis.	Bekerja sesuai dengan PPK, dan PPK harus seragam untuk tindakan medik yang sama walaupun dikerjakan oleh disiplin yang berbeda.
5	Tata kelola dalam memenuhi standar mutu untuk tenaga penunjang,	Staf harus bekerja sesuai dengan tupoksinya, bekerja sama dengan unit lain/direksi.	Mengatur kompetensi dan kewenangan para Staf, menyamakan standar dan kompetensi dengan acara pelatihan.	Pelatihan dan sosialisasi untuk mengurangi pemahaman tentang mutu layanan. Penambahan SDM dan APD untuk keselamatan staf.
6	Kebutuhan Sarana penunjang di Rumah Sakit	Setiap instalasi melaporkan kebutuhannya, selanjutnya manajemen membuat anggaran, dan disusun menurut skala prioritas.	Sarana masih memiliki kendala/ karena perlu dana dan menjadi temuan dan di usulan ke direksi	Dilakukan dengan <i>tour facility</i> dan temuan ditindak lanjuti dengan usulan ke direksi.

No	Materi	Kelompok Direksi	Kelompok Komite dan Diklit	Kelompok Pokja
7	Pelatihan dan pendidikan	Menyiapkan anggaran untuk pelatihan dan pendidikan staf untuk meningkatkan mutu layanan.	Mengumpulkan materi latihan yang dibuat oleh pokja dan menyiapkan narasumbernya, dan jadwal.	Membuat materi latihan yang selanjutnya diserahkan ke Diklit.
8	Evaluasi kepatuhan terhadap standar.	Melakukan supervisi ke instalasi dan unit pelayanan, memastikan asuhan keperawatan berdasarkan PPK	Telaah rekam medik, survei lapangan, simulasi dan wawancara.	Telaah rekam medik terbuka dan tertutup terhadap pemenuhan standar akreditasi
9	Inovasi dalam meningkatkan mutu layanan.	Membuat suatu terobosan untuk menyelesaikan masalah yang selama ini dianggap belum memadai. Melombakan hasil inovasi	Membantu membuat format untuk mengajukan inovasi dari masing masing instalasi.	Membantu instalasi dalam membuat inovasi mutu layanan yang terkait dengan standar akreditasi.

No	Materi	Kelompok Direksi	Kelompok Komite dan Diklit	Kelompok Pokja
10	Faktor pendukung	Komitmen, semangat staf beserta surveiyor internal, dukungan kepemimpinan, dukungan anggaran	Kepemimpinan, perilaku positif, gotong royong, semangat, antusias.	Team work yang semangat, rasa memiliki, antusias, kepatuhan DPJP, gotong royong
11	Kritik dan saran	Ditanggapi positif. Kritik atau saran dapat disampaikan langsung, lewat surat atau <i>Web</i> .	Ditanggapi positif, kritik atau saran perlu untuk RS. Dapat disampaikan secara langsung, melalui surat atau <i>Web</i>	Ditanggapi positif artinya masih ada yang peduli. Kemunikasikan kembali secara santun, Keluhan dapat disampaikan secara langsung, lewat surat atau <i>web</i> .
12	Kendala	Anggaran terbatas, budaya kerja meningkatkan mutu masih kurang, sosialisasi standar akreditasi kurang, sarana dan pemeliharaan alat kurang.	Anggaran yang terbatas, sosialisasi standar akreditasi belum maksimal. Peserta didik yang masuk dan keluar setiap semester.	Budaya kerja layanan yang bermutu masih kurang, Sarana yang kurang, respon lambat, dana yang terbatas.

a. Hasil wawancara dengan kolompok direksi

Wawancara kepada kelompok direksi ditujukan ke Direktur Utama, Direktur Medik dan Keperawatan, Direktur Keuangan, Direktur Umum dan Operasional, Plt Direktur SDM dan Pendidikan. Adapun hasil wawancaranya :

Perubahan sistem penilaian akreditasi dari Versi 2012 ke SNARS Edisi 1 antara lain: intruksi pada elemen penilaian lebih mudah dimengerti untuk diterapkan. Walaupun ada tambahan materi di beberapa Bab yang jumlahnya tidak banyak, tapi ada pengurangan pada Bab yang lainnya. Ada perpindahan standar dari Bab yang satu ke Bab yang lain. Pada elemen penilain sudah diarahkan apa yang harus dilakukan saat melakukan penilaian, misalnya menanyakan Regulasi, Dokumen, melakukan Observasi, meminta untuk dilakukan Simulasi, atau melakukan Wawancara.

Atas dasar perubahan pada cara penilaian dalam akreditasi maka RSUP Sanglah menugaskan staf yang telah menyandang surveiyor KARS untuk mengikuti *workshop* SNARS Edisi 1. Hal ini diharapkan mereka dapat membimbing teman sejawatnya dan melakukan evaluasi terhadap mutu dan keselamatan pasien di RSUP Sanglah sesuai standar yang tertuang dalam SNAR Edisi 1.

Instrument hukum di RSUP Sanglah dibuat berdasarkan acuan aturan yang lebih tinggi seperti dari Undang Undang, Peraturan Menteri, Surat Keputusan Mentri, yang selanjutnya dirumuskan ke dalam

Kebijakan Direktur berupa Surat Keputusan, Pedoman atau Panduan serta berupa Standar Prosedur Operasional (SPO). Rancangan Instrument hukum ini dibuat oleh team Pokja bersama Instalasi dan Kelompok Staf Medis (KSM) dengan panduan standard dan elemen penilaian dalam SNAR edisi 1.

Staf manajemen agar pro-aktif memfasilitasi kebutuhan yang terkait dengan pelayanan pasien, baik yang berhubungan langsung dengan pasien atau sebagai tenaga penunjang sehingga pelayanan dapat dikerjakan dengan baik, bermutu dan tetap memperhatikan keselamatan pasien. Agar staf di manajemen mudah melaksanakan tugasnya, standar yang akan dilaksanakan diubah menjadi program kerja dan dilanjutkan menjadi program anggaran sehingga akan lebih cepat untuk dilakukan eksekusi anggaran.

Staf yang telah mendapat pelatihan akreditasi diharapkan ilmunya ditularkan ke staf lainnya sebagai bentuk sosialisai standar akrediditasi rumah sakit. Dalam hal peningkatan mutu di direktorat tertentu, maka direktorat tersebut membuat rancangan peraturan yang selanjutnya disahkan menjadi Surat Keputusan Direktur. Karena mutu pelayanan rumah sakit adalah kepatuhan melaksanakan standar layanan yang dibuat.

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) atau staf yang baru diangkat menjadi karyawan harus dilakukan kredensial sedangkan yang sudah bekerja lima tahun dilakukan kredensial ulang atau disebut re-kredensial.

Kredensial atau re-kredensial dilakukan oleh Komite Medik lewat sub komite mutu setelah beberapa syarat terpenuhi. Mutu tidak saja diartikan memberika pelayanan yang berkwalitas, tapi juga terkait dengan kendali biaya, untuk itu pelayanan yang diberikan di rumah sakit harus mengikuti Panduan Praktek Klinik (PPK) dan *Clinical Pathway (CP)*.

Dalam pengelolaan RSUP Sanglah, Direktur dibantu oleh para Direktur, Bidang, Unit kerja serta beberapa komite seperti Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite Etik dan Hukum dan komite Etik Penelitian. Mereka ini bekerja sesuai dengan tupoksinya dan harus patuh pada peraturan yang berlaku. Mutu layanan rumah sakit tidak lepas dari kerjasama antar direksi dan bidang atau unit yang ada. Kelengkapan sarana prasarana adalah merupakan hal yang sangat penting dan erat kaitannya dengan kualitas sumber daya manusia, system manajerial, serta sistem informasi.

