

RESPON PEMIMPIN RUMAH SAKIT TERHADAP PENERAPAN AKREDITASI RUMAH SAKIT KARS VERSI 2012

RESPONSES OF HOSPITAL LEADERS TOWARD IMPLEMENTATION OF KARS HOSPITAL ACCREDITATION 2012 VERSION

Euis Komala Restiawati, Achmad Rudijanto, Viera Wardhani
Program Pascasarjana, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang

ABSTRACT

Background: The role of hospital leader is key for the successful implementation of KARS version 2012 accreditation which puts patient safety as the focus of hospital management.

Aim: This study aimed to explore the understanding and responses of hospital leaders toward hospital accreditation 2012.

Method: This was a qualitative research design using case study. Data were gathered through 1) semi structural questionnaire interview of Hospital Director, Nursing Chief and Coordinator of Care Services (3 informants); 2). direct observation at medical services activities, patient transfer, Medical Support Services, patient's identity writing and patients identification on treatment; and 3) data obtained from minutes of meeting, Standard Operational Procedure, policy, patient's document related with standard implementation of hospital accreditation.

Result: Accreditation preparation at this hospital used a top down approach with limited dissemination. Director's understanding limited to the purposes, scoring method and assessed chapter, meanwhile the Nursing Chief only mentioned the quality improvement purposes and care, and Coordinator of care stated quality improvement accreditation. The leader has not built a structured plan for overall hospital activity, but only reactive responses. In the service level there is only a minor change found. For example writing patient identity differs in each unit, hand washing practice has no proper standard operational procedure, and hand washing facility was not available in every patient bed.

Conclusion: There is a gap of understanding and responses on accreditation due to unstructured preparation. Responses were only on hand washing aspect and personal identity. There is still no written policy on implementation of KARS 2012 accreditation.

Keywords: accreditation, hospital leader, understanding and responses, KARS 2012 accreditation

ABSTRAK

Latar belakang: Pemimpin memegang peran kunci dalam penerapan akreditasi KARS versi 2012 yang menempatkan keselamatan pasien sebagai fokus manajemen rumah sakit.

Tujuan: Studi ini bertujuan untuk mengeksplorasi pemahaman dan respon pemimpin rumah sakit terhadap akreditasi rumah sakit KARS 2012.

Metode: Penelitian dilakukan dengan desain kualitatif melalui studi kasus. Pengambilan data dilakukan melalui 1) wawancara semi terstruktur pada Direktur Rumah Sakit, Kepala Bidang Perawatan dan Koordinator Pelayanan Perawatan, 2) obser-

vasi pada lingkungan Pemimpin struktural dan fungsional, kegiatan pelayanan medis, transfer pasien, pelayanan penunjang medis, cara menuliskan identitas dan identifikasi pasien pada saat akan melakukan tindakan, 3) analisis dokumen rapat, standar operasional prosedur, kebijakan, dokumen pasien terkait implementasi standar akreditasi rumah sakit.

Hasil: Persiapan akreditasi di rumah sakit dilakukan dengan pendekatan *top down* dengan sosialisasi dan pelatihan yang belum menyeluruh. Pemahaman direktur masih pada tujuan, metode penilaian dan bab yang dinilai, Kepala Bidang Perawatan mengatakan tujuan akreditasi adalah peningkatan mutu, dan melihat implikasi pada pelayanan, sedangkan Koordinator Pelayanan Perawatan hanya memahami akreditasi sebagai peningkatan mutu. Direktur belum melakukan tahap perencanaan yang terstruktur, sehingga program bersifat reaktif. Persiapan akreditasi belum sepenuhnya berdampak pada perubahan perilaku terutama pada proses identifikasi dan budaya *hand hygiene*.

Kesimpulan: terjadi kesenjangan pemahaman dan respon pimpinan karena perencanaan yang tidak terstruktur. Respon yang terlihat baru pada aspek cuci tangan dan identitas personal.