Instalasi merupakan ujung tombak pelayanan di Rumah Sakit seperti Instalasi pelayanan medis, Instalasi penunjang medis dan Instalasi penunjang non medis. Setiap instalasi melaporkan alat yang dibutuhkan untuk pelayanan di instalasinya, berupa alat kesehatan, alat yang habis pakai serta usulan pemeliharaan baik berupa mesin, pendukung manajemen administrasi atau perbaikan gedung. Agar manajemen mudah membuat anggaran, kebutuhan sarana prasarana instalasi diajukan lengkap dengan perkiraan harga serta nama vendor yang menyediakan. Usulan tersebut direkapitulasi oleh bidang perencanaan, kemudian di usulkan ke

direksi. Bila usulan tersebut sesuai, akan disusun menurut skala prioritas. Untuk menghindari kesalahan barang yang dibutuhkan ditulis ganda, maka digunakan teknologi informasi. Contoh pengadaan alat kesehatan, akan dikolaborasikan dengan direktur keuangan, untuk menilai pembiayaannya, apakah alat tersebut masih layak diperbaiki atau diganti dengan yang baru dengan mempertimbangkan dari segi biaya, manfaat dan umur alat tersebut.

Mutu layanan yang diberikan oleh rumah sakit harus memenuhi standard dan perlu ditingkatkan. Rumah sakit telah meng-anggarkan biaya pendidikan dan latihan bagi karyawannya. Pendidikan dan latihan ini dapat diselenggarakan di dalam rumah sakit yang narasumbernya berasal dari dalam rumah sakit atau dari luar rumah sakit. Pelatihan bertujuan untuk meningkatkan mutu layanan kepada pasien dan keluarganya, keselamatan tenaga kerja, dan keselamatan atas seluruh barang milik rumah sakit, Bentuk pelatihan dapat berupa seminar, *workshop*, *Round Table Discussion (RTD)*. Sasaran yang dilatih adalah semua karyawan rumah sakit sesuai dengan bidangnya masing masing.

Mutu layanan kesehatan yang didapatkan oleh pengguna jasa rumah sakit harus dilakukan evaluasi setiap saat baik oleh staf yang langsung memberikan pelayanan atau dari direksi saat melakukan supervisi ke unit pelayanan dalam rumah sakit. Mutu pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis berpedoman pada Panduan Praktek Klinik dan *Clinical Pathway*. Dengan berpedoman pada PPK maka evaluasi akan

lebih mudah dilakukan. Evaluasi pelayanan secara berkala dilakukan oleh Komite Medik dalam bentuk audit medik pada kasus yang menarik untuk dipelajari atau kasus yang rentan menimbulkan konflik. Sedangkan evaluasi asuhan keperawatan dilakukan oleh Komite Keperawatan. Survei internal sering dilibatkan dalam audit di ruang lingkup KSM dan Instalasi. Pada momen tertentu sebelum akreditasi semua Survei internal dan Kepala instalasi, melakukan evaluasi langsung ke unit pelayanan rumah sakit serta memberikan contoh yang semestinya dilakukan.

Inovasi diciptakan untuk mengatasi permasalahan karena ada permasalahan yang belum dapat diselesaikan dengan cara lazim yang telah ada. Hal ini dapat berupa mengenai langkah-langkah kerja, mengatasi suatu masalah yang sebelumnya belum pernah dipikirkan, mengefisienkan penggunaan sarana atau prasarana rumah sakit, hal lain yang terkait dengan pelayan kesehatan yang meningkatkan pendapatan rumah sakit, mengembangkan pelayanan yang banyak dibutuhkan pasien dan meningkatkan mutu pemeliharaan alat medis dan alat penunjang lainnya.

Hasil inovasi yaitu menyediakan *after care* untuk mengatasi *bed block*, penyampaian hasil kritis laboratorium, dan *Rongten* menggunakan teknologi informasi (*IT*) sehingga bisa segera dibaca setelah ada hasil diruang tempat pasien dirawat.

Setiap tahun dilombakan karya inovasi yang diikuti oleh instalasi, dengan maksud menstimulasi karyawan di instalasi tersebut untuk

memunculkan ide barunya lewat lomba, yang dikenal dengan nama Gugus Kendali Mutu (GKM) dan bagi yang mendapatkan juara diberi hadiah dari Rumah Sakit dan hasil karyanya dapat dilombakan lagi di tingkat Nasional di *PERSI AWARD*.

Keberhasilan RSUP Sanglah memperoleh predikat paripurna dalam penilaian akreditasi oleh KARS tidak lepas dari komitmen dari semua karyawan dan semangat kerja, semangat dari tim surviyor internal dan team pokja serta dukungan dari direksi beserta jajarannya.

Kritik atau saran yang kita terima dapat disampaikan secara lisan, tertulis (surat) lewat post atau kotak saran, atau *Web* Rumah Sakit. Kritik dan saran itu diterima dengan pemahaman positif, karena merupakan bagian dari proses perubahan untuk meningkatkan mutu layanan dan bahkan dapat merangsang bekerja yang lebih baik. Kritik atau saran tersebut harus dinilai dengan standar yang berlaku di rumah sakit. Bila kritik atau saran tersebut bermanfaat maka akan ditindak lanjuti. Jika yang memberikan kritik atau saran namanya dan alamatnya tercantum dengan jelas, akan dibalas dengan ucapan terimakasih dan sarannya akan ditindak lanjuti.

Survei kepuasan pelanggan yang dilakukan oleh tenaganya berasal dari internal Rumah Sakit dan dari lembaga Survei eksternal (perjanjian kontrak kerja). Hasilnya yang didapat sangat berbeda karena pasien atau keluarganya lebih berani menyampaikan jawabannya kepada

survei eksternal. Dari hasil survei ini Rumah Sakit bercermin selanjutnya melakukan perbaikan mutu layanan.

Kendala utama adalah biaya yang terbatas, proses pengeluaran dananya lama karena perlu proses. Sistem pembayaran BPJS yang sering terlambat karena perlu proses, kadang kadang masih ada masalah/ kurang lengkap. Belum semua karyawan tersosialisasi dengan budaya mutu pelayanan yang baik, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) masih ada yang menyimpang dari Panduan Praktik Klinik (PPK) dan akibatnya pengeluaran rumah sakit bertambah besar.

Adanya peserta didik member manfaat kepada Rumah Sakit Sanglah. Oleh karena mereka setiap semester ada masuk dan keluar maka timbul kendala tersendiri, walaupun mereka telah diberikan pembekalan dan orientasi. Kendala lain gedung berumur tua dan perlu perbaikan dan perawatan, letak gedung terpencar serta ketinggian gedung terbatas empat lantai atau tingginya maksimal 15 meter sesuai Perda Bali, sehingga lahan parkir menjadi berkurang.

b. Hasil wawancara dengan kelompok Komite dan Diklit

Wawancara ke kelompok Komite dan diklit antara lain ke : Sub Komite Mutu di Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, dan Komite Etik Penelitian.

Standar pada SNARS edisi 1 lebih banyak bila dibandingkan dengan KARS versi 2012. Bahasa dan pemaparannya lebih jelas dan lebih mudah dimengerti karena dituntun oleh elemen penilaian yang dilengkapi

dengan kode, antara lain: R (Regulasi), (D) Dokumen atau bukti, (W) Wawancara, (O) Observasi, (S) Simulasi atau kombinasi.

Hampir semua instrument hukum yang diminta dalam standar sudah ada, tinggal disesuaikan dengan perubahan yang diminta dalam standar, dan mengganti yang sudah kedaluwarsa.

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) adalah sebagai motor menggerakkan orang /karyawan termasuk jajaran direksi untuk melaksanakan pelayanan yang bermutu di rumah sakit. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menyiapkan fasilitas yang sejalan dengan standar yang dipersyaratkan sehingga mereka dapat bekerja sesuai dengan yang telah ditetapkan. KMKP memfasilitasi penyusunan program mutu dan keselamatan pasien sedangkan tugas lain adalah sebagai penggerak di Bidang Pelayanan, Bidang Perencanaan, atau pendampingan di unit kerja.

Seluruh Profesional Pemberi Asuhan baik itu dokter atau perawat sebelum diberikan wewenang harus dikredensial dan re-kredensial bagi dokter atau perawat yang masa berlaku kredensialnya sudah habis. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan atau Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dalam melayani pasien harus menggunakan asuhan berdasarkan kepastakaan terkini yang berlaku di RSUP Sanglah yang sering disebut Panduan Praktek Klinik. Untuk tenaga penunjang diatur dalam standar Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS), kompotensinya dinilai, ditingkatkan dengan pelatihan untuk mengurangi kesenjangan

ketrampilan antar staf. Perencanaan kebutuhan pelatihan diajukan oleh masing masing instalai atau Bidang (untuk manajemen).

Sarana prasarana adalah merupakan salah satu fasilitas terkait pelayanan kesehatan baik berupa sarana listrik, komunikasi, sumber air bersih, gas medik dan pengolahan limbah. Sarana penunjang pelayanan ini harus dapat menjamin mutu dan keamanan pasien, keluarga pasien, staf dan lingkungan.

Penilain sarana di Rumah Sakit dilakukan oleh pokja yang terkait (sebagai assessor internal), atau oleh direktur dengan beberapa staf dan melibatkan Instalasi Sarana, keliling ke seluruh instalasi yang ada di Rumah Sakit atau dikenal dengan *tour facility*. Bila ditemukan ketidak sesuaian atau rusak, dilanjutkan dengan membuat program perbaikan atau perawatan yang selanjutnya diusulkan ke pihak direksi yang terkait. Bila perbaikan tidak memerlukan biaya maka tenaga instalasi sarana langsung dapat mengerjakannya.

Menjadikan mutu dan keselamatan pasien sebagai budaya adalah dengan melakukan pelayanan setiap hari. Apabila mutu dan keselamatan pasien sudah menjadi budaya maka hal tersebut dirsakan ringan baginya. Untuk itu setiap karyawan harus tersosialisasi dengan standar mutu agar mereka memiliki pemahaman yang sama. Mereka diwajibkan mengikuti pelatihan setiap 3 tahun sekali yang dibuktikan dengan kepemilikan sertifikat pelatihan. Pelatihan bisa dilakukan di

internal RSUP Sanglah dan diluar rumah sakit. Pelatihan wajib tersebut antara lain: Bantuan Hidup Dasar (BHD), *Fire safety* (penyelamatan dari bahaya kebakaran), Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi (PPI), Komunikasi efektif dan sebagainya. Jika dilihat dari standar ada sebanyak 53 jenis kegiatan pelatihan yang perlu diikuti oleh karyawan Rumah Sakit.

Melakukan evaluasi karyawan yang telah bekerja memenuhi standar akreditasi, dengan menelaah berkas pasien secara terbuka dan tertutup. Dari temuan tersebut dapat diketahui sejauh mana karyawan mentaati/memahami apa diinginkan oleh standar. Sedangkan evaluasi diruang perawatan, poliklinik, ruang tindakan dan ruang umum/ *public* dilakukan dengan cara observasi, wawancara dan simulasi.

Setiap Instalasi diwajibkan membuat inovasi dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, efisiensi, kendali biaya, mempercepat layanan, pemanfaatan alat medis, pemanfaatan kamar operasi, membuat alur kerja, memberikan motivasi pada pasien kemoterapi, radio terapi dan sebagainya. Setiap tahun hasil inovasi tersebut dilombakan di RSUP Sanglah yang dikenal dengan acara lomba Gugus Kendali Mutu. Yang menang lomba diberikan hadiah oleh Rumah Sakit dan hasil karyanya bisa dilombakan kembali di tingkat Nasional *PERSI AWARD*.

Walaupun masih ada beberapa hal yang kurang, RSUP Sanglah berhasil meraih predikat Paripurna dalam akreditasi KARS dan *JCI*. Hal

ini dapat tercapai karena adanya dorongan dari pimpinan, perilaku yang positif, semangat yang tinggi, antusias, jiwa gotong royong.

Memaknai kritik sebagai hal yang positif, karena Rumah Sakit perlu kritik atau saran untuk kemajuan atau perbaikan. Kritik atau saran dapat disampaikan langsung ke petugas saat melayani, lewat surat/kotak saran, lewat *Website*, atau ditulis pada daun pohon saran. Khusus untuk *Informed Consent* kepada pasien/keluarga, harus dipastikan pasien/keluarga mengerti dan paham serta diberi kesempatan untuk bertanya. Selain itu untuk meminimalkan keluhan pasien, dilakukan komunikasi yang efektif dengan 3 S (Senyum, Salam, Sapa) serta meningkatkan komunikasi sesama karyawan, Instalasi, Bidang, dan Direktorat menggunakan *group WhatsApp (WA)*

Kendala yang paling sering dihadapi adalah anggaran yang kurang, kekosongan alat kesehatan, obat, *reagen*, perbaikan fisik rumah sakit yang lambat dan masih adanya karyawan belum tersosialisasi dengan standar pelayanan. Pencatatan rekam medik belum semuanya menggunakan system elektronik dan adanya peserta didik yang setiap semester ada yang masuk dan keluar. Peserta didik yang baru belum sepenuhnya memahami bekerja sesuai standar akreditasi, walaupun mereka sudah pernah mendapat sosialisasi saat orientasi.

c. Hasil wawancara dengan kelompok Kerja (Pokja)

Pokja adalah singkatan dari kelompok kerja yang dibentuk untuk mempelajari suatu standar dalam satu Bab akreditasi, sehingga mereka nantinya bisa dianggap sebagai konsultannya di kelompok Bab tersebut. Adapun hasil wawancara dari semua pokja dirangkum sebagai berikut:

SNARS edisi 1 penjelasannya lebih baik dibandingkan dengan Akreditasi versi 12. Pada materi SNARS Edisi 1, lebih mudah dimengerti, lebih lengkap, dan elemen penilaiannya sudah diberikan kode apa yang harus dilakukan sehingga tidak menimbulkan penafsiran yang berbeda. Walaupun ada tambahan materi dalam standar tapi tidak banyak. Ada perpindahan standar dari Bab tertentu ke Bab yang lain.

Instrumen hukum di RSUP Sanglah hampir semuanya lengkap, hanya menyesuaikan dengan standar yang ada di SNARS edisi 1, seperti Kebijakan, Panduan, Pedoman dan SPO. Beberapa instrument hukum yang kurang lengkap, karena hampir kedaluwarsa selanjutnya diganti atau dirubah sesuai kebutuhan saat ini. Usulan draf surat keputusan direktur, Panduan, maupun draf Standar Prosedur Operasional dan beberapa formulir rekam medik dibuat oleh Pokja bersama staf manajemen dan selanjutnya di uji cobakan.