Kata kunci: akreditasi, respon pimpinan rumah sakit, pemahaman dan respon, akreditasi KARS 2012

PENGANTAR

Rumah sakit dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan memberikan keamanan bagi pasien. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyelenggarakan akreditasi bagi rumah sakit untuk menilai pelayanan kepada pasien agar sesuai standar. Pomey¹ menyatakan program akreditasi menyediakan kerangka kerja manajemen mutu organisasi secara komprehensif dan merupakan cara yang efektif untuk mengenalkan perubahan sekaligus sebagai pembelajaran. Pemimpin rumah sakit wajib memahami akreditasi KARS versi 2012 yang menggunakan pendekatan akreditasi organisasi dengan evaluasi keseluruhan sistem organisasi pelayanan kesehatan. Model ini mengevaluasi kemampuan organisasi dalam meningkatkan dan memonitor profesionalisme staf melalui mekanisme internal.²

Lensufii³ menyatakan bahwa fokus pemimpin adalah memimpin sekelompok orang melakukan per-

ubahan ke arah lebih baik dan lebih ideal. Pemimpin rumah sakit berperan dan bertanggung jawab dalam hal perencanaan dan pengorganisasian, pencapaian tujuan dan sasaran rumah sakit, kualitas pelayanan rumah sakit, alokasi sumber daya, menyelesaikan masalah atau krisis, kepatuhan pada peraturan, dan promosi rumah sakit.

Penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi pemahaman dan respon pemimpin rumah sakit dalam menerapkan standar KARS versi 2012. Fokus pengamatan terletak pada aspek perawatan pasien sebagai kegiatan utama rumah sakit.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif melalui studi kasus (*case study*). Batasan kasus pada penelitian ini adalah pemahaman dan respon pemimpin rumah sakit terhadap perubahan akreditasi KARS versi 2012. Pemahaman pimpinan artinya bahwa pimpinan mengerti tentang pengertian akreditasi, perubahan paradigma akreditasi, dan tujuan akreditasi KARS versi 2012.

Data diperoleh dengan wawancara semi terstruktur tentang pemahaman akreditasi KARS versi 2012 pada Direktur Rumah Sakit, Kepala Bidang Perawatan dan Koordinator Pelayanan Perawatan. Pemilihan informan didasarkan pada pertimbangan sebagai pemimpin formal dan bidang perawatan pasien di sebuah rumah sakit. Observasi respon pemimpin dilakukan pada lingkungan pemimpin struktural dan fungsional di satu rumah sakit. Observasi dilakukan pada kegiatan pelayanan perawatan, transfer pasien, pelayanan penunjang medis, cara menuliskan identitas dan melakukan identifikasi pasien pada saat akan melakukan tindakan. Pengamatan juga melalui kajian dokumen rapat, standar prosedur operasional (SOP), kebijakan, dokumen pasien yang berkaitan dengan implementasi standar akreditasi rumah sakit.

Data berupa catatan lapangan kemudian ditranskrip dan dianalisis. Hasil catatan lapangan dibedakan menjadi dua yaitu data deskriptif dan data reflektif sesuai dengan formatnya. Hasil wawancara disusun menjadi verbatim wawancara. Hasil observasi dan temuan lapangan disusun menjadi tabel dan hasil studi dokumentasi diformat menjadi skrip analisis dokumen.⁴

Verbatim dikategorisasi menjadi kategori tema, sub kategori tema dan proses pengkodean. Sub-kategori tema merupakan pecahan dari kategori tema sehingga lebih kecil, lebih sederhana, lebih mudah dipahami dan bersifat lebih praktis. Proses kodefikasi dilakukan dengan memasukkan pernyataan informan sesuai dengan kategori dan subkategori tema dengan memberikan kode tertentu. Format penulisan kode

berisi inisial, urutan wawancara, tanggal wawancara, baris pernyataan dalam verbatim wawancara.⁴