Pembahasan usulan kebijakan atau instrument hukum lainnya, sebaiknya dilakukan duduk bersama antara team Pokja dengan staf

manajemen terkait sehingga pembahasan instrument hukum bisa dilakukan lebih cepat.

Profesional Pemberi Asuhan harus disiplin menggunakan Panduan Praktek Klinik dalam memberi asuhan kepada pasien. Diagnose yang sama dan bila di diberikan asuhan oleh PPA yang disiplin ilmunya berbeda, maka mereka harus menggunakan PPK yang sama.

Direktur diharapkan menambah pengangkatan *case manajer* pada instalasi pelayanan tertentu, terutama pada instalasi yang memiliki permasalahan yang komplek yang melibatkan berbagai disiplin, berbagai pemeriksaan, bermacam-macam alat dan obat.

Peran tenaga penunjang sangat penting, mereka harus meningkatkan kompotensinya dengan mengikuti pelatihan di bidangnya, pelatihan terkait standar akreditasi, sehingga mereka paham bahwa yang mereka kerjakan akan berdampak pula pada pasien dan Rumah Sakit. Kurangnya jumlah tenaga yang memiliki menyebabkan kerawanan terhadap kualitas pekerjaan, keterlambatan memberikan respon terhadap yang meminta bantuan dari instalasi lain.

Mengunjungi tempat pelayanan dilingkungan Rumah Sakit (*Tour fisility*) adalah kegiatan yang sangat efektif untuk mengetahui dan memahami permasalahan kurangnya sarana di instalasi pelayanan. Bila ditemukan kekurangan sarana atau yang lainnya yang dapat menghambat pelayanan dan membutuhkan biaya untuk pengadaannya, ditindak lanjuti dengan membuat usulan ke direksi.

Karyawan harus mengikuti beberapa pelatihan, seperti pelatihan: BHD, *Fire safety*, PPI, *Patient safety*, *triage system*, *hand over*, *transfer* pasien, *case manager* dan pembuatan resume pulang, klaim asuransi, bukti dokumentasi dalam siklus perawatan, membuat resume rekam medis terkait klaim asuransi/BPJS, resiko terpapar kuman atau zat kimia yang semuanya dapat dilakukan melalui *In house training*.

Sasaran yang mendapat pelatihan adalah semua karyawan rumah sakit dan peserta didik Sp 1 (residen) dan Sp 2 (trainy). Materi dan jenis latihan yang diinginkan ditentukan oleh instalasi masing masing sesuai kebutuhannya seperti yang tercantum dalam standar SNARS Edisi 1. Materi pelatihan diusulkan oleh pokja ke Diklit. Selanjutnya Diklit yang mengorganisir pelatihan tersebut dan salah satu dari anggota Pokja menjadi narasumbernya sesuai pokjanya.

Untuk mengetahui karyawan telah melakukan pelayanan sesuai dengan mutu yang diharapkan maka perlu adanya evaluasi yaitu mulai telaah rekam medik secara terbuka, (semasih pasien dirawat dan penelaah duduk bersama PPA) dan telaah tertutup (menelaah rekam medik pasien pasien yang sudah pulang, dan melihat pemenuhan terhadap standar di SNARS Edisi 1).

Melibatkan unit kerja atau instalasi dalam diskusi pembuatan SPO dapat menumbukan rasa memiliki, dan untuk bekerja sesuai SPO tersebut, dan naluri untuk ber-inovasi akan timbul, seperti mencegah pasien jatuh dengan membuat restrain, membuat pre-resume, mencegah

decubitus dengan miring kanan dan kiri, membuat protokol jatuh, menata stok opname obat/alkes dan sebagainya. Inovasi yang dibuat instalasi setiap tahun dan dilombakan di tingkat lingkungan RSUP Sanglah, yang dikenal dengan lomba Gugus Kendali Mutu. Bagi yang menang akan diberi hadiah oleh Rumah Sakit, serta hasil karya ini dapat dilombakan kembali di tingkat Nasional di PERSI AWARD. Inovasi lain yang dikembangkan oleh manajemen adalah penggunaan *Group WhatsApp* untuk menyampaikan surat undangan, pengumuman, sosialisasi aturan baru, laporan harian dari Instalasi ke direktoratnya, dan meminta pertolongan ke instalasi lain yang berwenang bila ada kerusakan kecil yang bersifat segera/ urgen untuk diperbaiki. Selain itu juga dikembangkan *Group WhatsApp* yang lebih kecil di lingkungan instalasinya untuk mempermudah komunikasi antar anggota di instalasi yang bersangkutan.

Keberhasilan RSUP Sanglah mencapai peringkat Paripurna dalam akreditasi adalah karena *Team work* yang kuat, rasa memiliki, komitmen yang kuat, antusias, mau belajar, dukungan manajemen dan fasilitas pendukung internet yang baik, kepatuhan DPJP dan semangat gotong royong.

Kritik atau saran ditanggapi secara positif, dianggap sebagai masukan untuk rumah sakit, meng-kemunikasikan kembali secara santun dengan orang yang mengkritik, dan cepat direspon. Kritikan atau saran yang disampaikan, berarti masih ada orang yang memperhatikan atau

peduli dengan kita. Untuk meminimalkan kesenjangan informasi atau kritikan, dibuat acara *Focus Group Discussion* dengan tujuan untuk mendidik pasien. Masalah yang paling sering dikeluhkan pelanggan adalah masalah fasilitas yang kurang dan pelayanan yang lambat.

Keberhasilan mencapai peringkat paripurna pada survei akreditasi tidak berarti bebas dari kendala. Kendala utama yang dihadapi terutama budaya mutu dan keselamatan pasien belum dirasakan maksimal. Sarana yang kurang, obat sering kosong, perencanaan pemeliharaan kurang, respon perbaikan lambat, fasilitas kurang karena masalah dana, pemakaian barang kurang efisien, penempatan karyawan kurang tepat, jumlah sumber daya manusia yang masih kurang, masih ada pemahaman yang berbeda diantara pemangku kebijakan.

B. PEMBAHASAN

1. Pengaturan tentang akreditasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di RSUP Sanglah.

a. Bentuk pengaturan tentang akreditasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di RSUP Sanglah.

Bentuk pengaturan tentang akreditasi dituangkan dalam beberapa instrument hukum meliputi :

- 1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 sebagaimana diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017

tentang Akreditasi Rumah Sakit. Pada Permenkes ini ketentuan akreditasi meliputi:

- a) Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi standar akreditasi. Standar akreditasi merupakan pedoman bagi Rumah Sakit yang harus dipatuhi oleh Rumah Sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan.
- b) Setiap Rumah Sakit diwajibkan mengikuti akreditasi secara berkala setiap 3 tahun sekali. Kata wajib disini yang artinya harus dilaksanakan tanpa kecuali. Bagi Rumah Sakit yang baru pertama kali beroperasi diwajibkan melaksanakan akreditasi setelah dua tahun beroperasi atau setelah 2 tahun setelah memperoleh ijin operasional.
- c) Lembaga pelaksanan akreditasi di Indonesisa adalah lembaga penyelenggara akreditasi independen yang berasal dari dalam negeri atau luar negeri, dan telah ter-akreditasi oleh lembaga *International Society for Quality in Health Care (ISQua)*.
- d) Rumah Sakit melakukan kegiatan penilaian mandiri menggunakan elemen penilaian dari KARS, mengikuti *Workshop* yang diselenggarakan oleh KARS atau yang diselenggarakan oleh internal Rumah Sakit dan mengikuti bimbingan akreditasi berupa pendampingan untuk mempersiapkan survei akreditasi.

- e) Survei awal adalah survei di tahun pertama yang merupakan survei langsung penuh atau survei remedial bila Rumah Sakit belum lulus atau ingin memperbaiki nilai.
 - f) Survei verifikasi dilaksanakan pada satu tahun dan dua tahun setelah survei akreditasi awal.
 - g) Survei ulang yaitu survei Rumah Sakit setelah siklus akreditasi tiga tahun (sama dengan yang pertama)
- 2) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 428/MENKES/SK/XII/2012 tentang Penetapan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia. Keputusan ini menetapkan lembaga penyelenggara akreditasi Rumah Sakit di Indonesia terdiri dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang berasal dari dalam negeri dan *Joint Commissions Intrnational (JCI)* yang berasal dari luar negeri.
 - 3) Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang Perizinan dan Klasifikasi Rumah Sakit pada Pasal 76 Ayat (1) dan (2) merumuskan: setiap Rumah Sakit yang telah mendapatkan ijin operasional harus di-registrasi dan di-akreditasi. Registrasi dan akreditasi merupakan persyaratan untuk perpanjangan Izin Operasional dan perubahan kelas. Tanpa menyangang predikat kelulusan Akreditasi Rumah Sakit, maka Rumah Sakit yang bersangkutan tidak bisa memperpanjang ijin operasionalnya.
 - 4) Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 7 Ayat (1) huruf b, merumuskan

kerja sama antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan Rumah Sakit. Syarat untuk bisa kerjasama adalah rumah sakit harus memiliki ijin operasional, Surat penetapan kelas Rumah Sakit dan Sertifikat Akreditasi. Ini merupakan tanggung jawab moral BPJS terhadap kliennya untuk mendapatkan layanan kesehatan di Rumah Sakit yang telah melaksanakan standar mutu dan keselamatan pasien.

- 5) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM). Keputusan merupakan batasan minimal yang harus dipenuhi Rumah Sakit dan sifatnya wajib. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ini terdiri dari: Jenis Pelayanan dan Standar pelayanan minimal. Sebagai contoh; Jenis Pelayanan Gawat Darurat; Indikatornya, waktu tanggap pelayanan dokter di ruang gawat darurat dan; standarnya kurang dari lima menit terlayani setelah pasien datang.
- 6) Pada buku Standar Akreditasi Rumah Sakit edisi 1, Rumah sakit wajib mengikuti Persyaratan Akreditasi Rumah Sakit (PARS), untuk mendorong Rumah Sakit mengikuti peraturan per Undang Undangan.

Rumah Sakit harus:

- a) Memenuhi semua persyaratan informasi dan data kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- b) Menyediakan informasi yang lengkap dan akurat kepada KARS selama keseluruhan fase dari proses akreditasi.

- c) Melaporkan bila ada perubahan dari profil rumah sakit (data elektronik) atau informasi yang diberikan kepada KARS saat mengajukan aplikasi survei dalam jangka waktu maksimal 10 hari sebelum waktu survei.
- d) Mengizinkan memberikan akses kepada KARS untuk melakukan monitoring terhadap kepatuhan standar, melakukan verifikasi mutu dan keselamatan atau terhadap laporan dari pihak yang berwenang
- e) Bersedia menyerahkan data hasil monitoring dari Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota berupa berkas asli atau fotokopi legalisir kepada KARS.
- f) Mengizinkan pejabat KARS atau surveior senior yang ditugaskan oleh KARS untuk mengamati proses survei secara langsung, termasuk ketika melakukan kunjungan tanpa pemberitahuan kepada rumah sakit sebelumnya, dengan menggunakan tanda pengenal resmi dan Surat tugas dari KARS.
- g) Bersedia bergabung dalam sistem penilaian perkembangan mutu dengan memberikan hasil pengukuran indikator mutu. Dengan demikian direktur Rumah Sakit dapat membandingkan capaian indikator area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dengan rumah sakit lain melalui Sismadak KARS.

- h) Wajib menampilkan status akreditasi dengan tepat, program dan pelayanan sesuai dengan tingkatan status akreditasi yang diberikan oleh KARS melalui *website* atau promosi lainnya.
- i) Menyelenggarakan pelayanan pasien dalam lingkungan yang tidak memiliki risiko atau mengancam keselamatan pasien, kesehatan masyarakat atau keselamatan staf.

Adapun syarat lainnya yaitu kebijakan pra survei akreditasi dari KARS yang merupakan kelayakan umum sebelum mengajukan survei akreditasi kepada KARS bila Rumah sakit memenuhi semua kriteria ini :

- a) Untuk semua jenis Rumah Sakit dan semua kelas Rumah Sakit
- b) Izin operasional Rumah Sakit masih berlaku.
- c) Izin operasional Rumah Sakit sudah habis masa berlakunya, kecuali ada surat dari dinas kesehatan bahwa Rumah Sakit pengurusan izinnya sedang berlangsung.
- d) Direktur Rumah Sakit adalah tenaga medis.
- e) Rumah Sakit beroperasi penuh secara paripurna.
- f) Rumah Sakit mempunyai izin pengelolaan limbah cair.
- g) Rumah Sakit mempunyai izin pengelolaan limbah B3 atau bekerja sama dengan pihak ketiga yang mempunyai izin atau transporter yang mempunyai izin.
- h) Semua tenaga medis pemberi asuhan memiliki STR dan SIP

- i) Rumah Sakit melaksanakan kewajiban meningkatkan mutu asuhan dan keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian bentuk pengaturan yang telah dilaksanakan di RSUP Sanglah adalah: RSUP Sanglah telah melaksanakan akreditasi setiap 3 tahun sekali oleh lembaga Independen yang ter-akreditasi Internasional yang direkomendasikan oleh kementerian Kesehatan yaitu KARS.

Adapun ketentuan tahapan persiapan adalah penilaian mandiri, survei dokumen, telusur lapangan, *workshop* yang diselenggarakan oleh KARS atau oleh internal rumah sakit, melaksanakan standar pelayanan minimal serta dengan membuat laporan berkala oleh KMKP setiap tri wulan, sehingga perkembangannya dapat dipantau dan dilaporkan ke Direktur Utama RSUP Sanglah.

Semua proses pelaksanaan diatas berdasarkan standar akreditasi versi tahun 2012 dan versi SNAR edisi 1 sebagai persiapan akreditasi RSUP Sanglah pada tahun 2020 yang akan datang.

b. Ruang lingkup pengaturan akreditasi di RSUP Sanglah

- 1) Sumber Daya Manusia atau pegawai Rumah Sakit,

Merupakan salah satu kekayaan suatu rumah sakit yang harus dikelola agar tujuan rumah sakit tercapai yaitu:

- a) Permenkes Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit. Komite Medik memiliki tanggung jawab menerapkan tata kelola klinis, serta

meningkatkan profesional staf medis rumah sakit agar profesionalismenya terjaga melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis. Subkomite kredensial bertugas menapis profesionalisme staf medis, melindungi keselamatan pasien dengan memastikan bahwa staf medis yang melakukan pelayanan medis dirumah sakit harus kredibel. Subkomite mutu profesi bertugas mempertahankan kompetensi dan profesionalisme staf medis untuk menjaga mutu profesi medis, memperoleh kesempatan memelihara kompetensinya serta memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan melalui upaya pemberdayaan. Subkomite etik dan disiplin profesi bertugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, serta meningkatkan mutu profesionalisme staf medis di rumah sakit.