Display data bertujuan agar data hasil reduksi terorganisir, tersusun menjadi pola hubungan, sehingga mudah untuk dipahami. *Display* data yang dilakukan peneliti dalam bentuk naratif dengan menyusun data yang relevan yang disertai dengan proses analisis yang terus menerus, sehingga menjadi informasi yang dapat disimpulkan dan mempunyai makna yang dapat menjawab pertanyaan penelitian. Data hasil temuan disajikan dalam bentuk tabulasi silang antara kesimpulan data yang didapat pada kelompok pemimpin struktural dan fungsional di rumah sakit dalam mempersiapkan akreditasi KARS versi 2012 dan temuan tentang pemahaman dan kegiatan yang dilakukan dalam merespon perubahan akreditasi KARS versi 2012 sesuai dengan tema yang diidentifikasi.⁴

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pemahaman Pemimpin tentang Akreditasi KARS versi 2012

Pemahaman pemimpin tentang akreditasi mencakup pemahaman terhadap perubahan akreditasi KARS versi 2012, tujuan akreditasi KARS versi 2012, perbedaan mendasar akreditasi KARS 2007 dan akreditasi KARS versi 2012.

Tabel 1 menunjukkan kesenjangan pemahaman tentang akreditasi KARS versi 2012 antara direktur dengan pemimpin fungsional. Dengan metode telusur keseluruhan sistem kegiatan organisasi rumah sakit, pemahaman Direktur tentang akreditasi KARS versi 2012 masih sebatas telusur implementasi tindakan sesuai dengan SOP.⁵

Ketidakteraturan dalam melakukan cuci tangan, penerapan budaya memperkenalkan diri, dan penulisan identitas pasien disebabkan oleh sosialisasi standar akreditasi KARS versi 2012 yang masih pada tingkat pemimpin struktural. Data yang didapat belum menunjukkan adanya perencanaan persiapan akreditasi yang terstruktur. Wagner⁶ mengatakan bahwa dalam melaksanakan perubahan menuju perkembangan yang sesuai dengan standar, maka pemimpin organisasi wajib melakukan orientasi kepada staf tentang standar dan perubahan yang diminta. Untuk menuju perubahan, pemimpin wajib membuat perencanaan dan persiapan secara keseluruhan dan mengimplementasikan standar yang ada.

Tabel 2 menunjukkan adanya kesenjangan respon antar pemimpin. Tenaga perawat dan ahli gizi berbeda dalam menuliskan identitas pasien dan teknik cuci tangan. Fasilitas cuci tangan juga tidak seragam yaitu ada yang berupa sabun cair, sabun batang, namun juga ada yang berupa *handrub*. Kertas tisu juga tidak selalu tersedia.