b) Permenkes Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit yang tujuannya mengatur sumber daya manusia keperawatan yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi. Subkomite Kredensial bertugas merekomendasikan kewenangan klinis sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan. Proses kredensial diharapkan menjamin tenaga keperawatan kompeten dalam memberikan

pelayanan keperawatan dan kebidanan kepada pasien sesuai dengan standar profesi. Subkomite mutu profesi bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan. Perawat sebagai pemberi pelayanan harus memiliki kompetensi, etis dan peka budaya. Mutu profesi tenaga keperawatan harus selalu ditingkatkan secara terus menerus sesuai perkembangan masalah kesehatan, ilmu pengetahuan dan teknologi, perubahan standar profesi serta standar pelayanan. Subkomite etik dan disiplin profesi bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi. Berdasarkan hal ini setiap tenaga keperawatan harus memiliki disiplin profesi yang tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan dan kebidanan serta menerapkan etika profesi dalam praktiknya. Profesionalisme tenaga keperawatan dapat ditingkatkan dengan melakukan pembinaan dan penegakan disiplin profesi serta penguatan nilai-nilai etik dalam kehidupan profesi.

- c) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Persyaratan ini ditujukan kepada tenaga yang bekerja khususnya dilingkungan penunjang sanitasi. Dalam keputusan ini syarat dan kurikulum pelatihan untuk karyawan harus juga disertakan.

2) Sarana Prasarana adalah merupakan suatu alat penunjang untuk keberhasilan suatu proses kegiatan.

a) Peraturan Daerah Provinsi Bali Nomor 16 tahun 2009 tentang Rencana Tata Ruang Wilayah Bali, dengan ketentuan, tinggi bangunan tidak lebih dari 15 meter. Dengan demikian bangunan melebar, lahan parkir sempit, sulit parkir, sehingga akses ke rumah sakit terhambat, peralatan medis lebih banyak diperlukan dan anggaran untuk perawatan gedung lebih besar.

b) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. maksud dan tujuannya adalah sarana yang disediakan oleh Rumah Sakit harus menjamin bagi orang yang menerima pelayanan, staf dan lingkungan Rumah Sakit sebagaimana ketentuan dalam lampiran I Keputusan ini, yang berfokus pada (1) Penyehatan ruang bangunan dan lingkungan Rumah Sakit; (2) Persyaratan higine dan sanitasi makanan, minuman; (3) Penyehatan air; (4) Pengelolaan limbah; (5) Pengelolaan tempat pencucian linen (*laundry*); (6) Pengendalian serangga, tikus dan binatang pengganggu lainnya; (7) Dekontaminasi melalui disinfeksi dan sterilisasi; (8) Persyaratan pengamanan radiasi; (9) Upaya promosi kesehatan dari aspek kesehatan lingkungan.


c) Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor P.56/Menlhk-Setjen/2015 tentang Tata cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Rumah Sakit harus memperhatikan pengolahan limbah berbahaya dan beracun dan harus mengikuti pedoman tatacara pengolahannya sebagaimana yang dituangkan dalam tujuan peraturan ini.

d) Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun. Maksud pengolahan Limbah B3 adalah suatu proses untuk mengurangi dan/atau menghilangkan sifat bahaya dan/atau sifat racun, untuk mencegah kontaminasi ke pasien, karyawan dan lingkungan rumah sakit. Limbah B3 wajib dikelola mulai dari pengumpulan, pengemasan dengan tanda khusus, dan memastikan pihak ketiga memiliki izin untuk melakukan transportasi serta pengolahan limbah akhir.

3) Manajemen organisasi akreditasi

Pelayanan yang dilakukan oleh organisasi yang baik haruslah sesuai dengan tuntutan zaman yang semakin dinamis. Kebutuhan pelanggan akan terus-menerus berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Organisasi yang bermutu adalah yang mampu menawarkan kepada pelanggan berbagai produk dan pelayanan yang memuaskan mereka. Untuk itu

suatu institusi rumah sakit seyogyanya mengikuti peraturan, yang makin hari makin berkembang. Berdasarkan Peraturan Presiden No 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit dalam Pasal 19 ayat (1) merumuskan rumah sakit dapat membentuk komite lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, dan RSUP Sanglah menindak lanjuti sebagai berikut:

- 
- a) Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Sanglah Nomor: HK.0203/SK.XIV.4/20385/2018 tentang Pembentukan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) di RSUP Sanglah. Tujuannya untuk meningkatkan program mutu dan keselamatan pasien, melalui koordinasi dengan jajaran yang terkait, menyesuaikan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien SNARS edisi 1. KMKP membantu Direktur Utama dalam upaya melakukan pembinaan dan pemeliharaan mutu pelayanan di Rumah Sakit.
- b) Surat Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.04/IV.C11.D23/5433/2017 tentang Susunan komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUP Sanglah Denpasar. Keputusan ini memuat susunan anggota Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) serta uraian tugas masing masing.
- c) Surat Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.04/IV.C11.D23/5434/2017 tentang Tim Pencegahan dan

Pengendalian Infeksi yang terdiri dari susunan Tim PPI, Uraian Tugas Tim.

- d) Surat Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/SK.XIV.4/8202a/2017 tentang Penunjukan Petugas Pencegahan dan Pengendalian Infeksi/ *Infection Prevention and Control Nurse (IPCN)*, yang memuat susunan anggota dan uraian tugas anggota. Anggota IPCN bertanggung jawab Ketua Komite PPI.
- e) Keputusan Direktur Utama RSUP Sanglah Nomor HK.02.04.IV.C.11.D23/12871/2016 tentang Tim Rekam Medik RSUP Sanglah yang memberikan wewenang untuk melaksanakan kegiatan upaya penanganan rekam medis secara lintas sektoral dan lintas fungsi sesuai kebutuhan. Tugas lainnya melakukan *close review* rekam medis, memberikan bantuan dan bimbingan dalam pemecahan masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan rekam medis.
- f) Surat Keputusan Direktur No. HK.02.03/SKXIV.4/38105/2018 tentang Pembentukan Tim Implementasi Standar Akreditasi RSUP Sanglah, sebagaimana tertuang dalam lampiran surat keputusan ini beberapa staf ditugaskan sebagai anggota Tim Implementasi Standar Akreditasi (sebelumnya disebut Pokja). Tugas tim ini: sebagai penanggung jawab pemenuhan standar