Tabel 1. Pemahaman Pemimpin Tentang Akreditasi

Pertanyaan	Direktur	Kepala Bidang Perawatan	Koordinator pelayanan perawatan
Perubahan Akreditasi KARS versi 2012	"... metode telusur itu, iya kan! ... di mana pasien sebagai obyeknya ... pengguna pelayanan itu yang ditanyakan kemudian sampai sedetilnya"	"... dengan JCI/akreditasi baru tentunya proses jadi kalau aplikatif sekali nah kalau JCI kan tidak hanya menanyakan bagaimana dokumenter balik dari pelayanan terbawah sendiri <i>engga</i> tanya ke manajer dulu tidak tetapi langsung ke pelayanan, inilah baru yang dapat dikatakan suatu penilaian yang objektif benar..."	"Sejak tahun 2012 itu saya kira perubahan saya kira <i>engga</i> begitu apa namanya signifikan tetapi pada KARS 2012 yang harus dibenahi adalah untuk memaksimalkan pelayanan pelanggan, meningkatkan pelayanan pelanggan dan kedua adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan ..."
Tujuan akreditasi KARS versi 2012	"Yang jelas akreditasi adalah untuk melihat apakah suatu rumah sakit itu sudah memenuhi standar kriteria tertentu, kriteria ini biasanya kriteria yang menurut yang baru ini, kalau belum, ditingkatkan sesuai yang ada dalam item penilaian itu."	"Yah! Jadi peningkatan pelayanan... Harapan kami memang JCI itu pelayanan kita meningkat..."	"Tujuannya yang utama adalah meningkatkan mutu layanan, meningkatkan sumber daya manusia yang ada di rumah sakit, lalu juga meningkatkan sumber daya dari rumah sakit itu meningkatkan mulai dari pendidikan, dari pengetahuan, dari <i>skill</i> ..."
Perbedaan mendasar pada akreditasi KARS versi 2012 dengan akreditasi lama	"Di mana kan kita tahu ada empat apa itu? Kelompok 3 kelompok JCI, 1 kelompok MDG's ... jadi kalau dulu kita <i>engga</i> pernah tahu SOP-nya melakukan tindakan ini adalah seperti ini, tapi sekarang adalah bagaimana pasien itu dilakukan tindakan kemudian dicek seperti ini itu apakah memang ada di SOP-nya itu! Mengenai bagaimana pasien itu mengenal apakah dia mendapatkan pelayanan sebenar-benarnya. Kalau dulu <i>engga</i> sampai seperti itu."	"Kalau yang lamakan lebih pada menurut saya lebih pada dokumen, sementara kalau benar-bener JCI ini mau diterapkan, yang baru... SOP-nya justru malah terakhirkan penilaian. Tetapi justru bagaimana tolong mbak ini cuci tangan dia cuci tangan <i>engga</i> , artinya SOP-nya betul-betul dilakukan, budaya sekali lagi."	"Kalau versi 2012 itu sekarang kita, <i>patient safety</i> itu perlu ditingkatkan lalu inos perlu juga ditingkatkan di rumah sakit kita lalu keramahan dari itu perlu ditingkatkan kembali. Kalau perbedaan saya kira, kalau perbedaannya otomatis berbeda, sebabnya sekarang mulai SPO itu disesuaikan, perbedaannya apa? Kita memang harus, yah memang semuanya sama yah tetapi hanya meningkatkan, meningkatkan mutu layanan yang lebih, gitu."

Tabel 2. Respons Pemimpin Tentang Akreditasi KARS Versi 2012

Direktur	Kebijakan	Supervisi	Fakta di lapangan
	SK Instalasi Pengendali Mutu SK Tim Akreditasi SK Pembaharuan Tim K3RS Penandatanganan bersama pemimpin rumah sakit tentang <i>hand hygiene</i> Seminar Akreditasi Workshop Akreditasi	Fokus pada: - Cuci tangan	Petugas Sarana Cuci tangan belum semua sesuai SPO menurut WHO Sabun cair +, sabun batang +, <i>handrub</i> 1 botol/kamar, belum/tempat tidur Kertas tisu tidak tersedia setiap saat
	Biaya Studi banding ke rumah sakit yang sudah terakreditasi KARS versi 2012	- Pasien mengenal petugas (dokter, perawat)	Identitas Petugas Belum semua memperkenalkan diri Belum melakukan identifikasi pasien
	Kepala Bidang Perawatan Kebijakan - Perbaikan SPO - Supervisi - Menginstruksikan pada KPP untuk membudayakan cuci tangan, 5S dan memperkenalkan diri	Lab Radiologi Farmasi Label dengan nama pasien, nomor register Label dengan nama pasien, nomor kamar Label dengan nama pasien, nomor kamar, nomor tempat tidur	
Koordinator Pelayanan Perawatan	Mensosialisasikan cuci tangan dan meningkatkan pelayanan	Gizi: nomor ruangan, tanggal dan jenis diet dengan singkatan yang tidak dimengerti orang lain Buku rekam medik pasien: nomor register dan nama pasien pada setiap halaman belum terisi semua Gelang identitas pasien: nama, nomor register Belum semua pakai gelang, gelang dilepas	

Tabel 3. Perbandingan Pemahaman, Respon Pimpinan Terhadap Standar Akreditasi KARS Versi 2012

Unsur Pemimpin	Pemahaman	Respon	Standar Akreditasi KARS Versi 2012
Direktur	Metode penilaian menggunakan metode telusur dari bawah dan pasien sebagai obyek untuk melihat apakah suatu rumah sakit itu sudah memenuhi standar kriteria tertentu Akreditasi lama: asesor tidak ke lapangan dan tidak mencocokkan tindakan dengan SAP Akreditasi baru: mempunyai 3 kelompok JCI, 1 kelompok MDGs, mengecek tindakan sesuai SPO, asesor menanyakan kepada pasien tentang petugas dan pelayanan	Rencana kerja: menyiapkan organisasi dengan membentuk pokja-pokja instalasi penjaminan mutu, komitmen organisasi, <i>kick off</i> sosialisasi dan persiapan akreditasi baru/JCI Persiapan yang telah dilakukan: organisasi sudah membuat tim khusus dan rancangan instalasi jaminan mutu. Menugaskan staf untuk pelatihan, studi banding ke rumah sakit yang sedang menjalankan JCI atau akreditasi baru. Menyediakan biaya untuk pelaksanaan akreditasi baru/JCI Budaya cuci tangan. Budaya memperkenalkan diri	Metode penilaian: metode telusur yaitu telusur individu/pasien, telusur sistem penggunaan data, sistem manajemen obat dan sistem pencegahan pengendalian infeksi, telusur lingkungan dengan menilai kepatuhan melaksanakan standar manajemen lingkungan dan manajemen kedaruratan, serta melakukan telusur program spesifik yaitu berfokus pada masalah atau topik spesifik terkait keselamatan dan integrasi laboratorium Tujuan akreditasi: menentukan apakah rumah sakit tersebut memenuhi standar yang dirancang untuk memperbaiki keselamatan dan mutu pelayanan. Perbedaan akreditasi KARS 2009 & 2011: versi 2009: Berfokus pada <i>provider</i> kuat pada input dan dokumen lemah implementasi kurang melibatkan petugas
Kepala Bidang Perawatan	Akreditasi aplikatif sekali Meningkatkan pelayanan Akreditasi lama: lebih pada dokumen Akreditasi baru: SPO betul-betul dilakukan	Rencana kerja: rencana yang dibuat membudayakan bahasa Inggris, penerapan 5S, cuci tangan, memperkenalkan diri, penerapan <i>patient safety</i> , perencanaan sidak ke ruangan Persiapan yang telah dilakukan program <i>patient safety</i> , budaya cuci tangan, membenahi SPO, penilaian kinerja perawat, menerapkan pedoman disiplin dan kewajiban perawat	Kelompok: Administrasi dan Manajemen Medis I Medis II Keperawatan Versi 2012: Berfokus pada pasien kuat pada proses, <i>output</i> dan <i>outcome</i> kuat pada implementasi melibatkan seluruh petugas kesinambungan pelayanan peran direktur sangat sentral Kelompok: kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien Kelompok standar manajemen rumah sakit sasaran keselamatan pasien sasaran program MDG's
Koordinator Pelayanan Perawatan	Meningkatkan mutu pelayanan, sumber daya manusia, kegiatan sesuai SPO peningkatan <i>patient safety</i> , infeksi nosokomial, keramahan dalam pelayanan, tindakan sesuai dengan SPO, tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan SAK-nya.	Rencana kerja: membuat rencana kerja tahunan, dan meningkatkan mutu layanan. Persiapan yang telah dilakukan: membereskan administrasi, meningkatkan pengetahuan, sosialisasi penerapan 5S, memperkenalkan diri kepada pasien, memastikan kegiatan cuci tangan, melengkapi dokumen asuhan keperawatan	Tahap persiapan: penetapan target waktu akreditasi <i>JCI/Kick off</i> pengorganisasian dengan membentuk <i>core team</i> dan 14 Pokja Sosialisasi <i>Overview JCI Gap Analysis</i> . Penetapan <i>time frame/POA</i> : penetapan format dokumen rumah sakit (kebijakan, perencanaan/program, SPO, instruksi kerja, <i>form check list</i>)