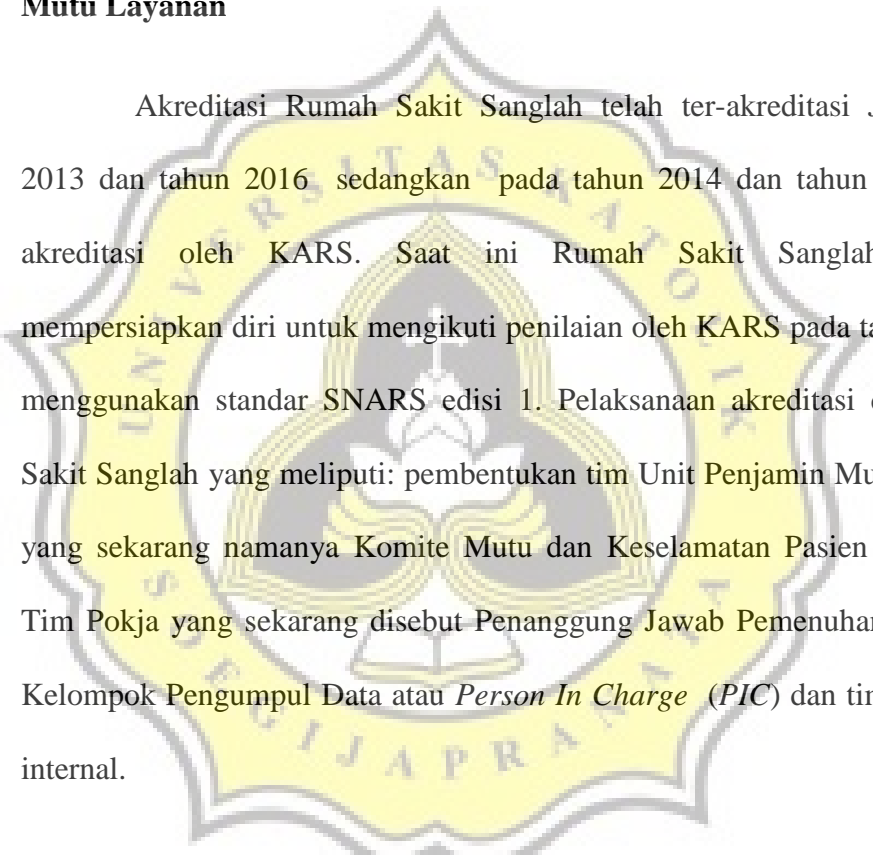
dalam satu Bab, memastikan semua standar akreditasi terimplementasi dengan baik dan benar.

g) SK Direktur Nomor:HK.02.03/SKXIV.4/38103/2018 tentang pembentukan Tim Asesor Internal Standar Akreditasi RSUP Sanglah Denpasar dimaksudkan untuk melakukan penilaian diri sendiri terhadap implementasi standar di internal Rumah Sakit Sanglah.

Berdasarkan hasil penelitian adalah: RSUP Sanglah telah melaksanakan aturan terkait dengan kepegawaian, memantapkan kerja komite medik dan komite keperawatan. Komite Medik dan Komite Keperawatan melakukan kredensial dan re-kredensial ke staf medis oleh Komite Medik dan staf perawat oleh Komite Keperawatan. Yang selanjutnya dasar untuk menerbitkan kewenangan klinis dan surat penunjukan klinis. Surat tersebut diatas ini disimpan di komite masing masing dan salinanya disimpan di unit kerja masing masing. Bagi tenaga Penunjang Medis dan Penunjang Non Medis, mereka diberikan pelatihan wajib terkait kesehatan lingkungan, tentang dampak terhadap dirinya sendiri, karyawan lain dan terhadap lingkungan Rumah Sakit, lingkungan diluar RSUP Sanglah untuk mencegah pencemaran lebih lanjut. Pelatihan dilakukan di internal rumah sakit atau diluar rumah sakit. Pelatihan internal rumah sakit, materi latihan serta jadwal disusun oleh Diklit, dengan bukti pelatihan ditunjukkan berupa Surat undangan, materi pelatihan, waktu lamanya pelatihan, tempat pelatihan serta sertifikat

pelatihan. Pelatihan ini dilakukan periodik sesuai masa berlakunya, atau setiap tiga tahun sekali. Hampir semua staf sudah tersosialisasi hanya beberapa saja yang belum karena kendala harus kerja di tempat tugas masing masing saat pelaksanaannya pelatihan.

2. Pelaksanaan Akreditasi di RSUP Sanglah dalam Upaya Peningkatan Mutu Layanan



Akreditasi Rumah Sakit Sanglah telah ter-akreditasi *JCI* tahun 2013 dan tahun 2016, sedangkan pada tahun 2014 dan tahun 2017 ter-akreditasi oleh KARS. Saat ini Rumah Sakit Sanglah sedang mempersiapkan diri untuk mengikuti penilaian oleh KARS pada tahun 2020 menggunakan standar SNARS edisi 1. Pelaksanaan akreditasi di Rumah Sakit Sanglah yang meliputi: pembentukan tim Unit Penjamin Mutu (UPM) yang sekarang namanya Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP), Tim Pokja yang sekarang disebut Penanggung Jawab Pemenuhan Standar, Kelompok Pengumpul Data atau *Person In Charge (PIC)* dan tim assessor internal.

a. Tim Pelaksana akreditasi di RSUP Sanglah

- 1) Komite mutu dan Keselamatan Pasien yang tugasnya sebagai motor penggerak penyusunan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), memonitoring dan memandu dan penerapan program PMKP di unit kerja Instalasi/Bidang/Bagian, pemilihan prioritas program, menentukan profil indikator mutu dan lain lain. Hasil rekapitulasi KMKP dilaporkan ke Direktur Utama setiap triwulan

dan selanjutnya diteruskan Dewan Pengawas. Ketua KMKP dibantu oleh Subkomite yaitu:

- a) Sub Komite Mutu, tugas pokoknya terlibat dalam pemenuhan standar mutu, menentukan prioritas indikator, membuat kamus indikator dan lain lain.
 - b) Sub komite Keselamatan Pasien, tugas pokoknya pengelolaan *sentinel event*, kejadian tidak di inginkan (KTD), Kejadian Nyaris cedera (KNC), Kejadian potensial cedera (KPC), dan penerapan budaya keselamatan pasien.
 - c) Subkomite manajemen Resiko, tugas utamanya adalah perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan, identifikasi resiko dan pengelolaan resiko.
- 2) Penanggung jawab mutu di instalasi adalah kepala instalasi sebagai verifikator dibantu oleh kelompok pengumpul data (*PIC*) di tingkat Instalasi. Data tersebut dilaporkan setiap triwulan ke KMKP.
 - 3) Penanggung jawab pemenuhan standar akreditasi yang sering disebut Pokja (bertanggung jawab terhadap standar yang ada dalam satu Bab saja). Mereka mempelajari standar dalam Bab tersebut, membuat draf isi Surat Keputusan atau SPO, membuat Pedoman dan Panduan yang terkait di Bab tersebut. Memastikan standar yang ada dalam Bab tersebut di implementasikan di area yang harus menerapkannya dan atau memastikan telah tertulis dalam form yang digunakan di area tersebut.

- 4) Tim Asessor Internal Standar Akreditasi RSUP Sanglah mempunyai tugas melaksanakan telusur dokumen dan telusur lapangan serta memastikan standar akreditasi di-implementasikan, melaksanakan edukasi saat ada temuan ditempat, dan menyusun laporan hasil monitoring dan evaluasi.

Berdasarkan hasil penelitian: RSUP Sanglah telah menerbitkan Surat Keputusan membentuk beberapa tim pelaksana akreditasi dengan beban tugasnya masing masing dan sebagai persiapan akreditasi berikutnya menggunakan SNAR edisi 1 pada Tahun 2020. Hal ini dimaksudkan untuk mempercepat pemenuhan standar akreditasi di RSUP Sanglah dengan harapan terjadinya peningkatan mutu dan keselamatan pasien lebih cepat dan lebih banyaknya staf tersosialisasi terhadap standar akreditasi.

b. Mekanisme pelaksanaan akreditasi di RSUP Sanglah

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai tugas melakukan monitoring pelaksanaan pemenuhan mutu di instalasi, memilih prioritas program rumah sakit, serta menentukan profil indikator mutu. Data dari instalasi dikumpulkan dan direkapitulasi dan ditayangkan dalam bentuk grafik atau bentuk lainnya sehingga lebih mudah untuk dipahami. Membuat program pendidikan dan pelatihan mutu dan keselamatan pasien, membuat laporan hasil pencapaian Standar

Pelayanan Minimal, dan mempublikasikan data peningkatan mutu di *Website* RSUP Sanglah.

Tim Standar Akreditasi yang dibentuk oleh Direktur Utama yaitu tim Penanggung Jawab Pemenuhan Standar yang sebelumnya disebut Pokja dengan rincian tugasnya sebagai berikut:

- 1) Bertanggung jawab seluruh dokumen akreditasi dan implementasi standar dalam satu Bab.
- 2) Berkoordinasi secara horizontal dan vertical dalam struktur organisasi implementasi ini.
- 3) Menyiapkan proses penyiapan dokumen regulasi, dokumentasi , sosialisasi dan edukasi.
- 4) Melakukan kegiatan telaah dokumen dan telusur lapangan.

Tim Asesor Internal Standar Akreditasi RSUP Sanglah bertugas dan bertanggung jawab terhadap:

- 1) Melakukan telusur dokumen, lapangan, dan penilaian diri sendiri.
- 2) Memastikan standar akreditasi ter-implementasi dengan benar.
- 3) Melakukan edukasi bila ditemukan pelaksanaan yang belum sesuai.
- 4) Menyusun laporan atas telusur dokumen, telusur lapangan dan penilaian mandiri.
- 5) Menyampaikan hasil telusur dan memberikan saran terkait temuan.
- 6) Kegiatan telusur lapangan dilakukan minimal 4 kali dalam sebulan, telusur dokumen dan self asesmen dilakukan satu kali sebulan.

Berdasarkan dari hasil penelitian: semua tim diberikan uraian tugas dan tanggung jawab melakukan telusur dokumen dan telusur lapangan untuk mendapatkan data. Jika dijumpai hal yang tidak sesuai standar pada saat telusur maka penanggung jawab di unit pelayanan tersebut diberitahukan mengenai yang seharusnya dilakukan. Hasil temuan dikumpulkan di KMKP, dan selanjutnya dianalisis dan dilaporkan ke Direktur Utama untuk ditindak lanjuti. Dari laporan KMKP terjadi peningkatan kualitas layanan dari triwulan ke triwulan tapi walaupun masih ada beberapa yang fluktuatif. Hasil cukup memuaskan karena ada beberapa pelayanan yang nilainya lebih tinggi dari rumah saki lain yang dijadikan *Benchmark*. Tapi secara keseluruhan sudah bisa dikatakan meningkat, cenderung mencapai target, bahkan sudah ada yang mencapai target 100%.

c. **Monitoring dan evaluasi**

Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan membuat pelatihan, penilaian mandiri, telusur dokumen tertutup (pasien sudah keluar Rumah Sakit), telusur terbuka adalah menelaah dokumen pasien yang masih dirawat (dilakukan oleh Tim Rekam Medis dan PPA yang terlibat). Kegiatan telusur lapangan (*Facility tour*) dilakukan dilingkungan rumah Sakit. Monitoring dan evaluasi ini dilakukan secara menyeluruh seperti penilaian oleh KARS, menggunakan tuntunan: Regulasi, dokumen/bukti, observasi, wawancara, simulasi dan konfirmasi yang sering disingkat dengan Redowsko.

Berdasarkan hasil penelitian: telah dilakukan pelatihan wajib secara periodik sesuai dengan masa berlaku sertifikat pelatihan atau setiap 3 tahun sekali oleh Diklit RSUP Sanglah. Di unit kerja monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh kepala Instalasi, tim assessor internal, penanggung jawab standar akreditasi dan supervisi para direksi ke unit kerja. Hasil laporan menunjukkan staf yang telah mendapat latihan dan kepatuhan terhadap standar sudah ada peningkatan, berdasarkan laporan PMKP.

3. Faktor faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Akreditasi dalam Upaya Peningkatan Mutu Layanan di RSUP Sanglah.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan akreditasi RSUP Sanglah. Faktor yang mempengaruhi tersebut berupa faktor yang mendukung dan faktor yang menghambat.

a. Faktor yuridis

1) Faktor Yuridis yang mendukung

Diberlakukannya berbagai instrument hukum dari Undang Undang Rumah Sakit, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan, beserta turunannya. Dari aturan yuridis tersebut rumah sakit wajib mengikuti aturan tersebut dimana elemen penilaiannya sudah ada di atur dalam akreditasi rumah sakit.

2) Faktor Yuridis yang menghambat.

Pemberlakuan SNARS edisi 1, belum ada bentuk atau format hukumnya. Sehingga belum diketahui instrumen ini termasuk jenis instrumen hukum yang mana. Dalam perspektif hukum hal semacam ini dapat dikategorikan sebagai ketentuan yang tidak mengikat secara hukum.

Produk hukum internal RSUP Sanglah, terlihat kaedah penyusunan peraturannya kurang dimengerti dan tidak terpenuhi tata cara penyusunan produk hukum dengan benar. Disamping itu penyusunan produk hukum kurang memperhatikan tiga landasan utama penyusunan peraturan yakni landasan filosofis, sosiologis, dan yuridis. Akibatnya beberapa instrument hukum yang telah dibuat berpotensi untuk dibatalkan atau batal demi hukum.

Kelompok kerja atau Tim Implementasi Standar Akreditasi RSUP Sanglah Denpasar dibentuk oleh Direktur RSUP Sanglah, akan tetapi tidak tercantum dalam struktur organisasi Rumah Sakit, dan juga bukan merupakan tim adhoc atau menangani untuk keperluan sementara saja.

b. Faktor teknis

1) Faktor Teknis yang mendukung.

Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Pusat dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan yang lokasinya berdekatan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Sebagian tenaga dosen fakultas kedokteran dan peserta didik spesialis, dapat meringankan beban kerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Perkembangan teknologi informasi (IT) di RSUP Sanglah, sangat membantu dalam meningkatkan kualitas mutu pelayanan, seperti kecepatan pelayanan, kecepatan menerima hasil kritis laboratorium, keamanan penulisan resep dan sebagainya.

2) Faktor Teknis yang menghambat.

Rumah Sakit Sanglah memiliki banyak gedung yang terpisah, sehingga sedikit lahan terbuka hijau. Oleh karena itu kebutuhan biaya untuk pemeliharaan gedung dan kebutuhan alat pendukung medis lebih tinggi. Terbatasnya anggaran mengakibatkan hambatan dalam penyediaan obat dan alat medis serta perbaikan dan pemeliharaan gedung. Selain itu adanya peserta didik yang setiap semester berganti, memerlukan sosialisasi dan pembinaan dalam hal peningkatan mutu layanan.

c. Faktor sosiologis

1) Faktor sosial yang mendukung.

Perilaku staf dalam pemenuhan standar akreditasi seperti disiplin, budaya gotong royong serta dukungan direksi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, memberikan hal

yang positif terhadap pelayanan kesehatan di RSUP Sanglah. Sedangkan dari masyarakat pengguna pelayanan kesehatan, pada umumnya mempunyai sifat menerima bila ter-sosialisasi dengan baik terhadap arahan dari petugas kesehatan.

2) Faktor sosial yang menghambat.

Masih ada staf RSUP Sanglah yang bekerja ego sektoralnya, tidak hirau dengan yang dikerjakan oleh petugas di instansi lainnya, sedangkan pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan pelayanan yang berkesinambungan. Masih dijumpai pada masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan dengan tindakan kurang disiplin seperti tidur menggelar tikar di lantai, kurang membiasakan diri cuci tangan, masih ada yang merokok sembunyi sembunyi di areal RSUP Sanglah.