Direktur memperoleh informasi tentang akreditasi KARS versi 2012 dari beberapa sumber (internet, asesor, laporan staf yang dikirim untuk menghadiri sosialisasi akreditasi KARS). Kepala Bidang Perawatan mendapatkan informasi tentang akreditasi KARS hanya satu kali dalam acara rapat Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI). Sedangkan Koordinator Pelayanan Perawatan hanya mendapatkan informasi satu kali pada saat mengikuti pembahasan Rencana Strategis (RENSTRA). Keterbatasan dan belum terstrukturnya program persiapan akreditasi mengakibatkan kesenjangan pemahaman dan respon yang ditunjukkan oleh masing-masing informan (Tabel 3).

Sesuai dengan data yang didapat untuk kegiatan sosialisasi pemahaman tentang akreditasi KARS versi 2012 belum sampai kepada pemimpin fungsional.

Sosialisasi baru diberikan pada pemimpin struktural seperti Wakil Direktur Pelayanan Medis dan Keperawatan, ketua tim akreditasi lama, dan sekretaris tim akreditasi lama. Lensufii³ mengatakan ada empat fungsi utama komunikasi yaitu memberi informasi, meyakinkan, mendidik, dan menghibur. Komunikasi merupakan alat penting dalam meyakinkan dan meningkatkan pengetahuan tentang informasi yang harus diketahui dan dijalankan. Standar akreditasi KARS versi 2012 yang mengadopsi dari JCI, memfokuskan pada keselamatan pasien dengan membangun budaya keselamatan pasien.⁴ Kepemimpinan yang kuat dan komunikasi organisasi yang intensif dan berkelanjutan sangat penting dalam membentuk budaya organisasi.

Fungsi Pemimpin dalam Menghadapi Perubahan Akreditasi

Lensufii³ menyatakan bahwa pemimpin yang dimaksud di dalam *leadership* harus diartikan sebagai seseorang yang memimpin sebuah organisasi atau institusi dan terlibat di dalamnya jadi pemimpin adalah seseorang yang mampu menggerakkan pengikut untuk mencapai tujuan organisasi. Subanegara⁷ mengatakan pemimpin harus memiliki komitmen. Hal yang utama adalah bagaimana seseorang pemimpin meyakinkan diri sendiri bahwa komitmen itu sangat penting dan merupakan jantungnya organisasi, serta berupaya mentransformasikan ke level yang lebih rendah secara estafet.

Kapasitas seorang pemimpin adalah kemampuan menghasilkan dan menangani sesuatu serta meluangkan waktu untuk pekerjaan secara maksimal/ Rivai⁸ menyebutkan peran pemimpin dalam tim adalah memperlihatkan gaya pribadi, proaktif dalam sebagian hubungan, mengilhami kerja tim, memberikan dukungan timbal balik, membuat orang terlibat dan terikat, memudahkan orang lain melihat peluang dan prestasi, mencari orang yang ingin unggul dan dapat bekerja secara konstruktif, mendorong dan memudahkan anggota untuk bekerja, mengakui prestasi anggota, berusaha mempertahankan komitmen dan menempatkan nilai tinggi pada kerja tim.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa Direktur, Kepala Bidang Perawatan serta Koordinator Pelayanan Perawatan belum melakukan persiapan dan sosialisasi secara terstruktur sampai ke level yang lebih rendah terkait akreditasi sehingga terjadi kesenjangan pemahaman dalam penerapan akreditasi

KESIMPULAN

Persiapan akreditasi di Rumah Sakit dilakukan dengan pendekatan *top down* yang belum melibatkan seluruh bagian dan staf. Meskipun pemahaman Direktur cukup komprehensif tentang akreditasi namun Direktur belum membuat perencanaan yang terstruktur sehingga pemahaman dan respon yang ditunjukkan oleh pemimpin keperawatan masih terbatas dan implementasi pada tingkat pelayanan juga belum sesuai dengan standar.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemahaman dan respon direktur tentang akreditasi versi 2012 yang belum disosialisasikan secara terstruktur kepada pemimpin struktural dan fungsional keperawatan menyebabkan pada tingkat pemimpin keperawatan terjadi kesenjangan pemahaman. Kurang pemahaman tersebut menyebabkan respon yang ditunjukkan oleh pemimpin keperawatan masih pada penerapan cuci tangan dan memperkenalkan diri petugas setiap akan melakukan tindakan. Kesen-

Tabel 4. Hasil Penelitian Dibandingkan Dengan Teori *Leadership*

<i>Leadership</i>	Direktur	Kepala Bidang Perawatan	Koordinator Pelayanan Perawatan
Membuat perubahan dan kemajuan	Membuat kebijakan tertulis – SK Instalasi Pengendali Mutu – SK Tim Akreditasi – SK Pembaharuan Tim K3RS – Budaya cuci tangan – Budaya memperkenalkan diri	Kebijakan tidak tertulis – Mengatakan perbaikan SOP – Keselamatan pasien – Budaya cuci tangan – Membenahi SOP	Tidak membuat kebijakan – Kelengkapan catatan asuhan keperawatan – Kebersihan lingkungan ruang perawatan – Memastikan kegiatan cuci tangan – Memastikan identitas perawat dikenal pasien
Membentuk visi dan strategi	Visi rumah sakit “menjadi rumah sakit kelas dunia pilihan masyarakat” RESTRA		
Meletakkan orang pada tempat yang tepat dan membuat sistem komunikasi	Menugaskan orang-orang dalam tim akreditasi dan menempatkan orang sebagai kepala instalasi pengendali mutu. Sistem komunikasi belum terstruktur (jadwal pertemuan, jadwal sosialisasi, dll)	SDM keperawatan dalam tim akreditasi Komunikasi belum terencana/komunikasi langsung melalui supervisi	Kegiatan masih dilakukan sendiri oleh KPP Mensosialisasikan penerapan 5S, supervisi cuci tangan
Memberi motivasi dan inspirasi	Supervisi	Supervisi dengan direktur	Melakukan sosialisasi cuci tangan

jangan informasi dan respon yang masih terbatas dan tidak terstruktur dalam sistem menyebabkan lemahnya implementasi standar.

Pimpinan tertinggi di rumah sakit harus menyusun dan menetapkan perencanaan strategis secara menyeluruh dan tersistem di rumah sakit, sehingga menjadi bagian dari budaya organisasi.

REFERENSI

1. Pomey MP, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos AP. Does Accreditation Stimulate Change? A Study of the Impact of the Accreditation Process on Canadian Healthcare Organizations. *Implementation Science*. 2010;5: 31 doi: 10. 1186/1748-5908-5-31.
2. Komisi Akreditasi Rumas Sakit. [internet]. 2012 [diakses pada September 2012]. Diakses dari: www.kars.or.id.
3. Lensufii T. *Leadership untuk Profesional dan Mahasiswa*. Erlangga, Jakarta. 2010.
4. Herdiansyah H. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Salemba Humanika, Jakarta. 2010.
5. Donahue KT and Ostenberg CVN. Join Commission International Accreditation; Relationship to Four Models of Evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000;12(3): 243–6.
6. Wagner C, Bekker DH, Groenewegen PP. A Measuring Instrument for Evaluation of Quality Systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 1999;11(2): 119-30.
7. Subanegara HP. *Diamond Head Drill: Kepemimpinan dalam Manajemen Rumah Sakit*. Andi Offset, Yogyakarta. 2005.
8. Rivai V. *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2007.